

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**INFORME FINAL DEL PROCESO DE GRADUACION PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL**

TEMA:

**VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICA DE
VESTIDO, POSTERIOR A CIRUGÍA DE SÍNDROME DEL TÚNEL
CARPIANO, EN USUARIAS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN, ANEXO ROMA DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL, SAN SALVADOR, FEBRERO 2015.**

INTEGRANTES:

Ana Gloria Ayala de Artiga
Claudia Dinora Caballero de Cruz
Verónica Elizabeth Argueta de Flores

DOCENTE ASESOR:

Licenciada Marina Esther Parada de Ramos

CIUDAD UNIVERSITARIA, ABRIL 2015

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES VIGENTES

Ing. Mario Roberto Nieto Lovo

Rector de la Universidad

Msc. Ana María Glower de Alvarado

Vicerrectora Académica

Dra. Leticia Zavaleta de Amaya

Secretaría General

Dr. José Arnulfo Herrera Torres

Decano

Licda. Dálide Ramos de Linares

Directora de Escuela de Tecnología Médica

Licda. Nora Elizabeth Abrego de Amado

**Directora de la Carrera de Fisioterapia y Terapia
Ocupacional**

PROCESO DE GRADUACION APROBADO

POR:

Licda. Marina Ester Parada de Ramos

Docente Director de Procesos de Graduación

Licda. Nora Elizabeth Abrego de Amado

Coordinadora General de Procesos de Graduación

INDICE

CONTENIDO	PAG
INTRODUCCION.....	6
CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
A. SITUACION PROBLEMÁTICA.....	10
B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	13
C. JUSTIFICACION.....	14
D. OBJETIVOS.....	17
• OBJETIVO GENERAL	
• OBJETIVOS ESPECIFICOS	
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	18
A. SINDROME DEL TUNEL CARPIANO.....	19
1. GENERALIDADES DE LA PATOLOGIA.....	19
2. NERVIO MEDIANO.....	28
3. LA MANO.....	30
4. LA MUÑECA.....	35
5. ANTEBRAZO.....	36
6. CODO.....	36

CONTENIDO	PAG
B. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.....	37
1. DEFINICION DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	37
2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD).....	38
3. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA: VESTIDO	40
 CAPITULO III: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES....	 44
 CAPITULO IV: DISEÑO METODOLOGICO.....	 49
A. TIPO DE ESTUDIO	50
B. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO UTILIZADO.....	50
C. METODO, TECNICA E INSTRUMENTOS.....	51
D. PROCEDIMIENTO.....	52
 CAPITULO V: PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	 54
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	86
ANEXOS.....	87

INTRODUCCION

Esta investigación trata sobre la valoración de la realización de las actividades de la vida diaria básica de vestido en usuarias con diagnóstico de Síndrome del Túnel Carpiano en etapa posterior a cirugía, con aproximadamente 2 semanas de evolución. Con el estudio se identificó cómo se ven afectadas las usuarias, a pesar de haber sido ya operadas, presentando siempre síntomas tales como dolor, edema, trastornos de sensibilidad, disminución de la fuerza muscular, y limitación de arcos funcionales; sobretodo viéndose afectada la muñeca, los dedos y el pulgar, manteniéndose los síntomas propios de la patología. Siendo también un factor que la acentúa, el tipo de ocupación (secretarias, amas de casa, operarias y otras) que realizan en largas jornadas de trabajo, movimientos repetitivos con las manos, lo que les lleva al incremento de incapacidades, causando un mayor costo económico a las instituciones o empresas donde laboran. Esto además influye en su vida personal por lo que se consideró importante observar una de las Actividades de la Vida diaria como es el Vestido e identificar cuál era la principal dificultad funcional para realizarla. Es así como este trabajo se estructura de la siguiente manera:

El capítulo I está constituido por El planteamiento del problema, que comprende a su vez la Situación Problemática, El enunciado del problema, la Justificación y los Objetivos general y específicos, dando una visión de porqué esta patología constituye un problema de salud y por qué es necesario el abordarla desde el punto de vista funcional, que es lo más alterado en las usuarias.

En el Capítulo II se presenta el Marco Teórico que trata de las definiciones de Síndrome del Túnel Carpiano y de las diferentes estructuras anatómicas que están comprometidas, los factores etiológicos que afectan, los síntomas clínicos que presentan las usuarias, la epidemiología, el diagnóstico y pruebas diagnósticas realizado por el médico, el tratamiento médico conservador y el tratamiento quirúrgico, los cuidados post-operatorios y sus posibles complicaciones. También se abordan aspectos anatómicos y fisiológicos de la mano, dedos y pulgar y su importancia como órganos de la prensión. Igualmente de la muñeca, antebrazo y codo. Finalmente se dan a conocer los conceptos de las actividades de la vida diaria básicas y específicamente las de vestido, así como en qué consiste la intervención del terapeuta ocupacional.

El Capítulo III comprende la operacionalización de variables, en donde cada variable se detalla en sus definiciones conceptual y operacional y luego se presentan sus dimensiones y sus respectivos indicadores con lo que se medirán en los instrumentos elaborados por el equipo investigador.

El Capítulo IV corresponde al diseño metodológico en donde se presenta el tipo de estudio de la investigación, el cual es descriptivo-transversal. Se detalla la población y la muestra que corresponde a 20 usuarias, el tipo de muestreo que se utilizó para su selección y los criterios de inclusión y exclusión. También los métodos, técnicas e instrumentos elaborados por el equipo investigador que consistieron en realizar una guía de observación y una guía de entrevista. Y se visualiza la forma en que serán presentados los datos a través de tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes.

En el Capítulo V se hace la presentación de los resultados de acuerdo a las variables, cada cuadro y gráfico con su respectivo análisis. Y al finalizar se presenta la interpretación de los resultados

Luego se presentan las conclusiones en concordancia a los objetivos planteados en la investigación y las Recomendaciones. Así como la Bibliografía consultada para la realización del estudio.

Y por último va un apartado de ANEXOS que comprende los instrumentos elaborados para la investigación, el presupuesto y el cronograma desarrollados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL

PROBLEMA

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A) SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

El Síndrome del Túnel Carpiano es un síndrome neurológico que se produce por el atrapamiento del nervio mediano en el túnel del carpo. Afecta aproximadamente el 3% de la población general a nivel mundial, con mayor incidencia en mujeres entre la cuarta y sexta década de la vida.¹

Existen factores de riesgo que pueden contribuir a desarrollar el Síndrome del Túnel Carpiano como diversas enfermedades (artritis reumatoide, hipotiroidismo); por herencia, embarazo y actividades laborales ejecutadas por: oficinistas, cosmetólogas, odontólogas, digitadoras, fisioterapistas, operarias y otras, presentando síntomas de dolor, trastornos de sensibilidad y edema acompañado de debilidad muscular y arcos de movimiento limitados. Muchas personas por la situación económica que atraviesan, se ven en la necesidad de trabajar durante largas jornadas, ejecutando actividades de mucho esfuerzo de sus miembros superiores, sin condiciones ergonómicas, malas posturas y con movimientos repetitivos de extensión y flexión de muñeca y dedos. Esto último puede ser un factor ocupacional de riesgo de síndrome del túnel carpiano donde por lo general, la mano más afectada es del lado dominante.

En Estados Unidos, en la Guía Clínica Americana de Diagnóstico del Síndrome del Túnel del Carpo, se ha estimado la incidencia de uno a tres casos por cada mil sujetos

¹ Coiffman, Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, cirugía de la mano y miembro superior, 3ª Edición, Venezuela, Amolca, 2009.

por año y con una prevalencia de 50 casos en mil sujetos al año y se da en un 0.6% en hombres y un 5.8% en mujeres. Por lo que es considerada como la neuropatía por atrapamiento más común y una de las principales patologías por movimientos y esfuerzos repetitivos.

En Colombia es una enfermedad de gran impacto entre los trabajadores. Según estudios, de cada 100,000 empleados, son 55 los diagnosticados con enfermedad de riesgo profesional. Esto según estudios del Ministerio de Protección social en las últimas décadas, es la tasa más alta registrada en ese país.

En El Salvador no existen datos generales estadísticos sobre la incidencia de esta patología, sin embargo es un diagnóstico atendido en varios centros hospitalarios, estatales y privados, y está íntimamente relacionado con las diferentes profesiones y ocupaciones que afectan directamente la función del miembro superior, dificultando el área física, social y psicológica de la persona.

Los pacientes en un principio son tratados con fisioterapia, uso de férulas nocturnas, tratamiento analgésico y esteroides, obteniendo mejorías temporales, pero se ha podido observar que la mayoría de casos requieren cirugía para descomprimir el nervio mediano, la cual es considerada si el paciente no tiene mejoría con el tratamiento no quirúrgico y por la severidad de sus síntomas.

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se acompaña dicho proceso por diversos episodios de ausentismo laboral, prórrogas e incapacidades que conllevan mayor costo económico a la institución o empresa donde laboran. Dichas personas se ven afectadas

no sólo en su desempeño laboral, sino también en el desempeño de sus diferentes roles: familiares, sociales y de esparcimiento.

Entre las diferentes unidades médicas de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, está la Unidad de Medicina y Rehabilitación Anexo Roma, ubicada en una zona urbana de San Salvador, sobre la 67 av. Norte, en donde se atienden pacientes con diversas patologías tales como: Parálisis Facial, Secuelas de Accidente Cerebro vascular, Amputaciones, Lumbalgias, Fracturas, Lumbociáticas, Cervicalgias, Tendinitis, Artritis y una de las patologías más frecuentes: Síndrome del Túnel Carpiano antes y después de cirugía. Los pacientes que se atienden en el Anexo Roma proceden de diversas empresas e instituciones, con diferentes ocupaciones, atendiendo una población aproximada de 100 pacientes mensuales y 1200 pacientes anuales; con un universo de pacientes con Síndrome del Túnel Carpiano de 140 pacientes por año entre hombres y mujeres, y con una muestra de 20 pacientes del sexo femenino en edades comprendidas de 30 a 60 años.²

Para llevar a cabo esta investigación se utilizará un instrumento que servirá de guía para la recopilación de datos.

² Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Centro de Atención Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, sistema del perfil morbidemográfico de la consulta externa médica, año 2013.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados de la valoración de las actividades de la vida diaria básica de vestido, posterior a cirugía de Síndrome del Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, 2015?

B) JUSTIFICACIÓN

En base a la alta incidencia de pacientes que padecen de Síndrome del Túnel Carpiano atendidos en el Servicio de Rehabilitación de la Unidad de Medicina Física, Anexo Roma, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que han sido sometidos a cirugía, se ha observado que se ven afectados en la ejecución de las actividades de la vida diaria básicas de vestido, debido a que presentan problemas tales como: dolor, arcos de movimientos limitados, edema, disminución de fuerza muscular y trastornos de sensibilidad. Usualmente esto se da en pacientes con diferentes ocupaciones: secretarías, odontólogos, operarias, cajeros, fisioterapeutas, etc. que a raíz de continuar con movimiento repetitivos, falta de equipo adecuado (ergonómico), falta de conocimiento sobre los factores que afectan el Síndrome del Túnel Carpiano, malas posturas por períodos prolongados durante la realización de sus actividades laborales, vuelven a recaer con ésta patología, por no poner en práctica las recomendaciones dadas por los profesionales en rehabilitación, lo que genera más incapacidades y por lo tanto aumento del costo para la institución.

El terapeuta ocupacional debe promover medidas de prevención, pero los pacientes deben de ser responsables de aprender y realizar lo más adecuadamente posible las actividades relacionadas con su estilo de vida.

En la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Anexo Roma, los pacientes de Síndrome del Túnel Carpiano que han sido operados por Cirugía Plástica y que son referidos a rehabilitación, posterior al retiro de puntos (aproximadamente de ocho a quince días), deben de realizar los diferentes pasos:

- 1) Evaluación por médico fisiatra: quien determinará el plan de tratamiento de rehabilitación a seguir, así como el número de sesiones.
- 2) Evaluación por fisioterapeuta y terapeuta ocupacional: quienes ejecutan plan de tratamiento a seguir, según indicación médica, considerando su tiempo de incapacidad laboral iniciando con tratamiento a diario y al terminar la misma se pasa a un horario de 2 a 3 veces por semana, según estado del paciente o de acuerdo a los permisos que dan los empleadores.
- 3) Re-evaluación por médico Fisiatra: quien indica nuevo plan de tratamiento según evolución del paciente.

Debe considerarse que las personas operadas del Túnel Carpiano, tienen que hacer ajustes psicológicos por su incapacidad debido a que su función se altera y su vida habitual es interrumpida.

En forma transitoria, muchos pacientes caen en un estado de desánimo y falta de motivación, debido a que ya no pueden realizar sus actividades de la vida diaria básica, doméstica, laboral y social, por lo que ya no se sienten completamente independientes.

En ésta investigación se obtendrá información de los pacientes del sexo femenino en su etapa post-operatoria, de la forma cómo realizan la actividad de la vida diaria básica vestido, en base a un instrumento de evaluación.

Esta investigación, es viable y factible porque la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Anexo Roma permitirá el acceso a expedientes de pacientes con ésta patología y así se obtendrá la información necesaria para la creación del instrumento. Se contó con el apoyo de la supervisora de dicha unidad para la obtención de datos

estadísticos y se contará con la colaboración por parte de los pacientes a brindar datos por medio de una entrevista y guía de observación.

D) OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Valorar las actividades de la vida diaria de vestido, posterior a cirugía de Síndrome del Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer los factores tales como: dolor, parestesia, disminución de la fuerza muscular y arcos de movimiento limitados que afectan la realización de las actividades de la vida diaria de vestido en pacientes del sexo femenino posterior a cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano.
2. Evaluar las diferentes actividades de la vida diaria de vestido de la parte superior que se ven mayormente afectadas en pacientes del sexo femenino posterior a cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano.
3. Evaluar las diferentes actividades de la vida diaria de vestido de la parte inferior que se ven mayormente afectadas en pacientes del sexo femenino posterior a cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.

A. SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO

1. Generalidades de la patología

1.1. Definición:

El síndrome del túnel del carpo (STC)³ se define como el atrapamiento del nervio mediano en el túnel del carpo, que está formado por el retináculo flexor y los huesos del carpo; se produce como resultado de la presión del nervio mediano bajo la aponeurosis flexora. Así mismo, el edema o la tenosinovitis de los tendones flexores pueden provocar un mayor volumen en el túnel carpiano desencadenando los signos y síntomas que le caracterizan. En general, el paciente presenta dolor y parestesias en la cara ventral de la mano, dedos pulgar, índice y medio, y en parte del dedo anular. El dolor es de tipo “quemazón”, con empeoramiento y parestesias nocturnas, y se agudiza también al efectuar determinadas actividades, como sujetar el volante para conducir, o sujetar un libro para leer. La pérdida de sensibilidad en la distribución del nervio mediano puede ocasionar una sensación de torpeza al caérsele algún objeto de la mano. La compresión prolongada del nervio mediano conduce a pérdida sensorial permanente, déficit motor y atrofia de la musculatura.

1.2. Estructuras anatómicas:

En el cuerpo humano, el túnel carpiano o canal carpiano es la vía a nivel de la muñeca, que conecta el antebrazo con el compartimiento medio del plano profundo de la palma

³ <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Sindrometuneldecarpo.aspx>

de la mano. El túnel se compone de huesos y de tejido conectivo. El canal es estrecho y cuando cualquiera de los tendones flexores largos que pasan a través se inflaman o se degeneran el canal se estrecha y como consecuencia, el nervio mediano queda atrapado o comprimido, condición médica conocida como el síndrome del túnel carpiano.

Las estructuras anatómicas que pasan por el túnel son:

- 4 tendones del Flexor común superficial de los dedos
- 4 tendones del Flexor profundo de los dedos
- El tendón del Flexor largo del pulgar
- El nervio mediano

El túnel como tal está formado por los huesos del carpo que en la parte anterior forman una concavidad, y por el ligamento anular anterior del carpo (retínaculo flexor) que es una vaina de tejido conectivo muy resistente, que está unido del lado radial al tubérculo del escafoides, a la cresta de trapecio, y del lado cubital con el pisiforme y el gancho del hueso ganchoso.

La sección más estrecha del túnel se encuentra un centímetro más allá de la línea media de la fila distal de los huesos del carpo, donde el área de la sección se limita a 1,6 cm².

Los tendones del flexor superficial y profundo que pasan a través de una vaina cubital común, mientras que el tendón del flexor largo del pulgar pasa a través de una vaina radial separada. El mesotendón compartido por estos tendones se adjunta a las paredes radial y palmar del túnel carpiano. Por fuera del túnel carpiano y del retínaculo flexor, pasan la arteria cubital, el nervio cubital a través del túnel cubital. Y los tendones del musculo cubital anterior y los tendones palmares mayor y menor.

1.3. Etiología:

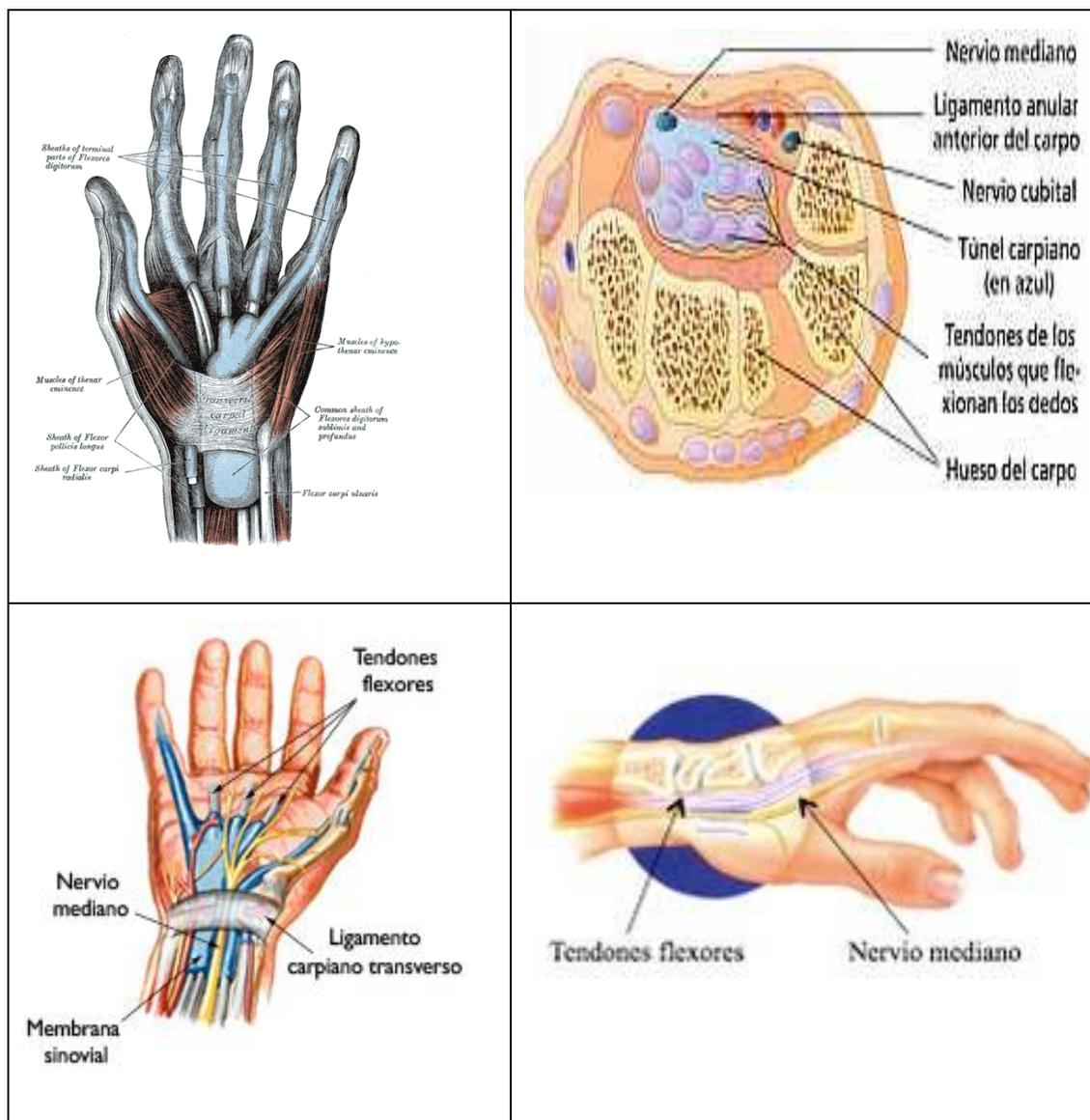
El STC se asocia con traumatismos ocupacionales repetitivos, artritis reumatoide, embarazo, menopausia, acromegalias, fracturas de muñeca, y otras condiciones como hipotiroidismo, tumores, quistes en la muñeca, obesidad, y en el 15 % de los casos es idiopático. Inclusive algunas personas nacen con túneles estrechos, por tanto están predispuestos a problemas de presión sobre el nervio.

- **Efecto de los movimientos de la muñeca**

Los movimientos de la muñeca afectan a la forma y la anchura del túnel carpiano. La anchura disminuye considerablemente durante rango normal de movimiento en la muñeca y debido a que los huesos del carpo se mueven en relación el uno al otro con cada movimiento de la mano. Tanto la flexión y la extensión aumentan la compresión en el túnel carpiano.

Doblar la muñeca hace que el retináculo flexor se mueva más cerca del radio, lo que disminuye considerablemente la sección transversal de la abertura proximal del túnel, y también la cabeza del hueso grande.

En la extensión extrema, el semilunar comprime el paso, ya que se presiona hacia el interior del túnel.

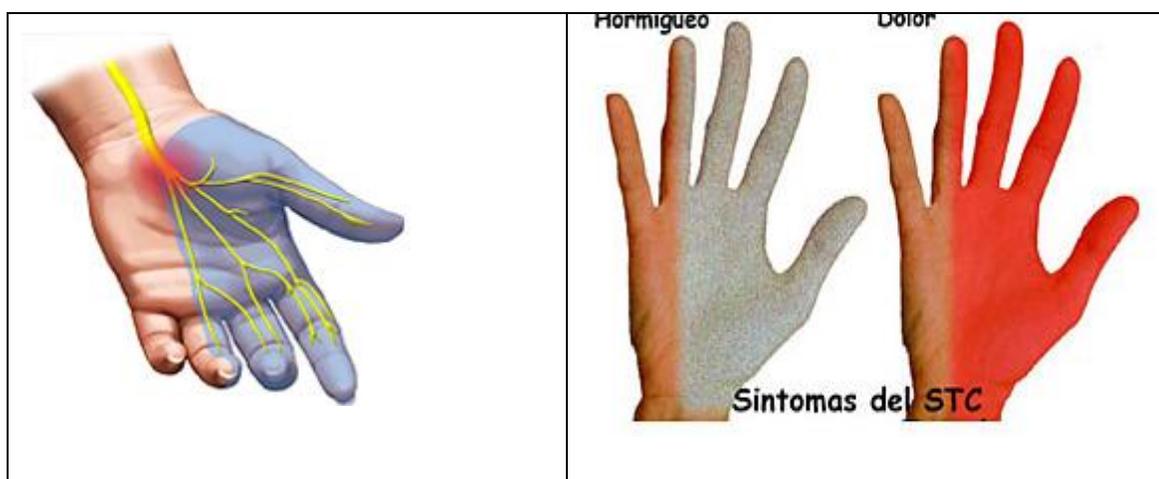


1.4. Síntomas Clínicos

Es característico que los pacientes refieran un dolor vago que se irradia hacia la región tenar. Este dolor, también puede ser percibido en la parte proximal del antebrazo y en ocasiones se extiende al hombro, específicamente se asocia con parestesias y adormecimiento de la distribución del mediano (pulgares e índices, mayor y mitad radial del anular o alguna combinación de ellos). Refieren que con frecuencia se les caen los

objetos o que no pueden abrir las latas o girar tapas. El dolor o el entumecimiento empeoran con las actividades que requieren movimientos repetitivos de la mano, con las actividades repetitivas o con tareas estacionarias efectuadas con la muñeca en flexión o extendida durante largos periodos, como por ejemplo: conducir o leer. También a menudo se despiertan por la noche con dolor o adormecimiento y es típico que refieran la necesidad de frotar o sacudir la mano para que “vuelva la circulación” cuando la compresión es severa y de larga duración puede producirse adormecimiento persistente y atrofia tenar.

La compresión prolongada del nervio Mediano conduce a pérdidas sensoriales permanentes, déficit motor y atrofia de la musculatura.



1.5. Epidemiología: El STC es la neuropatía compresiva con mayor prevalencia. La incidencia de éste síndrome se sitúa entre el 0,1 % y el 10 %⁴. La incidencia aumenta con la edad para los hombres, así como en las mujeres con edades comprendidas entre 45 y 54 años. La prevalencia en la vejez es cuatro veces superior en las mujeres que en

⁴ <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Sindrometuneldecarpo.aspx>

los hombres. La edad está considerada un factor de riesgo para el deslizamiento y conducción del nervio mediano.

1.6. Diagnóstico y Pruebas:

El médico⁵ hará la evaluación en busca de factores de riesgo que incluyen tareas o conductas repetitivas, diabetes, hipotiroidismo, artritis o alguna lesión anterior, además de patrones de dolor o debilidad. El signo de Tinel, el hormigueo o una sensación similar a un choque eléctrico al tocar la parte superior del nervio mediano, indican que es muy probable que se padezca del síndrome de túnel carpiano. Se pueden realizar estudios de conducción nerviosa para evaluar el funcionamiento del nervio mediano. La electromiografía examina el funcionamiento de los músculos de la mano, especialmente aquellos inervados por el nervio mediano

1.7. Diagnóstico Diferencial:

Aunque a menudo el diagnóstico de esta enfermedad es relativamente sencillo, en ocasiones el médico tendrá que establecer el llamado diagnóstico diferencial con otras enfermedades, como son las alteraciones neurológicas por atrapamiento de los nervios, alteraciones de las raíces nerviosas cervicales, algunas alteraciones cerebrales por déficit de riego sanguíneo transitorio (síndrome de la abertura torácica superior), o incluso con el llamado síndrome de sobreuso, que afecta a trabajadores manuales.

⁵ <https://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/.../pdfpat112311.pdf> por E NEUROMUSCULARES - 2011

1.8. Tratamiento Médico:

- **Manejo conservador:**

Como primer paso para el manejo de este síndrome se debe conocer las posibles causas. Ejemplo: si se trata de un síndrome de tipo dinámico, se debe modificar o evitar actividades desencadenantes y así evitar posturas anti fisiológicas que implican flexión o extensión sostenidas de las manos que provocan la presión en el compartimiento referenciado. Se debe además interrumpir por periodos cortos las actividades repetitivas que estresan el nervio.

Este tratamiento puede ser usado para pacientes con síntomas leves o moderados o también cuando el diagnóstico es dudoso y consiste en:

- El uso de una férula de muñeca en posición neutra durante la noche o en las actividades que precipiten los síntomas y el uso de AINES.
- Una infiltración con esteroides.

Esto anterior da alivio del 49 al 81 % de los casos, pero su efecto es transitorio con recurrencia del 50 al 86% y aquellos con los periodos más largos de alivio tienen los mejores resultados quirúrgicos.

Cuando se realiza infiltración con corticoesteroides en el túnel del carpo se hace aplicando entre 20 y 60 mg de metilprednisolona, con el fin de disminuir el edema e inflamación presente por la tenosinovitis y epineuritis.

El ultrasonido ha sido utilizado por fisioterapeutas como alternativa para el manejo de STC. Las modalidades de fisioterapia se usan para estirar y restaurar el deslizamiento nervioso y así aliviar los síntomas de los pacientes.

Factores como: -edad mayor de 50 años, duración de más de seis meses, parestesia constante, tenosinovitis estenosante de los flexores y phalen (+) en menos de 30 segundos son de pronóstico negativo para el tratamiento médico.

Si los signos y síntomas son persistentes, progresivos y no mejoran con el tratamiento conservador, y sobre todo si se observa atrofia tenar, si existen cambios electromiográficos de denervación: está indicada la sección del ligamento transversal del carpo.

- **Tratamiento Quirúrgico:**

El tratamiento quirúrgico tiene como objeto aliviar la compresión del nervio mediano. Esta descompresión comprende 3 aspectos: -la sección del ligamento transversal del carpo, el ligamento volar del carpo y la fascia profunda del antebrazo.

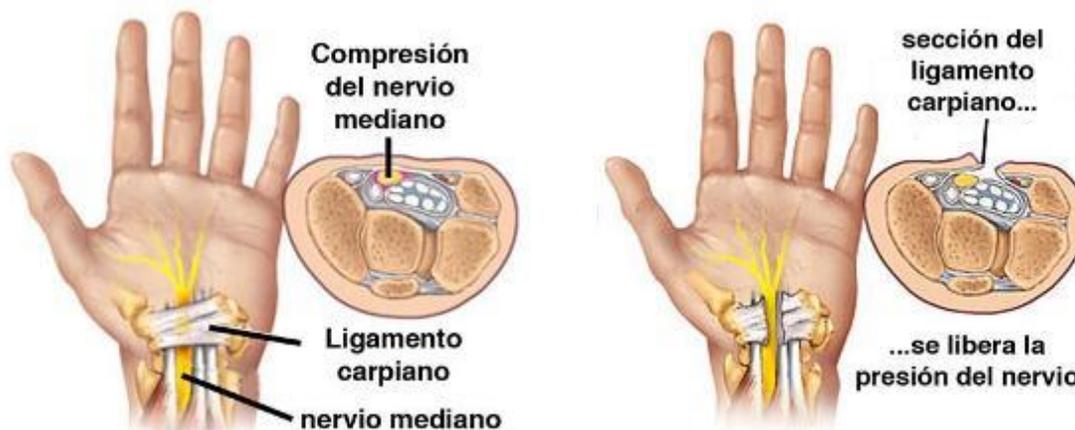
Este procedimiento puede hacerse abierto o endoscópico con anestesia general, regional o local. La cirugía abierta puede hacerse en forma convencional o por mini-incisión. Se han usado incisiones “cosméticas” siguiendo “la línea de la vida” un pliegue natural de la mano con el fin de evitar cicatrización hipertrófica.

Con el fin de disminuir la cantidad de disección en la palma, se hizo menor el tamaño de la incisión en la piel de la palma.

Técnica quirúrgica: Se realiza la incisión quirúrgica en el túnel del carpo. Se localiza y secciona la fascia palmar superficial, al igual que el ligamento transversal del carpo y se procede a la liberación del nervio mediano en el túnel del carpo.

En 1983, Chow realizó la utilización de la endoscopía en la liberación del túnel del carpo, reportando buenos resultados con mínimas molestias post-operatorias. Pero en

1992 un estudio multicéntrico comparo las técnicas endoscópica por la menor visibilidad, presenta más complicaciones y liberaciones incompletas.



- **Cuidado postoperatorios**

Se debe mantener la muñeca en neutro o en leve extensión con un vendaje abultado, evitando hacer flexión durante aproximadamente una semana, con el fin de evitar la luxación palmar de los tendones flexores. A las dos semanas se retiran las suturas. La rehabilitación se inicia con movilización completa de los dedos al día siguiente de la cirugía, y a las dos semanas se inician los ejercicios de fortalecimiento progresivo que va desde ejercicios activos asistidos hasta fortalecimiento con peso y resistencia en toda la mano, a la vez que tratamiento de la cicatriz.

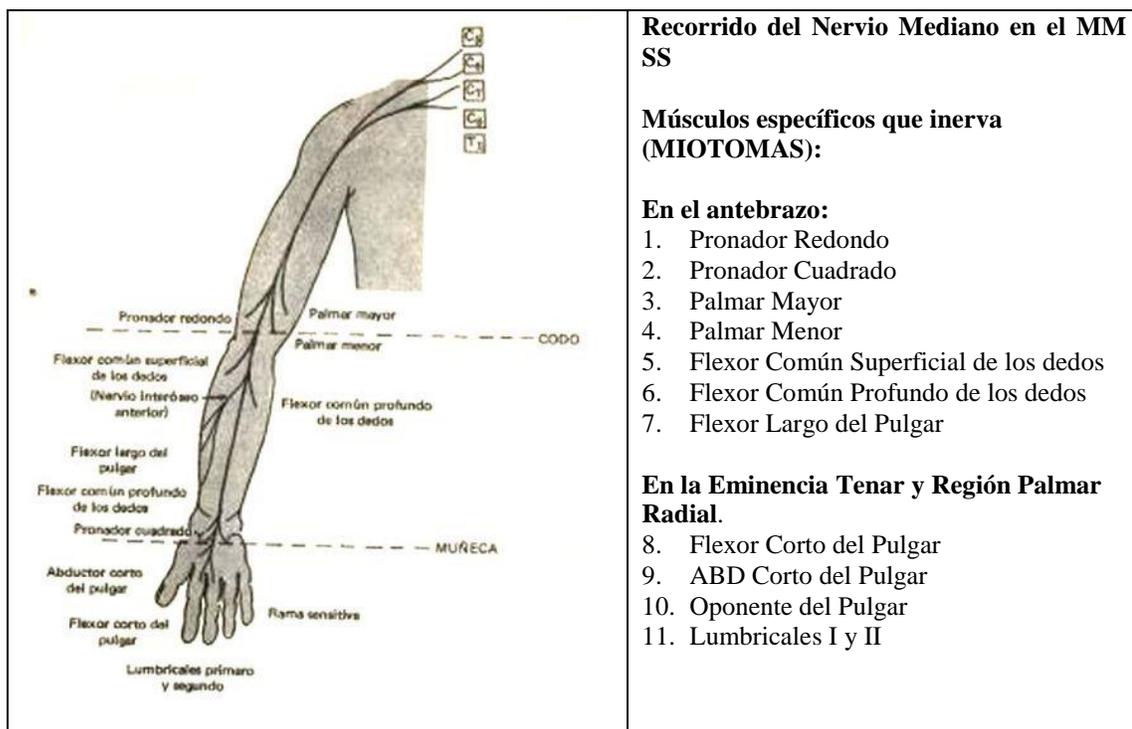
- **Complicaciones**

Se han reportado aproximadamente 1 a 2% de los casos y en general se deben a técnica quirúrgica incorrecta, las más frecuentes son: Liberación incompleta, Liberación del arco superficial palmar, Adhesión tendinosa, Lesión del nervio palmar cutáneo y Cicatriz hipertrófica.

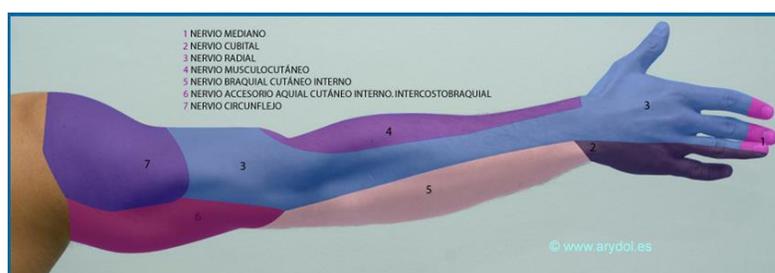
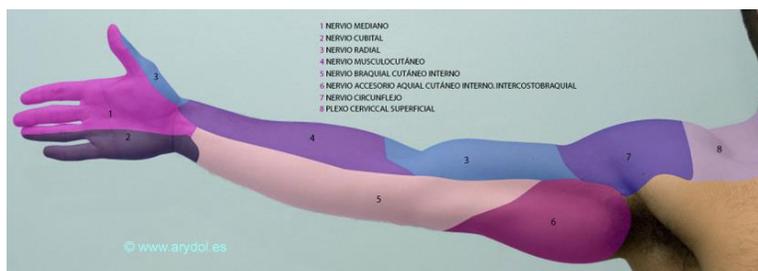
Posterior a la cirugía abierta pueden presentarse en la cicatriz molestias como: endurecimiento, ardor, hormigueo, dolor quemante, dolor en los pilares, disestesias y parestesias.

2. EL NERVIO MEDIANO

Es un nervio raquídeo mixto proveniente del plexo braquial, formado por la unión de las divisiones medial (C5 a C7) y lateral (C8 a D1) del plexo braquial. Desciende por el brazo junto a la arteria braquial; sigue hasta la fosa cubital por fuera del tendón del bíceps y pasa al antebrazo entre las dos cabezas del pronador redondo. En el antebrazo cruza la arcada tendinosa y se sitúa por debajo del flexor común superficial de los dedos, unido a la superficie profunda de éste y sobre el flexor profundo de los dedos. En el antebrazo inerva al pronador redondo, al palmar mayor y al flexor común superficial de los dedos. Después sale el nervio interóseo anterior que, junto con la arteria interósea, se sitúa entre el flexor común profundo de los dedos y el flexor largo del pulgar a los que inerva (al primero en su mitad radial correspondiente a dedos 2º y 3º) para terminar inervando el pronador cuadrado. El tronco principal del mediano da el ramo cutáneo palmar justo antes de entrar en el túnel del carpo. Una vez cruzada la muñeca por el túnel carpiano inerva en la mano el abductor corto, oponente y flexor corto del pulgar, así como los lumbricales I y II y da las ramas cutáneas sensoriales terminales.



Territorio Sensitivo del Nervio Mediano (Dermatomas) en Mm Superior:



Dermatomas en la mano cara dorsal y palmar:



La sensibilidad de la mano y los músculos intrínsecos de los dedos.

3 LA MANO.

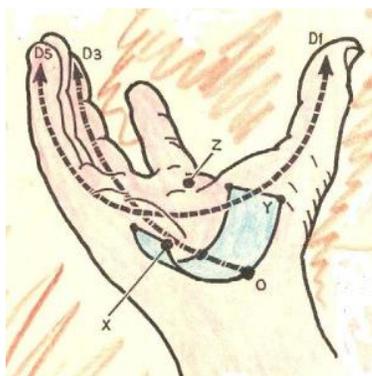
La mano es el órgano de la prensión debido a la disposición del pulgar de oposición con los demás dedos, y principal órgano del tacto. Es una herramienta maravillosa capaz de ejecutar innumerables acciones, gracias a su función principal de prensión; está dotada de una gran riqueza funcional que le procura abundancia de movimientos y acciones.

3.1 Arquitectura de la Mano

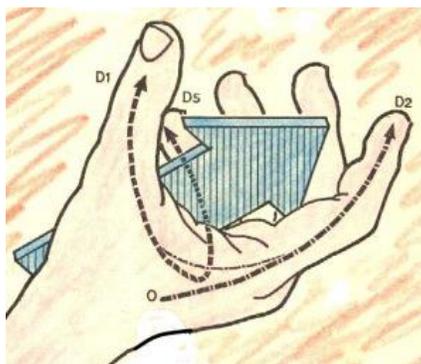
La mano para poder sujetar los objetos puede adaptar su forma según la morfología del objeto que se quiere tomar. Cuando se quiere coger un objeto voluminoso, la mano se ahueca y se forman unos arcos orientados en tres direcciones:

1. En sentido transversal: hay 2 arcos: el arco carpiano que corresponde a la concavidad del macizo carpiano. Y el arco metacarpiano, en el cual se alinean las cabezas metacarpianas. El eje longitudinal del conducto carpiano pasa por el semilunar, el hueso grande y el tercer metacarpiano.
2. En sentido longitudinal: Hay 5 arcos uno para cada dedo los llamados arcos carpo-metacarpo-falángicos que adoptan una posición radiada desde el macizo carpiano y

están constituidos, en cada dedo, por el metacarpiano y las falanges correspondientes. La concavidad de estos arcos se orienta hacia delante de la palma y la clave de bóveda se localiza en la articulación metacarpo falángica: un desequilibrio muscular en este punto conlleva una ruptura desde la curva. Los dos arcos longitudinales más importantes son: El arco del dedo corazón OD3, arco axial, ya que prolonga el eje del conducto carpiano. Y es el eje de la mano. El arco del índice OD2, que es el oponente con más frecuencia al pulgar.



3. En sentido oblicuo: hay 4 arcos, los arcos de oposición del pulgar con los cuatro dedos. El más importante de estos arcos oblicuos reúne y opone al pulgar al índice D1, D2 y El más extremo de los arcos de oposición pasa por el pulgar y el meñique.



En conjunto, al ahuecar la mano, se forma un conducto de concavidad anterior, donde los bordes están limitados en tres fuentes:

- El pulgar que forma por sí solo el borde externo.
- El índice, el meñique que limitan el borde interno.
- Entre estos dos bordes se despliegan los cuatro arcos oblicuos de oposición.

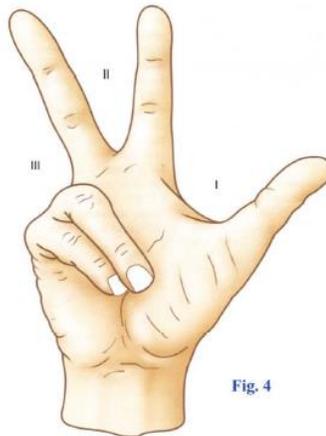
3.2 Topografía De La Mano.

La mano se divide en una cara anterior palmar y otra posterior dorsal; tiene dos bordes, el borde externo o radial y el borde interno o cubital.

- En la cara anterior encontramos la palma propiamente dicha y la cara palmar de los dedos. En la palma se encuentran 2 eminencias: Tenar que corresponde a la base del pulgar e Hipotenar que corresponde al meñique y forma el borde cubital. También se localizan 3 pliegues: el pliegue palmar superior o de oposición, el pliegue palmar medio que corresponde a la articulación metacarpofalángica del índice y el pliegue palmar inferior que corresponde a la articulación metacarpofalángica de los 3 últimos dedos. Y en la cara palmar de los dedos están los pliegues digitopalmares y los pliegues de flexión de las articulaciones interfalángicas proximal y distal de los dedos.
- La cara dorsal de la mano está cubierta por una piel muy fina y móvil bajo la cual se encuentran numerosas venas. Se palpan las cabezas de los cuatro metacarpianos también los tendones extensores de los dedos y las comisuras interdigitales que son más profundas en la parte posterior. En la cara dorsal de los dedos se encuentran los pliegues de extensión de las interfalángicas proximal y distal.

La topografía funcional de la mano, divide la mano en 3 partes:

1. El pulgar: que representa por si solo la casi totalidad de las funciones de la mano, gracias a su facultad de oposición con relación a los otros dedos.
2. Índice y medio: que forman con el pulgar y las tomas de precisión, las pinzas del pulgar con los dedos bidigitales o tridigitales.
3. El anular y el meñique: que con el resto de la mano son indispensables para las tomas palmares.⁶



3.3 Articulaciones de los dedos

Los dedos de la mano tienen 3 articulaciones: metacarpofalángica que es de tipo sinovial condílea, biaxial ; y las interfalángicas proximal y distal que son de tipo sinovial, tróclear, uniaxial.

⁶ Kapandji Al. Fisiología Articular: esquemas comentados de Mecánica Humana, 6ª Edición, Madrid: Médica Panamericana, 2006.

- Músculos y sus acciones:

Articulación	Región	Músculos	Acción
Metacarpofalángica	Palmar (intrínsecos)	Lumbricales I-II-III y IV	Flexión
	Dorsal (extrínsecos)	Extensor común de los dedos	Extensión
	Espacios intermetacarpianos (intrínsecos)	Interóseos dorsales	ABD
		Interóseos palmares	ADD
Interfalángicas Proximal y Distal	Palmar (extrínseco)	Flexor común superficial de los dedos	Flexión
	Palmar (extrínseco)	Flexor común profundo de los dedos	
	Dorsal (extrínsecos) Espacios intermetacarpianos (intrínsecos)	Extensor común de los dedos Lumbricales e Interóseos	Extensión

3.4 Articulaciones del Pulgar

El pulgar está formado por 3 articulaciones: la trapeziometacarpiana que es de tipo sinovial, encaje recíproco y biaxial; la articulación metacarpofalángica que es de tipo condílea, biaxial y la interfalángica del pulgar que es tróclea uniaxial.

Músculos y sus acciones:

Articulación	Región	Músculos	Acción
Trapeziometacarpiana del pulgar	Dorsal –radial (extrínseco)	ABD largo del pulgar	Flexión, anteposición y pronación del I metacarpiano
		EXT largo y corto pulgar	Extensión, retroposición y supinación del I metacarpiano

Articulación	Región	Músculos	Acción
Metacarpofalángica del pulgar	Eminencia Tenar Lado externo (intrínsecos)	ABD Corto del pulgar	Flexión con inclinación radial y pronación de la primera falange
		Flexor corto del pulgar	
		Oponente del pulgar	Oponencia
	Eminencia Tenar Lado interno (intrínsecos)	ADD del pulgar	Flexión con inclinación cubital y supinación de la primera falange
	Dorsal (extrínseco)	Extensor Corto del pulgar	Extensión
Interfalángica del pulgar	Palmar (extrínseco)	Flexor largo del pulgar	Flexión
	Dorsal (extrínseco)	Extensor largo del pulgar	Extensión

4. LA MUÑECA

La articulación de la muñeca es una de las más complejas. Se identifica con facilidad entre el carpo y los extremos distales del radio y el cubito. Es de tipo sinovial, condílea, biaxial. Los movimientos que realiza son flexión, extensión, ABD o desviación radial, ADD o desviación cubital.

Músculos y sus acciones:

Región	Musculo	Acción
Anterior	Palmar mayor	Flexión con ABD
	Palmar menor	Flexión con ABD
	Cubital anterior	Flexión con ADD
Posterior	Primer radial externo	Extensión con ABD
	Segundo radial externo	Extensión con ABD
	Cubital posterior	Extensión con ADD

5. EL ANTEBRAZO

El antebrazo es la región del miembro superior que se encarga de los movimientos de rotación que acompañan a los movimientos de la muñeca. Está formado por 2 articulaciones: la radiocubital proximal y la radiocubital distal, y son de tipo sinovial, trocoide, uniaxiales.

Las superficies articulares que las forman:

- La radiocubital superior: por la cavidad sigmoidea menor del cubito y la cabeza del radio.
- La radiocubital inferior: por la cavidad sigmoidea del radio y la cabeza del cubito
- Ambos huesos cubito y radio están unidos en su diáfisis por la membrana interósea.

Los movimientos que realiza el antebrazo: pronación y supinación

Los músculos y sus acciones:

Músculos	Acción
Biceps Braquial	Supinación
Supinador Corto	
Pronador Redondo	Pronación
Pronador Cuadrado	

6. EL CODO

El codo es la articulación intermedia del Miembro Superior, es de tipo sinovial, tróclear, uniaxial. Las superficies articulares que lo forman son:

- La parte distal del humero: tróclea, cóndilo, epicóndilo y epitróclea.
- La parte proximal del cubito: olecranon, cavidad sigmoidea mayor y apófisis coronoides

- La parte proximal del radio: la cabeza del radio.

Los movimientos que realiza: flexión y extensión

Los músculos y sus acciones:

Región	Músculo	Acción
Anterior	Biceps Braquial	Flexión de codo con el antebrazo en supinación
	Braquial Anterior	Flexión de codo con el antebrazo en pronación
	Supinador Largo	Flexión de codo con el antebrazo en posición neutra
Posterior	Triceps Braquial	Extensión de codo

B. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA

1. DEFINICIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

Es la ciencia y el arte de dirigir la participación del hombre en tareas seleccionadas para restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones especiales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías, promover la salud. A través de la definición se observa que la intención de terapia ocupacional se encuentra en las áreas de desempeño funcional de: Actividades de la Vida Diaria, Trabajo y Esparcimiento

La **Terapia Ocupacional (T.O)** es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social”.

El dominio de la TO surge del interés de la profesión en la habilidad humana para involucrarse en actividades de la vida diaria. El término que la TO usa para dar cuenta del amplio significado de “actividades de la vida cotidiana” es Ocupación. La TO ocupa la ocupación como medio y como fin. Ambos términos Ocupación y Actividad son usados para describir la participación en tareas de la vida cotidiana.

Definición de Ocupaciones: son todas las Actividades que las personas realizan en su vida cotidiana, las cuales ocupan su tiempo, modifican el entorno, aseguran la supervivencia, conservan el bienestar, educan a otros, contribuyen a la sociedad y permiten significados culturales, a través de los cuales las personas desarrollan habilidades, conocimientos y capacidad para la realización de su potencial. Entre esas están las Actividades de la Vida Diaria, las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, el Trabajo, la Educación, Los Cuidados de Otros, el Juego y Esparcimiento.

Desde el Término conceptual el término AVD podría aplicar a todas las actividades que realizan los individuos de rutina, pero según La AOTPF y la AOTA(2002) se les clasifica como:

- 1- AVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- 2- AIVD: Actividades Instrumentales de la vida Diaria

2. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD) son el pilar fundamental de la funcionalidad de las personas, y por ello conforman uno de los objetivos primordiales de la Terapia

Ocupacional. Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. Va más allá de la auto atención, e implica el desarrollo funcional completo de la persona. Se refiere a la planificación, ejecución y seguimiento de hábitos, rutinas, y actividades para la diaria supervivencia biológica, intelectual y socio emocional.

- AVD: se define como actividades orientadas a hacerse cargo del cuidado del propio cuerpo.
- AIVD: Se definen como actividades que están orientadas hacia la interacción con el entorno y que a menudo son de naturaleza compleja.

Incluyen las categorías siguientes:

AVD	AIVD
1. Baño /ducha	1.Cuidados de otros
2. Control de Esfínteres intestinal y vesical	2.Cuidados de mascotas
3. Vestido	3.Crianza de niños
4. Comer	4.Uso de dispositivos de comunicación
5. Alimentación	5.Movilidad en la comunidad
6. Movilidad funcional	6.Administración económica
7. Cuidado de los dispositivos personales	7.Salud y mantenimiento
8. Higiene y Aseo personal	8.Establecimiento y administración del hogar
9. Actividad sexual	9.Preparación de las comidas y limpieza
10. Sueño/descanso	10. Procedimientos de seguridad y respuesta a emergencias
11. Higiene en el baño	11. Compras

Para esta investigación se consideraran únicamente dentro de las Actividades Básicas de la Vida Diaria las de Vestido

3. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA: VESTIDO

Las AVD de vestido comprende la propia acción de vestido y desvestido de Miembro Superior, Tronco y Miembro Inferior; incluyendo además la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleara la ropa.

Esta actividad se divide en vestido de parte superior y vestido de parte inferior del cuerpo.

La dificultad para llevar a cabo las actividades de vestido, puede estar relacionada con las alteraciones en los componentes del desempeño ocupacional: sensoriales, perceptivos, cognitivos, motor , neuromuscular y el psicosocial.

En el caso del síndrome del túnel carpiano se ven alterado el componente sensorial, táctil , el componente motor y neuromuscular ya que por el tipo de lesión se ve afectada la intervención funcional de los miembros superiores principalmente en la muñeca y mano pero que por la cirugía reciente puede comprometer también el antebrazo y el codo. La afección en sí ya compromete la ejecución de los movimientos del pulgar, índice y dedo medio en la prensión tanto gruesas como finas, y con la cirugía espera corregirse esta deficiencia.

Algunos pacientes acusan dolor a nivel de cuello y hombros presentando dificultad en la realización de actividades de vestido, principalmente en etapa posterior a cirugía, más o menos entre dos o tres semanas.

La intervención de la terapia y física y ocupacional van encaminadas a mejorar sus habilidades y destrezas motoras sensitivas, cognitivas y psicológicas que son fundamentales para su desarrollo como personas teniendo en cuenta su aspecto

ocupacional que es la mejor arma contra la inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, alteración de conductas y desesperanza.

De este modo se impulsa a realizar sus actividades en la medida sea posible, contribuyendo a la orientación, establecer rutinas y fomentar el sentimiento de utilidad y conservación de su identidad personal.

3.1 Papel de Terapeuta Ocupacional en las AVDB

El terapeuta ocupacional está formado para observar la ejecución de funciones y por lo tanto debe:

1. Observar el desempeño de cómo realiza la actividad de la vida diaria de vestido.
2. Analizar qué es lo que afecta el desempeño de la tarea.
3. Evaluar el nivel de eficiencia o de limitación para realizar la AVD de vestido.
4. Comprender como le puede afectar la dificultad de la AVDB de vestido en su entorno familiar, social y laboral.
5. Intentar recuperar las habilidades que más se le dificultan al paciente.
6. Motivar e incentivar al paciente.

Así, por ejemplo en la actividad de vestido, puede observar si los arcos de movimiento de miembros superior, si está limitado para quitar o poner una prenda en la parte superior o inferior del cuerpo o lo realiza en forma independiente. Entonces se planifica un programa de tratamiento para mejorarlo. Este programa debe basarse en el conocimiento del potencial de recuperación del arco de movimiento del paciente, de acuerdo con el diagnóstico específico.

La terapeuta ocupacional también puede observar si el paciente está angustiado y con desánimo por no ser capaz de vestirse por su propia cuenta y su preferencia por no querer tener asistencia en esta tarea.

El terapeuta puede determinar la motivación del paciente para seguir un programa de tratamiento que supone la deficiencia en el arco de movimiento y así progresivamente integrarse a la ejecución de varias actividades que son necesarias para su integración familiar, social y laboral.

3.2. Estrategias de Evaluación:

La evaluación de las AVD de vestido, se hace a través de dos formas:

1. La entrevista y la autoevaluación del desempeño: nos ofrece una valiosa información sobre la percepción del paciente acerca de su habilidad para realizar la AVD de vestido, se le preguntó al paciente que es lo que más le dificulta al realizar la AVD, si es por el dolor, o disminución de fuerza muscular, si es en la colocación de su vestido, falda, zapatos o al retirar sus prendas.
2. Observación Clínica: la ventaja principal es que proporciona el fundamento más objetivo para la evaluación de las habilidades del paciente, en el desempeño de sus tareas, o sea que el terapeuta ocupacional observó cómo realizó la AVD de vestido: si lo hizo con dificultad, ya sea por dolor, disminución de fuerza muscular, arcos de movimiento limitados, o por uso de ropa inadecuada.

3.3 Proceso terapéutico:

Lo primero que el terapeuta ocupacional debe hacer es identificar el déficit en la AVD de vestido que interfieren en su rol, de madre, esposa (al realizar las labores de la casa), empleada (al realizar diferentes actividades en su trabajo).

3.4 Intervención terapéutica:

La intervención va destinada a tratar de devolver la mayor recuperación al realizar sus tareas, por medio de recomendaciones métodos o técnicas así como uso de equipo adecuado. Se valoró si el paciente se le dificultó manipular botones, zipper, cierres, broches, abrocharse o desabrocharse la ropa, quitarse o ponerse medias, zapatos y se le dieron indicaciones de cómo hacerlo o cuál será la ropa más adecuada mientras presenten dolor, arcos de movimientos articulares limitados, etc.

Capítulo III

Operacionalización de Variables

**CAPITULO III
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
VARIABLE 1: Usuaris post-quirúrgicos de Síndrome del Túnel Carpiano	Son las Usuaris que se someten a una cirugía del Túnel Carpiano bajo anestesia local. El cirujano realiza una incisión en la muñeca y palma la mano; luego corta el ligamento carpiano y libera el nervio mediano, para eventualmente aliviar los síntomas del síndrome del Túnel Carpiano. Después de la cirugía, el médico coloca puntos en la muñeca y la palma de la mano, que son retirados alrededor de dos semanas después.	Las Usuaris post-quirúrgicos del Túnel del Carpo que son atendidos con prioridad, por Terapia Física y Terapia Ocupacional después que se han retirado los puntos, en la Unidad de Medicina Física Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del y Rehabilitación Seguro Social	Datos Generales de las Usuaris	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Ocupación • Tiempo post-quirúrgico • Dominancia • Lado operado
			Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Región <ul style="list-style-type: none"> ○ Codo ○ antebrazo ○ muñeca mano ○ dedos • Intensidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ Leve ○ Moderado ○ Severo • Horario: <ul style="list-style-type: none"> ○ Matutino ○ Vespertino • Frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Permanente ○ Ocasional
			Edema	<ul style="list-style-type: none"> • Región <ul style="list-style-type: none"> ○ Codo ○ antebrazo ○ muñeca mano ○ dedos • Grado <ul style="list-style-type: none"> ○ Leve ○ Moderado ○ Severo

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
			Trastornos de la Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Región <ul style="list-style-type: none"> ○Codo ○antebrazo ○muñeca mano ○dedos • Tipo de Trastorno: <ul style="list-style-type: none"> ○Hiperestesia ○Hipoestesia ○Parestesia ○Anestesia
			Fuerza Muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Región <ul style="list-style-type: none"> ○Codo ○antebrazo ○muñeca mano ○dedos • evaluación funcional (grados): <ul style="list-style-type: none"> ○Normal ○Disminuida ○Abolida
			Arcos de Movimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Región <ul style="list-style-type: none"> ○Codo ○antebrazo ○muñeca mano ○dedos • evaluación funcional <ul style="list-style-type: none"> ○completos ○limitados

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
VARIABLE 2 Actividad de la Vida Diaria de Vestido	Es la acción de colocarse o quitarse una prenda para cubrir o descubrir el cuerpo con dos funciones básicas Proteger de condiciones climáticas. Cubrir partes del cuerpo.	Pacientes post-quirúrgicos del Síndrome del Túnel del Carpo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social que realizan la actividad de vestido y desvestido	Evaluación funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para agarrar objetos <ul style="list-style-type: none"> ○ Tamaño ○ Peso • Necesidad de asistencia • Posición en que se realiza la actividad • Actividad que se dificultaba mas <ul style="list-style-type: none"> ○ Vestido de MS ○ Vestido de MI
			AVD de vestido parte Superior del Cuerpo.	<ul style="list-style-type: none"> • AVD Parte Superior <ul style="list-style-type: none"> ○ Vestido (poner ropa) ○ Desvestido (quitar) • Ropa Interior: <ul style="list-style-type: none"> ○ Brassier • Ropa Exterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Blusa ○ Chaqueta • Tipos de cierre <ul style="list-style-type: none"> ○ Con botones ○ Sin botones

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
			AVD de vestido parte Inferior del Cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • AVD Parte Inferior <ul style="list-style-type: none"> ○ Vestido (poner ropa) ○ Desvestido (quitar) • Ropa Interior: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bloomer ○ Pantaleta ○ Fustán M ○ Medias ○ Calcetas • Ropa Exterior <ul style="list-style-type: none"> ○ Vestido ○ Falda ○ Pantalón ○ Short • Tipos de cierres en la ropa <ul style="list-style-type: none"> ○ con botones ○ sin botones ○ con zipper ○ con elástico • Calzado <ul style="list-style-type: none"> ○ Zapato cerrado ○ Sandalias • Tipo de cierre en el zapato <ul style="list-style-type: none"> ○ Cinta ○ Broche ○ De meter

CAPITULO IV

DISEÑO

METODOLÓGICO

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal.

DESCRIPTIVO: Porque pretende dar a conocer la valoración de las actividades de la vida diaria de vestido posterior a cirugía de Síndrome de Túnel Carpiano en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

TRANSVERSAL: Porque el estudio se realizó en un período aproximado de 6 semanas del año 2015, sin que posteriormente se le dé seguimiento.

B. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO UTILIZADO

POBLACIÓN: Incluyó el conjunto de pacientes con diagnóstico de síndrome de túnel carpiano, que asistieron a tratamiento de fisioterapia y terapia ocupacional en la unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma.

MUESTRA: Fueron 20 usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, San Salvador, posterior a cirugía de Síndrome del Túnel Carpiano de aproximadamente dos semanas de retiro de puntos, que asistieron a evaluación y tratamiento de terapia física y terapia ocupacional.

TIPO MUESTREO. Es un muestreo no probabilístico por conveniencia ya que la muestra fue elegida directa e intencionalmente.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Pacientes operadas de Síndrome del Túnel Carpiano, de aproximadamente 2 semanas de tiempo post quirúrgico.
- Pacientes sin deterioro cognitivo ni enfermedad invalidante previa.
- Pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Pacientes del sexo masculino
- Pacientes que no han sido operados de síndrome de túnel del carpo
- Pacientes que presentaran complicaciones posteriores a cirugía
- Pacientes que no darán su consentimiento para participar en este estudio.

C. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

METODO: Las 20 pacientes que serán atendidos van a ser referidos de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Central, por médicos fisiatras con protocolo de tratamiento ya establecido, a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, quienes serán evaluados por las tres integrantes del grupo.

TÉCNICA: La técnica a utilizarse en la usuaria posterior a cirugía de Síndrome de Túnel Carpiano al realizar su actividad de vestido, será por medio de :

- Entrevista: Que consistirá en realizarle una serie de preguntas al paciente en un cubículo, por medio de un instrumento de evaluación.

- Observación: Que consistió en observar como realizó la actividad de vestido en un cubículo con sus respectivas prendas de vestir, por medio de un instrumento de evaluación.

INSTRUMENTOS: Un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas y una ficha de observación. Ambas elaboradas por el equipo investigador.

- Validación del instrumento:

La validación del instrumento para esta investigación se realizó en cinco pacientes, en la Unidad Médica de Ilopango del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con las características de la población en estudio, en donde se valoró que el instrumento fue adecuado para la ejecución de la investigación.

D. PROCEDIMIENTO

El procedimiento será por medio de:

a) Recolección de datos.

La ejecución de la investigación se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, en un período de 4 semanas, utilizando 3 días por semana para realizarle al paciente inicialmente la entrevista y posteriormente la observación con sus respectivas prendas de vestir, distribuyéndose los pacientes entre las tres investigadoras equitativamente.

b) **Procesamiento de datos** (Tabulación y Análisis).

Los datos que se recolecten, serán posteriormente procesados mediante la técnica de palotes, en donde la información obtenida se presentará en cuadros estadísticos y gráficas, concluyendo con análisis de los datos obtenidos. Utilizando los programas de Word y Excel.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN,

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

LOS RESULTADOS

CAPITULO V

Presentación -Análisis e Interpretación de Resultados

I. USUARIAS POST-CIRUGÍA DE SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

a. DATOS GENERALES

TABLA N° 1

RANGO DE EDAD DE USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME TÚNEL CARPIANO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 – 35	1	5%
35 – 40	1	5%
40 – 45	3	15%
45 – 50	2	10%
50 – 55	7	35%
55 – 60	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje corresponde al rango de edades entre 50 -55 años con un 35% y el rango de 55-60 años con un 30%, y en edades de 40 a 50 años un 25 % y en menor porcentaje se encontraron usuarias con edades de 30 a 40 años

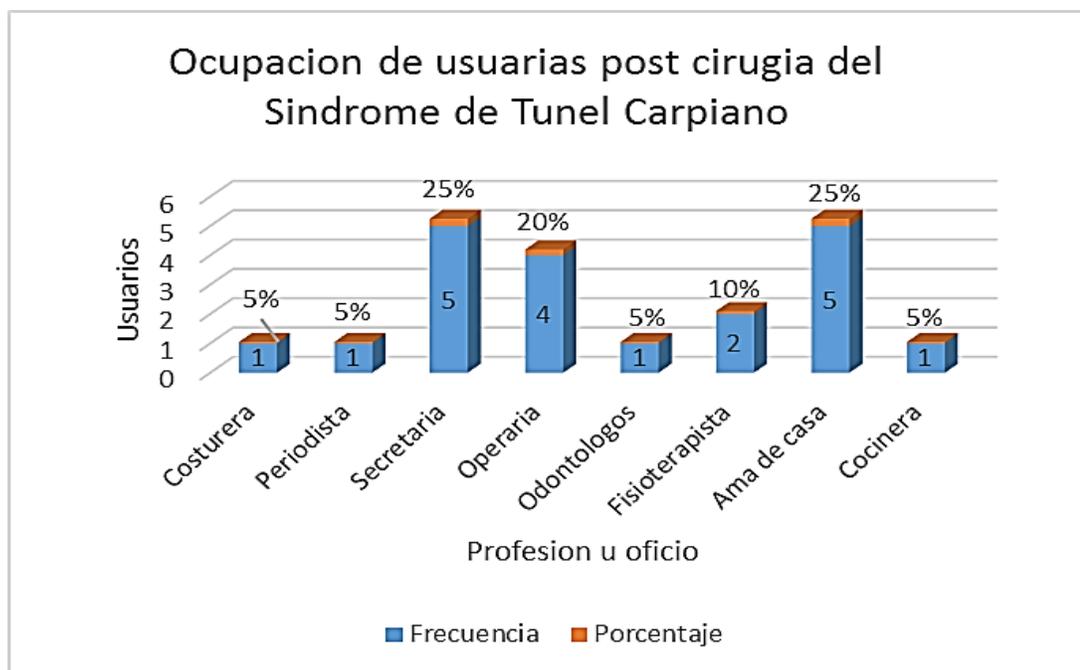
TABLA N° 2
TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME
TÚNEL CARPIANO

AÑOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 - 1 año	6	30%
1 - 2 años	3	15%
2 - 3 años	6	30%
3 - 4 años	1	5%
4 - 5 años	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

En la tabla 2 se observa que el mayor porcentaje de usuarias han tenido un tiempo de evolución previo a cirugía es de 0 – 1 año y de 2 -3 años con el 30% respectivamente seguido del 20% que han tenido de 4 – 5 años de evolución.

GRAFICO N° 1
OCUPACIÓN DE USUARIAS POST CIRUGÍA DEL SÍNDROME DEL TÚNEL
CARPIANO.



Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias

Se observa en este gráfico, que la ocupación más frecuente es la de secretarias y amas de casa con 25 % respectivamente, le sigue la ocupación de operarias con un 20%, el resto corresponde a ocupaciones tales como Fisioterapistas, Periodista, Costurera, Odontóloga, y Cocinera.

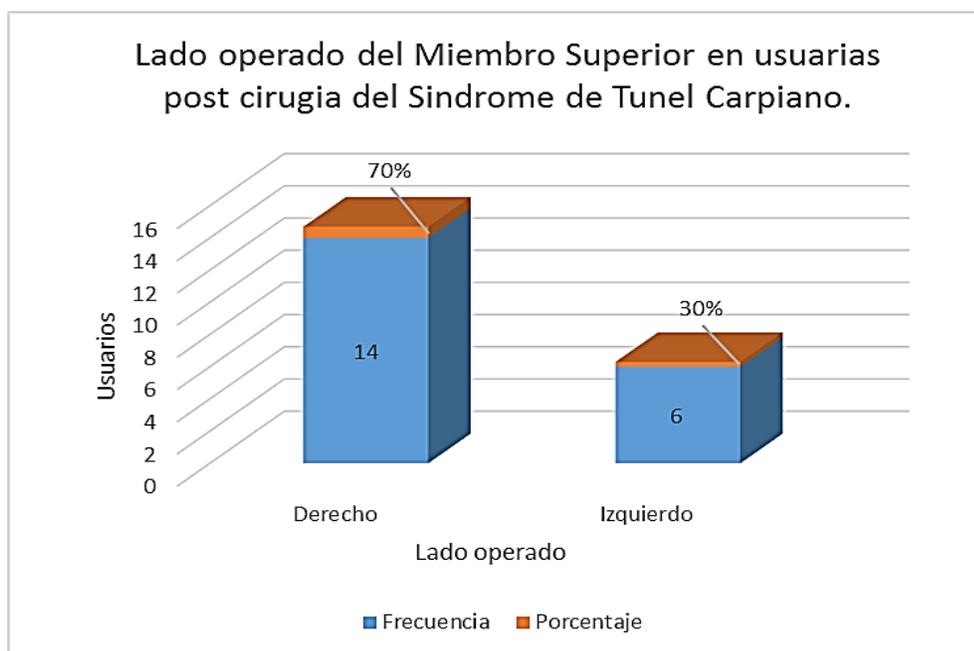
TABLA N° 3
DOMINANCIA DE MIEMBRO SUPERIOR EN USUARIAS POST CIRUGÍA
DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.

DOMINANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Derecho	19	95%
Izquierdo	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

Se encuentra en la tabla 3 que el 95% es de dominancia derecha y el 5% corresponde a dominancia izquierda.

GRAFICO N°2
LADO OPERADO DE MIEMBRO SUPERIOR EN USUARIAS POST CIRUGÍA
DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.



Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias

En el gráfico 2, se observa que la mayor cantidad de usuarias han sido operadas del lado derecho (70%), sin embargo aparece un 30% de usuarias que han sido operadas del lado izquierdo, aunque no es su lado dominante, esto se debe a que han padecido síndrome del túnel carpiano bilateral y en esta ocasión han sido sometidas a su segunda cirugía.

b. DOLOR

TABLA N° 4

PRESENCIA DE DOLOR EN USUARIAS SEGÚN REGIÓN.

REGION	PRESENCIA DE DOLOR					
	SI		NO		TOTAL	%
	fc	%	fc	%		
Codo	2	10%	18	90%	20	100%
Antebrazo	16	80%	4	20%	20	100%
Muñeca –mano	18	90%	2	10%	20	100%
Dedos	19	95%	1	5%	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias

Se puede observar que en la tabla 4, el 95% de usuarias presentaron dolor en dedos y un 90% en muñeca-mano, seguido de un 80% en antebrazo y solo el 10% refirieron dolor en codo.

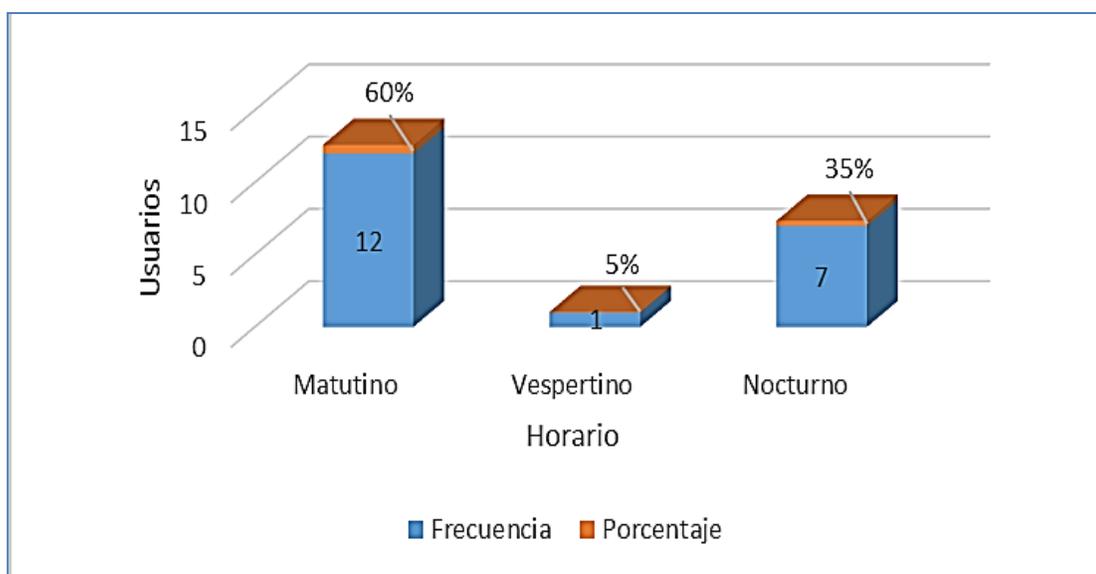
TABLA N° 5
ÁREAS E INTENSIDAD DEL DOLOR EN USUARIAS POST CIRUGÍA DEL
SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO.

Área	Codo		Antebrazo		Muñeca-Mano		Dedos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leve	1	5%	5	25%	2	10%	1	5%
Moderado	1	5%	10	50%	12	60%	12	60%
Severo	0	0%	1	5%	4	20%	6	30%
Total	2	10%	16	80%	18	90%	19	95%

Fuente: Instrumento de Entrevista a usuarias

En la presente tabla, se puede observar que en el caso de las usuarias que tenían dolor en los dedos la mayoría lo presentaba moderado de tipo quemante 60% y un 30% era severo. En el caso de la muñeca y mano también la mayoría presentó dolor moderado (60%), y severo 20%. El 50% presenta dolor moderado en antebrazo y en codo el 10% afectado presenta dolor irradiado a la región.

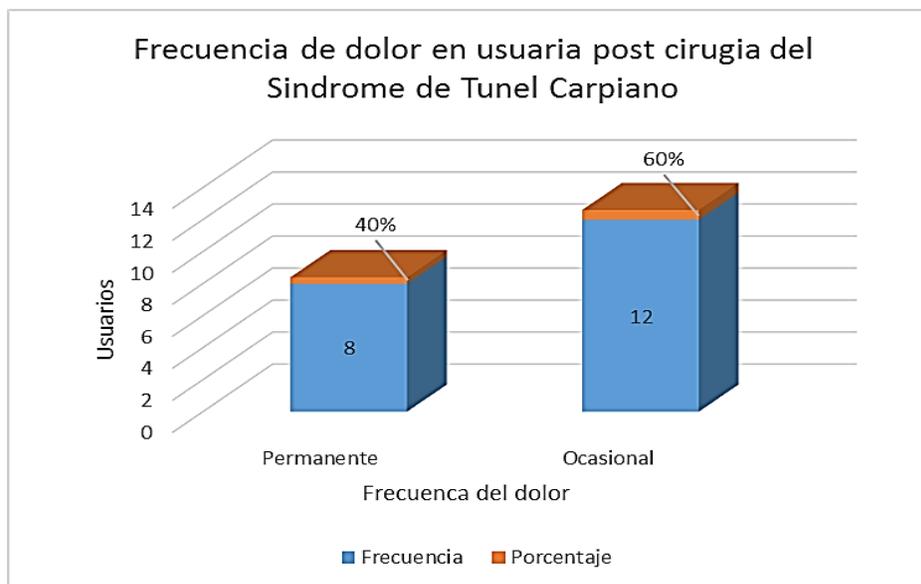
GRAFICO N° 3
HORARIO DONDE PRESENTA MÁS DOLOR EN USUARIAS POST CIRUGÍA
DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO



Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias

Se puede observar que el horario del dolor en usuarias es el 60% matutino, el 35% nocturno, y vespertino solo el 5%. Esto ha cambiado después de la cirugía, ya que antes el dolor era más nocturno. En cambio ahora el dolor se atribuye al posicionamiento de la mano durante la noche y al mayor uso que le empiezan a dar en las mañanas.

GRAFICO N° 4
FRECUENCIA DEL DOLOR EN USUARIAS POST CIRUGÍA DEL SÍNDROME
DEL TÚNEL CARPIANO.



Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias

En frecuencia del dolor en usuarias post cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano, se puede observar que el 60% es ocasional, ya que las usuarias referían que el dolor aparecía al hacer movimientos o algún tipo de esfuerzo en sus AVD, y el 40% lo refiere es permanente, con variaciones de intensidad y de región.

C. EDEMA**TABLA 6****PRESENCIA DE EDEMA EN USUARIAS SEGÚN REGIÓN.**

REGION	PRESENCIA DE EDEMA					
	SI		NO		TOTAL	%
	fc	%	fc	%		
Codo	5	25%	15	75%	20	100%
Antebrazo	15	75%	5	25%	20	100%
Muñeca –mano	19	95%	1	5%	20	100%
Dedos	20	100%	0	0%	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

Se observa en la presente tabla que el 100% de usuarias presentaron edema en dedos, el 95% en muñeca-mano, y el 75% lo presenta en antebrazo.

TABLA 7
REGIÓN Y GRADO DE EDEMA EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE
SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO

Región	Codo		Antebrazo		Muñeca-Mano		Dedos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Leve	3	15%	9	45%	6	30%	6	30%
Moderado	2	10%	6	30%	12	60%	13	65%
Severo	0	0%	0	0%	1	5%	1	5%
Total	5	25%	15	75%	19	95%	20	100%

Fuente: Instrumento de Observación de usuarias.

De las usuarias con edema la mayoría presento un grado moderado: en los dedos un 65%, en muñeca-mano un 60%, en el caso del antebrazo, un 45% tenía edema leve.

D. TRASTORNOS SENSITIVOS

TABLA 8

REGIONES CON ALTERACIÓN SENSITIVA EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO

Región	Codo		Antebrazo		Muñeca-Mano		Dedos	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Anestesia	0	0%	1	5%	1	5%	1	5%
Hipoestesia	1	5%	3	15%	2	10%	2	10%
Parestesia	0	0%	3	15%	3	15%	10	50%
Hiperestesia	1	5%	3	15%	13	65%	4	20%
Normal	18	90%	10	50%	1	5%	3	15%
Total	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Instrumento de Entrevista a Usuarias.

En la tabla 8 puede notarse que de las 20 usuarias, 19 presentaban algún tipo de alteración sensitiva en la muñeca y mano y 17 en los dedos. Se encontró que el 65% de usuarias presentaron hiperestesia a nivel de muñeca - mano y el 50% presentaron parestesia en dedos. Incluso se encontraron alteraciones sensitivas en antebrazo y codo en menor porcentaje.

E. FUERZA MUSCULAR**TABLA 9****REGIÓN Y FUERZA MUSCULAR DE USUARIAS POST CIRUGÍA DE
SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO**

Región	Movimientos	Fuerza muscular						Total	
		Normal		Disminuida		Abolida		Total	
		Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Codo	Flexión	20	100%	0	-	0	-	20	100%
	Extensión	20	100%	0	-	0	-	20	100%
Antebrazo	Supinación	5	25%	15	75%	0	-	20	100%
	Pronación	14	70%	6	30%	0	-	20	100%
Muñeca	Flexión	1	5%	19	95%	0	-	20	100%
	Extensión	1	5%	19	95%	0	-	20	100%
	DR	6	30%	14	70%	0	-	20	100%
	DC	8	40%	12	60%	0	-	20	100%
Dedos	Flexión	1	5%	19	95%	0	-	20	100%
	Extensión	8	40%	12	60%	0	-	20	100%
	ABD	9	45%	11	55%	0	-	20	100%
	ADD	9	45%	11	55%	0	-	20	100%
Pulgar	Oponencia	4	20%	16	80%	0	-	20	100%

Fuente: Instrumento de Entrevista a Usuaris

En la presente tabla puede observarse que la mayoría tenía debilidad muscular principalmente en la muñeca mano y dedos. Se encontró que el 95% de usuarias presentaron fuerza muscular disminuida al movimiento flexo – extensión de muñeca y flexión de dedos y un 80% al movimiento de oponencia del pulgar.

F. ARCOS DE MOVIMIENTO.

TABLA 10

REGIÓN Y ARCO DE MOVIMIENTO EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Región	Movimientos	Arcos de Movimiento					
		Completo		Limitado		Total	
		Fc	%	Fc	%	Fc	%
Codo	Flexión	19	95%	1	5%	20	100%
	Extensión	20	100%	0	-	20	100%
Antebrazo	Supinación	4	20%	16	80%	20	100%
	Pronación	16	80%	4	20%	20	100%
Muñeca	Flexión	1	5%	19	95%	20	100%
	Extensión	4	20%	16	80%	20	100%
	DR	10	50%	10	50%	20	100%
	DC	9	45%	11	55%	20	100%
Dedos	Flexión	1	5%	19	95%	20	100%
	Extensión	10	50%	10	50%	20	100%
	ABD	11	55%	9	45%	20	100%
	ADD	11	55%	9	45%	20	100%
Pulgar	Oponencia	1	5%	19	95%	20	100%

Fuente: Instrumento de Entrevista a Usuaris

En la tabla 10 se muestra que el 95% presentaron arcos de movimiento limitados en flexión de muñeca y dedos al igual que oponencia del pulgar, durante la realización de la actividad de vestido.

TABLA N° 11
MOVIMIENTOS QUE OCASIONAN DOLOR EN LAS REGIONES
EVALUADAS EN LAS USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME DEL
TÚNEL CARPIANO.

Región	Movimiento que duele	fc	%
Codo	Flexión	3	15%
	Extensión	3	15%
Antebrazo	Supinación	16	80%
	Pronación	4	20%
Muñeca	Flexión	18	90%
	Extensión	19	95%
	Desviación Radia	4	20%
	Desviación cubital	3	15%
Dedos	Flexión	19	95%
	Extensión	8	40%
	ABD	5	25%
	ADD	6	30%
Pulgar	Oponencia	15	75%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias.

En la presente tabla se evidenció que el 95% de usuarias presentó dolor al movimiento de extensión de muñeca y de flexión de dedos respectivamente, y un 90% en la flexión de muñeca, seguido del 80% con dolor a la supinación de antebrazo.

II. AVD DE VESTIDO EN LAS USUARIAS POST-CIRUGÍA DE SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

A. EVALUACIÓN FUNCIONAL

TABLA N° 12
DIFICULTAD PARA AGARRAR OBJETOS DE DIFERENTE TAMAÑO Y PESO EN USUARIAS POST CIRUGÍA DEL SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO.

Dificultad	Tamaño de los objetos						Peso de los objetos			
	Pequeño		Mediano		Grande		Con Peso		Sin Peso	
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
Con dificultad	12	60%	5	25%	16	80%	19	95%	0	0%
Sin dificultad	8	40%	15	75%	4	20%	1	5%	20	100%
Total	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%	20	100%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias.

Del 100% de usuarias entrevistadas, el 95% presentaron dificultad para agarrar objetos con peso, un 80% para agarrar objetos grandes y un 60% para agarrar objetos pequeños.

TABLA N° 13

NECESIDAD DE ASISTENCIA PARA REALIZAS LAS AVD DE VESTIDO

Necesidad de asistencia	Si		No		Ocasional		Total	
	fc	%	fc	%	fc	%	fc	%
	10	50%	8	40%	2	10%	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

En la presente tabla se evidencia la mayoría de usuarias (50%) necesitan algún tipo de asistencia para realizar la actividad de vestido en el periodo post operatorio.

TABLA N° 14

POSICIÓN EN LA QUE SE REALIZA LA AVD DE VESTIDO

POSICIÓN	Fc	%
De pie	6	30%
Sentada	4	20%
De las 2 formas	10	50%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

Las posiciones usadas para realizar las AVD de Vestido fueron principalmente de pie y sentada, el 50% de las usuarias utilizaban ambas posiciones.

TABLA N° 15
AVD DE VESTIDO QUE MÁS SE DIFICULTA EN LAS USUARIAS

Posición	Fc	%
Vestido de región Superior	7	35%
Vestido de región Inferior	5	25%
Ambas regiones	8	40%
Total	20	100%

Fuente: Instrumento de entrevista a usuarias.

Puede notarse en la tabla 15 que al mayor porcentaje de usuarias (40%) se les dificulta realizar la actividad de vestido en ambas regiones. Lo que más se les dificulta es colocarse la ropa interior y el abotonarse prendas de región superior e inferior.

B. AVD DE VESTIDO PARTE SUPERIOR DEL CUERPO

TABLA N° 16

TIPO DE ROPA QUE USAN LAS USUARIAS EN AVD DE VESTIDO DE PARTE SUPERIOR DEL CUERPO

Tipo de ropa		Si usa		No usa		total	
		fc	%	fc	%	fc	%
Brassier		19	95%	1	5%	20	100%
Blusa	Con botones	14	70%	6	30%	20	100%
	Sin botones	17	85%	3	15%	20	100%
Chaqueta	Con botones	8	40%	12	60%	20	100%
	Sin botones	15	75%	5	25%	20	100%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias

En la presente tabla se observa el tipo de ropa que más utilizan las usuarias, el 95% usa brassier, el 85% blusa sin botones y un 75% chaqueta sin botones. Y el tipo de prenda que menos utilizan es la chaqueta con botones.

TABLA N° 17

DIFICULTAD PARA EL VESTIDO Y DESVESTIDO DE PRENDAS DE LA

PARTES SUPERIOR DEL CUERPO

EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME DE TÚNEL CARIANO.

Tipo de ropa	Tipo de cierre	Poner y quitar (vestido y desvestido)						Total	
		Lo hace con facilidad		Lo hace con dificultad		Lo hace con ayuda			
		fc	%	fc	%	fc	%		
Brassier		-	-	15	75%	4	20%	19	95%
Blusa	Con botones	-	-	14	70%	-	-	14	70%
	Sin botones	7	35%	10	50%	-	-	17	85%
Chaqueta	Con botones	-	-	8	40%	-	-	8	40%
	Sin botones	7	35%	8	40%	-	-	15	75%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias

De las 19 usuarias que usan brassier, al 75% se le dificulta realizar la actividad de ponérselo y quitárselo y un 20% necesita asistencia para realizar la actividad; un 70% de las usuarias están con dificultad para poner y quitar blusa con botones y un 50% en poner y quitar blusa sin botones. El 40% presenta dificultad al realizar la actividad de poner y quitar chaqueta con botones y sin botones respectivamente.

TABLA N° 18
TIPO DE ROPA QUE USAN LAS USUARIAS EN AVD DE VESTIDO DE
PARTE INFERIOR DEL CUERPO

Tipo de ropa		Si usa		No usa		total	
		fc	%	fc	%	fc	%
Ropa interior	Bloomer	20	100%	-	-	20	100%
	Pantaletas	12	60%	8	40%	20	100%
	Fustán	3	15%	17	85%	20	100%
	Medias	4	20%	16	80%	20	100%
	Calcetas	5	25%	15	75%	20	100%
Vestido	Con botones	2	10%	18	90%	20	100%
	Sin botones	6	30%	14	70%	20	100%
	Con zipper	1	5%	19	95%	20	100%
Falda	Con elástico	13	65%	7	35%	20	100%
	Con botones	12	60%	8	40%	20	100%
	Con zipper	10	50%	10	50%	20	100%
Pantalón	Con elástico	9	45%	11	55%	20	100%
	Con botones	9	45%	11	55%	20	100%
	Con zipper	8	40%	12	60%	20	100%
Short	Con elástico	-	-	20	100%	20	100%
	Con botones	-	-	20	100%	20	100%
	Con zipper	-	-	20	100%	20	100%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias

En la presente tabla se observa que en el uso de la ropa interior todas usan bloomer, y un 60% pantaletas, y lo que menos utilizan es fustán y medias. En cuanto a la ropa exterior lo que más utilizan son las faldas y los pantalones con elástico y botones. Y el tipo de ropa que ninguna paciente usa son los shorts.

TABLA N° 19
DIFICULTAD PARA EL VESTIDO Y DESVESTIDO DE PRENDAS DE LA
PARTES INFERIOR DEL CUERPO
EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE SÍNDROME DE TÚNEL CARIANO.

Tipo de ropa	Tipo de cierre	Poner y quitar (vestido y desvestido)						Total	
		Lo hace con facilidad		Lo hace con dificultad		Lo hace con ayuda			
		fc	%	fc	%	fc	%	fc	%
Ropa interior	Bloomer	-	-	19	95%	1	5%	20	100%
	Pantaletas	-	-	11	55%	1	5%	12	60%
	Fustán	-	-	3	15%	-	-	3	15%
	Medias	-	-	4	20%	-	-	4	20%
	Calcetas	-	-	5	25%	-	-	5	25%
Vestido	Con botones	-	-	2	10%	-	-	2	10%
	Sin botones	1	5%	5	25%	-	-	6	30%
	Con zipper	-	-	1	5%	-	-	1	5%
Falda	Con elástico	5	25%	8	40%	-	-	13	65%
	Con botones	-	-	12	60%	-	-	12	60%
	Con zipper	-	-	10	50%	-	-	10	50%
Pantalón	Con elástico	2	10%	7	35%	-	-	9	45%
	Con botones	-	-	9	45%	-	-	9	45%
	Con zipper	-	-	8	40%	-	-	8	40%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias.

En cuanto al uso de ropa interior, en las 20 usuarias, la actividad de poner y quitar bloomer el 95% lo realizaban con dificultad y el 5% con asistencia; y también se dificultó la actividad de poner y quitar pantaletas en un 55%.

El tipo de ropa exterior que se les dificultaba más realizar fue la actividad de poner y quitar falda con botones en un 60% y poner y quitar falda con zipper en un 50% de las usuarias.

TABLA N° 20
TIPO DE CALZADO QUE USAN LAS USUARIAS POST CIRUGÍA DE
SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO

Tipo de calzado		Si usa		No usa		total	
		fc	%	fc	%	fc	%
Zapato cerrado	Con cinta	9	45%	11	55%	20	100%
	Con broche	10	50%	10	50%	20	100%
	De meter	19	95%	1	5%	20	100%
Sandalias	Con broche	11	55%	9	45%	20	100%
	Sin broche	14	70%	6	30%	20	100%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias.

El tipo de calzado más usado por las usuarias era el zapato cerrado de meter como se observa en la tabla con un 95% y en segundo lugar las sandalias sin broche que lo reflejaron un 70% de las usuarias.

TABLA N° 21
DIFICULTAD PARA EL CALZADO EN USUARIAS POST CIRUGÍA DE
SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO.

Tipo de calzado	Tipo de cierre	Poner y quitar (vestido y desvestido)						Total	
		Lo hace con facilidad		Lo hace con dificultad		Lo hace con ayuda			
		fc	%	fc	%	fc	%	fc	%
Zapato cerrado	Con cinta	-	-	5	25%	4	20%	9	45%
	Con broche	-	-	5	25%	5	25%	10	50%
	De meter	18	90%	1	5%	-	-	19	95%
Sandalias	Con broche	-	-	5	25%	6	30%	11	55%
	Sin broche	14	70%	-	-	-	-	14	70%

Fuente: Instrumento de observación a usuarias.

En la tabla 21 se observa que en las usuarias un 55% tienen dificultad para ponerse sandalias con broche, un 50% zapato con broche y un 45% zapato con cinta; ya que si lo hacen solos lo realizan con dificultad o necesitan algún tipo de ayuda para colocárselo.

Y lo más fácil es el colocarse el calzado de meter.

INTERPRETACION DE LOS DATOS

Según instrumento de entrevista y observación que se realizó en las usuarias, se encontró que se dedican a diferentes profesiones u oficios, en su mayoría son secretarias, operarias, amas de casa y en menor grado pertenecen a ocupaciones de costureras, periodistas, odontólogos, fisioterapistas y cocineras.

Las edades encontradas van desde los treinta hasta sesenta años, siendo el rango mayormente afectado de los cincuenta hasta los sesenta años; pudiendo relacionarse el tiempo trabajado en su etapa productiva laboralmente, ejecutando diversos movimientos repetitivos gruesos y finos ya sea con peso o sin peso; que al paso de sus años laborados terminan afectándose con Síndrome del Túnel Carpiano principalmente en su lado dominante que en este caso es lado derecho, según datos encontrados en la valoración de la actividad de vestido.

En la mayoría de los casos terminan con cirugía, y es aquí donde se encuentran muchos aspectos afectados físicamente a predominio de su etapa postquirúrgica, como el dolor que a nivel del codo no se reportó significativamente, pero a nivel de antebrazo, muñeca y dedos si presentan dolor moderado principalmente en zonas palmar, siendo éstas zonas directamente comprometidas con las incisiones quirúrgicas; donde algunos cirujanos plásticos optan por liberar nervios cubital a nivel de antebrazo según el largo historial del síndrome.

Con respecto al horario del dolor en usuarias se puede observar que la mayoría presentó mayor compromiso en horas matutinas, ocasional por adoptar malas posturas al dormir y

además llevar a cabo sus actividades de aseo y arreglo personal, vestido, alimentación y actividades domésticas lo que predispone a mayor movilización de su mano operada.

Se encontró un porcentaje predominante con edema moderado a nivel de muñeca-dedos, seguido del antebrazo por algunas incisiones quirúrgicas en nervio cubital para la liberación de éste, que en ocasiones se extiende hasta el codo ya sea grado leve ó moderado.

Se reportó hiperestesia en su mayoría a nivel de cara anterior de muñeca, dedos (cara palmar) en menor grado, pero en su predominio con parestesias palmares. En el resto de áreas como el codo y antebrazo son poco afectadas sensitivamente.

En cuanto a movimientos y áreas que presentaron dolor se pueden mencionar a predominio la supinación de antebrazo, muñeca a la flexo-extensión, al igual que los dedos y también el movimiento de oponencia y en menor grado al realizar movimientos de abducción y adducción. En la región del codo ocurre dolor a la flexión-extensión en menor grado.

Tomando en cuenta la fuerza muscular se encontró mayormente disminuida en muñeca, dedos, y la oponencia del pulgar; también se encontró debilidad del antebrazo hacia la supinación. A nivel de codo se encontró fuerza muscular normal.

Sus arcos de movimiento en muñeca hacia flexo-extensión al igual en dedos junto con movimientos de oponencia se encontraron limitados principalmente, seguido de movimientos de supinación del antebrazo. A nivel de codo en su mayoría completo sus movimientos.

Cabe mencionar la dificultad de ejecutar prensión de objetos con peso o sin peso en usuarias, se encontró que la mayoría se le dificultó realizar prensión a objetos grandes con peso y objetos pequeños.

Dentro de sus actividades de vestido de tronco superior en la mayoría se le dificultó poner o quitar brassier, blusa con botones, chaqueta con botones. Realizaban con facilidad poner o quitar blusas sin botón, chaquetas sin botón, y en menor porcentaje lo realizaban con ayuda y se reportó una usuaria que no usaba brassier, por tener historial de mastectomía previa.

En el vestido de tronco inferior se encontró que la mayoría realizó con dificultad poner y quitar bloomer, falda con botón, pantaletas, poner o quitar falda con zipper, pantalón con botón, pantalón con zipper, falda con elástico.

En prendas como medias, calcetas, fustán, short con zipper o elástico, en su mayoría no lo utilizan. Dentro del calzado, lo realizaron con dificultad poner o quitar zapatos cerrado con cintas, con broche, sandalias con broche. Realizaron en su mayoría con facilidad poner o quitar zapato cerrado de meter y sandalias sin broche.

Además hubo un considerado porcentaje que no utiliza zapato cerrado con cinta, con broche seguido de las sandalias con broche.

Como es notorio la dificultad funcional de las usuarias en cuanto a la prensiones finas y de fuerza al realizar las actividades de vestido está relacionada directamente con su diagnóstico y aunque han sido recientemente operadas posiblemente por el tiempo de

evolución que llevan de la compresión del nervio las secuelas todavía persisten como se evidencia en la presencia de los signos y síntomas. También puede influir la edad de las usuarias y que el tiempo post quirúrgico ha sido de 2 semanas aproximadamente por lo que su recuperación estaba iniciando y además debe tomarse en cuenta que la evolución también depende de la técnica quirúrgica utilizada por el cirujano plástico.

CONCLUSIONES

- De las 20 usuarias el 65% se encontraba en la década de 50 a 60 años, la mayoría con un tiempo de evolución de padecer síndrome de túnel carpiano de 0 a 1 año y de 2 a 3 años; las principales ocupaciones fueron secretarias y amas de casa en su mayoría con dominancia derecha y que fueron operadas de ese mismo lado; aunque 6 usuarias habían sido operadas del lado izquierdo.
- Las usuarias reportaron dolor de moderada intensidad a predominio matutino y de frecuencia ocasional en muñeca, mano y dedos; el 100% presentó edema moderado en dedos y en muñeca; hiperestesia en muñeca y parestesias en dedos; la fuerza muscular disminuida y los arcos de movimiento limitados principalmente a la flexión de muñeca, dedos y oponencia del pulgar. Y los movimientos que generaban más dolor al realizarlos eran la flexo extensión de muñeca, la supinación del antebrazo y la oponencia del pulgar.
- En la valoración funcional presentaron dificultad para agarrar objetos con peso, objetos grandes y pequeños. La mayoría de las usuarias necesita algún tipo de asistencia para vestirse (50%), realizan la actividad tanto en posición de pie como sentada y en su mayoría se les dificulta tanto el vestido de la parte superior como de la parte inferior.
- Al realizar la valoración de las actividades de la vida diaria de vestido de parte superior se evidenció que las prendas más usadas son el brassier, blusas y chaquetas

sin botones. Y la mayor dificultad estaba en colocarse el brassier y al abrocharse la blusa con botones.

- Al realizar la valoración de las actividades de la vida diaria de vestido de parte inferior, se evidenció que la ropa interior más usada por las usuarias era bloomer y pantaleta, lo que hacían con dificultad y en algunos casos necesitaban de asistencia. En cuanto a la ropa exterior utilizaban más la falda y pantalón con elástico ya que se les dificultaba el uso de botones y zippers.
- En cuanto al calzado los más utilizados por las usuarias eran los zapatos y sandalias de meter, por la dificultad que presentaban al ponerse zapatos o sandalias con broche o cinta.
- Ambas actividades de la vida diaria de vestido de parte superior e inferior, están comprometidas, debido a la presencia de síntomas, lo cual condiciona disminución de fuerza y limitación de los arcos del movimiento de muñeca y dedos, así como dificultad para las prensiones y oponencia por el diagnóstico y el tiempo post operatorio.

RECOMENDACIONES

- 1- Se recomienda que en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social Anexo Roma exista un programa de entrenamiento para Licenciados en Fisioterapia y Terapia Ocupacional para la óptima ejecución de las actividades de la vida diaria de vestido en usuarias post cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano.

- 2- Se sugiere la participación de Licenciados en Fisioterapia y Terapia Ocupacional para pasar el Instrumento de Entrevista y observación en usuarias post cirugía de Síndrome del Túnel Carpiano, con el fin de orientarlos en cuanto al uso de adaptaciones y férulas en la ejecución de sus actividades de la vida diaria de vestido.

- 3- Se sugiere la creación y facilitación de un documento que contenga un listado de recomendaciones prácticas tanto para la ejecución de actividades de vestido, como para la prevención de recidivas en usuarias post cirugía de Síndrome de Túnel Carpiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coiffman, Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, cirugía de la mano y miembro superior, 3ª Edición, Venezuela, Amolca, 2009.
2. Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Centro de Atención Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma, sistema del perfil morbidemográfico de la consulta externa médica, año 2013.
3. <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Sindrometuneldecarpo.aspx>
4. <http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Sindrometuneldecarpo.aspx>
5. ¹ <https://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/.../pdfpat112311.pdf> por E NEUROMUSCULARES - 2011
6. Kapandji AI. Fisiología Articular: esquemas comentados de Mecánica Humana, 6ª Edición, Madrid: Médica Panamericana, 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 1
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



INSTRUMENTO N° 1

ENTREVISTA

Valoración de las actividades de la vida diaria básica de vestido, posterior a cirugía de Síndrome de Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

OBJETIVO: Valorar las actividades de la vida diaria básica de vestido, posterior a cirugía del Síndrome del Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

INDICACIONES: Paciente femenina que será referida de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Central del ISSS, se entrevistará en un cubículo con el INSTRUMENTO N° 1.

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de evolución: _____

Ocupación: _____ Dominancia: _____

Lado de Cirugía: _____ Tiempo post quirúrgico: _____

Fecha de Entrevista: _____

Presenta dolor: Si No

Si presenta dolor, en qué a:

<input type="checkbox"/> Codo:	Región:	Anterior	<input type="checkbox"/>
		Posterior	<input type="checkbox"/>
- Antebrazo:	Región:	anterior	<input type="checkbox"/>
		Posterior	<input type="checkbox"/>
- Muñeca:	Región:	anterior	<input type="checkbox"/>
		Posterior	<input type="checkbox"/>
- Mano:	Región:	Palmar	<input type="checkbox"/>
		Dorsal	<input type="checkbox"/>
- Dedos:	Región:	Palmar	<input type="checkbox"/>
		Dorsal	<input type="checkbox"/>

1. En qué horario presenta más dolor?
- Matutino
- Vespertino
- Nocturno
2. Con qué frecuencia hay dolor?
- Permanente
- Ocasional

3. A qué movimientos presenta dolor:

Articulación / Movimiento	codo	antebrazo	Muñeca	Dedos
Flexión				
Extensión				
Supinación				
Pronación				
Desviación radial				
Desviación cubital				
Abducción				
Aducción				

4. Con qué intensidad hay dolor:

Intensidad / Área	Leve	Moderado	Severo
Codo: Región: Anterior			
Antebrazo Región: Anterior			
Muñeca: Región: Anterior			
Mano: Región: Palmar			

Dedos:	Región: Palmar			
	Dorsal			
1°, 2°, 3°, 4° o 5° (Especifique)				

5. Presenta alguna alteración sensitiva? Si no

6. Si es afirmativo, en qué área?

- Codo: Región: Anterior

Posterior

- Antebrazo: Región: Anterior

Posterior

- Muñeca: Región: Anterior

Posterior

- Mano: Región: Palmar

Dorsal

- Dedos: Región: Palmar

Dorsal

7. De qué tipo? -Hiperestesia

-Hipoestesia

-Parestesia

-Anestesia

8. Se le dificulta agarrar objetos de tamaño:

- Pequeños
- Medianos
- Grandes
- Con peso
- Sin peso
-

9. ¿Qué actividad de vestido se le dificulta realizar?

- Ponerse bloomer
- Quitarse bloomer
- Ponerse brassier
- Quitarse brassier
- Ponerse blusa
- Quitarse blusa
- Ponerse falda
- Quitarse falda
- Ponerse pantalón
- Quitarse pantalón
- Colocarse medias, calcetines
- Quitarse medias, calcetines
- Ponerse zapatos
- Quitarse zapatos.

OBSERVACIONES:

¿Qué actividades de vestido se le dificulta más hacer? _____

¿Necesita de ayuda de otra persona para vestirse? _____

Al vestirse: ¿En qué posición lo realiza? _____

¿Está programada para cirugía de Túnel del Carpo en la otra mano? _____

ANEXO N° 2
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



INSTRUMENTO N° 2
GUÍA DE OBSERVACIÓN

Valoración de las actividades de la vida diaria básica de vestido, posterior a cirugía de Síndrome de Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

OBJETIVO: Valorar las actividades de la vida diaria básica de vestido posterior a cirugía de Síndrome del Túnel Carpiano, en usuarias de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Anexo Roma del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador.

INDICACIONES: Paciente femenina que será referida de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Central del ISSS, se pasará a un cubículo, para observar cómo ejecuta las actividades de vestido, con sus respectivas prendas de vestir en base al INSTRUMENTO No. 2 .

INSTRUMENTO N° 2.

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de Evolución: _____

Ocupación: _____ Dominancia: _____

Lado de cirugía: _____ Tiempo post quirúrgico: _____

Estado de la herida: _____ Fecha : _____

DOLOR

Área	Codo	Antebrazo	Muñeca y Mano	Dedos
Intensidad				
No hay dolor				
Leve				
Moderado				
Severo				
EDEMA				
Área				
Intensidad				
No edema				
Leve				
Moderado				
Severo				

SENSIBILIDAD				
Área				
Tipos				
Normal				
Anestesia				
Hipoestesia				
Parestesia				
Hiperestesia				
FUERZA MUSCULAR				
Área				
Movimiento				
Flexión				
Extensión				
Aducción				
Abducción				
Pronación				
Supinación				
D. radial				
D. cubital				
O ponencia				

N = Normal

D = Disminuido

A = Abolidos

ARCOS DE MOVIMIENTO		C = Completo L = Limitado		
Articulación	Codo	Antebrazo	Muñeca y Mano	Dedos
Movimientos				
Flexión				
Extensión				
Adducción				
Abducción				
Pronación				
Supinación				
D. radial				
D. cubital				
O ponencia				
ACTIVIDAD DE VESTIDO MIEMBRO SUPERIOR				
Realización	Lo hace	No lo hace	observación	
Actividad				
Poner Brassier				
Quitar Brassier				
Poner blusa sin botones				
Quitar blusa sin botones				
Poner blusa con botones				
Quitar blusa con botones				
Poner chaqueta con botones				
Quitar chaqueta con botones				

Poner chaqueta sin botones			
Quitar chaqueta sin botones			
MIEMBRO INFERIOR			
Realización	Lo hace	No lo hace	observación
Actividad			
Poner bloomer			
Quitar bloomer			
Poner pantaleta			
Quitar pantaleta			
Poner vestido con botones			
Quitar vestido con botones			
Poner vestido con zipper			
Quitar vestido con zipper			
Poner vestido sin botones			
Quitar vestido sin botones			
Poner falda con elástico			
Quitar falda con elástico			
Poner falda con botón			
Quitar falda con botón			
Poner falda con zipper			
Quitar falda con zipper			
Poner pantalón con elástico			
Quitar pantalón con elástico			
Poner pantalón con botón			

Quitar pantalón con botón			
Poner pantalón con zipper			
Quitar pantalón con zipper			
Poner medias			
Quitar medias			
CALZADO			
Realización	Lo hace	No lo hace	Observación
Actividad			
Poner sandalia con broche			
Quitar sandalia con broche			
Poner sandalia sin broche			
Quitar sandalia sin broche			
Poner zapato cerrado con cinta			
Quitar zapato cerrado con cinta			
Poner zapato cerrado con broche			
Quitar zapato cerrado con broche			
Poner zapato cerrado de meter			
Quitar zapato cerrado de meter			

RECOMENDACIONES PARA LAS USUARIAS

- 1- Durante el descanso nocturno, tener cuidado de no dormir con la mano en flexión.
- 2- Se recomienda el uso de férula nocturna o vendaje mientras duerme.
- 3- Al abotonar blusa se puede hacer uso de adaptación.
- 4- Para poner brassier, abrocharlo por delante y poco a poco correrlo hacia atrás. Poner primero un tirante del lado afecto y segundo el lado sano.
- 5- Asistir a su tratamiento de terapia física y terapia ocupacional.
- 6- Se recomienda el uso de diversas texturas dependiendo del trastorno sensitivo que exista.
- 7- Plan de hogar: Realizar actividades que mejoren diversas prensiones de la mano, pinza y oponencia de dedos, y así facilitar actividades de vestido.
- 8- Dependiendo de la ocupación de la usuaria, sugerir actividades para mejorar función de la mano.
- 9- Se sugiere el uso de ropa holgada en el período post-quirúrgico.
- 10- Se sugiere usar calzado de meter durante este período.
- 11- Se recomienda no colgar la mano operada durante el día. Es decir, cuidar de realizar cambios de posición de miembro superior afecto.
- 12- Evitar movimientos repetitivos de las manos durante el día.
- 13- Se sugiere vestirse en posición sentada, ya que aumenta la base de sustentación