

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

**INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR DE 6 A 20 AÑOS
DE AMBOS SEXOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA
ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

PRESENTADO POR:

**MIRIAM MARGARITA POLÍO RIVERA
JACQUELINE LISSETTE QUINTANILLA AGUILAR
NORMA ALICIA CAMPOS CONTRERAS**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

NOVIEMBRE DE 2005

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

RECTORA

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ

VICERECTOR ACADÉMICO

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS

VICERECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA

DECANO INTERNO

LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS

SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

JEFE DE DEPARTAMENTO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

COORDINADOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA

Y TERAPIA OCUPACIONAL

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ

ASESOR DE ESTADÍSTICA

AGRADECIMIENTO

A DIOS TODOPODEROSO Y MARÍA SANTÍSIMA:

Por guiarnos e iluminarnos, dándonos sabiduría y fortaleza durante el período de estudio para culminar con satisfacción nuestra carrera universitaria.

A NUESTROS PADRES:

Por brindarnos su amor, sus sabios consejos y su apoyo incondicional para seguir el camino del bien a lo largo de nuestra vida.

A NUESTROS ASESORES:

Licenciado Carlos Díaz y Licenciada Margarita Berríos por dedicarnos tiempo, esfuerzo, trabajo y apoyo para que enriqueciéramos nuestros conocimientos a través de la elaboración de éste proyecto.

AL HOSPITAL DE SANTA ROSA DE LIMA:

Por su apoyo y confianza para la elaboración de éste trabajo.

Con afecto:

Margarita, Jacqueline y Norma.

DEDICATORIA

MI PADRE CELESTIAL, LA SANTÍSIMA VIRGEN MARÍA Y SAN JOSÉ:

Gracias por concederme sabiduría e inteligencia, y ser capaz de realizar mi trabajo con dedicación y amor; Así como también la fortaleza, por superar los momentos difíciles que pusiste a lo largo de mi preparación.

A MIS PADRES:

Oscar René Polío (de grata recordación) y Clorinda Rivera de Polío. Por siempre brindarme su amor y apoyo incondicionalmente. Los quiero mucho.

A mi Papi, que desde el cielo me apoya, me cuida y guía para poder seguir adelante; nunca te voy a olvidar.

A mi Mami, que siempre está a mi lado y no dejarme vencer por los obstáculos que se me presentan en la vida.

A MI HERMANA:

Tity, que siempre me brinda su cariño, ánimo y está presente en todos los momentos de mi vida y por ser la mejor hermana que Dios me pudo dar. Te quiero mucho.

A MIS ABUELOS, TÍOS Y PRIMOS:

Con gratitud y cariño, por su apoyo incondicional.

A MIS COMPAÑERAS:

Jacqueline y Norma, por su amistad, por el esfuerzo y la fé en la realización de nuestro trabajo.

A MIS AMIGOS:

Con admiración y respeto.

Margarita Polío.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme dado la vida, sabiduría y por iluminarme en el camino para poder culminar un éxito más en mi vida.

A MIS PADRES:

Miguel Quintanilla y Adriana de Quintanilla por su esfuerzo, sacrificio, paciencia y amor que me han brindado.

A MI HIJA:

Rosita Quintanilla con mucho amor, dedicación, por ser mi más bella y dulce motivación para seguir adelante en mi camino.

A MIS HERMANOS:

Edwin Alexander y Miguel Quintanilla, con mucho cariño y amor fraternal; gracias por estar conmigo siempre.

A MIS SOBRINOS:

Con mucho amor, cariño y dedicación.

A MIS ABUELOS:

Héctor Quintanilla, Olimpia Aguilar (Q.D.D.G) y Rosa Quintanilla, por su cariño y consejos que me han brindado.

A MIS TÍOS:

En especial Julio Quintanilla, Arnulfo Quintanilla, Edgar Aguilar, Alirio Quintanilla (Q.D.D.G.), que me han demostrado su cariño, apoyo y reconocimiento al esfuerzo realizado.

A ALEX BRAN:

Con mucho cariño, amor y gracias por tu apoyo incondicional y estar conmigo en los momentos difíciles y felices.

A MIS PRIMOS:

Por su confianza y cariño que me han brindado.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Por su amistad, cariño y comprensión que me han brindado y el esfuerzo en la realización de nuestro trabajo.

Jacqueline Quintanilla.

DEDICATORIA

A DIOS SUMO HACEDOR Y MARÍA SANTÍSIMA:

Por darme cada día la luz de la vida permitiéndome por medio de los conocimientos la sabiduría para encomendarme en el afán cotidiano proyectándome a través de una carrera universitaria.

A MIS PADRES:

Carlos Contreras (de grata recordación) y Catalina Campos porque gracias a ellos, a su constancia he encontrado mi camino donde su amor y apoyo en todos los sentidos fueron las bases prioritarias, para que vean en mi con satisfacción el fruto deseado pido a Dios por ellos y deseo bendiciones inmensurables.

A MIS ABUELOS:

Con amor fraternal, por sus sabios consejos ya que promueven mis valores para que en mi caminar me conduzca por el lugar indicado donde siempre me acompaña el deseo de supervivencia.

A MIS TÍOS:

José Contreras, Ricardo y Juana Rodríguez ya que su filial cariño es fuente de buen ánimo, pues en el trayecto de mi vida y carrera han estado presentes brindándome su incondicional apoyo.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Jacqueline y Margarita ya que por medio del trabajo grupal aprendimos a ser compatibles, nos conocimos y aportamos con esfuerzo tenaz, nuestros criterios para lograr el éxito.

Norma Campos.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG.
RESUMEN.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	xxi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	26
1.2 Enunciado del problema.....	26
1.3. Objetivos de la investigación.....	28
1.3.1 Objetivo general.....	28
1.3.2 Objetivos específicos.....	28
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Fracturas. Definición, tipos, fracturas de miembro superior, síntomas, etapas y complicaciones.....	31
2.2 Terapia Ocupacional en fracturas. Definición, objetivos de tratamiento y tratamiento de Terapia Ocupacional.....	54
2.3 Definición de Términos Básicos.....	65
CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS	
3.1 Hipótesis de Trabajo.....	71
3.2 Hipótesis Nula.....	71
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en variables e indicadores.....	72

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación.....	74
4.2 Población.....	74
4.3 Muestra.....	75
4.4 Tipo de Muestreo.....	75
4.5 Técnicas de obtención de información.....	76
4.6 Instrumentos.....	77
4.7 Material.....	77
4.8 Procedimiento.....	78

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de datos.....	81
---	----

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones.....	116
6.2 Recomendaciones.....	118

BIBLIOGRAFÍA	121
---------------------------	-----

ANEXOS

1. Cronograma de actividades generales.....	124
2. Cronograma de actividades realizadas con los pacientes.....	125
3. Cronograma de ejecución.....	126
4. Hueso fracturado.....	127
5. Fractura cerrada y abierta.....	128

6. Fracturas transversales, oblicuo, longitudinal, en ala de mariposa, conminuta.....	129
7. Fractura incurvacion diafisaria y entallo verde	130
8. Fracturas acabalgada, angulada, engranada.....	131
9. Fractura de húmero.....	132
10. Fractura de codo.....	133
11. Fractura de radio y cúbito.....	134
12. Fractura de muñeca	135
13. Guía de observación dirigida a pacientes.....	136
14. Guía de entrevista dirigida a pacientes.....	137
15. Guía de entrevista dirigida al responsable del área de fisioterapia.....	140
16. Hoja de evaluación de terapia ocupacional	142
17. Fotografías durante el proceso de ejecución del proyecto.....	145

**INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR DE 6 A 20 AÑOS
DE AMBOS SEXOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE SANTA
ROSA DE LIMA, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

RESUMEN

Se efectuó un estudio a 13 pacientes entre las edades de seis a veinte años con diagnóstico de fractura de miembro superior que acudieron al área de Fisioterapia del hospital Nacional de Santa Rosa de Lima departamento de La Unión, durante Julio a Septiembre de 2005, para cumplir el objetivo general planteado en la investigación de Actividades de Terapia Ocupacional y a la vez determinar cómo evolucionan las personas durante la aplicación de éstas; también se cumplió con los objetivos específicos de identificar y analizar las causas que ocasiona éste problema, describir las actividades de Terapia Ocupacional que fueron aplicadas en éstas personas.

La investigación se caracterizó por ser prospectiva y de campo con lo que se recopiló información real a través de entrevistas, observación y las guías de evaluación de Terapia Ocupacional, obteniendo los siguientes resultados:

La causa de mayor incidencia se da por caídas de su propia altura con un 99% y por accidentes de tránsito en 1%, predominando el sexo masculino y siendo más

frecuentes en niños que adultos; detallando los datos relacionados con el conocimiento que tienen las personas acerca de Terapia Ocupacional, el 100% no sabía.

Se da a conocer la clasificación de los beneficios que trae la Terapia Ocupacional, el 69.23% consideraban que tendrían una recuperación de la movilidad y el 30.77% consideraron que recuperarían fuerza.

El mayor porcentaje del nivel de Fractura fue en Codo con 69.23%, Radio y Cúbito con 23.08% y en la muñeca 7.69%.

Al principio del tratamiento el porcentaje de los pacientes que no podían movilizar su miembro era 100% mientras al final del tratamiento el 76.92% lograron completar el movimiento.

La fuerza muscular que presentaron los pacientes al inicio del tratamiento fue de 53.84% en grado dos, 30.77% en grado tres y 15.38% en grado uno, al finalizar el tratamiento el porcentaje de fuerza muscular es de 61.54% en grado cuatro, 30.77% en grado tres y 7.695 en grado cinco.

Comprobando así que la hipótesis de trabajo es aceptada ya que se obtuvieron resultados satisfactorios con el tratamiento de Terapia Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas afectan tanto a niños como adultos sin discriminación de sexo o condición social; se originan en los huesos a consecuencias de golpes, fuerzas o tracciones; siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo fuerte, en el caso de algunas enfermedades orgánicas o debilitamiento propio de la vejez.

Ya que se considera un problema social por diferentes causas como un accidente de tránsito, caídas de su propia altura, por deslizamiento y tropiezo; heridas por arma de fuego y arma blanca y el alto índice de violencia que existe hoy en día en el medio.

El estudio se dio en vista de que en algunos lugares donde existe el área de Fisioterapia no se cuenta con una de Terapia Ocupacional y aunque exista esa área no se le da la importancia debida por la falta de conocimiento por parte de los pacientes y porque los profesionales en este campo no hacen énfasis de los beneficios que se pueden obtener con ella.

Por lo tanto quien recibirá el mayor beneficio y los logros obtenidos con el estudio será primeramente la población afectada, que tendrá una recuperación satisfactoria para que pueda reintegrarse a sus actividades de la vida diaria.

En segundo lugar los profesionales que podrán adquirir nuevas experiencias en el área de Terapia Ocupacional con ello facilitar información a las nuevas generaciones que desean conocer del problema.

En tercer lugar se espera ofrecer a las autoridades de salud información en la que se reconozca la intervención de un manejo mas adecuado en cuanto al tratamiento de pacientes con diagnostico de fracturas de miembros superiores con ello se conseguirá que se de mas importancia al área de Terapia Ocupacional.

A medida que se conozca esta patología, su etiología, y las graves consecuencias que producen para el desenvolvimiento del ser humano en la vida diaria, se dará un tratamiento de Terapia Ocupacional.

Razón por la cual, al complementar la Terapia Ocupacional con la Fisioterapia se podrá cambiar a la persona a un estado de normalidad funcional ayudando a fomentar su vitalidad general y enfrentarse a sus tareas diarias.

En este documento se presentan los resultados de la investigación sobre los logros obtenidos con el tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con diagnostico de fractura de miembros superiores.

El informe final se ha estructurado en seis capítulos que se detallan a continuación:

En el capítulo uno se encuentra el planteamiento del problema y este consta de las siguientes partes: Antecedentes del fenómeno objeto de estudio; que es una breve reseña del comportamiento del problema en los últimos cinco años; el enunciado del problema que se hace a través de una interrogante. Y también se detallan los objetivos tanto el general como los específicos que sirvieron de guía para alcanzar las metas propuestas.

El capítulo dos lo constituye el marco teórico en el cual se plasma la definición y tipos de fracturas de miembro superior, síntomas, etapas y complicaciones; posteriormente se da a conocer la definición de Terapia Ocupacional, objetivos del tratamiento, tratamiento y actividades ocupacionales. En este capítulo para una mejor comprensión del contenido, se presenta la definición de términos básicos.

El capítulo tres, contiene el sistema de hipótesis que son explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones; esta también se divide en hipótesis de investigación e hipótesis nula con su respectiva operacionalización de variables que significa llevar la hipótesis a un plano de lo abstracto a lo concreto y los indicadores tratan de identificar con mayor claridad una variable determinada.

El capítulo cuatro describe el diseño metodológico y consta del tipo de investigación, la población, la muestra, el tipo de muestreo, las técnicas de obtención de

información, los instrumentos, el material y el procedimiento de cómo se llevo a cabo la investigación.

El capítulo cinco, que incluye la tabulación, análisis e interpretación de los datos, en donde se plantean los cuadros estadísticos que atendiendo los objetivos de la investigación permiten la presentación de los datos en forma sistemática; procediéndole el análisis e interpretación de éstos.

El capítulo seis, contiene conclusiones que fueron formuladas por el grupo de trabajo al final de la investigación, donde se trata de concretar los resultados que se obtuvieron y sus respectivas recomendaciones que fueron desglosadas a partir de las conclusiones.

Posteriormente se encuentra la bibliografía; que presenta la fuentes documentales consultadas para redactar el marco teórico; finalizando con los anexos que son secciones adicionales que muestran cuadros, tipos de fractura y los instrumentos que se usaron para la recolección de datos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.

A través de la historia, son muchas las personas que han sufrido algún tipo de fractura con distinto grado de severidad, que asisten a un centro hospitalario en búsqueda de una solución a su problema.

En países desarrollados se da este problema por factores diversos, como traumatismo, accidentes, heridas por arma de fuego y arma blanca; pero la atención que reciben es de mayor calidad porque cuentan con equipos, técnicas mas modernas y avanzadas para una mejor recuperación del paciente.

En El Salvador, se dan por los mismos factores que se mencionan anteriormente, con la diferencia que no se cuenta con el equipo suficiente, por la falta de recursos económicos que posee el Ministerio de Salud para abastecer a cada centro asistencial y hospitalario.

En el diario vivir es un problema muy común que reduce de una u otra manera sus actividades cotidianas por dolor y perdida de movilidad en el miembro afectado.

En las fracturas si no se da un tratamiento adecuado, puede tener consecuencias como una restricción o contracturas, incluso si no está bien consolidada, se corre el riesgo de sufrir otra fractura en el mismo lugar donde esta la anterior.

A pesar de las dificultades económicas que ha atravesado el país, gracias a los esfuerzos proporcionados tanto por instituciones privadas, públicas y asociaciones internacionales que han dado lugar a la apertura de centros de rehabilitación en diferentes zonas del interior del país y brindar ayuda a la población en general, incluyendo aquellos pacientes que viven en áreas rurales.

Es así como fue creada el área de fisioterapia en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima que desde entonces se da tratamiento a personas con discapacidad.

En los últimos cinco años se ha visto un alto índice de fracturas, por lo que actualmente se cuenta con un tercio de población afectada de los que asisten a tratamiento de terapia física semanalmente.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Con base a esta problemática se enuncia el problema siguiente sujeto de investigación.

¿Cómo interviene la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fracturas de miembros superiores de 6 a 20 años de edad, de ambos sexos que asisten al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión, en el período comprendido de julio a septiembre 2005?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la intervención de la terapia ocupacional en pacientes con diagnósticos de fracturas de miembros superiores que asisten al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La Unión en el período de julio a septiembre de 2005.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir y clasificar los diferentes tipos de fractura en la población objeto de estudio.
- Conocer los signos y síntomas que presenta una persona con fractura.

- Orientar al paciente de los beneficios que obtendrá en el tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Descubrir los conocimientos que tiene la población afectada acerca de la Terapia Ocupacional.
- Integrar a los pacientes con fractura al programa de Terapia Ocupacional.
- Evitar posibles complicaciones como contracturas, restricciones, debilidad muscular.
- Comprobar si a través de la Terapia Ocupacional, se puede mejorar las diferentes habilidades y destrezas del paciente.
- Lograr la recuperación del paciente en un periodo corto de tiempo.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

BASE TEÓRICA.

Para comprender la intervención que tiene la Terapia Ocupacional en el diagnóstico de Fracturas de Miembro Superior es necesario, conocer la siguiente información.

2.1 FRACTURAS

“Las fracturas son causadas, en su mayoría por etiologías traumáticas o mejor dicho, traumas séveros; es decir, un impacto fuerte en el hueso, aunque hay también fracturas patológicas que no son causadas por traumas séveros sino alteraciones propias del hueso que lo hacen propenso para que, con traumas menores, se produzcan fracturas.

Fracturado quiere decir roto; (el hueso esta roto), ya sea que la fractura sea parcial o total. El hueso puede fracturarse de diversas maneras (transversales, longitudinales, o en el medio)”^{1]}

“Una fractura es una interrupción de la continuidad del hueso o de una placa epifisaria ocasionada por lo general por un traumatismo.”^{2]} (Ver anexo N° 4).

¿Por qué y cómo se producen las fracturas? Hay tres tipos de circunstancias que pueden dar lugar a la producción de una fractura.

^{1]} Marcelo D. Hammerly. Qué hacer en caso de emergencia y accidente. Pág. 50

^{2]} M. D. Hammerly. Ob. cit. Pág. 51

1) Aquellas en que el factor fundamental es un traumatismo cuya intensidad es mayor de la que puede soportar el hueso sano produciendo una fractura, su gravedad y pronóstico son proporcionales a la violencia del traumatismo.

2) Aquellas en las que el factor fundamental es la debilidad ósea, se denominan fracturas patológicas. Como sucede en el caso de pacientes osteoporóticos, enfermedad de pager, metástasis tumorales y muchas otras enfermedades.

3) Aquellas en que la fractura es el resultado de sollicitaciones mecánicas repetidas (sobrecarga), denominadas fracturas por fatiga o estrés.

Son típicas de bailarines y deportistas y se presentan sobre todo en el miembro inferior.

Las fracturas se producen por dos tipos de mecanismos:

1) Fracturas por Mecanismos Directos: Que son las que se producen en el lugar del impacto de la fuerza, se suele asociar a lesiones de las partes blandas adyacentes. Las fracturas por armas de fuego se incluyen este grupo.

2) Fracturas por Mecanismos Indirectos: Son las que se producen a una cierta distancia del lugar del traumatismo por concentración de fuerzas en este punto. Se puede producir por fuerzas de tracción, compresión, torsión, flexión o sizallamiento.^{3]}

^{3]} Ibidem, Pág. 54

TIPOS DE FRACTURA

“Fractura Cerrada”: Son aquellas en que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada. (Ver anexo N° 5).

“Fracturas Abiertas”: Son aquellas en que se puede observar el hueso fracturado a simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto, unas veces el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro desgarrando los tejidos y la piel, de modo que la fractura queda en contacto con el exterior (ver anexo N° 5).

Según el trazo de las fracturas:

“Transversales”: La línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso. (Ver anexo N° 6)

“Oblicuas”: La línea de fractura forma un Ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso. (Ver anexo N° 6)

Longitudinales: La línea de fractura sigue al eje longitudinal del hueso.
(Ver anexo N° 6).

En “Ala de Mariposa “: Existen dos líneas de fracturas oblicuas, que forman ángulo entre si y delimitan un fragmento en forma triangular. (Ver anexo N° 6)

Conminuta: Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos. (Ver anexo N° 6)

En los niños debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fracturas:

“Incurvación Diafisaria”:

No se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las trabéculas óseas que conforman el hueso, dando como resultado una incurvación de la diáfisis del mismo. (Ver anexo N° 7).

En “Tallo Verde”:

El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso. (Ver anexo N° 7).

Según la desviación de los fragmentos:

“Ánguladas”:

Los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo. (Ver anexo N° 8).

“Acabalgadas”:

Uno de los fragmentos queda situado sobre el otro con el cual se produce un acortamiento en el hueso afectado. (Ver anexo N° 8).

“Engranadas”: Uno de los fragmentos queda empotrado en el otro. ^{4J}

(Ver anexo N° 8).

FRACTURAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

FRACTURAS DEL HÚMERO.

“Las Fracturas de la Cabeza Húmeral Aislada (Epífisis Proximal, ver anexo N° 9): Son muy pocos frecuentes y consisten en hundimientos o rasgos de fractura que habitualmente necesitan tratamiento conservador, para el manejo del dolor e inmovilización con cabestrillo y rehabilitación.

“Las Fracturas del Troquiter”: Se refieren básicamente a la fractura de la gran tuberosidad de la cabeza humeral (Troquiter) que da inserción al músculo supraspinoso.

Se describen tres tipos de fractura del Troquiter:

Fractura Conminuta con gran compromiso óseo.

Fractura sin desplazamiento del fragmento.

Fractura con desplazamiento del fragmento.

Fractura del Macizo del Troquiter: Generalmente se produce por un violento golpe directo de la cabeza humeral, en una caída del lado contra el suelo.

^{4J} www.Tusalud.com

En la mayoría de los casos compromete todo el cuerpo del Troquiter, que se fragmenta en dos o más segmentos y a veces adquiere el carácter de una fractura conminuta. A pesar de ello, los fragmentos no se desplazan. El pronóstico es bueno y la consolidación es buena.

El brazo se mantiene sostenido de un cabestrillo por dos a tres semanas, cuidando desde el primer momento de ejercitar movimientos de flexión anterior y posterior al hombro, rotación y luego movimiento de abducción controlados y sin que provoquen dolor. Al cabo de dos a tres semanas la movilidad del hombro se empieza a recuperar y la función se hace completa entre uno o dos meses.

El grado de la recuperación axial como el plazo para conseguirla, depende de:

Edad del enfermo; pasados los 45 años el riesgo de limitación a la abducción es progresivo.

Grado de contusión muscular, especialmente del deltoides.

Grado de la potencia de los músculos del hombro.

Obesidad.

Grado de compresión y cooperación del paciente.

En ello juega un papel trascendente la acción estimulante psicoterápica del médico.

Estos enfermos deben estar sometidos a un control muy estrecho.

En la mayoría de los casos es innecesaria la inmovilización con un vendaje tipo Velpeau. Iniciar de inmediato la actividad muscular y articular.

FRACTURAS DEL CUELLO DEL HÚMERO

También denominadas por algunos autores como “Fractura Subcapital”, estimando que no procede diferenciar aquellas propiamente subcapitales de aquellas ocurridas a nivel del cuello anatómico.

Son fracturas que se producen generalmente en personas mayores de 50 años.

En la mayoría de los casos, es consecuencia de un mecanismo indirecto en que el enfermo cae hacia delante o hacia el lado, y busca apoyo con todo el miembro superior extendido y apoyado contra el suelo. El brazo se constituye en un largo brazo de palanca con apoyo fijo en la articulación del hombro.

A esa edad, generalmente hay proceso de osteoporosis, el hueso cede y la fractura se produce: Al movimiento referido se agrega una torsión en uno u otro sentido”.^{5]}

^{5]} www.escuela.med.puc.cl

FRACTURA DE LA DIÁFISIS DEL HÚMERO

Suelen ser fracturas muy inestables. El tratamiento de elección en los politraumatizados es la fijación interna bilateral o asociadas a fracturas de cúbito y radio ipsilaterales.

La fijación va a provocar una más rápida evolución de la fractura, un paciente poli fracturado, evita una complicación aparentemente frecuente del nervio radial, además de disminuir la incidencia de embolia grasa.

Tratamiento definitivo:

El antebrazo se sostiene en un cabestrillo.

La inmovilización puede ser retirada, el brazo queda sostenido, continúa con la actividad de todas las articulaciones y masas musculares.

La consolidación es rápida y los resultados funcionales en general son excelentes.

Compromiso del nervio radial:

Es una complicación relativamente frecuente.

Se presenta en fracturas que comprometen la porción media de la diáfisis.

En otro sentido, la lesión del radial por fractura del húmero por armas, son graves fracturas expuestas, adquieren una especial gravedad, y con frecuencia son candidatas a una exploración y reparación quirúrgica.

Exceptuando estas dos circunstancias, en todas las demás, la lesión del nervio radial conduce a una neuropraxia, de carácter benigno, de recuperación espontánea.

El diagnóstico de la lesión es fácil y los signos que la identifican son evidentes:

Mano caída.

El movimiento de supinación está perdido.

También lo está el movimiento de extensión de los dedos en la articulación metacarpofalángicas y del pulgar.

Disminución de la sensibilidad del dorso de la mano, lado radial.

Mientras la recuperación se va produciendo, debe cuidarse que el área comprometida sea por una correcta fisioterapia.

Debe cuidarse de la posición de la mano y dedos, evitando, con férula la posición viciosa de la mano.

FRACTURA DEL CODO.

Es otra de las fracturas frecuentes.

Afecta especialmente a los adultos. (Ver anexo N° 10)

En los niños, cuando ello ocurre, se traduce en un desplazamiento a nivel del cartílago en crecimiento.

Debe considerarse con extremo cuidado toda fractura de la cabeza del radio sino una pequeña fisura o arrancamiento marginal.

El descuido o mal manejo de lesiones aún tan pequeñas, que pueda pasar inadvertidas a un examen radiográfico poco acucioso, les ha costado la pérdida de los movimientos del codo.

El mecanismo de producción es casi siempre el mismo; caída al suelo, extendida con el codo rígido la fuerza violenta es transmitida a lo largo, la cabeza choca con el condilo externo de la epífisis humeral.

Clínicamente el diagnóstico es fácil, especialmente con los movimientos de pronación y supinación y dolor de la cabeza del radio.

Si se considera la magnitud del tamaño óseo, puede ser clasificada en:

Fractura por fisura de la cabeza radial, pero sin desplazamiento de la fractura. La fisura es a veces tan fina que puede pasar inadvertida.

Fractura marginal con desplazamiento del fragmento.

Fractura conminuta; toda la cabeza radial se encuentra comprometida los caracteres de un verdadero estallido.

FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO

FRACTURAS DEL TERCIO PRÓXIMAL

Tanto las fracturas del olécranon como de cabeza radial suelen precisar corrección quirúrgica, dado que son fracturas intra-articulares.

En las fracturas del olécranon se debe buscar siempre la posible luxación de cabeza radial (Fractura luxación de Monteggia).

En la fractura conminuta de la cabeza radial puede evolucionar hacia la necrosis de los fragmentos o producirse un bloqueo de la movilidad del codo y de la pronosupinación del antebrazo.

FRACTURAS DIAFISIARIAS

Tanto si son aislados como de ambos huesos del antebrazo, generalmente requieren osteosíntesis donde es de elección la síntesis con placas.

Si las fracturas son abiertas, puede ser una opción la síntesis intramedular.

En esta localización las fracturas pueden complicarse con el desarrollo de:

- Un síndrome compartimental, que debe tratarse mediante fasciotomía.
- Otra complicación es la pseudoartrosis, que se tratará con osteosíntesis e injerto óseo.

Reducción progresiva de muñeca y codo.

Tener cuidado en la pronosupinación.

Fractura del Tercio Distal

Son fracturas muy frecuentes tanto en adultos como en niños y adolescentes.

El tratamiento es básicamente la reducción e inmovilización con vendaje Enyesado.

En fracturas inestables o con compromiso articular estaría indicada la intervención.

La fractura del radio distal puede asociarse a fracturas de cúbito al mismo nivel (Ver anexo N° 11), como la luxación de la epífisis distal del cubito (fractura luxación de galeczi), que es mas frecuente en las fracturas de colles (fracturas de la epífisis distal del radio del adulto), la fractura de la apófisis estiloide del cúbito.

Cada vez que ocurre la fractura de un hueso del antebrazo, puede existir la fractura del otro o una luxación de las articulaciones radiolunar, ya sea proximal o distal.

Las fracturas aisladas de cúbito o radio son más bien infrecuentes.

El mecanismo de producción de esta fractura es generalmente indirecto, por caída apoyándose con la palma de la mano.

El mecanismo directo puede producir una fractura de solo uno de los huesos del antebrazo.

Las fracturas de antebrazo en el adulto son habitualmente desplazadas.

El desplazamiento consiste en el acabalgamiento de los segmentos de radio y de cúbito.

FRACTURA DE COLLES

Es una ruptura en el extremo del hueso principal del antebrazo (radio) o los dos huesos inferiores del brazo (radio y cúbito). Cuando hay una fractura de colles, la posición de la mano queda hacia atrás y hacia fuera con respecto al antebrazo. (Ver anexo N° 12)

Causas:

Por lo general, esta lesión es producto de un traumatismo al caer cuando la persona intenta detenerse usando las manos y los brazos.

Consideraciones generales:

Las fracturas de una muñeca son comunes en niños y ancianos.

Los huesos de los niños son susceptibles de doblarse dado que aun están creciendo y por lo tanto son algo débiles.

Los ancianos con fractura de colles:

No suelen recobrar la movilidad total de la articulación de la muñeca, pueden ocasionar dolor crónico.

Complicaciones posibles:

Síndrome del túnel del carpo.

Artritis post- traumática.

Distrofia simpática refleja.

Callo vicioso.

Bloqueo en prono supinación, cuando se realiza intervención quirúrgica.

SÍNTOMAS

Aunque cada fractura tiene una característica especial, que depende del mecanismo de producción, la localización y el estado general previo del paciente, existe un conjunto de síntomas común a todas las fracturas, que conviene conocerlas para advertirlas cuando se producen .

Estos síntomas generales son:

“Dolor: Es el síntoma capital. Suele localizarse sobre el punto de fractura. Aumenta la forma notable al menor intento de movilizar el miembro y al ejercer presión, aunque sea muy leve sobre la zona.

Inflamación.

Edema: Es el acúmulo anormal de líquido, suele representar un acúmulo de agua en los espacios intersticiales.

Impotencia Funcional: Es la incapacidad de llevar a cabo las actividades en las que normalmente interviene el hueso, a consecuencia tanto de la propia fractura como del dolor que ésta origina.

Deformidad: La deformidad del miembro afectado depende del tipo de fractura.

Alteraciones de la Piel: Entre estas podemos mencionar

- Cicatrices: Sustitución de las estructuras normales de la piel por tejido fibroso tras la destrucción de parte de la dermis.
- Heridas Abiertas: Es la lesión física caracterizada por un desgarramiento de la piel y por lo general es el resultado de un accidente o traumatismo.

Arcos de Movimiento: Es un arco que describe los segmentos de una articulación al efectuar sus movimientos y se mide en grados goniométricos.

Fuerza Muscular: Es la capacidad y energía que tiene el músculo para realizar un movimiento.

Sensibilidad Superficial: Percepción de sensaciones en las capas superficiales de la piel, como respuesta al tacto, la presión, temperatura y el dolor, conducidas al cerebro a través del sistema espinotalámico.

Esto se puede clasificar en:

- Hiperestesia: Es el estado de sensibilidad hiperaguda a los estímulos debido a la irritación de los nervios.

- Hipoestesia: Es una sensación que se debe a la lesión parcial de los nervios o de los haces, la lesión de estos últimos puede producir una sensación disminuida o retardada.
- Parestesia: Significa una sensación anormal ya que las fibras aferentes transportan impresiones falsas, obedecen a lesiones parciales de los nervios.

Prensiones

- Prensiones finas: Capacidad para manipular pequeños objetos (bidigitales-tridigitales).
- Prensiones gruesas: Capacidad para mover objetos grandes y hacer movimientos gruesos (tetradigitales-pentadigitales).

Destrezas: Capacidad para realizar una coordinación vasomotora en condiciones de rapidez y exactitud (tiempo determinado).

- Destrezas finas: Capacidad para mover los dedos y manipular pequeños objetos con rapidez y exactitud.
- Destrezas gruesas: Es la capacidad de mover las manos con facilidad, implicando la realización de movimientos grandes, con la movilización de brazos y cuerpo en gran extensión.

Actividades de la vida diaria: Son actividades que realiza normalmente una persona en su vida cotidiana como: vestirse, comer, cepillarse los dientes. La capacidad de realizar las actividades diarias puede verse comprometida por diversas causas entre las que se incluyen las enfermedades crónicas y los accidentes. La limitación puede ser temporal o permanente.

Trofismo Muscular: Es el estado de nutrición o crecimiento normal de las células. Se puede clasificar en:

- Hipertrofia: Es el aumento de tamaño de una célula o grupo de células que dan lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forma parte.
- Hipotrofia: Es la disminución del tamaño de un grupo de células que da lugar a una disminución del tamaño de un órgano del que forma parte.
- Atrofia: Sufijo que significa “estado de mal nutrición” o reducción progresiva de la masa muscular de una parte del cuerpo.

Hematomas: Se produce por la lesión de los vasos que irrigan el hueso, y de los tejidos adyacentes.

Fiebre: En muchas ocasiones, sobre todo en fracturas importantes y en personas jóvenes, aparece fiebre sin que exista infección alguna, también puede aparecer fiebre pasado unos días, pero ésta es debida, sino hay infección, a la reabsorción normal del hemátoma.

Crepitación: Es más que un ruido, una sensación táctil de roce áspero, producida por el frote de las extremidades óseas entre sí. . Se le descubre a veces al mover el miembro traumatizado, pero aunque tiene mucho valor para diagnosticar la fractura, no debe buscárselo.

Movilidad anormal: Esta permite afirmar que hay una fractura completa, pues para que un muslo, un brazo, un antebrazo pueda moverse en lugar sin articulación, totalmente ha de existir una fractura de los huesos que de ordinario le den rigidez.”^{6]}

ETAPAS DE ATENCIÓN DE LAS FRACTURA

La atención de las fracturas se divide en dos etapas:

Dado que muchas de las fracturas se atienden en una sala de urgencias, donde se lleva a cabo la reducción y la inmovilización, a cualquier hora, los pacientes no pueden ser enviados a terapia ocupacional y no se les puede enseñar un programa de tratamiento diseñado para sus necesidades específicas. Si las terapeutas ocupacionales van a hacerse cargo de este tipo de pacientes, es necesario establecer protocolos de tratamiento y un sistema de inter-consulta con los cirujanos ortopédicos y médicos de servicios de urgencias. Los pacientes con fracturas tratados en clínicas de consulta externa, pueden recibir de otra manera los beneficios del ejercicio muscular mientras sana la fractura. Pueden darse instrucciones escritas para actividades terapéuticas, programándose visitas

^{6]} www.Tusalud.com

de rutina para los cambios de actividad. La actual investigación indica que un programa adecuado para el uso de todos los músculos y articulaciones que no se encuentran inmovilizados lleva a un retorno funcional más rápido y disminuye, o en algunos casos elimina la necesidad de tratamientos después de la inmovilización y evita la presentación de algunos efectos colaterales de la inmovilización. Con las articulaciones rígidas y la debilidad.

Así mismo después de la inmovilización inicial, el paciente necesita un programa de movimiento definitivo para evitar o eliminar el edema y la atrofia por falta de uso del hueso y de los músculos que ocurre con la inactividad y que es común encontrar después de la inmovilización. La contracción de los músculos que cruzan el sitio de fractura hacen que los extremos del hueso se aproximen entre si, lo cual propician su consolidación. Durante la inmovilización de un enyesado o de un soporte, se deberá hacer que los pacientes utilicen los músculos o articulaciones por medio del empleo funcional de la extremidad. No obstante, los pacientes ancianos pueden temer que la movilización temprana de las fracturas, como actualmente se practica provoque mayor daño. La terapeuta necesita recalcar los beneficios de la actividad y enseñar al paciente como llevarla a cabo. Los pacientes con fracturas pueden necesitar información sobre auto-atención y quizás sobre como usar dispositivos auxiliares. Así mismo, la terapeuta ocupacional puede diseñar un programa terapéutico incorporando trabajo y actividades de ocio y de auto-atención dentro del programa.

Segunda Etapa:

La segunda etapa del tratamiento para una fractura se efectúa después de la consolidación del hueso. Cuando finaliza la inmovilización del paciente, puede llevarse a cabo la evaluación de la gama de movimiento activo y si es deficiente, puede iniciarse un programa de actividad. No deberá efectuarse ningún tipo de movimiento pasivo, como el estiramiento, una vez que se le ha retirado el enyesado al paciente. Esto se aplica especialmente en el caso del codo. Se considera que el movimiento pasivo está implicado en la miositis osificante, en el cual se deposita calcio fuera del hueso. Si el paciente no ha usado sus músculos en forma constante durante la inmovilización, los primeros movimientos pueden resultar dolorosos ya que todas las estructuras se encontraban rígidas, acortadas y débiles, y las articulaciones están rígidas. El paciente debe ser sometido a un programa de tratamiento suave, movimiento activo para ganar fuerza para ampliar la gama de movimiento y corregir cualquier deficiencia notada. El reforzamiento puede iniciarse con movimiento activo, y a medida que éste resulte cómodo puede iniciarse actividades suaves con resistencia progresiva. Los pacientes ancianos pueden no llegar a recuperar una gama anatómica completa de movimientos después de una fractura. Hay que evaluar la otra extremidad para determinar la gama habitual de movimiento en la extremidad inmovilizada, y en la otra, suficiente para que el paciente satisfaga sus actividades de la vida diaria. En caso contrario, puede enseñarse técnicas adaptadas y si es necesario, proporcionarse equipo adaptativo para restablecer la independencia.

COMPLICACIONES DE LAS FRACTURAS

Formación de un callo óseo (proceso normal de consolidación de una fractura) excesivamente grande, que puede comprimir las estructuras vecinas, causando molestias mas o menos importantes.

Lesiones de los vasos sanguíneos, que puede dar lugar a trombosis arteriales, espasmos vasculares y la rotura del vaso, con la consiguiente hemorragia.

Este tipo de lesiones puede provocar también gangrena seca, debido a la falta de irrigación del miembro afectado.

Estiramiento, compresiones y roturas nerviosas, que se pondrán en manifiesto con trastornos de la sensibilidad y alteraciones de la mortalidad y la fuerza muscular.

Cuando la fractura ha sido articular, puede dejar como secuela: Artritis, artrosis y rigidez posterior de la articulación.

Las fracturas que afectan el cartílago de crecimiento en los niños puede ocasionar la detención del crecimiento del hueso fracturado.

Infección en la zona fracturada, cuando en ella se ha producido herida.

2.2 TERAPIA OCUPACIONAL EN FRACTURAS

“Terapia Ocupacional: Es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas en los que tiene como fin la rehabilitación física, social, psicológica y vocacional para integrarlo a la sociedad.”

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Restablecimiento de la función física, fuerza muscular, amplitud articular, coordinación y postura.

Mejorar o mantener habilidades.

Prevenir restricciones y contracturas.

Evitar deformidades.

Ayudar a descubrir aptitudes.

Mantener o mejorar destreza fina y gruesa.

Integrarlo o reintegrarlo a sus actividades de la vida diaria.

Enseñar al paciente que el movimiento y el uso de la extremidad afecta, resulta más aconsejable que la inactividad.

Establecer una estrecha relación entre terapeuta y paciente.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Es importante que el individuo sea colocado lo más pronto posible en terapia ocupacional a fin de que aprenda actividades para llevar a cabo durante el período de inmovilización.

Se evalúa la gama de movimiento activo de cualquier articulación disponible, así mismo, si los dedos no se encuentran incluidos en el enyesado, puede hacerse la evaluación de la prensión de los dedos.

Antes de actuar sobre la propia fractura, hay que atender a la respiración y al ritmo cardíaco. Si el accidentado no respira, es inútil intentar solucionar la fractura.

Si es preciso, se realizará masaje cardíaco y respiración artificial boca a boca.

Si el accidentado respira pero esta inconsciente, hay que mantener libres sus vías respiratorias y para ello se pondrá de lado de la cabeza del paciente, con cuidado de que

él no pueda aspirar ninguna secreción o vómito, en caso que se produzca. Luego se debe tirar la lengua hacia fuera, para que se obstruya la glotis.

Una vez controlada la respiración puede prestarse atención a la fractura, ante todo no se debe movilizar el foco de la fractura, porque podría desplazarse los fragmentos óseos y hacer más difíciles la reducción y la consolidación. Además, la movilización produce intenso dolor.

No se debe intentar quitar la ropa al accidentado, esta maniobra debe ser llevada a cabo por personal especializado.

La inmovilización se puede realizar de distintos modos, según la zona que se haya fracturado y el material que se disponga.

Una vez inmovilizada la fractura, se trasladará al accidentado al centro hospitalario más cercano.

Cuando se sospeche que puede haber fractura de la columna vertebral, la conducta más prudente es no tocar al paciente, cubrirle con alguna prenda de abrigo para que no se enfríe y llamar a una ambulancia para que sea trasladado con rapidez a algún centro hospitalario.

SISTEMA DE INMOVILIZACIÓN

Los sistemas más comunes son los de cabestrillo y el entablillado.

CABESTRILLO

Se puede utilizar para inmovilizar cualquier tipo de fractura de los miembros superiores.

Mover la mano del miembro afectado hacia el hombro contrario, doblando el codo y procurando que el brazo quede pegado al cuerpo.

Doblar en triángulo un pañuelo grande y pasarlo por debajo del antebrazo del paciente.

Llevar la punta del pañuelo que se encuentra más próxima al cuerpo del accidentado hasta la nuca.

Llevar el otro extremo del pañuelo también hasta la nuca, para anudarlo con el anterior, pasando por delante del cuello.

Cuando no se dispone de un pañuelo cuadrado, se puede improvisar un cabestrillo con un cinturón, una venda corriente o cualquier tela alargada, del siguiente

modo: Rodear con el útil que se haya elegido la muñeca del brazo herido, con una sola vuelta si es una venda o similar, se puede doblar en dos, rodear la muñeca y pasar los dos extremos a la vez por dentro del dobléz. Luego se hace correr la venda o el pañuelo hasta que quede ajustada a la muñeca, sin producir presión.

Atarlos a lo dos extremos largos pasándolos por detrás del cuello.

Es conveniente que la mano quede lo más elevada posible para reducir las posibilidades de movilización.

ENTABLILLADO O FÉRULA

Se utiliza para inmovilizar cualquier fractura producida en un hueso largo, ya sea de las extremidades superiores o inferiores.

Proveerse de tablas o de pequeños troncos lisos. Pueden ser útiles otros materiales, como tela gruesa enrollada en periódico, etc.

Si se dispone de tablas colocarlas a los lados de la zona fracturadas; si se utilizan periódicos, formar una especie de canal, dentro del cual pueda quedar el miembro afectado.

Luego con vendas, pañuelos, corbatas o cualquier pedazo de tela, se va sujetando al entablillado o férula, de modo que el individuo no pueda mover la zona afectada.

Si la fractura es en la pierna deben inmovilizarse la rodilla y el tobillo.

Si es el antebrazo, se inmoviliza la muñeca y el codo.

Si es el brazo se debe inmovilizar el hombro y el codo. El hombro puede inmovilizarse vendando el brazo contra el cuerpo del sujeto, con cuidado de no causar compresión sobre la fractura.

Si no se puede obtener ningún material más o menos rígido, la inmovilización de las personas se puede efectuar vendándolas juntas. Las ataduras se colocaran en los tobillos, las rodillas, los músculos y por encima y debajo de la fractura, siempre que esta nos localice en uno de estos puntos.

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Flex, prono-supinador, marco simple, marco escalador, plastilina, mecanoterapia (gimnasio) corrección de postura frente al espejo.

Actividades expresivas creativas.

Elaboración de adornos, flores, tarjetas, pintar, colorear.

Actividades recreativas y sociales.

Dinámicas.

Actividades de la vida diaria.

TRATAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES DE ALIMENTACIÓN

DEFICIENCIAS DEL ARCO ACTIVO Y PASIVO DE MOVIMIENTO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

Las técnicas adaptadas utilizadas en estas deficiencias son:

- Utilizar un miembro superior asistiendo al otro para llegar a la boca (levantando desde el codo).
- Apoyar el codo sobre una superficie elevada para permitir alcanzar la boca.
- Sujetar los utensilios mediante los dedos débiles para mantenerlos.
- Utilizar ambas manos para mantener una taza o vaso.
- Utilizar tenodesis (tensión natural de los flexores de los dedos cuando la muñeca esta extendida) para levantar un vaso o comida con los dedos.

El equipamiento utilizado para estas deficiencias es el siguiente:

- La colocación del brazo en un dispositivo de asistencia antigravitatorio (un cabestrillo, apoyo móvil del brazo y cabestrillo por encima de la cabeza) para alcanzar la boca.
- Utensilios con puño universal cuando la prensión esta ausente o es inadecuada.
- Mangos o utensilios ensamblados cuando la prensión esta débil.
- Cuchillo adaptado o puño del utensilio que puede asegurarse a la mano cuando la prensión es débil o ausente.
- Utensilios giratorios si la comida cae fuera de los mismos durante el movimiento hacia la boca.

ACTIVIDADES DE VESTIDO

DEFICIENCIAS DEL ARCO ACTIVO Y PASIVO DE MOVIMIENTO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

Los métodos adaptados utilizados en éstas deficiencias son:

- Utilizar prendas sueltas y livianas.
- Utilizar prendas que se abren por el frente, por el lado y no por la espalda.
- Dejar las camisas parcialmente abotonadas (nudo de la corbata hecho), ponerlas y sacarlas por encima de la camisa.
- Correr los botones de las mangas al borde del puño, dejando una gran abertura para ponerla y sacarla sin desabotonarla.

- Utilizar un método alternativo para poner y sacar la camisa.

El equipamiento adaptado utilizado en éstas deficiencias es el siguiente:

- Varas pequeñas para el vestido con ganchos de goma para levantar la prenda por encima de los hombros o para enganchar la manga cerca de la axila, tirar y permitir sacar el brazo.
- Cierres de velero pueden ser difíciles de manejar porque se unen cuando no quieren que lo hagan.
- Bandas o anillo para subir los cierres.
- Gancho auxiliar para botones (pueden tener mango alargado o una sujeción con una banda palmar para cuando la prensión es débil o esta ausente).
- Colocar la prenda de frente sobre la cama, colocar un miembro superior en la manga y deslizarlo utilizando fricción de la camisa contra la cama para mantener la prenda mientras se desliza el brazo en su interior, una vez que el brazo se encuentra en el interior y el cuello se encuentra sobre el hombro comenzar con el otro brazo en la manga y comenzar el mismo trabajo (la prenda debe ser amplia para este método).

ACTIVIDADES DE VESTIDO

DEFICIENCIAS DEL ARCO ACTIVO Y PASIVO DE MOVIMIENTO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

Las técnicas adaptadas utilizadas en éstas deficiencias son:

- Asistir a un miembro con el otro para mejorar el alcance.
- Apoyar el codo sobre una superficie elevada para aumentar el alcance.
- Presionar hacia abajo el alicate para uñas para mantenerlo en posición y poder moverlo para cortar el borde de las uñas si la presión es inadecuada para manipularlo.
- Utilizar ambas manos para tomar el vaso, cepillo de dientes, peine y afeitadora.
- Utilizar jabón líquido en un envase que tenga botón a presión.
- Modificar el estilo de cabello eliminando la necesidad de arreglos complejos.
- Utilizar tenodesis para levantar un vaso u otros elementos (la tenodesis generalmente no es fuerte como para mantener el cepillo dental cuando se cepilla los dientes).

El equipamiento adaptado utilizado en éstas deficiencias es el siguiente:

- Dispositivo de asistencia antigravitatorio para la colocación del brazo para poder alcanzar la cara y la cabeza.
- Órtesis con sujeción del utensilio cuando la estabilidad de la muñeca y la presión están ausentes.

- Engrosamiento de mangos para el peine y cepillo de dientes.
- Cierre con una banda de velero para el cepillo de cabello.
- Surtidor de pasta dental.
- Adaptación a la válvula del desodorante.
- Adaptación del envase del desodorante para estabilizarlo en la mano.
- Envase para los maquillajes que asegure cada cosmético en su lugar mientras se abre.
- Adaptación del mango de la afeitadora.
- Adaptación para surtir la crema de afeitar.
- Mango extendido para el cepillo de dientes y el peine.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ADHERENCIA: Banda de tejido cicatrizal que une dos superficies anatómicas que normalmente se encuentran separadas entre sí. Las adherencias se forman sobre todo en el abdomen tras intervenciones quirúrgicas, inflamaciones o lesiones abdominales.

ARRANCAMIENTO: Procedimiento quirúrgico para extirpar las venas safenas mayor y menor de la pierna.

CABESTRILLO: Dispositivo terapéutico, casi siempre de fieltro que se utiliza para facilitar la inmovilización de pacientes, por lo general ortopédicos, sometidos a tracción.

CARTÍLAGO: Tejido conjuntivo de sostén, no vascularizado, constituido por diversas células y fibras, que se localizan sobre todo en articulaciones, tórax y diversos conductos rígidos como laringe, tráquea, nariz y oreja.

CONTRACCIÓN: Estrechamiento rítmico de la porción superior del útero que comienza siendo muy débil y se va haciendo más vigoroso.

COMPRESIÓN: Presión sobre un órgano, tejido y zona corporal.

CONSOLIDACIÓN: Acción de juntar varias partes en una sola pieza.

DIÁLISIS: Procedimiento médico cuyo objetivo es eliminar ciertos elementos de la sangre o linfa en virtud de la diferencia en sus tasas de difusión a través de una membrana semipermeable externa.

DIÁFISIS: Tubo de hueso compactado que incluye la cavidad medular de los huesos.

ELASTICIDAD: Capacidad de un tejido para recuperar su formas y tamaño originales tras ser estirados, exprimido o deformado de algún otro modo.

ELECTROSHOCK: Estado patológico por el paso de una corriente a través del cuerpo.

ENFERMEDAD DE PAGER: Enfermedad del hueso de carácter no metabólico, frecuente y de causa desconocida, afecta a personas de la edad media y ancianos y se caracteriza por presentar un alto grado de destrucción ósea y una reconstrucción desorganizada del tejido.

EDEMA: Acúmulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericárdico, espacio intrapleural, cavidad peritoneal.

FÉRULA: Dispositivo ortopédico para inmovilizar, limitar el movimiento o sostener cualquier parte del cuerpo.

FLEXIÓN: Movimiento permitido por ciertas articulaciones del esqueleto que disminuye el ángulo entre dos huesos adyacentes.

GANGRENA: Nérosis o muerte del tejido generalmente a consecuencia de isquemia, invasión bacteriana.

ISQUEMIA: Disminución del aporte de sangre a un órgano o una zona del organismo.

IRRIGACIÓN: Acción de lavar una cavidad o zona herida del organismo con un chorro de agua u otro líquido.

METÁSTASIS: Proceso por el que la célula tumoral se disemina hacia partes distantes del organismo.

PATOLOGÍA: Estudio de las características, causa y efecto de la enfermedad tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.

OCCLUSIÓN: Bloqueo de un canal, vaso o conducto del organismo.

OSTEOPOROSIS: Proceso caracterizado por rarefacción anormal del hueso, que sucede con mayor frecuencia en mujeres post-menopausicas, enfermedades sedentarias inmovilizadas.

RÍGIDEZ: Aplícase al estado de dureza o inflexibilidad.

ROCE: Sonido seco, crujiente que se halle con el fenendoscopio durante la auscultación.

TEJIDO: Conjunto de células similares que actúan conjuntamente en la realización de una función concreta.

TRABÉCULA: Cada uno de los tabiques que se extienden desde la envoltura de un órgano parénquimatoso a la sustancia de éste, formando la parte esencial del estroma.

TRACCIÓN: Sistema para colocar una extremidad, hueso o grupo muscular bajo tensión mediante un juego de pesas o poleas.

TRAUMATISMO: Lesión física producida por una acción violenta o por introducción en el organismo de una sustancia torácica.

TRÓMBOSIS: Situación vascular anormal en que se desarrolla un trombo en el interior de un vaso sanguíneo.

TORSIÓN: Posición por el cual se gira o separa algo de su posición original.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H₁: A mayor intervención de Terapia Ocupacional mejores beneficios se obtendrán en la evolución de pacientes con diagnóstico de fractura de Miembro Superior.

3.2 HIPÓTESIS NULA

H₀: A menor intervención de la Terapia Ocupacional son menores los beneficios que se obtendrán en la evolución de pacientes con diagnóstico de fracturas de Miembro Superior.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Hi: A mayor intervención de Terapia Ocupacional mejores beneficios se obtendrán en la evolución de un paciente con diagnóstico de fracturas de miembro superior.</p>	<p>Intervención de la Terapia Ocupacional.</p> <p>Beneficios en la evolución de pacientes con diagnóstico de fracturas de miembro superior.</p>	<p>Es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas en las que tiene como fin la rehabilitación física, social, psicológica o vocacional del paciente para integrarlo o reintegrarlo la sociedad.</p> <p>Los beneficios se refiere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar las diferentes habilidades y destrezas de los pacientes. - Evitar complicaciones como contracturas, restricciones y debilidad muscular. - Recuperación de los pacientes en un periodo corto de tiempo. - Las fracturas de Miembro Superior se definen como: La interrupción de la continuidad del hueso o una placa epifisiaria ocasionada por lo general por un traumatismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actividades expresivas creativas. - Actividades recreativas y sociales. - Actividades de la vida diaria. - Tipos de Fractura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de tarjetas, adornos, pintar y colorear. - Higiene personal. - Vestido. - Actividades domesticas. - Fractura cerrada. - Abiertas. - Transversales. - Oblicuas. - Longitudinales. - En Ala de mariposa. - Conminuta. - Incurvación diafisiaria. - En Tallo verde. - Anguladas. - Acabalgadas. - Engranadas.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio se caracterizó por ser:

Prospectivo: Ya que a medida se fué dando el estudio y se realizó cada actividad se recopiló información y datos específicos partiendo del estudio que se orienta del conocimiento de las fracturas de Miembro Superior y los beneficios que se obtuvieron por medio de los tratamientos de Terapia Ocupacional.

Según la fuente de datos la investigación fue de:

Campo: Ya que se obtuvieron datos reales mediante la observación, guía de entrevista, hoja de evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a pacientes que se tomaron como muestra en la investigación.

4.2 POBLACIÓN

La población de este estudio fueron trece pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior que asistieron al área de Fisioterapia del Hospital Nacional de

Santa Rosa de Lima, departamento de La Unión, en el período comprendido de julio a septiembre de 2005.

4.3 MUESTRA

Para determinar la muestra se tomaron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes que requieran de tratamiento de Terapia Ocupacional con diagnóstico de fractura de miembro superior.
- Ambos sexos.
- En las edades de 6 a 20 años.
- Total de la muestra fue de 13 pacientes.

4.4 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo fué el no probabilístico intencional ya que se seleccionó una parte de la población tomando en cuenta criterios antes establecidos por el grupo investigador.

4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Las técnicas que se utilizaron en la investigación; fueron la documental y la de campo.

Las Documentales: Bibliográfica, las cuales permitieron obtener información de libros, folletos, diccionarios y direcciones electrónicas.

Técnicas de Campo: En esta se utilizó la observación y la entrevista.

La Observación: Que permitió observar datos o hechos reales para el objeto de estudio, tales como el nivel de fractura, independencia de las actividades de la vida diaria.

La Entrevista: Que se utilizó para obtener información clara y concreta destinada a los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro de superior que recibieron tratamiento de Terapia Ocupacional para conocer la intervención que ésta tiene, también a la persona responsable del área de Fisioterapia en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, que tiene contacto más cercano con el paciente.

4.6 INSTRUMENTOS

El grupo investigador para realizar la recolección de datos se auxilió de los siguientes instrumentos:

Una guía de observación (Ver anexo N° 12), una guía de entrevista dirigida a los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior (Ver anexo N° 13), una guía de entrevista dirigida a la persona responsable del área de Fisioterapia (Ver anexo N° 14), y hoja de evaluación de Terapia Ocupacional dirigida a los pacientes al inicio y al final del tratamiento de Terapia Ocupacional. (Ver anexo N° 15).

4.7 MATERIAL

Los materiales que se utilizaron para el desarrollo del tratamiento de Terapia Ocupacional para los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior fueron los siguientes:

Flex, Pronosupinador, Marco Escalador, Marco Simple, Tablero de Ensamble, Tablero de Actividades de la vida diaria, Plastilina, Colores, Pintura de dedo, Papel de Colores, Papel bond, Poleas, Rueda marina, Silicón, Hules, Pelota.

4.8 PROCEDIMIENTO

El desarrollo del trabajo de investigación se realizó en dos momentos.

El primer momento se seleccionó el tema de investigación relacionado con los efectos del tratamiento de Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior, se solicitó al Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima, Departamento de La unión, el respectivo permiso para la realización de la investigación en el área de Terapia Ocupacional, luego revisión de la literatura la que permitió elaborar el proyecto de investigación realizado en el período comprendido de marzo a junio de 2005.

En el segundo momento se inició la ejecución en la tercera semana de julio donde se seleccionó los pacientes con diagnóstico de fractura de miembros superiores; una vez que se determinó la muestra se obtuvo un total de 13 pacientes que integraron el proceso, distribuidos equitativamente entre los 3 miembros del grupo de investigación.

Seguidamente se procedió a la evaluación inicial por medio de instrumentos de evaluación y observación de cada uno de ellos, información que permitió conocer el estado en que se encontraban y el grado de funcionalidad que poseía su miembro superior afectado; la cual nos dio la pauta para elaborar el plan de tratamiento más

conveniente implementando un horario de atención de 8 de la mañana a 12 del mediodía atendiendo individual a cada paciente 3 días a la semana dando tratamiento a 13 personas. Cada integrante del grupo aplicó las diferentes actividades de Terapia Ocupacional utilizando los diferentes instrumentos como guía de entrevista, guía de observación y hoja de Terapia Ocupacional, anotando los resultados obtenidos en la evaluación inicial y comparándolos con la evaluación final.

Al haber finalizado el proceso de tratamiento en cada uno de ellos se reveló resultados satisfactoriamente para la hipótesis de trabajo, que fué comprobado con los datos obtenidos de la tabulación, análisis e interpretación de los resultados que sirvieron para la elaboración de conclusiones y recomendaciones y de ésta manera se finaliza con la exposición oral de los datos que fueron recopilados en el período de ejecución.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente capítulo se muestran los resultados de la investigación de campo obtenidas a través de la guía de entrevista y la hoja de evaluación del tratamiento de la Terapia Ocupacional aplicada a los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior en las edades 6 a 20 años que asistieron al área de Fisioterapia del Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima.

El tratamiento fue aplicado a 13 pacientes de ambos sexos en un periodo de 12 semanas, realizando 3 sesiones por semana.

En el cuadro N° 1, se determinó la distribución de acuerdo a la edad y sexo.

En el cuadro N° 2, se reflejan los datos relacionados con el conocimiento que las personas tienen acerca del concepto de fractura.

En el cuadro N° 3, muestra los resultados de la población que se ha tomado placas radiográficas para confirmar su diagnóstico.

En el cuadro N° 4, presenta los resultados obtenidos de acuerdo al tiempo de evolución de la fractura.

En el cuadro N° 5, contiene los datos obtenidos de acuerdo al médico por quien fue referido al área de fisioterapia.

El cuadro N° 6, se detalla los datos relacionados con el conocimiento que tienen las personas acerca de terapia ocupacional.

El cuadro N° 7, demuestra los resultados de los pacientes que han asistido con anterioridad al área de terapia ocupacional.

El cuadro N° 8, se da a conocer la clasificación de los beneficios que trae la terapia ocupacional a los pacientes con fracturas.

Cuadro N° 9, da a conocer la clasificación del nivel de fractura.

Cuadro N° 10, indica los parámetros de evaluación de terapia ocupacional para valorar el estado físico de pacientes con fractura de miembro superior.

Cuadro N° 11, representa la evaluación y valoración del dolor.

Cuadro N° 12, al igual que el anterior, muestra la evaluación del parámetro del estado de la piel.

Cuadro N° 13, contiene datos acerca del trofismo muscular.

Cuadro N° 14, refleja los resultados acerca de los arcos de movimiento.

Cuadro N° 15, representa el grado de fuerza muscular evaluados.

Cuadro N° 16, en dicho cuadro se da a conocer el parámetro de la sensibilidad.

Cuadro N° 17, muestra los resultados sobre las prensiones finas.

Sin omitir que para la tabulación de los datos estadísticos fue necesario el uso de la fórmula siguiente:

$$F = \frac{Fr}{N} \times 100$$

En donde F = Frecuencia absoluta.

Fr = Frecuencia relativa

N = Total de la muestra

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

CUADRO N° 1

POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO			
	HOMBRES	Fr %	MUJERES	Fr %
6-10	6	46.15 %	3	23.09 %
11-15	0	0 %	1	7.69 %
16-20	2	15.38 %	1	7.69 %
TOTAL	8	61.53 %	5	38.48 %

Fuente: Evaluación realizada a la muestra.

ANÁLISIS:

En dicho cuadro se da a conocer la edad por sexo de pacientes que fueron evaluados en el Hospital Nacional de Santa Rosa de Lima en donde se observa que en niños de 6-10 años hay un 46.15 % y en niñas de la misma edad 23.09 %; entre la edad de 11-15 años hay un porcentaje de 7.69 % en mujeres 0% en hombres; en las edades de 16-20 años que un 15.38 % corresponde al sexo masculino y un 7.69 % al sexo femenino.

INTERPRETACIÓN:

Según estos datos se puede interpretar que el sexo masculino presenta el mayor número de fracturas en relación al sexo femenino; debido a que los varones son más hiperactivos y tienen actividades más bruscas y con respecto a la edad es frecuente entre 6 a 10 años porque es cuando los niños se suben a los árboles, corren, saltan y no se dan cuenta del peligro que corren al realizar estos juegos.

CUADRO N° 2

¿SABE QUÉ ES UNA FRACTURA?

OPINIÓN	F.	%
SI	6	46.15 %
NO	7	53.85%
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a pacientes de fisioterapia del Hospital de Santa Rosa de Lima.

ANÁLISIS:

El Cuadro refleja que al preguntarles a las personas sobre lo que es una fractura el 53.85 % no sabe y el 46.15% si conocen acerca del tema.

INTERPRETACION:

Los resultados indican que la mayoría de la población en general no tienen conocimiento del tema, razón por la cual a la hora de ser atendidos en un centro hospitalario, el médico no se detiene a dar una explicación clara sobre lo que es una fractura por la gran demanda de pacientes que existe.

CUADRO N° 3

¿SE HA TOMADO PLACAS RADIOGRÁFICAS PARA CONFIRMAR SU DIAGNÓSTICO?

OPINIÓN	F.	%
SI	12	92.31 %
NO	1	7.69 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la muestra.

ANÁLISIS:

El cuadro N° 3, muestra que un 92.31 % de la población se ha tomado placas radiográficas para confirmar su diagnóstico y el 7.69 % no se ha tomado placas radiográficas.

INTERPRETACION:

Los resultados reflejan que la mayoría de las personas que se tomaron placas radiográficas confirmaron su diagnóstico y gracias a esto se dio un mejor tratamiento de Terapia Ocupacional.

CUADRO N° 4

¿CUÁNTO TIEMPO HACE QUE SUFRIÓ LA FRACTURA?

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	F	%
0-15 DÍAS	0	0 %
15-30 DÍAS	3	23.08 %
30-45 DÍAS	8	61.54 %
45 Y MÁS	2	15.38 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la muestra.

ANÁLISIS:

En el presente cuadro se muestra el tiempo que tiene de haber sufrido la fractura antes de iniciar el tratamiento de Terapia Ocupacional; es así como el 61.54 % de la población sufrió la fractura entre 30-45 días; el 23.08 % entre 15-30 días y el 15.38 % entre 45 y más días.

INTERPRETACION:

Los datos anteriores muestran el período de evolución de la fractura, en el momento en que se pasó la guía dirigida a los pacientes, con esto se comprueba que la mayor parte de los afectados llegan a terapia aproximadamente al mes de haber sufrido la lesión, porque se encontraban en el período de inmovilización o postoperatorio en el cual no se puede realizar actividades de Terapia Ocupacional.

CUADRO N° 5

¿POR QUIÉN FUE REFERIDO AL ÁREA DE FISIOTERAPIA?

ALT	F.	%
MÉDICO GENERAL	1	7.69 %
MÉDICO ORTOPEDA	12	92.31 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a los pacientes.

ANÁLISIS:

Los datos obtenidos muestran que el 92.31 % de los resultados son referidos por el médico ortopeda y un 7.69 % fue referido por el médico general.

INTERPRETACION:

Los resultados anteriores reflejan que la mayor parte de la población es referida por el médico ortopeda, ya que las personas llegan al hospital y es ahí donde son referidos al especialista, siendo una mínima parte los que buscan Unidades de Salud en las cuales sólo existe médico general.

CUADRO N° 6

¿SABE USTED QUÉ ES TERAPIA OCUPACIONAL?

OPINIÓN	F.	%
SI	0.0	0.0
NO	13	100 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población en estudio.

ANÁLISIS:

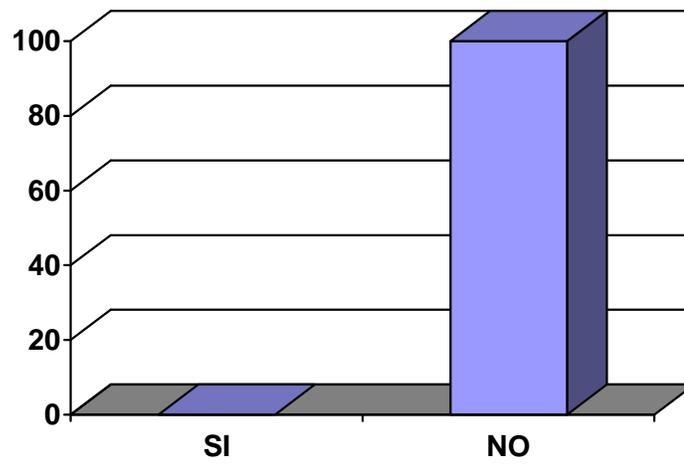
El resultado del cuadro refleja que el 100 % de la población no sabe que es Terapia Ocupacional.

INTERPRETACION:

Con el porcentaje anterior se muestra que en el Hospital Santa Rosa de Lima no existe un área específica de Terapia Ocupacional por lo cual los pacientes no tienen conocimiento de ésta.

GRÁFICO N° 1

¿SABE USTED QUÉ ES TERAPIA OCUPACIONAL?



Fuente: Cuadro N° 1.

CUADRO N° 7

¿HA ASISTIDO ALGUNA VEZ A ÉSTA ÁREA?

OPINIÓN	F.	%
SI	0.0	0.0
NO	13	100 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la pacientes en estudio.

ANÁLISIS:

El 100 % de la población afectada nunca han asistido al área de Terapia Ocupacional.

INTERPRETACION:

El porcentaje anterior muestra que en el Hospital Santa Rosa de Lima, no hay un área específica de Terapia Ocupacional por falta de equipo, tiempo y espacio, para trabajar con los pacientes que requieran un tratamiento eficiente de ésta área y por esta razón es que los pacientes nunca han asistido con anterioridad a una sesión de Terapia Ocupacional.

CUADRO N° 8

¿QUÉ BENEFICIOS CREE USTED QUE LE TRAERÁ LA TERAPIA OCUPACIONAL?

BENEFICIOS	F	%
Recuperación de Movilidad	9	69.23 %
Facilitar las AVD	0	0 %
Recuperación de la Fuerza	4	30.77 %
Evitar Deformidad	0	0 %
Ninguno	0	0 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la muestra.

ANÁLISIS:

Según los datos del cuadro anterior el 69.23 % consideran que tendrán una recuperación de la movilidad y el 30.77 % consideraban que recuperarían la fuerza.

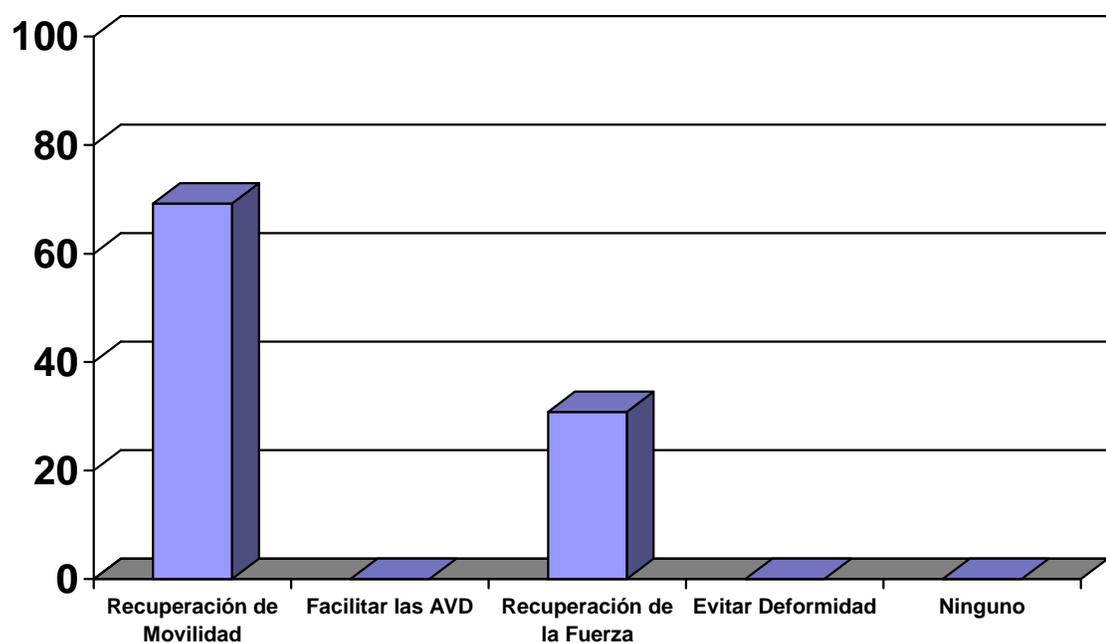
INTERPRETACION:

El mayor beneficio que esperan los pacientes con la Terapia Ocupacional es la recuperación de la movilidad ya que para ellos el problema más grande es no poder

mover sus miembros y esto les impide realizar sus actividades de la vida diaria con normalidad; además la otra parte de la población esperaba recuperar la fuerza muscular para poder desempeñarse en sus labores cotidianas. Y ninguna de las personas en estudio conocía acerca de los otros beneficios que tiene la Terapia Ocupacional como evitar deformidades y facilitar sus actividades de la vida diaria.

GRÁFICO N° 2

¿QUÉ BENEFICIOS CREE USTED QUE LE TRAERÁ LA TERAPIA OCUPACIONAL?



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

CLASIFICACIÓN DE NIVEL DE FRACTURA

NIVEL DE FRACTURA	F.	%
Hombro	0	0 %
Codo	9	69.23 %
Radio y cúbito	3	23.08 %
Muñeca	1	7.69 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Evaluación de Terapia Ocupacional realizado a la muestra.

ANÁLISIS:

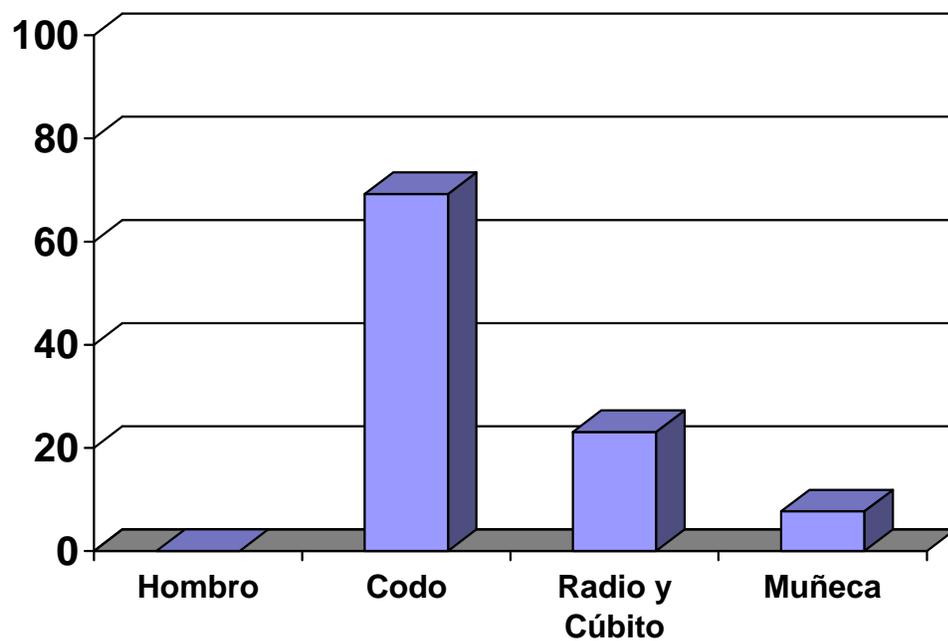
El cuadro anterior da a conocer los datos de clasificación de nivel de fractura con un 69.23 % a nivel de codo, 23.08 % a nivel de radio y cúbito y un 7.69 % a nivel de muñeca.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados indican que el nivel de fractura que tiene mayor porcentaje es el codo por ser una articulación intermedia del miembro superior; es más fácil de lesionar cuando la persona cae al costado del cuerpo; en cambio radio y cúbito y la muñeca por ser huesos más distales se lesionan menos.

GRÁFICO N° 3

CLASIFICACIÓN DE NIVEL DE FRACTURA



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA VALORAR EL ESTADO FÍSICO DE PACIENTES CON FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR.

EVALUACIÓN FÍSICA	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Presentó Edema	8	61.54 %	0	0 %
No Presentó Edema	5	38.46 %	13	100 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS:

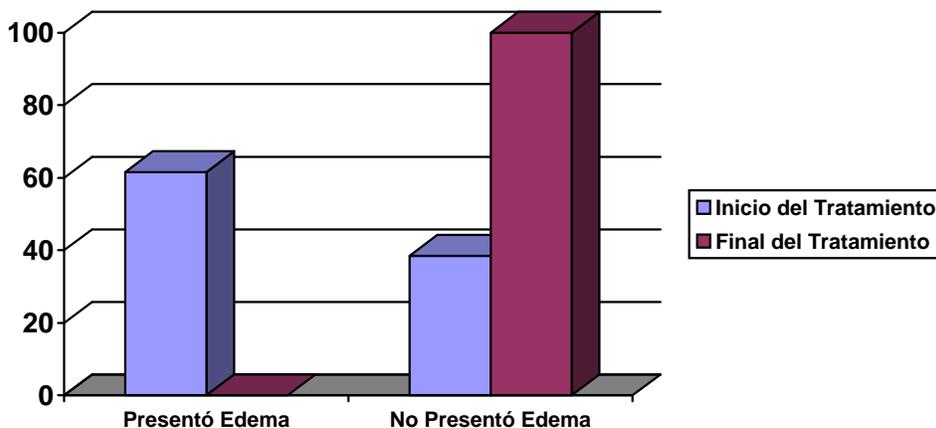
Los datos del cuadro anterior representan el parámetro de edema y se observa que el 61.54 % presentaron edema al inicio del tratamiento y el 38.46 % no presentó edema. Al finalizar el tratamiento el 100% de la población no presentó edema.

INTERPRETACIÓN:

Con estos datos se conoce que el edema se encuentra en la mayoría de fracturas por la gravedad que presentan y por la poca irrigación sanguínea en la zona afectada. Reduciendo así este problema con actividades realizadas a lo largo del tratamiento pudiendo comprobar que la hipótesis planteada por el grupo es aceptada ya que al finalizar el tratamiento se obtuvieron resultados favorables.

GRÁFICO N° 4

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA VALORAR ESTADO FÍSICO DE PACIENTES CON FRACTURAS DE MIEMBRO SUPERIOR.



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

EVALUACIÓN FÍSICA	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Dolor Leve	7	53.84 %	3	23.07 %
Dolor Moderado	6	46.15 %	0	0 %
Dolor Severo	0	0 %	0	0 %
No Presentó Dolor	0	0 %	10	76.92 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS:

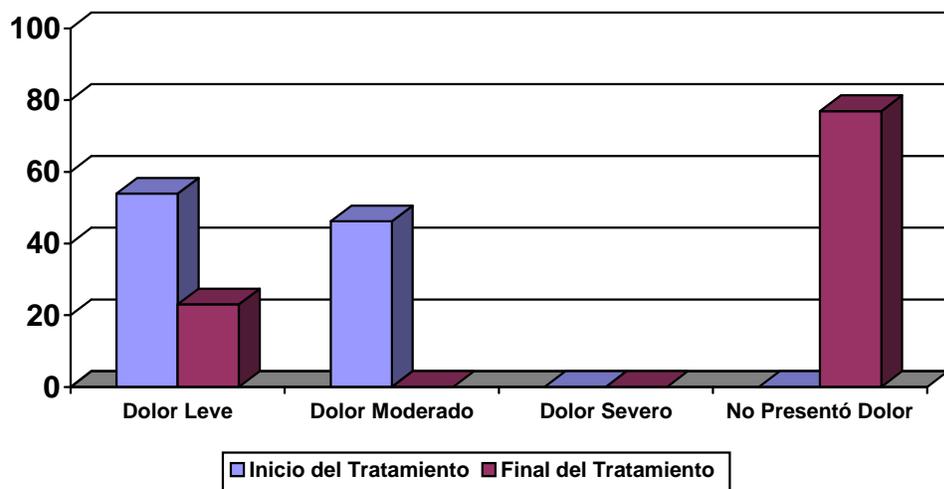
Los datos del cuadro anterior representan el parámetro de dolor y se observa en la categoría Dolor Leve al inicio de 53.84 % y se redujo al final a un 23.07 %; en la categoría Moderado antes se obtuvo un 46.15 % y al final ningún paciente presentó dolor moderado.

INTERPRETACION:

El cuadro anterior da a conocer los datos de evaluación física acerca del dolor y sus categorías Leve y Moderado antes y después del tratamiento, siendo éste el síntoma más frecuente en la población de estudio por lo cual al finalizar la investigación 10 personas ya no presentaron dolor y 3 de los pacientes aún permanecían con dolor leve a causa de que se integraron 3 semanas antes de terminar la ejecución; comprobando de ésta manera que la hipótesis es aceptada.

GRÁFICO N° 5

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL

ESTADO DE LA PIEL	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Piel Lisa	0	0 %	0	0 %
Piel Escamosa	2	15.38 %	0	0 %
Piel Seca	2	15.38 %	1	7.69 %
Piel Normal	9	69.23 %	12	92.30 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS:

Al evaluar los pacientes en estudio, fueron encontrados diferentes tipos de piel: lisa, escamosa, seca y normal. El primer tipo no lo presentó ningún paciente, el segundo el 15.38 % presentaban piel escamosa; 15.38 % piel seca y un 69.23 % presentaban piel normal.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior muestra que al inicio de la evaluación presentaban problemas de piel un porcentaje no muy alto de la población, siendo la causa el yeso que se les coloca por cierto tiempo y esto ocasiona que la piel esté escamosa y seca; disminuyendo significativamente al final del tratamiento.

CUADRO N° 13

VALORACIÓN DEL TROFISMO MUSCULAR

TROFISMO MUSCULAR	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Aumentado	4	30.77 %	0	0 %
Disminuido	7	53.84 %	0	0 %
Normal	2	15.38 %	13	100 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS:

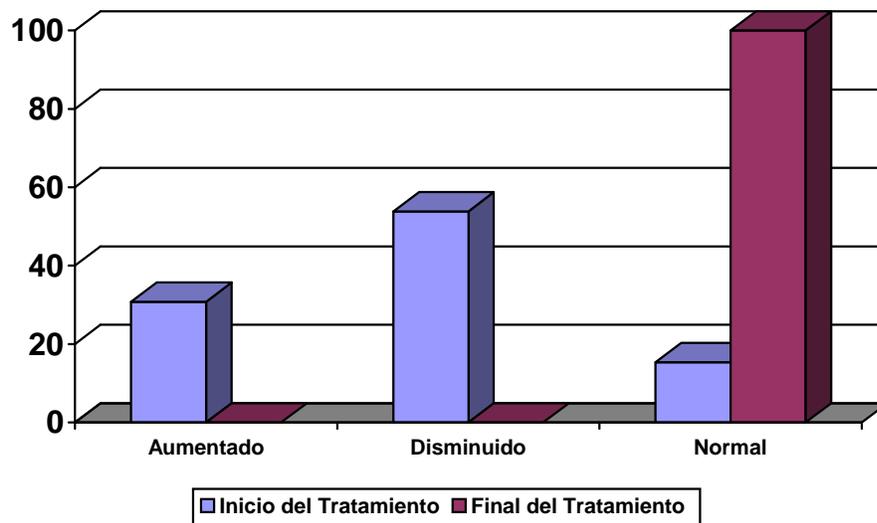
Al comparar los datos del cuadro en la evaluación inicial con la final se observa que 53.84 % presentó disminuido el trofismo muscular y 30.77 % aumentado y un 15.38% estaba normal y al final del tratamiento se observa que fue reducido éste signo quedando un 100% de la población normal.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior da a conocer los trastornos del trofismo muscular aumentado o disminuido el primero caracterizado por el aumento de la masa muscular ya sea por inflamación o edema y el segundo trastorno anormal se da por la falta de movimiento en el miembro afecto y esto causa una disminución de masa muscular, al final del tratamiento las personas en estudio ya no presentaron este tipo de anomalía gracias a las actividades de Terapia Ocupacional dando por aceptada la hipótesis de investigación.

GRÁFICO N° 6

VALORACIÓN DEL TROFISMO MUSCULAR



CUADRO N° 14

EVALUACIÓN DE ARCO DE MOVIMIENTO

ARCOS DE MOVIMIENTO	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Completó	0	0 %	10	76.92 %
No Completó	13	100 %	3	23.07 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación.

ANÁLISIS:

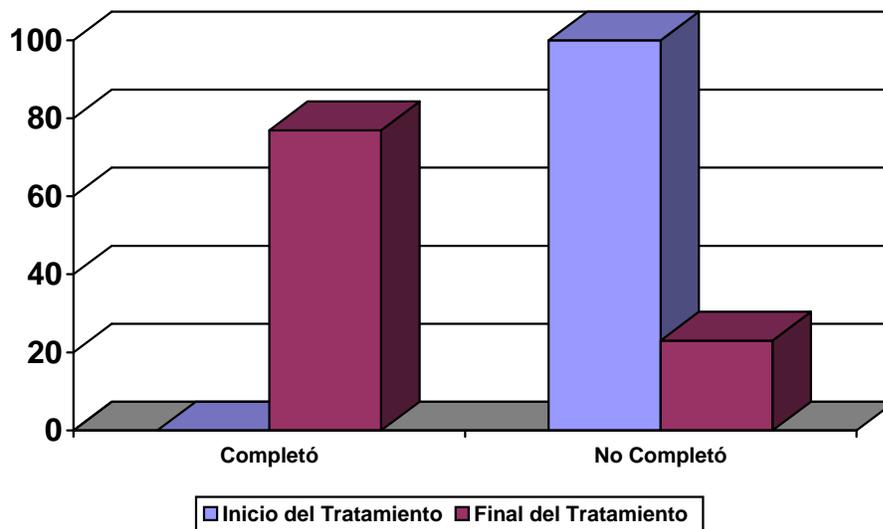
El cuadro refleja que el 100% de la población afectada no completó movimiento al inicio del tratamiento; mientras que al final del tratamiento el 76.92% de los pacientes, lograron realizar los arcos y 23.07 no lograron por completo realizar arcos normales.

INTERPRETACIÓN:

Los pacientes antes del tratamiento ninguno podía realizar arcos normales por las restricciones causadas por la inmovilización (yeso) ; después de dar el tratamiento, con el tiempo establecido y dedicación a cada caso se observa que con la Terapia Ocupacional la mayor parte de la población ha completado sus arcos de movimiento. Y un porcentaje mínimo no logró completar al máximo su arco de movimiento porque se integraron 3 semanas antes de finalizar la investigación; comprobando una vez más la aceptación de la hipótesis.

GRÁFICO N° 7

EVALUACIÓN DE ARCO DE MOVIMIENTO



Fuente: Cuadro N° 14

CUADRO N° 15

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE FUERZA MUSCULAR

FUERZA MUSCULAR	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Grado I	2	15.38 %	0	0 %
Grado II	7	53.84 %	0	0 %
Grado III	4	30.77 %	4	30.77 %
Grado IV	0	0 %	8	61.54 %
Grado V	0	0 %	1	7.69 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional

ANÁLISIS:

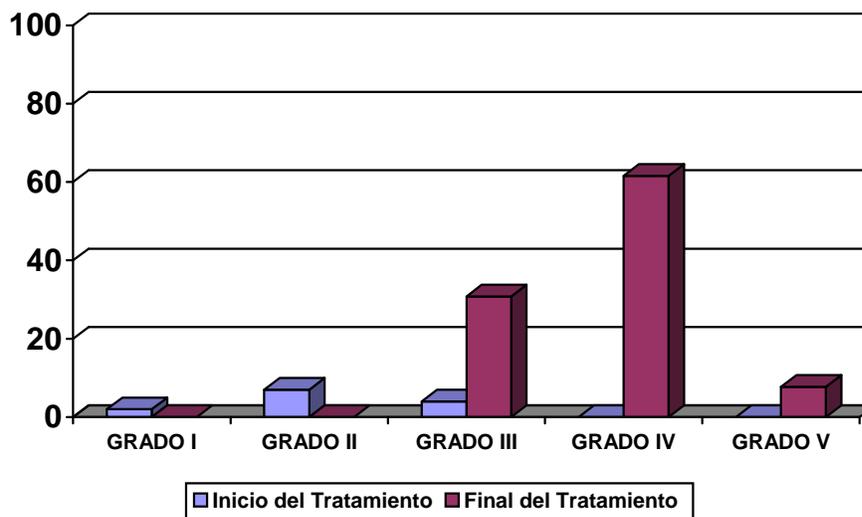
El presente cuadro representa el grado de fuerza muscular que presentaron los pacientes. Teniendo así el 53.84 % en grado 2, el 30.77 % en grado 3 y el 15.38 % en grado 1 al inicio del tratamiento. Al finalizar el tratamiento el porcentaje de fuerza muscular es de 61.54 % en grado 4, 30.77 % en grado 3 y 7.69 % en grado 5.

INTERPRETACIÓN

Al principio del tratamiento el grado de fuerza muscular que presentaron los pacientes era mínimo por el tiempo de inmovilización de la fractura y la poca utilización de su miembro afectado. En cambio al evaluarlos al finalizar la aplicación del tratamiento se puede observar en el cuadro que aumentó la fuerza muscular en los pacientes debido al tratamiento de Terapia Ocupacional.

GRÁFICO N° 8

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE FUERZA MUSCULAR



Fuente: Cuadro N° 15

CUADRO N° 16

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD

SENSIBILIDAD	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Aumentada	1	7.69 %	0	0 %
Disminuida	0	0 %	0	0 %
Normal	12	92.31 %	13	100 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS:

En la evaluación inicial 92.31% presentaron normalidad en su sensibilidad y un 7.69% su sensibilidad estaba aumentada.

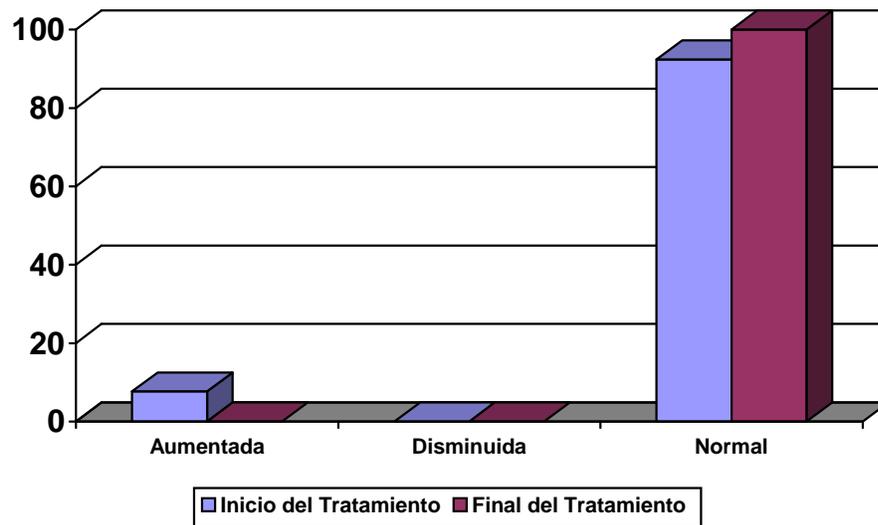
INTERPRETACIÓN:

Con relación al cuadro anterior sobre la sensibilidad se pudo comprobar que 12 pacientes presentaban normalidad en su sensibilidad y solo uno tenía trastornos de sensibilidad por el compromiso de nervio y al final del tratamiento ya no existía

anormalidad con respecto a su sensibilidad, dando a conocer que la hipótesis planteada es aceptada.

GRÁFICO N° 9

PARÁMETRO DE EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD



Fuente: Cuadro N° 16

CUADRO N° 17

EVALUACIÓN DE PRENSIÓN FINA

PRENSION FINA	INICIO DE TRATAMIENTO		FINAL DE TRATAMIENTO	
	F	%	F	%
Si	12	92.30%	13	100 %
No	1	7.69 %	0	0 %
Total	13	100 %	13	100 %
TOTAL	13	100 %	13	100 %

Fuente: Hoja de evaluación de Terapia Ocupacional

ANÁLISIS:

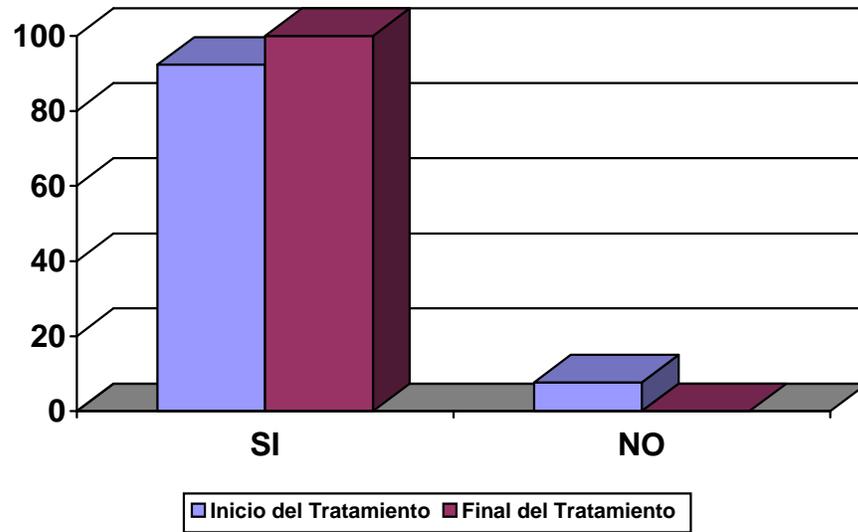
En dicho cuadro se da a conocer que al inicio de la evaluación el 92.30 % poseen las prensiones finas y el 7.69 % tiene dificultad al realizarlas.

INTERPRETACIÓN:

El cuadro anterior demuestra que la mayoría de los pacientes no tienen dificultad al realizar las prensiones finas porque la mayoría presenta una fuerza muscular moderada.

GRÁFICO N° 10

EVALUACIÓN DE PRENSIÓN FINA



Fuente: Cuadro N° 17

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Después de haber tabulado, analizado e interpretado los resultados de la investigación de campo el grupo llegó a las siguientes conclusiones:

Durante el proceso de investigación se comprobó que la intervención de la Terapia Ocupacional en diagnóstico de fractura de miembros superiores, tomando como muestra 13 pacientes en este estudio se determinó que el 76.92% osea 10 pacientes evolucionaron de manera satisfactoria. De esta forma se acepta la hipótesis planteada por el grupo a mayor intervención de la Terapia Ocupacional mejores resultados se obtendrán en el tratamiento de Terapia Ocupacional. En donde, por medio de la hoja de evaluación de Terapia Ocupacional se pudo comprobar que los parámetros evaluados como edema, dolor, trofismo muscular, arcos de movimiento, fuerza muscular, sensibilidad y prensión fina; se lograron recuperar a un estado de normalidad funcional.

Para tener un diagnóstico mas certero es necesario que toda persona que sufre fracturas se tome placas radiográficas para confirmar el tipo y localización de la fractura.

La población en estudio no tiene conocimiento sobre Terapia Ocupacional por consiguiente desconocen los beneficios que esta puede proporcionarle.

Mediante las actividades practicadas de Terapia Ocupacional con los pacientes en estudio se pudo mejorar las diferentes habilidades que los pacientes no realizaban a consecuencia de la fractura que presentaban.

Entre más pronto se recibe tratamiento de Terapia Ocupacional los pacientes evolucionan mejor y esto favorece a la persona evitando deformidad o secuela a consecuencia de la fractura.

6.2 RECOMENDACIONES

Después de haber realizado las conclusiones se puede recomendar lo siguiente:

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para que se le dé apertura del área de Terapia Ocupacional en los diferentes Centros Hospitalarios donde ya existe una de Fisioterapia.

Al personal que se desempeña en el área de Rehabilitación, se le sugiere que le den la importancia debida a la Terapia Ocupacional ya que con ella se logra una mejor recuperación de la población afectada.

Se recomienda a la población en general la toma de placas radiográficas en el momento que sufre la fractura para la confirmación de su diagnóstico.

Concientizar a la población en general a través de charlas la importancia y los beneficios que tiene la intervención de Terapia Ocupacional para evitar complicaciones como deformidad y contractura.

Tomar en cuenta el desempeño del paciente durante las actividades que realiza en el tratamiento de Terapia Ocupacional, a fin de mejorar las habilidades que posee.

Incentivar a la población a integrarse a las sesiones de Terapia Ocupacional lo mas pronto posible para una recuperación mas satisfactoria.

A los estudiantes de la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, para que pongan en práctica los conocimientos de Terapia Ocupacional a la hora de aplicar un tratamiento o trabajar de manera conjunta con el área de Terapia Física.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

HAMMERLY D. MARCELO. Qué hacer en Casos de Emergencias y Accidentes. Florida, Estados Unidos de Norte América, Asociación Interamericana, 1989, 222 Págs.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de Investigación. Tercera Edición Mc Graw Hill, México 1991, 505 págs.

MOSBY. OCÉANO Diccionario de Medicina. Edición en Español. MMIV Editorial Océano. Barcelona, España. 1504 Págs.

PINEDA, Elia Beatriz, ALVARADO Luz; CANALES de, F. Metodología de la Investigación. 2ª Edición. 1994. 225 págs.

ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para Realizar Investigaciones Sociales, 3ª Edición México. P y V Editores, 1985. 437 págs.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

www.Tusalud.com (Consultada 25-03-05)

www.TerapiaOcupacional.com (Consultada 10-04-05)

Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta (Consultada 15-05-05)

www.ttp.escuela.med.puc.cl (Consultada 27- 05-05)

www.efisioterapia.net (Consultada 27- 05-05)

ANEXOS

ANEXO N° 4

HUESO FRACTURADO

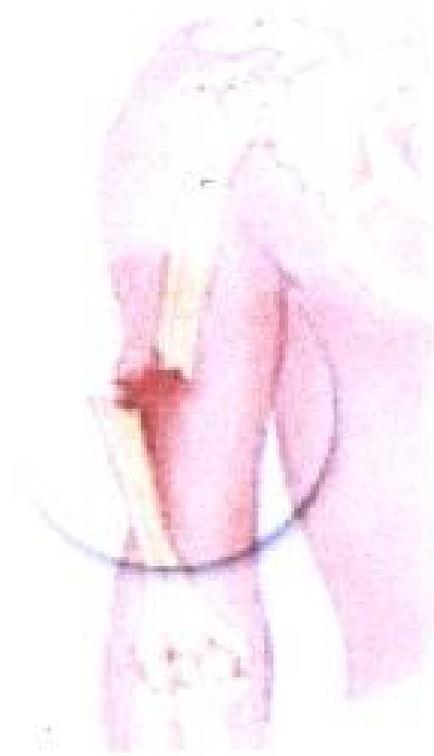


ANEXO N° 5

**FRACTURA
CERRADA**



**FRACTURA
ABIERTA**



ANEXO N° 6

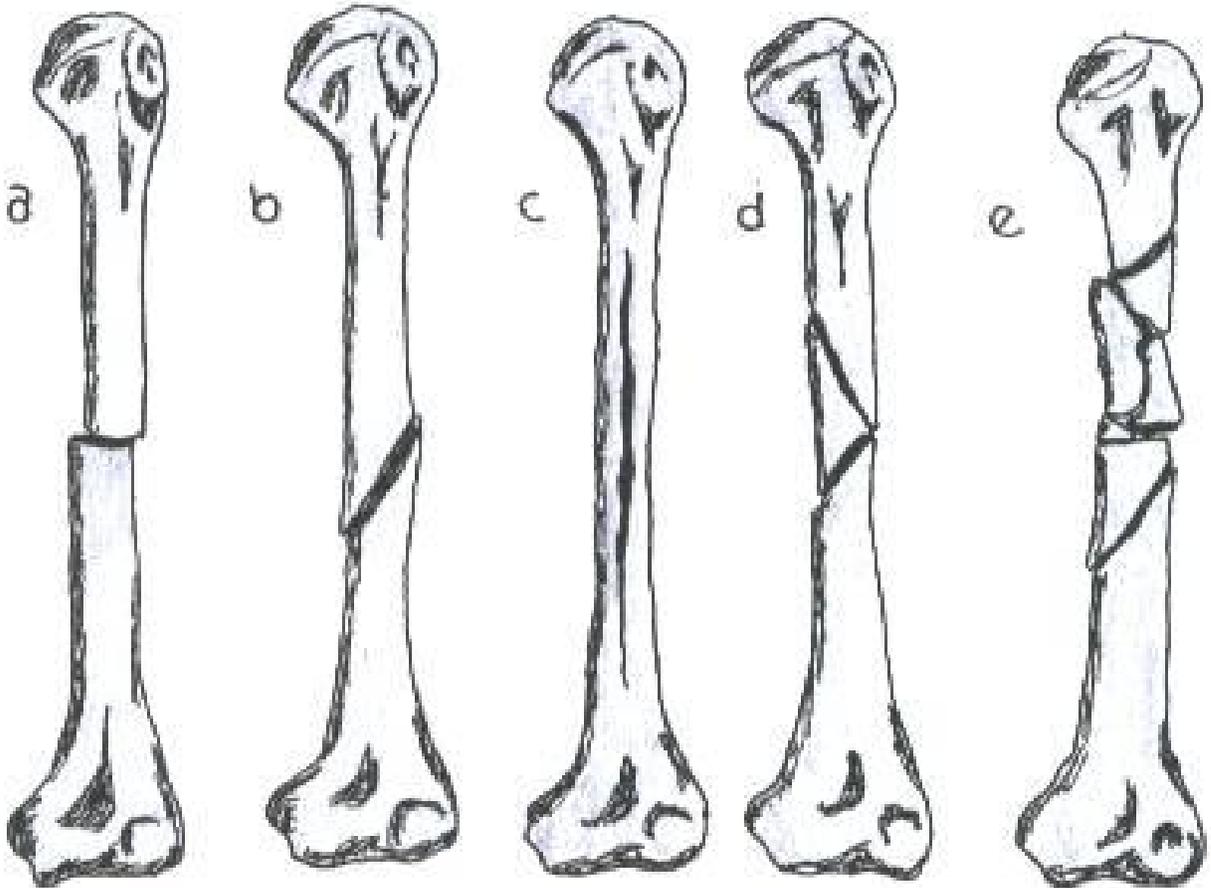
a) Transversal

b) Oblicuo

c) Longitudinal

d) En ala de mariposa

e) Conminuta



ANEXO N° 7

Incurvación

Diafisiaria.



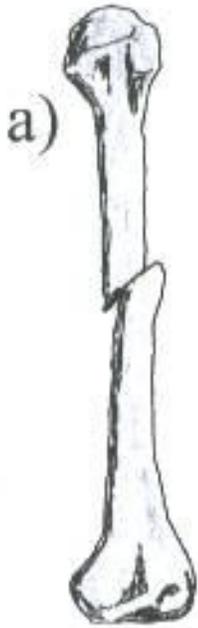
En tallo

Verde.

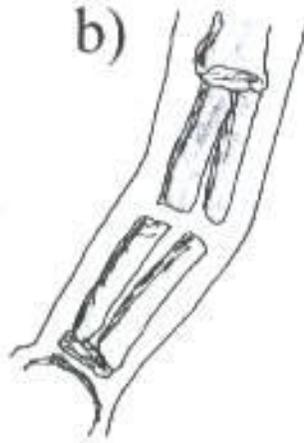


ANEXO N° 8

a) Acabalgada



b) Angulada

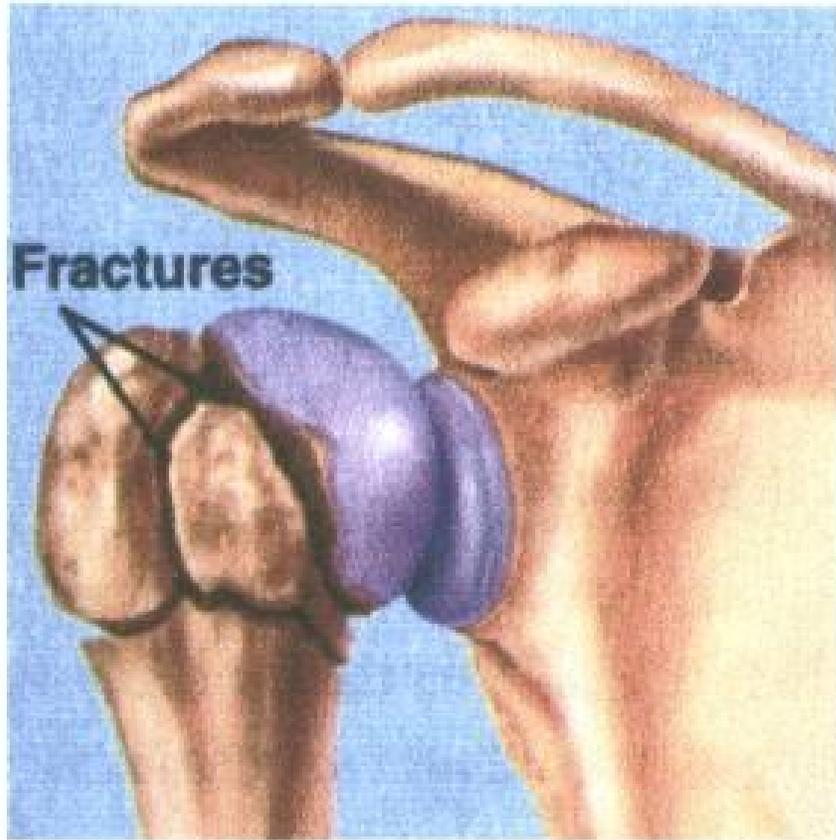


c) Engranada



ANEXO N° 9

FRACTURA DE HÚMERO



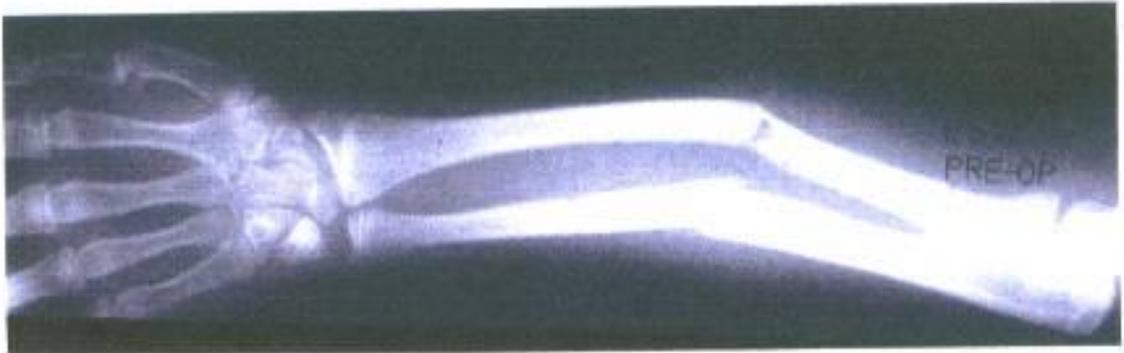
ANEXO N° 10

FRACTURA DE CODO



ANEXO N° 11

FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO



ANEXO N° 12

FRACTURA DE MUÑECA

(COLLES)



ANEXO N° 13

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA.**

OBJETIVO: Observar en los pacientes con diagnóstico de fractura, el desempeño en la realización de actividades de T. O. así como habilidades y destrezas que posea.

LUGAR:

FECHA:

HORA:

TIPO DE FRACTURA:

ACTIVIDADES: AVD

EXPRESIVAS CREATIVAS

HABILIDADES: MANUALES

MECANICA

DESTREZAS: FINA

GRUESA

ANEXO N° 14

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES AL INICIO Y AL FINAL
DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL CON DIAGNÓSTICO
DE FRACTURA EN MIEMBROS SUPERIORES.**

OBJETIVO: Identificar los conocimientos que tienen los pacientes del área de
Terapia Ocupacional y Fracturas.

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

OCUPACIÓN:

FECHA DE INGRESO:

DIAGNOSTICO:

TIPO DE FRACTURA:

1. ¿Sabe qué es una fractura?

SI: _____ NO: _____

¿Qué es para usted una fractura?: _____

2. ¿Se ha tomado placas radiográficas para confirmar su diagnóstico?

SI: _____ NO: _____

3. ¿Cuánto tiempo hace que sufrió la fractura?

0 - 15 días

15 – 30 días

30 – 45 días

45 y mas

4. ¿Por quién fue referido al área de Fisioterapia?

Medico General

Medico Ortopeda

5. ¿Sabe usted qué es Terapia Ocupacional?

SI: _____ NO: _____

¿Qué entiende usted por Terapia Ocupacional?: _____

6. ¿Ha asistido alguna vez a esta área?

SI: _____

NO: _____

7. ¿Qué beneficios cree usted que le traerá la Terapia Ocupacional?

Recuperación de movilidad:

Recuperación de la fuerza muscular:

Facilitar las A. V. D:

Evitar deformidad:

Ninguno:

ANEXO N° 15

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL RESPONSABLE
DEL ÁREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL
NACIONAL DE SANTA ROSA DE LIMA.**

OBJETIVO: Señalar el equipo con que cuenta el hospital para el área de Terapia
Ocupacional.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

HORA: _____

LUGAR DE ENTREVISTA: _____

1. ¿Cuál es el material con que cuenta el hospital para Terapia Ocupacional?

Flex: Cubos de ensamble:

Prono-supinador: Tablero de Montessori:

Poleas: Plastilina:

Tablero A.V.D.: Otros:

2. ¿Aplica usted tratamiento de Terapia Ocupacional con estos materiales?

SI: _____ NO: _____

¿Por qué? _____

3. ¿Por qué no da tratamiento de Terapia Ocupacional?

Falta de materiales

Tiempo

ANEXO N° 16

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL DIRIGIDA A LOS PACIENTES
AL INICIO Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO**

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____ Fecha de evaluación: _____

Dirección: _____ Fecha de ingreso: _____

Ocupación Anterior: _____

Ocupación Actual: _____

Nivel Educativo: _____

Historia Clínica: _____

EVALUACIÓN FÍSICA

- Edema:

- Dolor:
Leve Moderado Severo

- Piel:
Lisa Escamosa Seca Normal

- Trofismo Muscular:
Aumentado Disminuido

- Deformidad:

- Movimiento Activo:
Completa Movimiento No Completa Movimiento

- Arcos de Movimiento:
Completa Arcos No Completa Arcos

- Fuerza Muscular:
Grado 1 Grado 2 Grado 3 Grado 4 Grado 5

- Sensibilidad Superficial:
Aumentada Disminuida

- Prensiones Finas:
Bidigitales Tridigitales

- Prensiones Gruesas:

Tetradigitales

Pentadigitales

- Destreza Fina

Sí No

- Destreza Gruesa:

Sí No

- Actividades de la vida diaria:

Actividades de Alimentación

Actividades de Higiene

Actividades de Vestido

ANEXO N° 17

FOTOGRAFÍAS DURANTE EL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN





