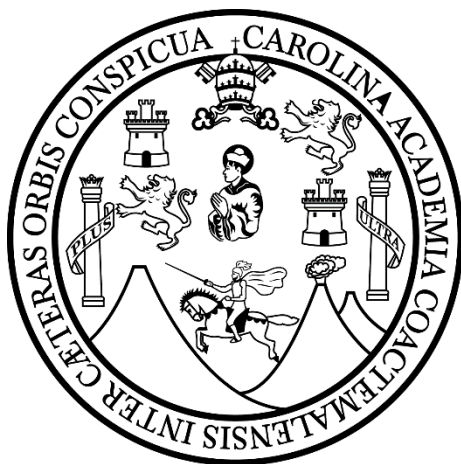


**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y ESPECIAL
“DR. MIGUEL ÁNGEL AGUILERA PÉREZ”
AVALADA POR LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.**



**“INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO
EN EL CENTRO DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL FRANCISCO PALAU,
CARMELITAS MISIONERAS, SAN PEDRO PÍNULA JALAPA, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 9 DE ENERO AL 9 DE MAYO DEL 2017”**

Tendinopatía del manguito rotador en la población campesina.

Presentado por:

FLORA ELIZABETH RUANO AGUSTÍN

Previo a obtener el título de:

TÉCNICO DE FISIOTERAPIA

Guatemala, Noviembre 2017

Guatemala, 7 de noviembre de 2017

Bachiller

Flora Elizabeth Ruano Agustín

Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial

"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señorita Ruano Agustín:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que esta Dirección aprueba la impresión del informe titulado **Informe final del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado en el Centro de Salud y Desarrollo Integral "Francisco Palau", Carmelitas Misioneras, San Pedro Pinula Jalapa, en el período comprendido del 9 de enero al 9 de mayo de 2017. "Tendinopatía del manguito rotador en la población campesina"**, realizado por la estudiante **Flora Elizabeth Ruano Agustín, CARNÉ No. 201414847 y CUI 3437 28230 0101**, previo a obtener el título de Técnico de Fisioterapia. El trabajo fue asesorado por la Fisioterapista Ana María Márquez y revisado por la Fisioterapista Magnolia Vásquez de Pineda.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez

Directora



cc. Archivo

Guatemala, 7 de noviembre del 2017.

Licenciada:

Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez

Directora.

Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial

"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Pte.

Apreciable Licenciada:

Por este medio me permito comunicarle que he tenido a la vista el Informe Final del Ejercicio Técnico Supervisado de Fisioterapia presentado por la alumna: **Flora Elizabeth Ruano Agustín**, realizado en el Centro de Salud y Desarrollo Integral Francisco Palau, Carmelitas Misioneras, en San Pedro Pinula, Jalapa, en el período comprendido de enero a mayo del 2017; con el tema: **"Tendinopatía del manguito rotador en la población campesina."**

El informe en mención, cuenta con los requisitos para ser aprobado. De la manera más atenta solicito a usted, se proceda con los trámites correspondientes.

Cordialmente:

Magnolia Vásquez de Pineda

Fisioterapista.



CONGREGACIÓN DE CARMELITAS MISIONERAS

ZONA 4, LOTE 4, 2^{da} AVENIDA. B° San José.

SAN PEDRO PINULA, JALAPA, GUATEMALA

Teléfono 51556412

La infrascrita encargada del Centro de Salud Y Desarrollo Integral Francisco Palau y de la clínica Virgen del Carmen Obra Social Carmelitas Misioneras, Municipio de San Pedro Pinula, Departamento de Jalapa.

HACE CONSTAR

Que la señorita Flora Elizabeth Ruano Agustín, estudiante de la Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial "Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez" Avalado por la Universidad de San Carlos de Guatemala, realizaron prácticas en esta institución, del 9 de enero 2017 al 9 de mayo del año cursante; Realizo un trabajo responsable, ético y satisfactorio.

Y para los usos legales que para la interesada convenga, extendiendo sello, y firmo la presente en el departamento de Jalapa Municipio de San Pedro Pinula a los nueve días del mes de mayo, del dos mil diecisiete.

RESPONSABLE:

Rosa de Jesús Martínez Colindres
Congregación Carmelitas Misioneras



DEDICATORIA

Dedico el presente informe a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento y a mi respectiva familia, quienes me han dado las fuerzas necesarias para culminar esta noble carrera gracias a su apoyo incondicional.

Flora Ruano

AGRADECIMIENTO

A la Universidad de San Carlos Guatemala y la Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez” El presente informe no habría sido posible culminarlo sin la formación académica impartida por la por la excelencia de sus docentes a quienes expresamos nuestro más sincero agradecimiento.

Al Centro de Salud y Desarrollo Integral Francisco Palau, Carmelitas Misioneras, agradecemos de manera muy especial quienes manifestaron su don humanitario para con los demás brindando su apoyo y una amplia disposición para que se llevara a cabo, con éxito, el Ejercicio Técnico Profesional Supervisado.

A mi País por ser el lugar en el que podré desarrollarme profesionalmente y luchar para que mañana sea mejor en servicios de salud, que permitan dar bienestar y la mejor atención profesional.

Todas las personas que me brindaron su apoyo y a quienes hicieron posible la realización de este trabajo.

Flora Ruano

INDICE

Introducción	1
Capítulo I	2
Contexto Sociocultural	2
Diagnóstico Poblacional	2
Datos generales del departamento.....	2
División política.	3
Antecedentes históricos de San Pedro Pínula.....	4
Principales barreras de entendimiento entre los profesionales de la salud y sus pacientes.....	10
Utilización de servicios tradicionales y servicios modernos en la salud.....	11
Datos Institucionales.....	12
Misión.....	13
Visión.....	13
Valores del centro.	13
Tipos de atención.	14
Diagnósticos más consultantes.	14
Investigación Local	15
Necesidad de investigación.....	15
Problemas detectados.....	15
Enfoque de la investigación.	16
Marco Teórico	17
Anatomía del Hombro.....	17
¿Qué es la tendinitis o tendinopatía del manguito rotador?.....	23
Tratamiento.....	31
Capítulo II	36
Técnicas e Instrumentos	36
Población.....	36
Muestra	36
Tipo de Investigación	36
Técnicas de Recolección de Datos	37
Metodología.....	38

Responsabilidad del Fisioterapeuta ante la problemática de salud encontrada	40
Presentación de Resultados	40
Capítulo III	42
Análisis e Interpretación de Resultados	42
Presentación de Caso	47
CAPITULO IV	60
Conclusiones	60
Recomendaciones	62
Referencias	63
Bibliografía	64
Anexos	65

Introducción

EL presente informe contiene una recopilación del trabajo del Ejercicio Técnico Supervisado de Fisioterapia, que comprendió del 9 de enero al 9 de mayo del 2017, período en el cual se habilitó el servicio de fisioterapia temporalmente el cual llegó a beneficiar a la población, en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras de San Pedro Pínula, Jalapa. Se realizó con el objetivo de generar y difundir conocimientos acerca de qué tipo de lesión es la que con mayor frecuencia padecen la población campesina y a causa de que es, que se produce la lesión de tendinopatía del manguito rotador para mejorar el estado de la salud de los señalados usuarios y actuar de forma preventiva en consecuencia y calidad de vida de la población.

Se presenta la estructura anatómica del hombro, una descripción de la tendinopatía del manguito rotador, las causas por las que se puede dar, especialmente en la población campesina, también se muestra cómo tratar la lesión, recomendaciones, guías de prevención de la lesión y de tratamiento para seguimiento en casa y presentación de casos. De igual forma se presentan datos estadísticos de los pacientes atendidos por género, edades y diagnósticos con el fin de mostrar la necesidad o seguimiento del trabajo de fisioterapia en la comunidad de San Pedro Pínula.

Capítulo I

Contexto Sociocultural

Diagnóstico Poblacional

Datos generales del departamento. JALAPA cuya cabecera es Jalapa fue creado por el decreto número 107 del 24 de noviembre de 1873. El nombre de Jalapa proviene de dos palabras náhuatl, xal y pan, que significa lugar de arena. Se encuentra ubicado en la región sur oriente colindando al norte con los departamentos del Progreso y Zacapa, al sur con los departamentos de Jutiapa y Santa Rosa, al este con el departamento de Chiquimula y al oeste con el departamento de Guatemala; cuenta con una extensión territorial de 2,063 km² y 318,420 habitantes.

Jalapa se caracteriza por tener un clima templado y una etnia mestiza en su cabecera, aunque en sus áreas rurales es decir en las aldeas, municipios predominan la población pokomam; con respecto al idioma de igual forma en la capital de Jalapa se habla el castellano y en lo rural el pocomam, el cual se encuentra en vía de extinción ya que lo hablan solo personas mayores.

División política. Se encuentra conformada de la siguiente manera, se divide incluyendo su cabecera departamental en siete municipios y estos son:

1. Jalapa.
2. San Pedro Pínula.
3. San Luis Jilotepeque.
4. San Manuel Chaparrón.
5. San Carlos Alzatate.
6. Monjas.
7. Mataquescuintla.



Figura 1. División política actual de Jalapa

Antecedentes históricos de San Pedro Pínula. “La conquista de estas tierras fue efectuada por el capitán de caballería Pedro Núñez de Mendoza, el teniente Alonso Larios y los capitanes Hernando de Chávez y Pedro Amalín, los referidos militares estuvieron ligados a las fuerzas localizadas en este territorio del actual San Pedro Pínula, el cual fue incluido entre los poblados de Jalapa en el período hispánico y formaban parte del corregimiento de Chiquimula de la Sierra”.

El primer recuento de habitantes se remonta al año de 1676, fecha en la que se llevó a cabo el censo que dio como resultado la existencia de 256 personas, quienes fueron los primeros pobladores de San Pedro Pínula.

“Por decreto de la Asamblea Constituyente del 27 de agosto de 1836 para la administración de justicia por el sistema de jurados, San Pedro Pínula se adscribió al Circuito de Jalapa dentro de distrito 4to. de Chiquimula. Al dividirse el departamento de Mita en dos circuitos por decreto del 22 de febrero de 1848, San Pedro Pínula pasó al de Jalapa, cuando se creó este departamento por decreto 107 del 24 de noviembre de 1873 se menciona entre sus poblados”.

Al municipio de San Pedro Pínula se le denomina así en honor al patrono San Pedro, Príncipe de los Apóstoles y Pínula por ser el lugar donde abundaban los pinos, y en la demarcación política de la República de Guatemala de 1892 aparece con el nombre actual. (Erick, 2014)

Localización. San Pedro Pínula es uno de los 7 municipios del departamento de Jalapa, está situado geográficamente entre las montañas de El Tobón y La Cumbre sobre el valle de Santo Domingo.

Colindancia. Limita al norte con El Jícaro (El Progreso) y San Diego (Zacapa); al este con San Luis Jilotepeque, al sur con Monjas y San Manuel Chaparrón, municipios de Jalapa y al oeste con la cabecera departamental.

Extensión territorial. El Municipio consta de 376 kilómetros cuadrados, extensión que lo ubica en el segundo lugar en importancia después de la cabecera departamental. Distancia de la ciudad capital vía Sanarate, el trayecto es de 121 kilómetros y por Jutiapa, 173 kilómetros.

Población. Según el censo de la población del Instituto Nacional de Estadística, San Pedro Pínula tiene una población censada de 60,134 habitantes; Con un crecimiento poblacional anual del 3.1% aproximadamente. La población de San Pedro Pínula está concentrada en comunidades rurales (93%), habiendo tan sólo un 7% de la población viviendo en el casco urbano. A continuación, se presenta el cuadro correspondiente que refleja la composición demográfica actual en el Municipio según datos obtenidos a través de la investigación realizada.

División política. San Pedro Pínula pertenece a la región IV o región sur-oriental, de acuerdo a la división política de la República de Guatemala, que actualiza las categorías de los lugares poblados del municipio, San Pedro Pínula cuenta con 112 lugares poblados, distribuidos en: área urbana con el Pueblo, dividido en 4 zonas: Barrio Candelaria, Barrio San Pedro, Barrio San Pablo y Barrio San José, y su área rural con 47 aldeas, 38 caseríos, 4 parajes y 23 fincas.

División administrativa. Consiste en la forma de llevar a cabo el gobierno del área, ya sea a través de alcaldías o bien en alcaldías auxiliares.

La autoridad máxima es la corporación municipal, integrada por el alcalde municipal, 2 síndicos y 5 concejales titulares, un síndico y dos concejales suplentes, personas electas por voto popular para ejercer la administración del Municipio por período de 4 años; se complementa con los consejos comunitarios de desarrollo (COCODE) del área urbana y rural los cuales ejecutan labores con el fin de alcanzar el desarrollo de la comunidad, así como la optimización de los recursos con que se dispone; están constituidas por comités de personas que se unen de mutuo acuerdo para llevar a cabo obras o proyectos de interés colectivo y comunitario. La importancia radica en que es la organización más sencilla que sirve como vínculo a las comunidades con las entidades gubernamentales y no gubernamentales para desarrollar proyectos de interés general.

El total de comités que existen en el municipio es de ciento 116 que se encuentran dispersos entre aldeas, caseríos, parajes y barrios encargados de velar por el desarrollo de los habitantes de los diferentes centros poblados del municipio.

Las personas que pertenecen al COCODE son guiados por la orden del sacerdote, ya que si el no autoriza alguna actividad en alguna comunidad las personas no colaboran al momento que se lleve a cabo dicha actividad.

Situación socioeconómica. En San Pedro Pínula el 39% de la población mayor de 7 años se considera económicamente activa (PEA) y el 57% restante se identifica como trabajadores no calificados.

La mayor parte de estos trabaja en la agricultura, siendo la producción más importante los granos básicos maíz, frijol y café.

La falta de empleo y malas condiciones laborales se manifiesta sobre todo en las zonas rurales, obligando a gran parte de los agricultores a migrar a las fincas cafetaleras o al Petén para sustentar a sus familias por la falta de tierras para producir; generando por lo mismo una tasa oficial de pobreza general de 89.7% y de pobreza extrema de 47.3%. El municipio por lo mismo presenta los más bajos índices de salud (0.463), educación (0.364) e ingresos (0.499) a nivel departamental.

Idioma. Su principal idioma es el castellano, pero también predomina el pokomam el cual está en extinción; pero actualmente la población nuevamente a iniciado a retomar el pokomam a través de cursos de este idioma para que no se pierda.

Clima. El municipio se caracteriza por tener un clima templado.

Grupos étnicos. El grupo poblacional original de este Municipio fue el Pokoman Oriental, sin embargo, se considera que se llegó a una ladinización dominante; en la actualidad quedan tan sólo vestigios de los primeros pobladores.

Este problema social obedece a la discriminación recibida y a la falta de recursos económicos que los ha obligado a olvidar la propia idiosincrasia y adoptar costumbres y formas de vida de culturas foráneas.

Religión. La religión predominante es la católica, aunque también se practica la evangélica, pero en menor cantidad de los pobladores.

Fiesta patronal. La feria titular se celebra el 2 de febrero en honor a la Virgen de Candelaria. Sin embargo, la fiesta patronal se celebra el 29 de junio en honor a San Pedro y San Pablo apóstoles.

Transporte. El servicio de transporte interno del Municipio es de carácter regular para la mayoría de aldeas en época seca, mientras que en la lluviosa se torna irregular por el estado de las vías de acceso, lo que hace que las rutas cubran únicamente lugares principales que cuentan con caminos accesibles. Es de carácter extraurbano, tanto de pasajeros como de encomiendas, se presta todos los días con destinos a Jalapa, Jutiapa, Esquipulas, lugares intermedios y Guatemala. La mayor parte de las unidades de transporte no son adecuadas para el servicio, debido al mal estado físico en que se encuentran, sin embargo, los microbuses que realizan el recorrido a la cabecera departamental se encuentran en mejores condiciones.

Un 90% de comunidades es accesible en transporte extraurbano o microbús, y el *tuc-tuc* lo utilizan por lo general con más frecuencia las personas para movilizarse en el casco urbano, mientras el resto sólo es accesible en *pick-up* de doble tracción.

Formas de atención en salud.

- Un centro de salud tipo “B” con atención las 24 horas del día, los 7 días a la semana; dispone de un médico, una enfermera y una auxiliar de enfermería para atender emergencias, tratamientos curativos y preventivos.
- Tres puestos de salud ubicados en las aldeas La Cumbre, Carrizal Grande y Santo Domingo, que cuentan con menos personal y equipo.
- Centros de convergencia localizados en puntos estratégicos, brindando atención médica de lunes a viernes 8 horas al día por medio de auxiliares de enfermería, quienes han recibido capacitaciones brindadas por Nutrí-Salud en temas de nutrición, salud materna y neonatal, planificación familiar y participación comunitaria. Donde asisten personas de los diferentes centros poblados, el objetivo que persiguen es brindar asistencia médica a los pobladores que lo requieran y que muchas veces por la distancia donde habitan no acuden a los centros de atención. Existen 18 centros de convergencia con atención permanente en aldea San José, Zunzo, La Puerta de San José, Hierbabuena, Laguna Seca de Tobon, Plan De La Cruz, San Ignacio, Tobon, Aguamecate, Carrizalito, Laguna Mojada, Guisiltepeque,

Los riscos, Morrito, Agujitas, Aldea nueva, Buena Vista y la Ceiba, administrados por Cooperativa el Recuerdo

- El municipio de San Pedro Pínula también cuenta con 2 clínicas médicas particulares, siendo poca la oferta de servicios privados de salud en el municipio.
- Cuentan con el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras, el cual brinda atención únicamente consultas externas en medicina general, pediatría, ginecología y odontología.
 - **Principales barreras de entendimiento entre los profesionales de la salud y sus pacientes.**
- El nivel de escolaridad media baja que existe.
- La distancia en la que se encuentran los centros de salud.
- Falta de recursos económicos para poder movilizarse y asistir a los centros de salud.
- Incredulidad al área de medicina en todas sus ramas porque tienen otras creencias, dándole más importancia al área de reflexología y medicina naturista o remedios caseros como principal medio de curación ante los problemas que padecen de salud.

Por cuyas razones la mayoría de personas de la población no les gusta acudir a centros de salud u otras instituciones que ofrecen el servicio.

- El centro no cuenta con aparatos especializados para diagnósticos en el área de fisioterapia.
- Los sistemas médicos tradicionales, muchas veces son subjetivos y pasan de generación en generación; por lo tanto, son tratado por personas como: curanderos, sobadores, comadronas e incluso la familia. Presentando complicaciones en la sintomatología de la patología.

Utilización de servicios tradicionales y servicios modernos en la salud. La población está habituada a tratar cualquier enfermedad con ciertos tipos de plantas medicinales como lo es: La manzanilla, pericón, hierbabuena, ajo, hojas de wiss, tela de cebolla, tilo, pasiflora, ungüento de mariguanol, morro etc. Para calmar ciertos síntomas o dolores e inclusive utilizan su propia orina como medio curativo.

Este tipo de población aún no acepta los avances que se han dado en la medicina y sus derivaciones según cada especialidad como lo es fisioterapia, tienden a confundir con el masaje porque no tienen un concepto claro de lo que es y para qué es; la cual es muy importante e influyente en diferentes ámbitos o áreas de la salud, desde una fractura, lesión medular, lesión periférica hasta un daño neurológico; mediante la utilización de medios físicos, diversas técnicas y métodos.

Datos Institucionales

El Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras San Pedro Pínula Jalapa ubicado en el Barrio San José zona cuatro, el cual colinda al norte con barrio San Pedro, al sur con aldea el pinalito, al este con barrio Candelaria y Agua Zarca, oeste con barrio San Pablo; fue inaugurado el 20 de enero del 2013 con la presencia de Monseñor Julio Cabrera Ovalle y de la hermana Nelly O. Rodríguez Flores viceprovincial de Carmelitas misioneras. El Centro fue construido gracias a la fundación Creas Quetzales, Manos Unidas y las Hermanas Carmelitas misioneras; Gracias a este impulso, se decide fundar este nuevo Centro en Guatemala. La fase del conocimiento de la realidad tuvo lugar en los meses de agosto a diciembre del año 2009.

Las Carmelitas Misioneras de la Parroquia San Pedro Apóstol inician la fundación el 3 de enero del año 2010, conmemorando y celebrando el acontecimiento de los 150 años de Fundación Congregacional y 100 años de su llegada y presencia en Latinoamérica. El Centro de Desarrollo integral Francisco Palau posee un área aproximadamente de 13,970 m² es igual a 2 manzanas.

La clínica cuenta con:

- Clínica de medicina química y natural.
- Un centro computacional.
- Salón de usos múltiples.
- Una casa para voluntariados.
- Una cafetería y zona experimental de cultivos para la formación teórica práctica de las mujeres campesinas.

Misión. Es servir a las comunidades como un centro de encuentro, apoyo, reflexión, expresión de ideas y experiencias positivas entre las poblaciones más pobres del municipio de San Pedro Pínula, a fin de que ellas puedan generar y emprender acciones para satisfacer sus necesidades de salud y de desarrollo humano.

Visión. Es fomentar el desarrollo integral de las personas contribuyendo a elevar la calidad de vida desde la atención sanitaria y pastoral de la salud, a través del desarrollo de programas de educación comunitaria identificados con la promoción de los sectores excluidos.

Valores del centro.

- La dignidad, desde la exigencia evangélica.
- El respeto en la diversidad.
- La promoción de los derechos humanos.
- La justicia y la solidaridad, entendidas como la responsabilidad conjunta para el logro común.
- La educación y vivencia de la comunión.
- Fraternidad como expresión de la cohesión entre vecinos, entre proyectos y comunidades.

Tipos de atención. El Centro Integral Francisco Palau ofrece lo siguientes servicios únicamente en consulta externa:

- Pediatría.
- Traumatología.
- Medicina general.
- Ginecología.
- Odontología.

Diagnósticos más consultantes.

- Infecciones.
- Respiratorias agudas.
- Gastrointestinales.
- Desnutrición.
- Enfermedades de la piel.
- Infección urinaria.
- Amigdalitis.

Los habitantes del Municipio, principalmente del área rural, son más vulnerables a enfermedades respiratorias y gastrointestinales debido a las precarias condiciones de vida que manifiestan por la escasez de agua, falta de letrinas, desconocimiento de hábitos de higiene personal y la falta de una dieta alimenticia balanceada.

Investigación Local

Necesidad de investigación. El ejercicio técnico profesional supervisado se realizó en Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras San Pedro Pínula Jalapa gracias a que el centro dió un espacio, para desarrollar el trabajo de fisioterapia con esto la población obtuvieron acceso al servicio y poco a poco se fue conociendo de qué se trataba y se brindó la atención requerida.

Se presentaron diversos diagnósticos entre los cuales el de mayor incidencia en los usuarios es tendinopatía del manguito rotador; prevaleciendo en las personas que se dedican al trabajo de campo. Dada la afluencia de esta lesión se consideró determinar las causas, etiología, tratamiento adecuado y prevención.

Problemas detectados. El municipio de San Pedro Pínula no cuenta con un centro que preste los servicios de fisioterapia de manera gratuita y permanente; esto afecta a la población tanto rural como urbana al no contar con este servicio tan importante para las comunidades en la atención de diversos diagnósticos que se presentan al centro de salud en busca de rehabilitación.

El Centro de Salud Francisco Palau cuenta con diversas especialidades, sin embargo, este no cuenta con el servicio de fisioterapia, ni con equipo y material propio de trabajo, como: rollos, barras pârlelas, verticalizadores, espejos para la corrección de imagen postural, colchonetas y área para ambulaci3n, viéndose en la necesidad de implementarlo de manera temporal, adaptando diferentes objetos para poder proporcionar el tratamiento.

Enfoque de la investigación. Apoyar a la población campesina del sector debido a la incidencia de lesiones en el hombro a causa de la actividad que realizan en el campo.

Objetivo General. Informar a la población de San Pedro Pínula, que es fisioterapia; brindar atención fisioterapéutica a las personas que lo solicite, así mismo concientizar la importancia de prevenir la recurrencia de las lesiones que puedan afectar las actividades de la vida diaria, a través de planes educativos, para la tendinopatía del manguito rotador.

Objetivos Específicos.

- Instruir al personal de salud y población en general, del papel tan importante que juega la fisioterapia en la prevención, recuperación y rehabilitación de un usuario.
- Brindar atención fisioterapéutica a los usuarios que lo soliciten, para que puedan tener una mejor calidad de vida.
- Prevenir lesiones recurrentes en la población a través de una guía acompañada de un plan educativo, para disminuir el riesgo de sufrir esta lesión al momento que las personas ejecuten sus labores.
- Elaborar una guía educativa útil y práctica, para los usuarios que sufran tendinopatía del manguito rotador, donde pueden informarse sobre la lesión e implementar una serie de ejercicios a realizar en casa para un buen seguimiento del tratamiento fisioterapéutico.
- Elaborar un informe sobre la recurrencia de tendinopatía del manguito rotador en las actividades de la vida diaria en la población campesina Pinulense para registrar la casuística.

Marco Teórico

Anatomía del Hombro

Estructuras que conforman al hombro: Huesos, articulaciones, ligamentos, músculos y bursas.

Huesos. Puesto que el miembro superior humano no soporta peso, se ha podido sacrificar la estabilidad que esa función requeriría y ganar a cambio movilidad que tanto ha significado para el desarrollo del hombre. El esqueleto del miembro superior está formado por tres huesos principales son la clavícula, escápula y húmero. La clavícula se halla unida por un extremo al esternón y por otro al acromion. El húmero encaja en la escápula como una pelota en un cuenco y se sostiene en su lugar gracias a un grupo de cuatro músculos que constituyen el denominado manguito de los rotadores. Se enmarca especialmente una movilidad a nivel de todo el brazo, debido a que el húmero se encuentra bastante inseguro en su articulación con la escápula, lo que asegura su movilidad.



Figura 2. La ilustración muestra en del hombro y capsula articular.

*vista anterior las estructuras oseas
(Fierro, 2016)*

Articulaciones y ligamentos.

Articulación esternoclavicular. Es una articulación sinovial (rodeada de una capsula fibrosa entrelazada por ligamentos y tendones).

En silla de montar

(La superficie articular, cóncava y convexa de un hueso se adapta a la superficie convexa y cóncava del otro).

La superficie articular se encuentra separada por un disco articular que se une a los ligamentos esternoclaviculares anterior y posterior y al ligamento interclavicular. El disco articular sirve para absorber las fuerzas de choque transmitidas a la clavícula desde el miembro superior y aumenta la estabilidad.

Ligamentos de la articulación:

- Los ligamentos esternoclaviculares anterior y posterior refuerzan la cápsula anterior y posteriormente.
- El ligamento interclavicular refuerza la capsula superiormente.

- El ligamento costoclavicular ancla la superficie inferior de la extremidad esternal de la clavícula a la 1º costilla y su cartílago costal con el que se limita la elevación de la cintura escapular.

Movimientos: Tiene movimientos de abducción, aducción, flexión y extensión.

Articulación Acromioclavicular. Es una articulación sinovial plana que se localiza a 2-3 cm del punto más alto del hombro formado por la parte lateral del acromion, la capsula articular está separada por un disco fibrocartilaginoso, aunque esta es relativamente débil se encuentra reforzada en su parte superior por fibras del trapecio.

Ligamentos de la articulación:

- El ligamento acromioclavicular se extiende desde el acromion hasta la clavícula reforzando la articulación superiormente.
- El ligamento coracoclavicular que se divide en dos ligamentos conoideo y trapezoide, unen a la apófisis coracoides de la escapula con la clavícula.

Movimientos: No tiene movimientos solo deslizamientos o roces.

Articulación escapulohumeral o glenohumeral. Es articulación sinovial y de tipo esferoide o enartrosis en que las superficies articulares, cabeza y cavidad son de forma esferoidal. Permite una amplia variedad de movimientos.

La cabeza del húmero se articula con la cavidad glenoidea de la escápula, ambas superficies articulares están recubiertas por tejido hialino.

Ligamentos de la articulación:

- Los ligamentos glenohumerales, refuerzan la cara anterior de la escápula.
- El ligamento coracohumeral, refuerza superiormente a la escápula.
- El ligamento transversal del húmero mantiene en su posición al bíceps braquial durante los movimientos de la articulación.
- El ligamento coracoacromial evita el desplazamiento superior de la cavidad glenoidea.

Además, encontramos al labrum, un fibrocartílago que rodea la cavidad glenoidea para aumentar su profundidad y mejorar la estabilidad del hombro.

Movimientos: flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna, rotación externa y circunducción.

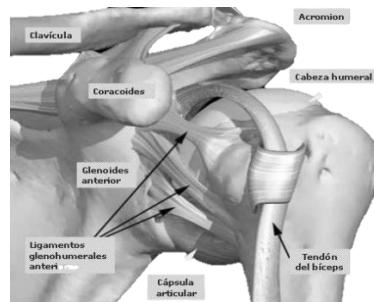


Figura 3. En vista anterior se muestra los ligamentos glenohumerales, estructuras óseas que conforman el hombro, capsula articular glenohumeral y porción larga del bíceps braquial.

Músculos. “El manguito rotador constituye el grupo muscular más profundo en el hombro. El término “manguito” significa “envoltura”, y es apropiado para describir a los músculos que lo conforman pues estos envuelven la cabeza humeral para estabilizarla y darle movimiento” (Fierro, 2016, pág. 3).

El grupo de músculos del manguito rotador son:

Músculo Supraespinoso

Origen	Fosa supraespinosa
Inserción	Tuberosidad mayor del húmero
Inervación	Nervio Supraescapular
Función	Abducción y rotación interna

Músculo Infraespinoso

Origen	Fosa infraespinoso
Inserción	Tuberosidad mayor del húmero
Inervación	Nervio Supraescapular
Función	Rotación externa

Músculo Redondo Menor

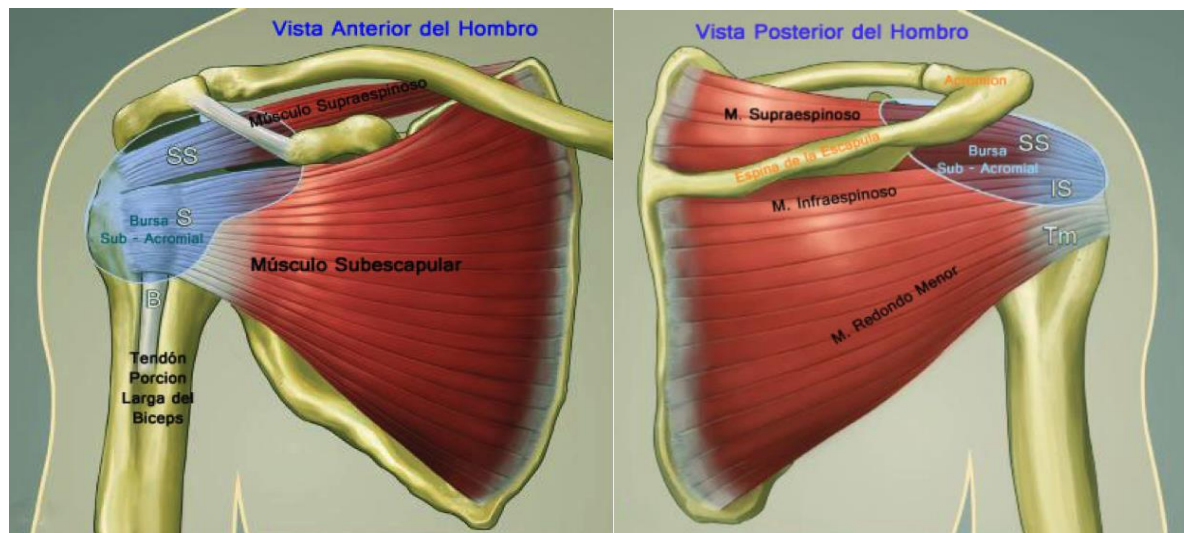
Origen	Borde superior axilar
Inserción	Tuberosidad mayor del húmero
Inervación	Nervio circunflejo
Función	Rotación externa

Músculo Subescapular

Origen	Fosa Subescapular
Inserción	Tuberosidad menor del húmero
Inervación	Nervio subescapular del plexo braquial
Función	Aducción y rotación interna

Bursas. Las bursas son estructuras que están en todas las articulaciones del cuerpo.

Su función es disminuir la fricción o roce entre las estructuras que conforman una



articulación. En el hombro particularmente, se

encuentran ubicados: Sobre el manguito rotador y el acromion.

Figura 4. La ilustración muestra las estructuras del manguito rotador en las vistas anterior y posterior. En color rojo muestra fibras musculares y en blanco, celeste resalta los tendones que conforman el manguito rotador SS= tendón del supraespinoso; S= tendón del subescapular; IS= tendón del infraespinoso; TM= tendón del redondo menor. Se observa en la capsula articular la bursa sub-acromial. (Fierro, 2016)

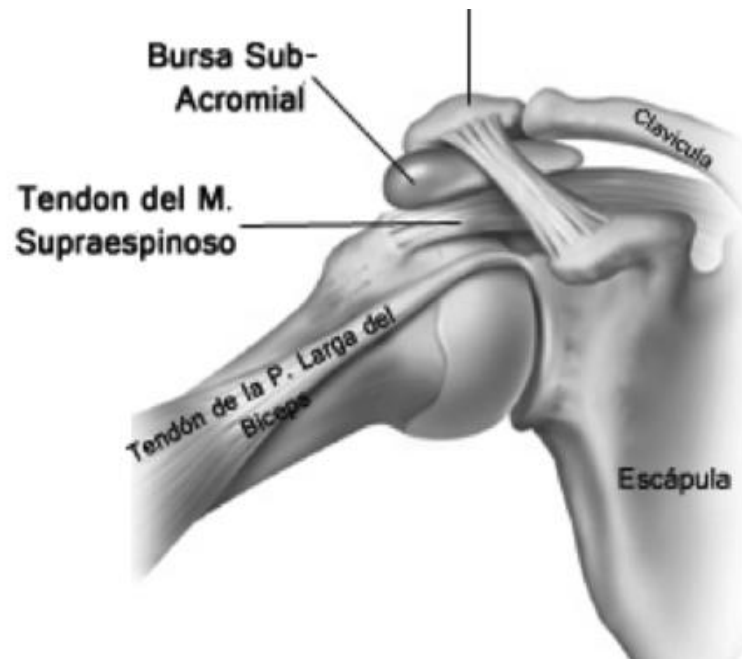


Figura 5. Vista anterior muestra la imagen como se sitúa la bursa subacromial sobre el tendón del músculo supraespinoso y el resto de los tendones que conforman el manguito rotador. (Fierro, 2016)

¿Qué es la tendinitis o tendinopatía del manguito rotador?

“El término “tendinitis”, aunque muy extendido, está recientemente desechado por que el tendón en sí mismo no se inflama, sino que lo hacen las estructuras que lo rodean, por eso sería más correcto denominarlo tendinopatía” (Junquera, 2015).

La inflamación se da en los músculos supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor que son los que conforman el manguito rotador; aunque la estructura que más se ve afectada es el supraespinoso, como se sabe éste tendón es particularmente susceptible a desarrollar lesiones por su disposición anatómica, ya que se encuentra emparedado en un espacio conformado en su parte inferior por la cabeza humeral y en su

parte superior por el acromion y el ligamento coraco-acromial que conforman en su conjunto un espacio llamado "espacio subacromial". Este tendón discurre por dicho espacio insertándose en el troquíter humeral.

Una alteración de la biomecánica articular normal del hombro se ve afectada por factores como alteraciones posturales, traumáticos o de sobre-uso, calcificaciones o alteraciones del correcto equilibrio muscular del hombro puede provocar que se altere el espacio subacromial generando un cizallamiento y fricción con la consecuente alteración del tendinosa.

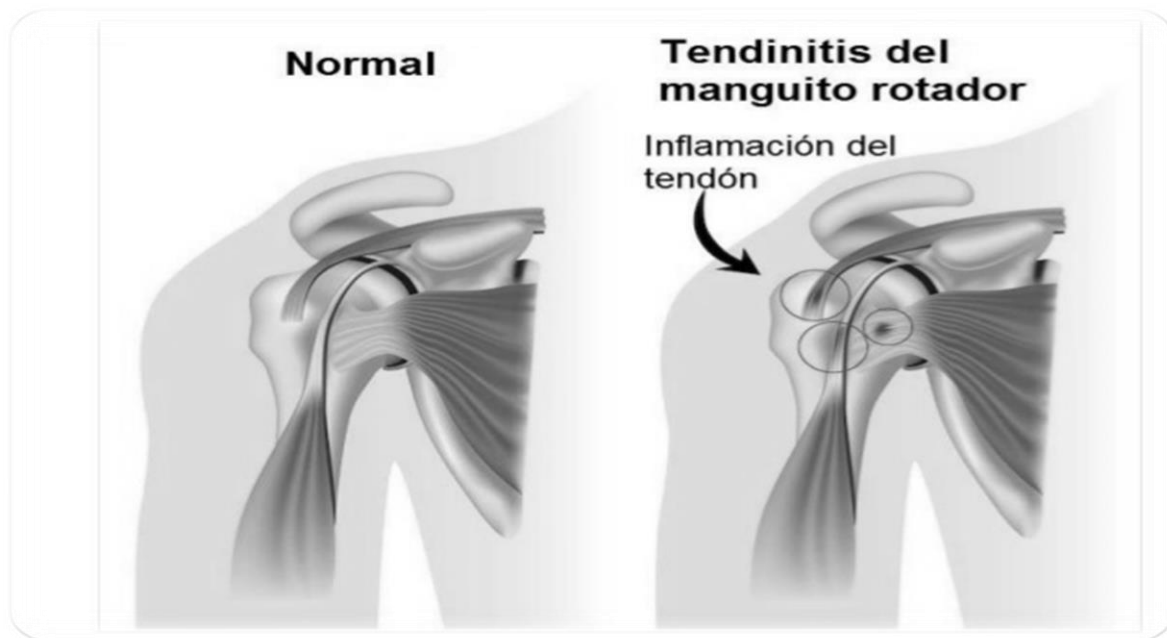


Figura 6. Muestra del lado izq. Un hombro normal y del lado derecho como luce un hombro con inflamación en los tendones del manguito rotador resaltando con círculos.

Además de los músculos del manguito rotador, que muchas veces no ponen cuidado en ellos y también se ven afectados debido que actúan como sinergistas está el pectoral mayor y deltoides fibras anteriores que funcionan conjuntamente con los músculos supraespinoso y subescapular a la hora de realizar la rotación interna; aunque el deltoides fibras posteriores participa en la rotación externa en unión con el redondo menor e infraespinoso, debido a esto es que se produce una inflamación y dolor en estos músculos.

El tendón largo del bíceps también se ve involucrado ya que este evita la traslación superior y anterior de la cabeza del húmero durante la abducción y rotación externa.

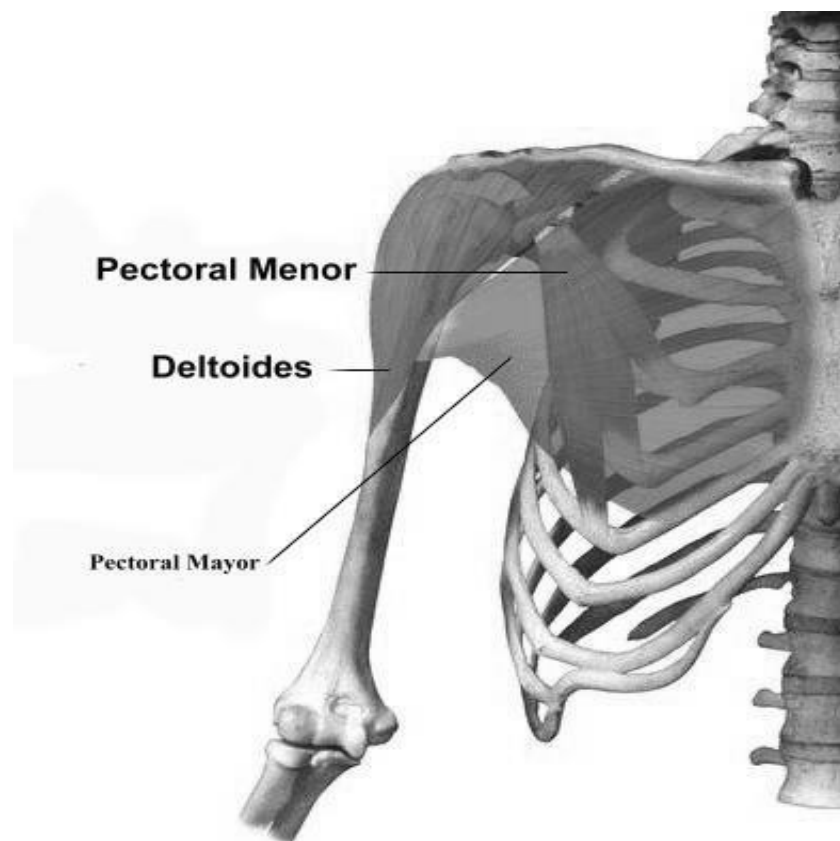


Figura 7. En diferentes sombreados muestra músculos que también se ven involucrados cuando existe tendinopatía del manguito rotador.

Actividades de riesgo que pueden provocar dicha lesión.

- Trabajadores de la construcción.
- Agricultores.
- Personal que realiza movimientos repetidos.
- Personal manipulador de pesos.
- Trabajadores/as que utilizan las manos por encima de la altura del hombro.
- Malas posturas por ejemplo al dormir.

Pruebas exploratorias.

Prueba de Neer

Maniobra	Flexión pasiva del hombro, con este en rotación interna.
Positivo	Dolor a nivel subacromial.
Indica	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del músculo supraespinoso.



Figura 8. Exploración de Neer.

Prueba de Hawkins

Maniobra	Con el hombro y codo en flexión de 90 grados, realizar una rotación interna del hombro.
Positivo	Dolor a nivel subacromial.
Indica	Pinzamiento subacromial y pinzamiento del músculo supraespinoso.



Figura 9. Exploración de Hawkins

Prueba de Jobe

Maniobra	Hombro en abducción de 90 grados en el plano escapular, (flexión anterógrada de 30) y rotación interna máxima. Se debe mantener la posición ante la aplicación de una fuerza de descenso en los brazos.
Positivo	Dolor o incapacidad de mantener la posición.
Indica	Proceso inflamatorio o degenerativo del músculo supraespinoso.

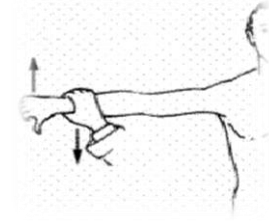


Figura 10. Exploración de Jobe.

Prueba de Caída del Brazo

Maniobra	El hombro en 90 grados de abducción y llevarlo lentamente a posición neutra.
Positivo	Incapacidad para soportar el peso del brazo o dolor considerable.
Indica	Desgarro del manguito rotador.

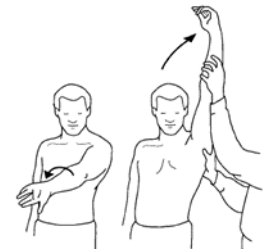


Figura 11. Exploración caída del brazo.

Prueba de Patte

Maniobra	Hombro en abducción a 90 grados y flexión de codo 90 grados, realizar rotación externa contra resistencia por parte del examinador.
Positivo	Dolor a nivel posterolateral del acromion.
Indica	Procesos inflamatorio o degenerativo del músculo infraespinoso.

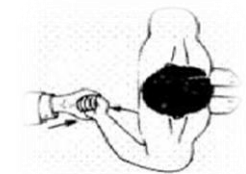


Figura 12. Exploración de Patte.

Prueba de Lift Off Test

Maniobra	Rotación interna del hombro, con flexión del codo, de modo que el dorso de la mano contacte con la espalda. El paciente separa la mano contra resistencia del dorso.
Positivo	Dolor o incapacidad para separar la mano contra resistencia.
Indica	Procesos inflamatorio o degenerativo del músculo subescapular.

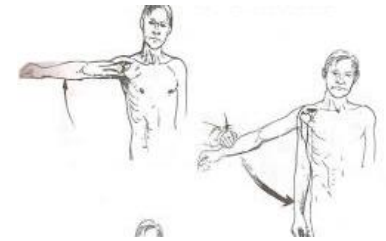


Figura 13. Exploración de Lift off test.

Diagnóstico. Existen varias etapas en el diagnóstico de la tendinopatía del manguito rotador el cual inicialmente es realizado por el médico:

- **Historia clínica.**

Antecedentes personales:

- Ocupación.
- Traumatismos.
- Episodios previos de la enfermedad.
- Alteraciones de otras articulaciones.
- Enfermedades.

Semiología del dolor:

- Mecanismo de producción.
- Inicio, duración y localización de los síntomas.
- Intensidad o constancia del dolor.
- Momento del día de mayor intensidad.
- Actividades que incrementan el dolor.
- Presencia de sintomatología neurológica.
- Presencia de limitación funcional.
- Presencia de crepitación.

Inspección general:

- Postura antiálgica.
- Morfología del hombro.
- Atrofias musculares.
- Asimetrías.
- Signos de inflamación local.
- Cambios de coloración.

- ***Test específicos en la exploración física:***

- Prueba de Neer.
- Prueba de Jobe.
- Prueba de caída del brazo.
- Prueba de Patte.
- Prueba de Lift off Test.
- Prueba de Hawkins.

Nota: Estos test de exploración son utilizados tanto en medicina, como por fisioterapia.

- Ocasionalmente, una inyección de anestésico local en la bolsa serosa adyacente al manguito aliviará el dolor (filtración de hombro), ayudando a confirmar el diagnóstico
- Una resonancia magnética permite ver la musculatura y otros tejidos blandos, no visibles con rayos x.

- ***Evaluaciones realizadas por el fisioterapeuta:***

- Test de exploración física.
- Evaluación de amplitud articular.
- Evaluación de fuerza muscular.
- Evaluación dolor.

Tratamiento

Los individuos con tendinopatía del manguito rotador inicialmente reciben instrucciones de que modifiquen las actividades físicas que desencadenaron la lesión. El tratamiento adicional comprende terapia con frío, antiinflamatorios y terapia física para disminuir la inflamación, dolor y mantener la movilidad del hombro. Cuando no hay respuesta al tratamiento conservador pueden inyectarse corticosteroides en el hombro. La tendinopatía del manguito rotador no se trata quirúrgicamente a menos que haya rotura parcial o completa de algún tendón.

Protocolo de tratamiento fisioterapéutico en tendinopatía del manguito rotador:

Primera Fase o fase aguda.

Objetivos.

- Tratamiento analgésico: Crioterapia y Electroterapia.
- Mantener amplitud articular.

Técnicas.

- Reposo por dos semanas idealmente, si las actividades del paciente no lo permiten por lo menos reposo de una semana.

- Crioterapia: Buscando un efecto vasodilatador y antiálgica, mediante la técnica de masaje con hielo de 4-5 minutos de hielo.
- Colocación de estimulación eléctrica -TENS- (Estimulación eléctrica transcutánea), forma continua de 15 a 20 minutos.
- Movilizaciones pasivas, pasando a movilizaciones asistidas.
- Ejercicios pendulares de (Codman) se utilizan para mantener o aumentar la movilidad; este tipo de ejercicio no requiere un esfuerzo considerable del paciente ya que el miembro afecto se balancea pasivamente en flexión, extensión, abducción y rotación.

Segunda fase o fase subaguda

Objetivos.

- Tratamiento analgésico: Termoterapia y Electroterapia.
- Aumentar el recorrido articular.

Técnicas.

- Colocar empaque caliente en área afecta.
- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ)
- Colocar estimulación eléctrica TENS forma continua de 15 a 20 minutos.
- Estiramientos en un inicio pasivos de los músculos Deltoides, bíceps, Pectoral.
- Trabajar el tejido blando con técnicas miofasciales por ejemplo:

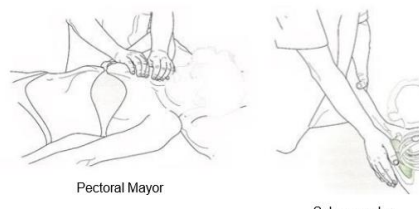


Figura 14. La ilustración hace demostración de la técnica miofacial en músculo pectoral mayor y subescapular, ya que en ellos se produce dolor a causa de la existencia de tendinopatía del manguito rotador.

- Ejercicios de Codman: se utilizan para mantener o aumentar la movilidad; este tipo de ejercicio no requiere un esfuerzo considerable del paciente ya que el miembro afecto se balancea pasivamente en flexión, extensión, abducción y rotación.

- Ejercicios isométricos en palanca corta.
- Ejercicios progresivos según lo amerite el paciente, iniciando con: Ejercicios asistidos, considerando que en esta etapa aun el paciente puede percibir un dolor leve. Ejercicios libres; ejercicios resistidos, para así aumentar fuerza muscular (preferible trabajar en palanca corta).

Tercera fase o fortalecimiento muscular

Objetivo.

- El objetivo es la potenciación del trabajo del manguito rotador en clara relación a la alteración biomecánica y la sincronización a la actividad de los movimientos incluyendo el fortalecimiento del bíceps, pectoral mayor y deltoides.
- Fortalecer los fijadores del omóplato evitando la cifosis.

Técnicas.

Facilitación neuromuscular propioceptiva; sincronismo normal en los patrones de flexión aducción rotación externa; flexión abducción rotación externa; extensión aducción rotación interna; extensión abducción rotación interna.

Precauciones.

- Evitar patrones que ayuden a que el dolor aumente.
- No realizar movimientos que provoquen dolor, sobre todo si son repetitivos.
- Evitar cargar grandes pesos (leña, quítales de maíz, baños de masa muy pesados etc.).

Capítulo II

Técnicas e Instrumentos

Población

Pacientes que solicitaron atención de fisioterapia en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau, Carmelitas Misioneras durante el Ejercicio Técnico Supervisado, en el periodo comprendido de 9 de enero al 9 de mayo de 2017, en San Pedro Pínula, Jalapa.

Muestra

Se tomó como muestra a tres pacientes uno de sexo femenino y dos de sexo masculino, en las edades comprendidas de 40 a 45 años en la población campesina, con diagnóstico de tendinopatía del manguito rotador, con dolor localizado en miembro superior.

Tipo de Investigación

Investigación Cuantitativa. Se presenta estadísticas sobre la población que se atendió, representándolo en cuadros y gráficas los datos con su respectiva interpretación. El objetivo de la investigación cuantitativa es desarrollar y emplear teorías y / o hipótesis relativas a los fenómenos.

Investigación Documental. Analiza información escrita sobre el tema objeto de estudio.

Estudio de Casos. Analiza una unidad específica de un universo poblacional.

Técnicas de Recolección de Datos

Se utilizó la entrevista y la observación del paciente al llegar a la clínica con los siguientes elementos:

Hojas de evaluación. Formato utilizado para poder evaluar lesiones de miembro superior, miembro inferior, parálisis cerebral, parálisis facial y evaluación de paciente hemipléjico. En estas, se midió la fuerza muscular, amplitudes articulares, habilidades entre otras características. Cada una incluía nombre, edad, sexo, diagnóstico, código y fecha de la evaluación (Anexos).

Hoja de asistencia. Utilizada para poder llevar un control de los días que se les impartió tratamiento a los pacientes que asistieron, al área de fisioterapia implementada temporalmente en el centro Obra Social Francisco Palau (Anexos).

Hoja de estadística. Se llevó un control de las modalidades aplicadas a cada paciente por día (Anexos).

Se llevó el control de los pacientes asistentes al área de fisioterapia implementada temporalmente, en una hoja, la cual consta de número de pacientes, nombre, y diagnóstico. De las estadísticas mensuales, se tabularon los datos de edad, sexo y diagnósticos atendidos en el centro Obra Social Francisco Palau, también la cantidad de tratamientos brindados.

Metodología

La atención de Fisioterapia implementada temporalmente se brindó del 9 de enero al 9 de mayo del año 2017 en un horario de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes. Se dividieron a los usuarios en tres grupos; uno de lunes y viernes, que fueron de diversas edades; otro grupo de martes y jueves los cuales eran geriátricos y día miércoles para visitas domiciliarias a usuarios que no se pueden desplazar y no tenían los recursos. La terapia por usuario tuvo una duración aproximadamente de 45 minutos.

Se eligieron a dos personas con diagnóstico de tendinopatía del manguito rotador tomando en cuenta la constancia a su tratamiento para llevar un seguimiento de casos y demostrar los resultados de la fisioterapia en este centro. Debido a la afluencia de usuarios que presentaron lesión del manguito rotador se elaboró guías educativas con instrucciones para seguimiento en casa (Anexos).

Además del servicio prestado dentro de las instalaciones del Centro Francisco Palau, se apoyó en jornadas médicas.

Educación para la Salud

Se llevaron a cabo diversas pláticas para educar a la población y dar a conocer que es la fisioterapia como tema inicial, luego se enfocó a cuidados de columna ya que fue uno de los diagnósticos consultantes más frecuentes a parte de la tendinopatía del manguito rotador, por ello la suma importancia de impartir pláticas educativas respecto a higiene postural durante el ejercicio técnico supervisado.

TEMA/ FECHA	DIRIGIDA A	OBJETIVO
¿Qué es la fisioterapia y cuando debo consultar al fisioterapeuta? 25/01/2017	- Usuarios consultantes del servicio de Fisioterapia. - Al personal del Centro Salud y Centro Integral Francisco Palau. - A la comunidad.	Dar a conocer la fisioterapia, cómo influye de forma preventiva y rehabilitadora.
Higiene Postural I Lesiones frecuentes en la columna vertebral y como evitarlas 29/03/2017	- Comunidad	Instruir a las personas de la comunidad de San Pedro Pínula en la prevención y cuidados.

Higiene Postural II Cuidados de columna en AVD, prevención y aplicación. 26/04/2017	- Usuarios consultantes del servicio de Fisioterapia. - Comunidad. .	Dar a conocer la importancia de cuidados de columna para evitar que se sumen complicaciones y concientizar en las causas que lo provocan para prevenir en personas que aún no lo padecen.
---	--	---

Responsabilidad del Fisioterapista ante la problemática de salud encontrada

Tiene una gran responsabilidad, en cuanto a la detección, prevención, orientación y diferentes tratamientos que se le brinden a los usuarios, debiendo ser adecuado según su diagnóstico, de ello dependerá el máximo desarrollo integral; mediante la aplicación de diferentes técnicas, ejercicios y métodos que se utilizaron para buscar su mejoría, aclarando dudas y proporcionando guías para tratamiento en casa.

El fisioterapeuta debe realizar un plan de tratamiento individualizado que le permita llegar a la meta alcanzable, como es la integración del usuario a sus actividades de la vida diaria.

Presentación de Resultados

Los resultados obtenidos en ejercicio técnico supervisado en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau, donde se atendió según diagnósticos brindando tratamientos personalizados; se realizaron en tablas que contienen el trabajo en el siguiente

orden: tratamientos según el mes, edad, género, diagnósticos consultantes, métodos de tratamiento e impacto radial de la población Pinulence.

Capítulo III

Análisis e Interpretación de Resultados

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de 87 pacientes atendidos en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau durante los meses de enero a mayo del 2017.

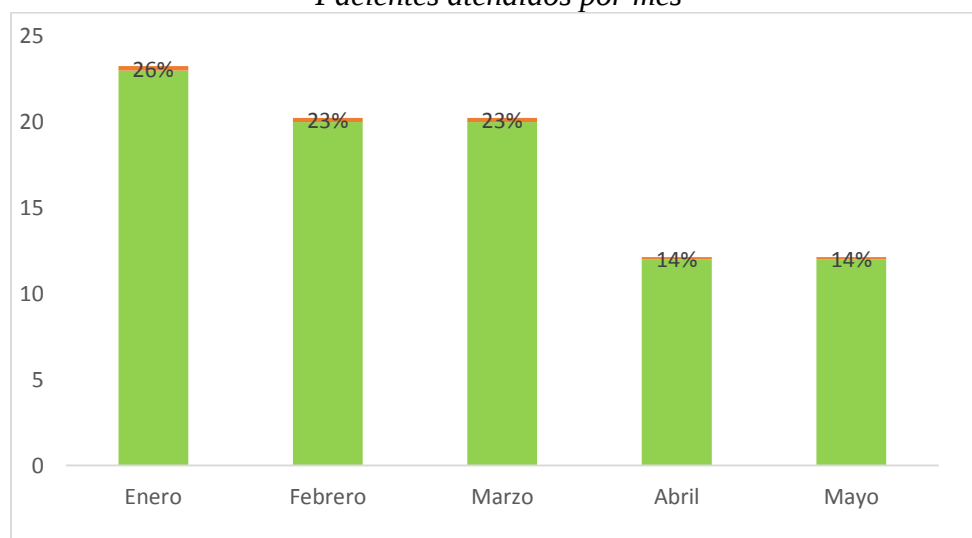
Cuadro No. 1

Pacientes atendidos por mes

Mes	No. De pacientes	Porcentaje
Enero	23	26%
Febrero	20	23%
Marzo	20	23%
Abril	12	14%
Mayo	12	14%
Total	87	100%

Nota: Datos obtenidos de la ficha de asistencia de Enero-Mayo del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau.

Gráfica 1
Pacientes atendidos por mes



Análisis: Se muestra que la mayor cantidad de pacientes se atendió en el mes de enero con 23 casos que equivale a un 26%, en febrero y marzo 20 casos con un porcentaje de 23%, hubieron personas que abandonaron el servicio; aunque se ve un leve descenso contando con solo 12 casos que equivale a un 14% en el mes de abril por el feriado de Semana Santa y mayo porque la atención sólo se prestó 9 días.

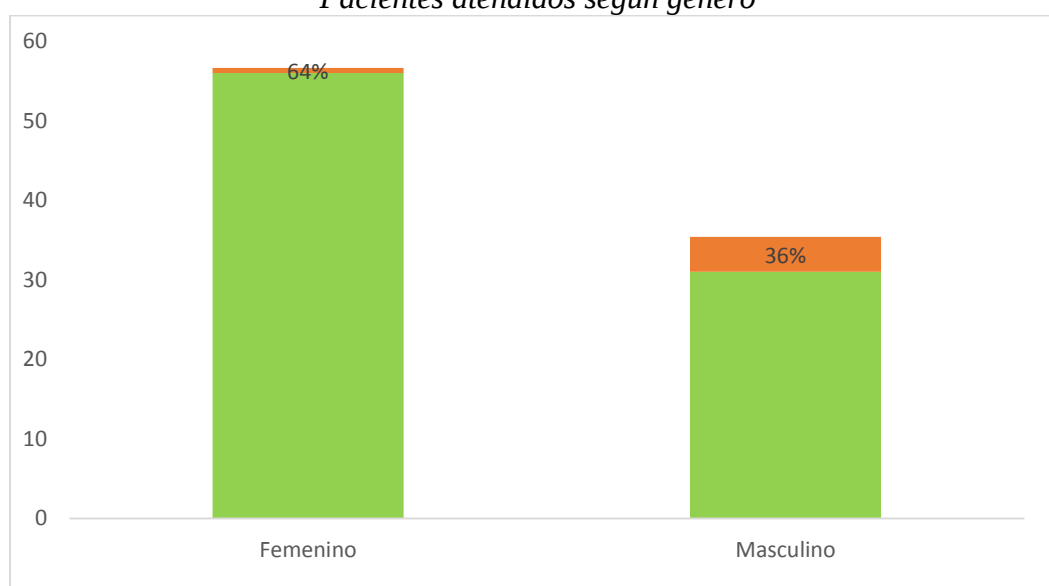
Cuadro No. 2

Número de Pacientes Atendidos Según Género

Género	No. De pacientes	Porcentaje
Femenino	56	64%
Masculino	31	36%
Total	87	100%

Nota: Datos obtenidos de la ficha de asistencia de enero-Mayo del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau.

Gráfica 2
Pacientes atendidos según género



Análisis: La mayor cantidad de pacientes atendidos pertenecen al género femenino con 56 casos que corresponden a un 64%, a diferencia del género masculino que se atendió 31 casos equivalentes a un 36%.

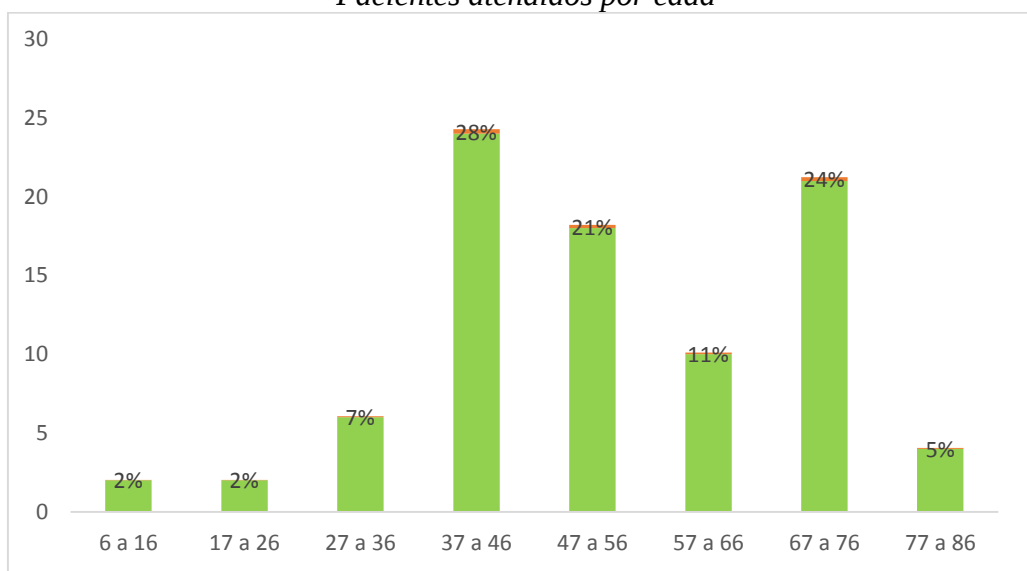
Cuadro No. 3

Pacientes Atendidos Según Edad

Edad	No. De pacientes	Porcentaje
6-16	2	2%
17-26	2	2%
27-36	6	7%
37-46	24	28%
47-56	18	21%
57-66	10	11%
67-76	21	24%
77-86	4	5%
Total	87	100%

Nota: Datos obtenidos de la ficha de asistencia de enero-Mayo del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau.

Gráfica 3
Pacientes atendidos por edad



Análisis: De un total de 87 la mayor cantidad de pacientes atendidos se encuentran en las edades de 37-46 años que corresponden a un 28% y la menor cantidad de pacientes están comprendidas en las edades de 6-16 que equivalen a un 2%.

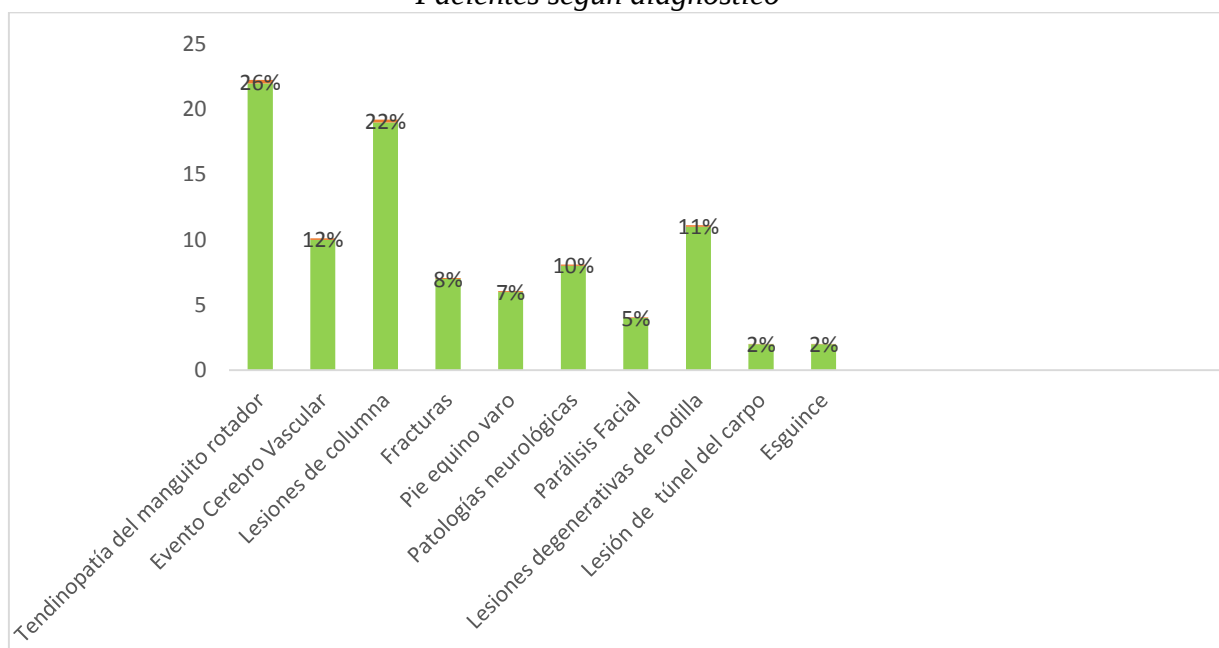
Cuadro No. 4

Pacientes Atendidos Según Diagnóstico

Diagnóstico	No. De pacientes	Porcentaje
Tendinopatía del manguito rotador	22	26%
Evento Cerebro Vascular	10	12%
Lesiones de columna	19	22%
Fracturas	7	8%
Pie equino varo	6	7%
Patologías neurológicas	8	10%
Lesiones degenerativas de rodillas	11	11%
Lesión de túnel del carpo	2	2%
Esguince	2	2%
Total	87	100%

Nota: Datos obtenidos de la ficha de asistencia de enero-Mayo del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau.

Gráfica 4
Pacientes según diagnóstico



Análisis: Esta gráfica muestra que el diagnóstico de mayor incidencia fue la tendinopatía del manguito rotador con 22 casos correspondientes a un 26%, mientras que el diagnóstico de menor incidencia fue lesión de túnel del carpo y esguince con 1 caso cada uno equivalente a un 2%.

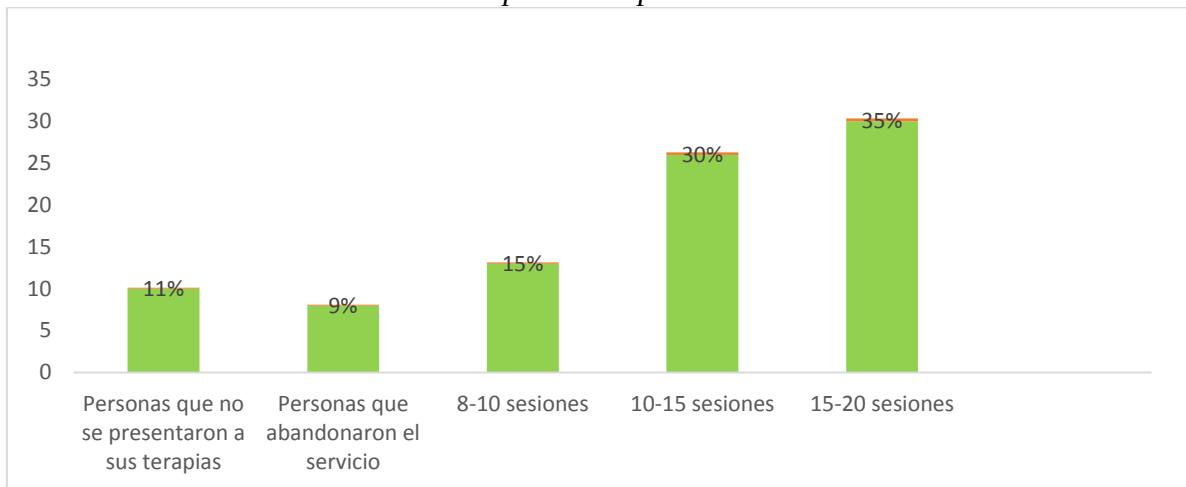
Cuadro No. 5

Tiempo de recuperación de pacientes

Tiempo de Recuperación	No. De pacientes	Porcentaje
8-10 sesiones	13	15%
10-15 sesiones	26	30%
15-20 sesiones	30	35%
Personas que no se presentaron a sus terapias	10	11%
Personas que abandonaron el servicio	8	9%
Total	87	100%

Nota: Datos obtenidos de la ficha de asistencia de enero-Mayo del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau.

Gráfica 5
Tiempo de recuperación



Análisis: En esta gráfica se muestra que la mayoría de pacientes tuvo una recuperación en un periodo de 15-20 sesiones que corresponden a 30 pacientes, seguido de un periodo de recuperación de 10-15 sesiones 26 pacientes y por último una recuperación de 8-10 sesiones 13 pacientes; debido a la regularidad con la que los pacientes asistieron a tratamiento. Mientras que el resto no se presentó o no concluyó con el tratamiento.

Presentación de Caso

Caso No. 1

Edad: 43 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa

Diagnóstico: Tendinopatía de manguito rotador

Paciente consulta por dolor en brazo derecho, refiere que hace aproximadamente 1 mes presentaba molestias y falta de fuerza para sostener algún objeto, estuvo tomando analgésicos, pero el dolor persistió.

Inicio de tratamiento 13/02/2017

Primera evaluación

Amplitud articular en hombro: elevación 110°, flexión 90°, extensión 40°, abducción 70°, aducción 0°, rotación interna 70°, rotación externa 75°. Fuerza muscular: presenta grados 3 a los movimientos de elevación, flexión y extensión, mientras que, en los movimientos de aducción, abducción, rotación interna y externa presentaba grado 2 y dolor al momento de realizarlos.

Objetivos fisioterapéuticos

- Lograr que el paciente recupere su funcionalidad para que pueda realizar las actividades de su vida diaria.
- Disminuir el dolor.
- Aumentar amplitud articular y fuerza muscular.

Tratamiento fisioterapéutico

- Reposo por dos semanas idealmente, si las actividades del paciente no lo permiten por lo menos reposo de una semana.
- Crioterapia mediante la técnica de masaje con hielo de 4-5 minutos de hielo.
- Colocación de estimulación eléctrica TENS, forma continua de 15 a 20 minutos.
- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ).
- Ejercicios pendulares de (Codman)
- Movilizaciones pasivas, pasando a movilizaciones asistidas.

Plan educativo en casa

- Aplicación de compresas frías dos veces al día.
- Ejercicios pendulares Codman

Segunda evaluación 13/3/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 110°, extensión 40°, abducción 75°, aducción 0°, rotación interna 75°, rotación externa 77°. Fuerza muscular: presenta grado 3 a todos los movimientos.

Tratamiento fisioterapéutico

- Colocar empaque caliente en área afecta.
- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ).
- Colocar estimulación eléctrica TENS, forma continua de 15 a 20 minutos.
- Ejercicios pendulares de (Codman).
- Ejercicios isométricos en palanca corta.
- Ejercicios asistidos, considerando que en esta etapa aun el paciente puede percibir un dolor leve, continuar con ejercicios libres a ejercicios resistidos (preferible trabajar en palanca corta).

Plan educativo en casa

- Aplicación de compresas calientes en casa durante 20 minutos.
- Ejercicios Pendulares de Codman.
- Ejercicios activos con ayuda de pesas, en caso de no tener utilizar unas botellas plásticas llenas de arena para comenzar con poco peso y para ir aumentado utilizar las botellas, pero llenas de piedrín y realizar los siguientes movimientos de elevación, extensión, abducción y aducción de hombro.

Tercera evaluación 13/04/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 180°, extensión 50°, abducción 85°, aducción 0°, rotación interna 90°, rotación externa 85°. Fuerza muscular: presenta grados 4 en todos los movimientos.

Se le dio caso concluido a la paciente, debido a que se alcanzan objetivos fisioterapéuticos; se brindó plan educacional para cuidados en casa y trifoldar de seguimiento de tratamiento en casa de tendinopatía de manguito rotador, en caso de recidivas.

Caso No. 2

Edad: 40 años

Sexo: Femenino

Ocupación: Ama de casa

Diagnóstico: Tendinopatía de manguito rotador

Paciente consulta por dolor en brazo derecho, refiere que hace aproximadamente 2 semanas comenzó a presentar molestias al momento de realizar los quehaceres de la casa.

Inicio de tratamiento 2/02/2017**Primera evaluación**

Amplitud articular en hombro: elevación 170°, extensión 45°, abducción 75°, aducción 0°, rotación interna 80°, rotación externa 75°. Fuerza muscular: presenta grados 3 a los movimientos de elevación, flexión, extensión, aducción, abducción, rotación interna y externa al momento de realizarlos.

Objetivos fisioterapéuticos

- Lograr que el paciente se vuelva a integrar a sus actividades de trabajo.
- Disminuir el dolor, aumentar amplitud articular y fuerza muscular.

Tratamiento fisioterapéutico

- Crioterapia mediante la técnica de masaje con hielo de 4-5 minutos de hielo.
- Colocación de estimulación eléctrica TENS, forma continua de 15 a 20 minutos.
- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ).
- Ejercicios pendulares de (Codman).
- Movilizaciones asistidas.

Plan educacional en casa

- Aplicación de compresas frías dos veces al día.
- Ejercicios pendulares Codman.

Segunda evaluación 2/3/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 175°, flexión 90°, extensión 45°, abducción 85°, aducción 0°, rotación interna 85°, rotación externa 80°. Fuerza muscular: presenta grados 4 a los movimientos de elevación, flexión, extensión, mientras que 3+ a los movimientos de aducción, abducción, rotación interna y externa.

Tratamiento fisioterapéutico

- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ)
- Ejercicios pendulares de (Codman).
- Estiramientos en un inicio pasivos de los músculos deltoides, bíceps, pectoral.
- Ejercicios libres a ejercicios resistidos (preferible trabajar en palanca corta).
- Facilitación neuromuscular propioceptiva; sincronismo normal en los patrones de flexión aducción rotación externa; flexión abducción rotación externa; extensión aducción rotación interna; extensión abducción rotación interna.

Plan educacional en casa

- Ejercicios Pendulares de Codman.
- Ejercicios activos con ayuda de pesas, en caso de no tener utilizar unas botellas plásticas llenas de arena para comenzar con poco peso y para ir aumentando utilizar las botellas, pero llenas de piedrín y realizar los siguientes movimientos de elevación, extensión, abducción y aducción de hombro.

Tercera evaluación 3/04/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 180°, extensión 50°, abducción 90°, aducción 0°, rotación interna 90°, rotación externa 90°. Fuerza muscular: presenta grados 5 en los movimientos de flexión, extensión y elevación; mientras que, para los movimientos de aducción, abducción, rotación interna y externa presentan grado 4.

Se le dio caso concluido a la paciente, debido a que se alcanzan objetivos fisioterapéuticos; se brindó plan educacional para cuidados en casa y trifoldar de seguimiento de tratamiento en casa de tendinopatía de manguito rotador, en caso de recidivas.

Caso No. 3

Edad: 38 años

Sexo: Masculino

Ocupación: Agricultor

Diagnóstico: Tendinopatía de manguito rotador

Paciente consulta por dolor en brazo izquierdo, refiere que hace aproximadamente 1 semana presentaba molestias y falta de fuerza para sostener algún objeto al momento de realizar su trabajo en el campo.

Inicio de tratamiento 23/01/2017**Primera evaluación**

Amplitud articular en hombro: elevación 175°, extensión 40°, abducción 75°, aducción 0°, rotación interna 70°, rotación externa 70°. Fuerza muscular: presenta grados 2 a los movimientos de elevación, flexión, extensión, aducción, abducción, rotación interna y externa al momento de realizarlos.

Objetivos fisioterapéuticos

- Lograr que el paciente recupere su funcionalidad para que pueda realizar las actividades de su vida diaria.
- Disminuir el dolor.

- Aumentar amplitud articular y fuerza muscular.

Tratamiento fisioterapéutico

- Reposo por dos semanas idealmente.
- Colocación de empaque frío de 4-5 minutos.
- Masaje terapéutico en el miembro superior izquierdo.
- Colocación de estimulación eléctrica TENS, forma continua de 15 a 20 minutos.
- Ejercicios pendulares de (Codman)
- Movilizaciones pasivas, pasando a movilizaciones asistidas.

Plan educativo en casa

- Aplicación de compresas frías dos veces al día.
- Ejercicios pendulares de Codman.

Segunda evaluación 13/3/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 180°, flexión 90°, extensión 45°, abducción 80°, aducción 0°, rotación interna 70°, rotación externa 70°. Fuerza muscular: presenta grados 3 a los movimientos de elevación, flexión, extensión; mientras que, a los movimientos de aducción, abducción, rotación interna y externa grado 3+.

Tratamiento fisioterapéutico

- Colocar Empaque calientes en área afecta.
- Masaje Terapéutico
- Ultrasonido de forma pulsátil a baja frecuencia (3 MHZ)
- Colocar estimulación eléctrica TENS, forma continua de 15 a 20 minutos.
- Ejercicios pendulares de (Codman).
- Ejercicios isométricos en palanca corta.
- Ejercicios asistidos, considerando que en esta etapa aun el paciente puede percibir un dolor leve, continuar con ejercicios libres a ejercicios resistidos (preferible trabajar en palanca corta).
- Estiramientos en un inicio pasivos de los músculos deltoides, bíceps, pectoral.

Plan educacional en casa

- Aplicación de compresas calientes en casa durante 20 minutos.
- Ejercicios Pendulares de Codman.
- Ejercicios activos con ayuda de pesas, en caso de no tener utilizar unas botellas plásticas llenas de arena para comenzar con poco peso y para ir aumentado utilizar las botellas pero llenas de piedrín y realizar los siguientes movimientos de elevación, extensión, abducción y aducción de hombro.

Tercera evaluación 13/04/2017

Amplitud articular en hombro: elevación 180°, extensión 50°, abducción 90°, aducción 0°, rotación interna 90°, rotación externa 85°. Fuerza muscular: presenta grados 4 en todos los movimientos de hombro al momento de realizarlos.

Se le dio caso concluido a la paciente, debido a que se alcanzan objetivos fisioterapéuticos; se brindó plan educacional para cuidados en casa y trifoliar de seguimiento de tratamiento en casa de tendinopatía de manguito rotador, en caso de recidivas.

Análisis General de Seguimiento de Casos

Habiendo tenido a la vista los tres casos anteriores de tendinopatía de manguito rotador, atendidos en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras, en el municipio de San Pedro Pínula Jalapa; a los cuales se brindó el respectivo tratamiento fisioterapéutico para su recuperación, la cual se pudo constatar gracias a las evaluaciones pertinentes que se les realizaron a los pacientes. Se brindó una guía educacional para seguimiento de tratamiento en casa para evitar las recidivas, así como también una guía de prevención para evitar este tipo de lesión,

También juega un papel importante los medios físicos aplicados, la constancia del paciente a sus terapias e instrucciones que se brindaron y que ellos siguieron a conciencia para acelerar su recuperación y poder incorporarse lo más pronto posible a sus actividades de la vida diaria.

CAPITULO IV

Conclusiones

- Se Instruyó al personal del Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras salud del papel tan importante que juega la fisioterapia en la prevención, recuperación y rehabilitación.
- Se instruyó a la población en general, a través de pláticas vía radial con el objetivo de fomentar en las personas la importancia de la fisioterapia y el cuidado de su salud para prevenir alguna lesión y previendo al mismo tiempo que si se abandonaba el servicio o no se presentaran a tratamiento tuvieran un apoyo adicional durante su recuperación y puedan actuar en el momento de sufrir una lesión recurrente.
- Se brindó servicio fisioterapéutico en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras de San Pedro Pínula, Jalapa, beneficiando a 36 pacientes de enero a mayo, de los cuales 20 fueron de sexo femenino y 16 de sexo masculino comprendidos en las edades de 6-86 años, otorgando 540 tratamientos, mejorando la calidad de vida de la persona, obteniendo una recuperación máxima en promedio en 15 sesiones.
- Se implementó una guía preventiva con el objetivo de generar y difundir conocimientos para prevenir lesiones de tendinopatía del manguito rotador en la población de San Pedro Pínula.

- La elaboración del informe se realizó con el objetivo de generar y difundir conocimientos acerca de qué tipo de lesión se puede dar con mayor frecuencia en la población campesina y las causas de cómo se produce la lesión de tendinopatía del manguito rotador para mejorar el estado de salud y con ello poder actuar de forma preventiva para que las personas puedan obtener una mejor calidad de vida.
- Se atendieron diferentes diagnósticos siendo el de mayor prevalencia la tendinopatía de manguito rotador, la mayor parte de la población campesina realizan trabajos o actividades que requieren de muchos movimientos repetitivos. Por lo cual se implementó la realización de una guía con el objetivo de que se continúe con el tratamiento en casa, así como también una guía preventiva para evitar este tipo de lesiones.

Recomendaciones

- Seguir contando con la asistencia de la Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial “Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez”, continúe con el programa de ejercicio técnico supervisado todos los años, para brindar este servicio en el Centro de Salud y Centro Integral Francisco Palau Carmelitas Misioneras de San Pedro Pínula, Jalapa y con esto ofrecer una mejor calidad de vida a los usuarios, con atención integral en salud.
- Que el personal de salud Médicos, Enfermeras, orienten a los usuarios que el tratamiento no se limita solamente a un diagnóstico y medicamentos.
- Continuar informando a la población, a través de pláticas vía radial sobre la importancia de fisioterapia tanto de forma curativa como preventiva y del cuidado de su salud.
- Seguir brindado la guía preventiva a la población para evitar la recurrencia de lesiones de tendinopatía del manguito rotador.

Referencias

- Cifuentes, M. (3 de Junio de 2016). *Aprende en Linea*. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/>
- E. S., & M. P. (1992). *Medicina deportiva*. Barcelona: Octaedro.
- Erick, Z. (13 de Marzo de 2014). Obtenido de <https://prezi.com/m7qdxkgxpgj7mi/san-pedro-pinula/>
- Fierro, D. G. (16 de Febrero de 2016). *Guido Fierro*. Obtenido de <http://guidofierro.com/>
- Junquera, M. (23 de Enero de 2015). *Fisioterapiaonline*. Obtenido de <https://www.fisioterapia-online.com/>

Bibliografía

- American Academy of Orthopedi.* (10 de Enero de 2011). Obtenido de <http://www.aaos.org>.
- Bruce, S. R. (2000). *Trastornos y lesiones del sistema musculo esquelético*. Barcelona, España: Masson.
- Cameron, M. H. (2013). *REhabilitaciòn*. Pennsylvania: El Servier.
- Cifuentes, M. (3 de Junio de 2016). *Aprende en Linea*. Obtenido de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/>
- E. S., & M. P. (1992). *Medicina deportiva*. Barcelona: Octeader.
- Erick, Z. (13 de Marzo de 2014). Obtenido de <https://prezi.com/m7qdxkgxpgj7mi/san-pedro-pinula/>
- Fierro, D. G. (16 de Febrero de 2016). *Guido Fierro*. Obtenido de <http://guidofierro.com/>
- Gardiner, M. D. (1860). *Movimientos activo*. MexicoD.F.
- Gutiérrez, D. F. (2007). *Tratado de Anatomía Humana*. Argentina: Porrúa.
- Junquera, M. (23 de Enero de 2015). *Fisioterapiaonline*. Obtenido de <https://www.fisioterapia-online.com/>
- Najera, E. (Diciembre de 2016). *Guatemala*. Obtenido de <http://www.aquiguatemala.net/>
- Noriega. (2015). *Fisio Live*. Obtenido de <http://lesionesdehombro.com>
- Portillo, M. (26 de Septiembre de 2012). *Mi Jalapa*. Obtenido de <http://mijalapa.com/>
- Seguro, J. (30 de Julio de 2011). *Cultura Jalapa y mas*. Obtenido de <https://culturaJalapaymas.wordpress.com>
- W. K., & L. E. (2010). *Antatomia cromodinàmica*. Mèxico: Fernandez.

Anexos

EVALUACIÓN ARTICULAR DE MIEMBRO SUPERIOR

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

DERECHO



Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

Flexión
Extensión



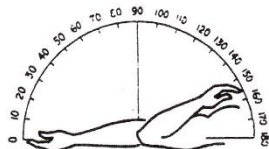
Abd.	Add.	Abd.	Add.

Aducción
Abducción



Rot. Interna	Rot. Externa	Rot. interna	Rot. Externa

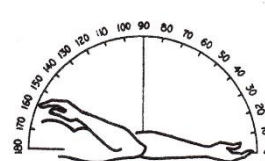
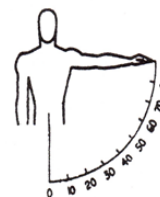
Rotación Interna
Rotación Externa



Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

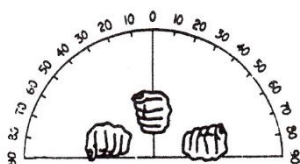
Flexión

IZQUIERDO



Extensión

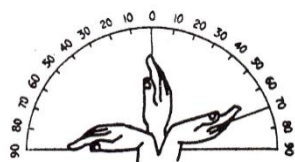
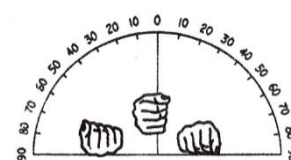
DERECHO

Supi
nació
n

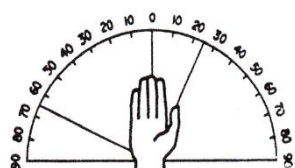
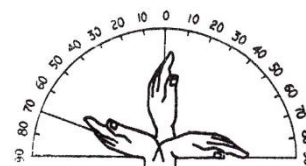
Sup.	Pron.	Sup.	Pron.

Pronación

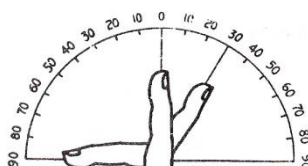
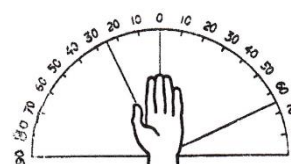
IZQUIERDO



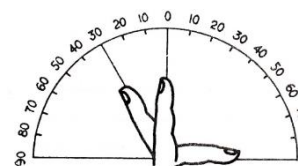
Dorsal.	Palmar.	Dorsal.	Palmar.

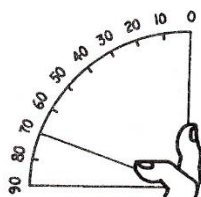
Flexión dorsal
Flexión palmar

Rad.	Cub.	Rad.	Cub.

Desviación cubital
Desviación radial

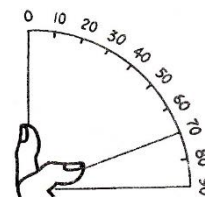
Flex mcf.	Ext mcf.	Flex mcf.	Ext mcf.

Flexión metacarpofalàngica
Extensión metacarpofalàngica

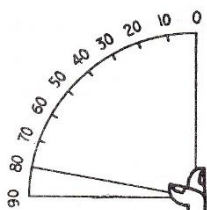


Flex itf proximal.	Ext itf proximal.	Flex itf proximal.	Ext itf proximal.

Flexión interfalángica proximal
Extensión interfalángica proximal



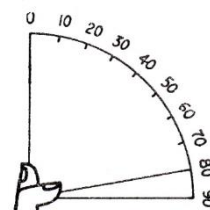
DERECHO



Flex itf distal.	Ext itf distal.	Flex itf distal.	Ext itf distal.

Flexión interfalángica distal
Extensión interfalángica distal

IZQUIERDO



Abd mtf.	Add mtf.	Abd mtf.	Add mtf.

Abducción metacarpofalángica
Aducción metacarpofalángica

1er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

2do. Chequeo FT _____

Fecha: _____

3er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN MUSCULAR DE MIEMBRO SUPERIOR

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

1	2	3		
			<u>OMOPLATO</u>	
			Abducción y rotación sup.	Serrato mayor
			Elevación	Trapecio sup.
				Angular del omoplato
			Aducción	Trapecio mediano
				Romboides
			Depresión y aducción	Trapecio inferior
			Aducción y rotación inf.	Romboides
			<u>HOMBRO</u>	
			Flexión	Deltoides F. ant. Y medio
				Coracobraquial
			Extensión	Dorsal ancho
				Deltoides posterior
				Redondo mayor
			Abducción	Deltoides F. medias
				Supraespinoso
			Abducción horizontal	Deltoides F. posterior
			Aducción horizontal	Pectoral mayor
			Rotación externa	Infraespinoso
				Redondo menor
			Rotación interna	Subescapular
				Pectoral mayor
				Dorsal ancho
				Redondo mayor
			<u>CODO</u>	
			Flexión	Bíceps braquial
				Braquial ant.
			Extensión	Supinador largo
				Tríceps braquial

			<u>ANTEBRAZO</u>	
			Supinación	Bíceps braquial
				Supinador corto
			Pronación	Pronador redondo
				Pronador cuadrado
			<u>MUÑECA</u>	
			Flexión con desviación radial	Palmar mayor
				Palmar menor
			Flexión con desviación cubital	Cubital ant.
			Extensión con desviación radial	Primer radial
				Segundo radial
			Extensión con desviación cubital	Cubital posterior
			<u>DEDOS</u>	
			Flexión metacarpo falángica	Lumbricales internos
				Lumbricales externos
				Interóseos dorsales
				Interóseos palmares
			Flexión interfalángica proximal	Flexor común sup.
			flexión interfalángica distal	Flexor común profun.
			Extensión metacarpo falángica	Extensor común
				Extensor propio del índice
				Extensor propio del meñique
			Abducción	Interóseos dorsales
				Abductor del meñique
			Aducción	Interóseos palmares
			Oposición	Oponente del meñique
			PULGAR	
			flexión metacarpo falángica	Flexor corto
			Extensión metacarpo falángica	Extensor corto
			flexión interfalangica	Flexor largo
			Extensión interfalangica a	Extensor largo
			Abducción	Abductor largo
				Abductor corto
			Aducción	aductor
			Oposición	Oponente

--	--	--	--	--

1er. Chequeo FT _____
 2do. Chequeo FT _____
 3er. Chequeo FT _____

Fecha: _____
 Fecha: _____
 Fecha: _____

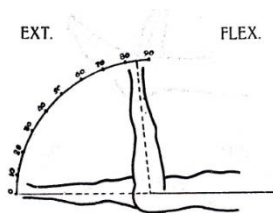
EVALUACIÓN ARTICULAR DE MIEMBRO INFERIOR

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

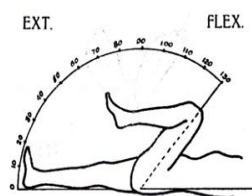
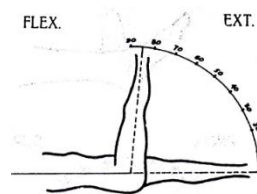
Edad: _____ Código: _____

DERECHO IZQUIERDO



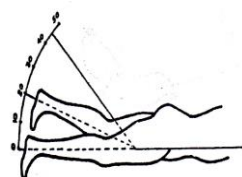
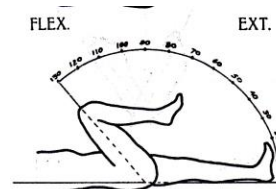
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

Flexión
Extensión



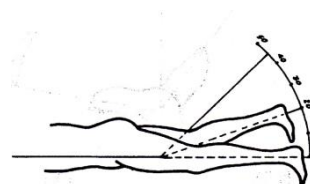
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

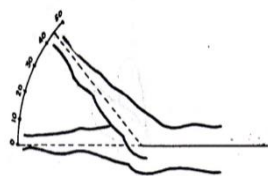
Flexión
Extensión



Ext.	Ext.

Extensión

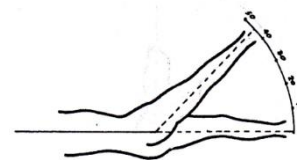
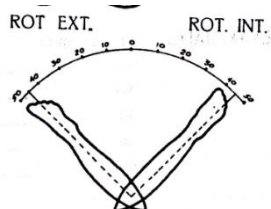




Abd.	Add.	Abd..	Add.

Abducción

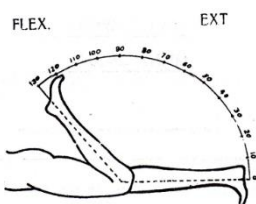
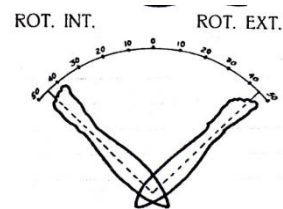
Aducción

**DERECHO**

Rot. Ext.	Rot. Int.	Rot Ext.	Rot. Int.

Rotación externa

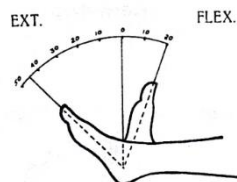
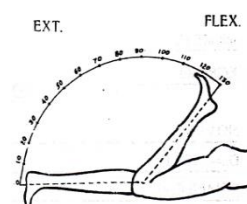
Rotación interna

IZQUIERDO

Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

Flexión

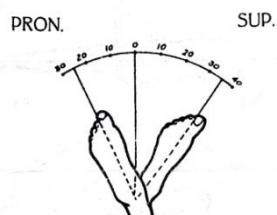
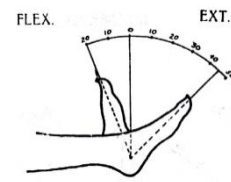
Extensión



Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

Flexión

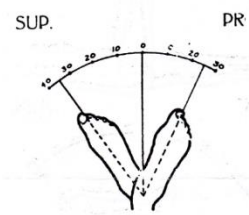
Extensión

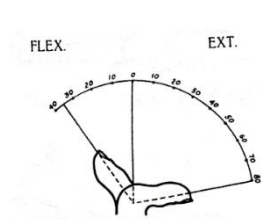


Pron/ever.	Sup./inv.	Pron/ever	Sup./inv.

Eversión

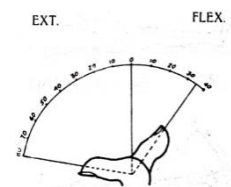
Inversión





Flex.	Ext.	Flex.	Ext.

Flexión
Extensión



1er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

2do. Chequeo FT _____

Fecha: _____

3er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN MUSCULAR DE MIEMBRO INFERIOR

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

CADERA	1	2	3		
				Flexión	Psoas mayor
					Psoas iliaco
					Glúteo mayor
				Extensión	2 (Semiten. Memb.)
					Bíceps Crural
				Abducción	Glúteo medio
					Glúteo menor
				Aducción	Aductor mayor
					Pectíneo
					Recto interno
				Rotación externa	Obturador externo e interno
					Cuadrado crural
					Piramidal de la pelvis
					Gemino sup. e inf.
					Glúteo mayor
					Glúteo menor
				Rotación externa	Tensor de la fascia lata
					Glúteo menor

RODILLA				Flexión	Semis y bíceps crural
				Extensión	Recto anterior
					Crural
					Vasto externo
					Vasto interno (fem.)
TOBILLO					
				Flexión Plantar	Gastronomía ext. e int.
				Flexión plantar	Soleo
				Flexión Dorsal	Tibial anterior
				Inversión	Tibial posterior
				Eversión	Perneó lat. Largo y corto
PIE				Flexión metatarso falángica	Lubricales
				Flexión interfalángica prox.	Flexor corto plantar
				Flexión interfalángica distal	Flexor largo común
				Extensión	Extensor común
				Abductores	Interóseos dorsales
				Aductores	Interóseos plantares
DEDO GRANDE				Flexión	Flexor corto
				Extensión	Extensor largo y corto
				Flexión interfalángica	Flexor largo

1er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

2do. Chequeo FT _____

Fecha: _____

3er. Chequeo FT _____

Fecha: _____

EVALUACIÓN DEL PACIENTE HEMIPLEJICO

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

POSICIÓN SUPINA

CUELLO Y CARA

		Afecto	Normal
Bueno			
Regular			
Malo			

MIEMBROS SUPERIORES

		Afecto	Normal
Bueno			
Regular			
Malo			

MIEMBROS INFERIORES

		Afecto	Normal
Bueno			
Regular			
Malo			

TRONCO

		Afecto	Normal
Bueno			
Regular			
Malo			

POSICIÓN SENTADA

Transferencia	
Postura	
Equilibrio	

POSICIÓN BIPEDA

Transferencia	
Postura	
Equilibrio	

SILLA DE RUEDAS	
ANDADOR	
BASTON	
APARATO ORTOPEDICO	

COORDINACIÓN

MIEMBROS SUPERIORES	
MIEMBROS INFERIORES	
AMBULACIÓN	

Lenguaje y deglución _____

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL O TACTIL

Miembros superiores _____

Miembros inferiores _____

SENSIBILIDAD PROFUNDA O PROPIOCEPTIVA

Miembros superiores _____

Miembros inferiores _____

SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA COMBINADA

Estereognosis: _____

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE

Cooperador		Negativo	
Indiferente		Agresivo	
Depresivo		Eufórico	
Inestable		Otros	

ESTADO DE SALUD

Hipertenso _____

Insuficiencia cardiaca _____

Problemas respiratorios _____

Mareado _____

Débil _____

Observaciones _____

Fecha de examen_____
Nombre FT

EVALUACIÓN DE PARALISIS FACIAL

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

EVALUACIÓN DEL TONO

Tono simétrico y normal

Hipotonía ligera

Hipotonía fuerte

1ra.	2da.	3ra.

FUERZA MUSCULAR

Occipitofrontal

Superciliar

Orbicular de los ojos

Piramidal de la nariz

Dilatador de las aperturas nasales

Transverso de la nariz

Cigomático Mayor

Canino

Buccinador

Orbicular de los labios

Risorio

Triangular de los labios

Cuadrado de la barba

Borla de la barba

Cutáneo del cuello

1ra.	2da.	3ra.



MÚSCULOS INTERNOS DEL OJO

Elevador del párpado superior

Oblicuo menor

Oblicuo mayor

Recto superior

Recto inferior

Recto interno

Recto externo

1ra.	2da.	3ra.

Fechas:

Ft

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ Código: _____

POSICIÓN	SI LO REALIZA	NECESITA MEJORAR	OBSERVACIONES
De prono a supino	SI	SI	
	NO	NO	
De supino a prono	SI	SI	
	NO	NO	
Sedestación	SI	SI	
	NO	NO	
Gateo	SI	SI	
	NO	NO	
Hincado	SI	SI	
	NO	NO	
Semihincado	SI	SI	
	NO	NO	
Bipedestación	SI	SI	
	NO	NO	
Marcha	SI	SI	
	NO	NO	

Fecha: _____ Ft: _____

EVALUACIÓN DE COLUMNA

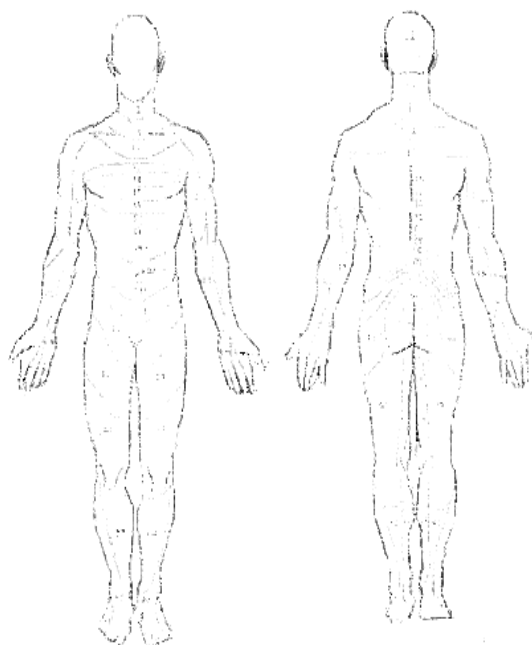
Nombre: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____ Fecha: _____

Ocupación: _____

Código: _____

Espasmo: ↗ Palpable ☐
 ↘ Visible ☐



Observaciones:

Fisioterapeuta: _____ Fecha: _____

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA ETS CENTRO DE SALUD Y CENTRO INTEGRAL FRANCISCO PALAU
CARMELITAS MISIONERAS (HOJA DE ASISTENCIA).

ESTADISTICA DEL MES DE _____ 2017 A CARGO DE _____

CÓDIGO	NOMBRE	DIAGNÓSTICO
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10
		11
		12
		13
		14
		15
		16
		17
		18
		19
		20
		21
		22
		23
		24
		25
		26
		27
		28
		29
		30

DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA ETS CENTRO DE SALUD Y CENTRO INTEGRAL FRANCISCO PALAU
CARMELITAS MISIONERAS (HOJA DE ESTADISTICA).

ESTADISTICA DEL MES DE _____ 2017 A CARGO DE _____

[illegible]



GUÍA DE TRATAMIENTO EN CASA DE LA TENDINOPATIA DEL MANGUITO ROTADOR.



Qué es?

Inflamación de los músculos que conforman el manguito rotador supraespinoso, infraespinoso, subescapular y redondo menor.

Síntomas...

- Leve dolor al realizar ciertas actividades o en reposo.
- Dolor fuerte al realizar fuerzas o cargar algo pesado.

A medida que pasa el tiempo los síntomas pueden aumentar.

- Dificultad para colocar el brazo por detrás de la espalda, como abotonarse o subirse un cierre.
- Dolor durante la noche.
- Pérdida de fuerza.
- Pérdida de movilidad.

Causas...

- Esfuerzo repetitivo.
- Por sobrecarga.
- Por degeneración del tendón.
- Por debilidad de la musculatura.

Nota...

Debemos tener en cuenta algunas recomendaciones que nos ayudaran evitar lesionarnos aún más; y con las que

tendremos una mayor eficacia en el seguimiento del tratamiento en casa.

Dentro de esas recomendaciones tenemos las siguientes:

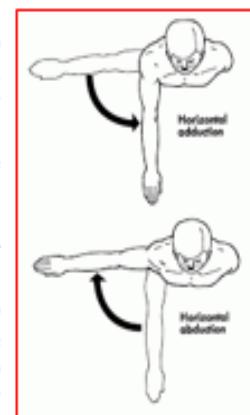
- Evitar realizar trabajos pesados.
- Realizar periodos de descanso cuando se está haciendo alguna actividad o trabajo.
- No realizar actividades que requieran de movimientos repetitivos.
- No optar malas posturas al dormir.
- Realizar la siguiente guía de tratamiento de forma lenta y progresiva.

Ejercicios...

1. Inclina el cuerpo desde hacia delante y deje que el brazo lesionado cuelgue y balancéelo lento y suavemente en pequeños círculos y luego en círculos grandes. Luego balanceamos el brazo hacia adelante, atrás, adentro y afuera. Realizarlo durante un minuto cada movimiento.



2. Colocado de pie con el brazo abierto y codo doblado, sostener esa posición unos minutos y luego relajarlos. Realizarlo 10 veces de forma lenta.



3. En posición de pie elevar el brazo lesionado con codo doblado, de modo que la mano quede dirigida al pecho; no elevarlo tan alto y sostener esa posición. Se realiza 10 veces.

4. En posición sentado o de pie colocar ambas manos palma con palma al frente del cuerpo y realizar cierta presión con ambas por unos segundos y luego relajar. Se debe de realizar lento y hacer 8 repeticiones.





5. En posición de lado sobre el brazo lesionado, colocar el brazo doblado pegado al cuerpo y sosteniendo con la mano un peso; se aleja el brazo del cuerpo y luego se acerca.

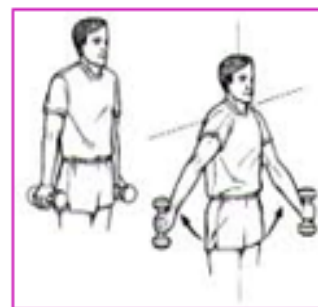
6. Colocado boca abajo, y con la mano del brazo lesionado sostener una pesa y estirar el codo hacia adelante y luego volverlo a doblar.



7. Seguimos con la misma posición que el ejercicio anterior pero ahora llevamos la mano sosteniendo la pesa siempre y con el dedo doblado hacia abajo y luego lo volvemos a llevar hacia arriba.



8. En posición de pie y sosteniendo una pesa con el brazo lesionado y pegado al cuerpo, separarlo y luego volverlo a juntar. Luego llevar los brazos hacia atrás sosteniendo la pesa.



9. Con la ayuda de una venda o cinta elástica y colocado de pie, con codos doblados y pegados al cuerpo sostener la punta de la cinta y estirla y luego juntarla de nuevo.

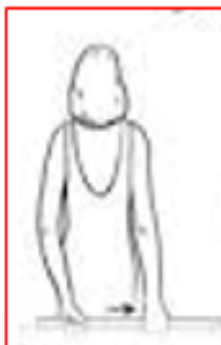




10. En posición de pie y con los brazos pegados al cuerpo y sosteniendo la punta de la cinta con las manos elevar primero el brazo hacia arriba estirando la cinta y luego regresa; elevar hasta donde le permita

el brazo lesionado.

11. Con los brazos pegados al cuerpo sostener la cinta por detrás de la espalda, y en esa posición estirarla la cinta y luego juntarla de nuevo.



Se deben de realizar 12 repeticiones de cada ejercicio; primero se deben de realizar los ejercicios con poco peso y luego se puede ir aumentado con el tiempo a tolerancia de cada uno. En casi de no tener pesa se pueden utilizar

botellas llenas de arena para poco peso y luego para ir aumentando se llena de piedrín.

Para terminar, realizamos los siguientes estiramientos:

Estiramiento 1: Se lleva la mano del brazo lesionado al hombro opuesto, adelantando ligeramente el hombro. Se debe notar un ligero estiramiento en el hombro afectado.

Estiramiento 2: Colocar el brazo sobre la cabeza, con la mano extendida hacia la parte posterior del hombro contrario. Llevar lentamente el codo doblado hacia atrás.

Estiramiento 3: Llevar la mano del brazo a la parte de atrás de la espalda, atrasando el hombro ligeramente. Se ha de notar un cierto estiramiento en el hombro afectado.

