

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



TESIS:

EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SINDROME DE HOMBRO DOLOROSO TRATADOS CON FISIOTERAPIA Y LAS TECNICAS DE KABAT, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y UNIDAD DE SALUD EL TRÁNSITO, DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL. PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE 2006.

PARA OPTAR EL GRADO DE:

LICENCIADO(A) EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

PRESENTADO POR:

**JOSÉ MANUEL CARRANZA PARADA
JULIA ELIZABETH PADILLA BRIZUELA
SILVIA CAROLINA ANDRADE FLORES**

DOCENTE DIRECTOR:

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

NOVIEMBRE DE 2006

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
VICERRECTOR ACADÉMICO

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS
VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

LICENCIADO MARCELINO MEJÍA GONZÁLEZ
DECANO

LICENCIADO NELSON DE JESÚS QUINTANILLA GÓMEZ
VICEDECANO

LICENCIADA LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS
SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA
JEFA DE DEPARTAMENTO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
COORDINADOR DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

ASESORES

LICENCIADA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
DOCENTE DIRECTOR

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA

LICENCIADO JOSÉ HENRY GARCIA
ASESOR DE ESTADISTICA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO:

Por habernos dado fortaleza, entendimiento y la fe para culminar nuestra carrera.

A NUESTROS PADRES:

Por su amor, comprensión y su apoyo incondicional en el transcurso de nuestra formación académica.

A LOS ASESORES:

Licda. Elba Margarita Berríos Castillo, Licda. Xochilt Patricia Herrera por habernos brindado su tiempo y sus conocimientos para poder realizar el trabajo de investigación.

AL PERSONAL:

Del área de Fisioterapia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe, la Unidad de Salud de El Tránsito y a los pacientes quienes de forma desinteresada nos brindaron su colaboración.

DEDICATORIA

Este éxito alcanzado con mucho esfuerzo y trabajo se lo dedico a todas aquellas personas que, de una forma u otra me brindó su apoyo y colaboración para alcanzar este triunfo en especial:

A DIOS TODOPODEROSO:

Por cubrirme con su manto celestial, y brindarme todo su amor y bendición en todos los aspectos de mi vida personal y profesional.

A MI PADRE JESÚS CARRANZA:

Por ser el modelo de persona que quiero ser y por tu sabiduría y sacrificio con los cuales me has enseñado a luchar por lo que quiero y salir victorioso ante cualquier obstáculo.

A MI MADRE MARÍA CANDELARIA PARADA:

Por tu inmenso amor y esfuerzo que realizas día a día para sacarnos adelante, por tus sabios consejos que me brindas y estar siempre cuando te necesito. No hay nadie como Tú.

A MIS HERMANOS:

Marisela, More, Candy, Yese, Tony, Luís Alberto y Mauricio; por su apoyo incondicional y cariño que siempre he tenido de ustedes.

A UN PERSONA MUY ESPECIAL MAYTE:

Por todo el amor, comprensión y apoyo que siempre tenido de tu parte; por cobijarme en tus brazos en los buenos y malos momentos y ser la niña bonita de mi vida.

A MIS DOCENTES Y TUTORES:

Licda. Erlin Marilú Osorio; Licda. Xochilt Patricia Herrera; Licda. Ana Elizabeth López y Licda. Rosa Emilia Hernández; Por su confianza en mi y por exigirme siempre lo mejor de mi.

A MIS COMPAÑERAS DE TESIS:

Silvia Carolina y Julia Elizabeth, por todo lo que hemos convivido juntos, por su aprecio, cariño y respeto que me brindaron durante nuestra formación académica.

José Manuel

DEDICATORIA

A Aquel que se merece Toda La Gloria; La Honra; Al Alfa; Omega, Principio y Fin. Padre Eterno una eternidad no me alcanzaría para agradecerte, todo lo que has hecho en mi vida.

Gracias, por permitirme alcanzar este sueño.

A MI MAMÁ ALBA MARLENE FLORES DE ANDRADE:

Por cada oración que elevaste a Dios y como siempre esperando pacientemente su respuesta. Te Amo Niña Malene.

A MI PAPÁ CESÁR AUGUSTO ANDRADE:

Por darme la vida y apoyo.

A MIS HERMANOS SONIA; PABLO; ANITA Y ALE:

Por ser parte de mi vida y su amor hacia mi. Les Amo.

A MIS ABUELOS AMELIA ANDRADE; FRANCISCA RIVERA (mamachan);

RICARDO RODAS (PAPARICA 1917-2006):

Por todo su apoyo y sacrificio por mí. Son mi adoración.

A MIS AMIGOS ALFONSO JOSÉ CRESPO.; MARVIN AVALOS; DANIEL COTO; CECY GÁMEZ:

Gracias por ser parte de mi vida, de este sueño y por cada oración intercesora a mi favor, he aquí su respuesta. Les Amo con todo mi corazón.

A TI, ADOLFO SAMAEL MEJIA PINEDA:

Por tu amor, apoyo y sacrificios, que más que un regalo, eres una bendición que ha llegado a mi vida; te has convertido en una parte muy importante de mi corazón. Ojos...

A MI AMADA AMIGA Y COMPAÑERA DE TESIS:

Julia Elizabeth, y a sus padres **Sandra de Padilla** y **Fidel Padilla**. Gracias por su apoyo y por permitirme invadir su privacidad. Dios les Bendiga.

A MI COMPAÑERO DE TESIS:

José Manuel. Gracias niño por ser mi amigo y gran soporte en todo este tiempo. Bendiciones de parte de Dios.

“Pero por la gracia de Dios soy lo que soy; y su Gracia no ha sido en vano para conmigo...” *1ª Corintios.15:10*

Silvia Carolina

DEDICATORIA.

A DIOS PADRE TODOPODEROSO:

Por regalarme la vida, la oportunidad y todos los dones que me han permitido alcanzar este grandioso triunfo. Gracias Señor.

A MI MADRE SANDRA ELIZABETH BRIZUELA:

Por siempre creer en mí, por todo su amor, apoyo, consejos, sacrificios Y darme ánimo durante cada momento de mi vida y en el logro de esta meta tan especial para mí. Gracias Mamá por toda su entrega y comprensión. La Amo mucho.

A MI PADRE:

El Señor **FIDEL ANTONIO PADILLA**, por brindarme su amor, confianza, apoyo y ánimo incondicional siempre en todo le Amo muchísimo que Dios le Bendiga!!

A MIS TIOS SR. CARLOS BRIZUELA Y SRA. MIRTHA BRIZUELA:

Gracias por ser como mis segundos padres, por estar siempre pendientes de mí, por su cariño, apoyo y respeto en todo momento. Son muy especiales para mí. Muchas Bendiciones a ustedes.

A MI HERMANO Y PRIMOS WILMAN, TANNIA Y CARLOS:

Por que siempre he podido contar con ustedes, gracias por su cariño, afecto y apoyo incondicional, los quiero y extraño mucho.

A MIS QUERIDOS COMPAÑEROS DE TESIS:

SILVIA CAROLINA

Por tu desinteresada y gran amistad en los buenos y malos momentos que hemos pasado y por culminar juntas este importante logro en nuestras vidas. Te quiero un montón, siempre puedes contar conmigo.

JOSÉ MANUEL

Por tu valiosa amistad, por imprimir siempre tu buen ánimo y compañerismo en la elaboración de este proyecto. Nunca cambies te estimo mucho.

A TODAS LAS PERSONAS

Amigos (as), Docentes y todos aquellos que de una forma u otra colaboraron e hicieron posible cosechar este triunfo.

¡¡MUCHAS GRACIAS!!

Julia Elizabeth

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGS.
RESUMEN	xv
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Antecedentes del problema.....	21
1.2 Enunciado del Problema.....	23
1.3 Objetivos de la Investigación.....	24
1.3.1 Objetivo General.....	24
1.3.2 Objetivos Específicos.....	24
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	
2.1 Anatomía de Hombro.....	27
2.2 Descripción de Síndrome de Hombro Doloroso.....	37
2.3 Etiología.....	38
2.4 Tratamiento Médico y Fisioterapéutico.....	45
2.5 Técnicas de Kabat.....	48
2.6 Definición de Términos Básicos.....	53
CAPÍTULO III	
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS	
3.1 Hipótesis General.....	56

3.2 Hipótesis Específicas.....	56
3.3 Operacionalización De las Variables.....	58
CAPÍTULO IV	
4. DISEÑO METODOLÓGICO	
4.1 Tipo de Investigación.....	61
4.2 Población.....	61
4.3 Muestra.....	62
4.4 Técnicas de Obtención de Información.....	62
4.5 Instrumentos.....	63
4.6 Procedimiento.....	63
CAPÍTULO V	
5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	
5.1 Tabulación, Análisis e Interpretación de los Resultados.....	69
5.2 Prueba de Hipótesis.....	96
CAPÍTULO VI	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1 Conclusiones.....	100
6.2 Recomendaciones.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	103
ANEXOS	
1 Cronograma de Actividades Generales.....	106
2 Cronograma de Actividades Específicas.....	107

3 Anatomía de Hombro.....	110
4 Articulación Escápulo Humeral.....	111
5 Músculos de la Articulación de Hombro.....	112
6 Luxación de clavícula.....	113
7 Tendinitis del Manguito de los Rotadores.....	114
8 Aplicación de Modalidades Fisioterapia.....	115
9 Aplicación de Técnica de Kabat. Estabilización Rítmica.....	116
10 Aplicación de Técnica de Kabat. Contracción y Relajación.....	117
11 Aplicación de Técnica de Kabat. Inversión Lenta y Sostén.....	118
12 Guía de Evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.....	119
13 Guía de Entrevista dirigida a los pacientes	124

RESUMEN

Por medio de la investigación realizada se determinó que el tratamiento de fisioterapia y las técnicas de kabat mejoran la evolución de los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito, departamento de San Miguel, período de julio a septiembre de 2006.

Se establecieron como objetivos específicos; conocer las diferentes causas del síndrome, en la población de estudio, los signos y síntomas que presentaban éstos e identificar en que edad y sexo se presenta con mayor frecuencia. Dichos objetivos propuestos al inicio de la investigación fueron cubiertos a totalidad.

El tipo de estudio realizado fue el prospectivo; transversal y de campo; se administró una guía de evaluación inicial y final y una guía de entrevista a cada uno de los pacientes. Los datos recopilados fueron ordenados y tabulados y se obtuvieron los siguientes resultados:

Entre las causas más frecuentes que produce Síndrome de Hombro Doloroso están: Los Traumatismos con el 42.86%; y Las Artrosis y Sobreesfuerzos Físicos 28.57% cada uno.

Que los signos y síntomas que presentaron los pacientes con éste síndrome se encuentran: Dolor en el 100% de ellos; Inflamación con un 57.14% y Espasmos Musculares con 57.14%.

En el estudio realizado se identificó que le 71.42% de la población son del sexo femenino y 28.56% masculino; además la edad en que predomina mayormente el Síndrome de Hombro Doloroso es de 59 a 70 años de edad con el 57.14%

De las hipótesis que se plantearon se aceptaron las que aseguraban que el tratamiento de fisioterapia reduce los signos y síntomas. Así mismo que las técnicas de kabat aumentan el rango de movimiento de la articulación afecta y que la fisioterapia y técnicas de kabat mejoran la funcionabilidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

INTRODUCCIÓN

El hombro tiene mayor libertad y amplitud de movimiento que cualquier otra articulación, lo que en la historia de la evolución se ha traducido en un amplio rango de acción para las manos. El movimiento normal de hombro es resultado de la acción conjunta de sus estructuras y el contacto repetido de éstas a lo largo de la vida produce una serie de afecciones en la articulación denominado; Síndrome de Hombro Doloroso.

El dolor de hombro constituye una de los síntomas más comunes que afecta al aparato locomotor, aunque las molestias iniciales pueden ser tan leves que no se les conceda mayor importancia hasta que el déficit funcional y ocupacional se acrecienta a tal medida que incapacita a las personas, realizar sus actividades de la vida diaria; por lo que; la atención médica y el tratamiento adecuado de fisioterapia es de mucha importancia para, la reducción de síntomas y prevención de complicaciones.

Razones por las cuales se realizó la investigación sobre la evolución de pacientes con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso tratados con fisioterapia y las técnicas de Kabat, entre las edades de 20 a 70 años en ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito, departamento de San Miguel. Período de julio a septiembre de 2006.

Dicho informe final contiene los siguientes capítulos, los cuales se describen a continuación:

El capítulo I contiene el planteamiento del problema, el cual está constituido por los antecedentes del problema, que da a conocer la situación de éste a nivel internacional, nacional y local; enunciado del problema, en el cual se plantea el fenómeno por medio de una interrogante y los objetivos generales y específicos propuestos como base para la realización de la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el Marco Teórico, en el cual se plantea la base teórica que fundamenta el problema investigado y la definición de términos básicos que sirven para una mayor comprensión del lector.

El Capítulo III incluye el Sistema de Hipótesis, en la cual se detalla; la hipótesis general; las hipótesis específicas; así como las definiciones conceptuales, dimensiones e indicadores de las variables.

En el Capítulo IV; se explica la Metodología de la Investigación que enmarca el tipo de investigación, la población, la muestra, las técnicas de obtención de información e instrumentos y procedimientos para el desarrollo de ésta.

El Capítulo V; contiene la presentación de los Resultados en el cual se expone la tabulación, análisis e interpretación de los datos y la prueba de hipótesis.

En el Capítulo VI; se presenta las conclusiones a las que el grupo llegó de acuerdo a los resultados obtenidos, así mismo se agregan las recomendaciones que pueden contribuir a nuevas investigaciones.

Por último se presenta la bibliografía consultada para la recopilación de información y los anexos para facilitar la interpretación del contenido, los cuales están constituidos por el cronograma de actividades generales y específicas, Músculos de la articulación de Hombro; Luxación de Clavícula; Tendinitis del Manguito de los Rotadores; Tendinitis Calcificante; Aplicación de Modalidades de Fisioterapia; Aplicación de Técnicas de Kabat. Estabilización Rítmica; Aplicación de Técnicas de Kabat. Contracción y Relajación. Aplicación de Técnicas de Kabat. Inversión Lenta y Sostén; Guía de Evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso; Guía de Entrevista dirigidas a pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Desde la antigüedad al ser humano lo han acompañado una serie de enfermedades, entre las cuales se encuentran aquellas que afectan las articulaciones. Existen estudios de la cultura egipcia, restos anglosajones, momias peruanas y análisis de figuras de barro que muestran evidencia de estos padecimientos.

Aproximadamente existen 150 tipos de enfermedades articulares, de estas el 20% son destructivas y un 10-20% limitan la actividad física y pueden afectar una, varias o todas las articulaciones, frecuentemente al hombro debido a su amplia gama de movimientos y a múltiples factores que producen lesiones a las estructuras que lo conforman. Aunque este síndrome no es causa de mortalidad, sino es tratada de manera oportuna y adecuada existe el riesgo de limitar al individuo en el desarrollo de las actividades sean estas cotidianas, sociales y laborales.

En el país persisten los padecimientos infecciosos, metabólicos y los propios del envejecimiento como son los degenerativos; los problemas en las articulaciones se han convertido en un motivo frecuente de consulta médica siendo su incidencia de 4-7% de la población.

Debido a la necesidad de atención para tratar ésta afectación y otras discapacidades han sido creadas áreas de fisioterapia para mayor accesibilidad de la población afectada en centros hospitalarios y unidades de salud, incluyendo los centros objetos de estudio como el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe del departamento de San Miguel, fundado en 1988 como centro de salud y obteniendo la categoría de Hospital en 1997, brindando servicios en las cuatro áreas básicas de la medicina; cirugía, medicina interna, obstetricia y pediatría. Siendo así inaugurado el mismo año (1988) el departamento de fisioterapia en el sector I general del centro de salud, en 1991 por razones de espacio fue reubicado en el sector IV donde funciona actualmente prestando servicios de rehabilitación a diversas patologías.

De igual manera fue fundada en el año de 1971 la Unidad de Salud El Tránsito, ofreciendo servicios básicos de salud, iniciando la atención de fisioterapia a partir del 3 de enero de 2000 con personal en servicio social de la Universidad de El Salvador, y posteriormente se gestionó la construcción de esta área, siendo inaugurada el 12 de mayo de 2005.

Atendiendo en ambos centros a niños, jóvenes, adultos y ancianos con diversos diagnósticos y entre éstos, pacientes con síndrome de hombro doloroso que durante los últimos cinco años se han reportado los siguientes casos.

Año \ Lugar	Nº de pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe. Periodo de Julio a Septiembre	Nº de pacientes atendidos en Unidad de Salud El Transito. Periodo de Julio a Septiembre
2001	10	2
2002	10	0
2003	16	2
2004	17	4
2005	17	5

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De lo antes descrito el equipo investigador enuncia el problema a través de la siguiente interrogante.

¿Cómo influye el tratamiento de fisioterapia y las técnicas de kabat en la evolución de pacientes con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito, departamento de San Miguel?

A la vez el grupo trata de darle respuesta a los siguientes enunciados:

¿Reduce la fisioterapia los signos y síntomas que presentan los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso?

¿Aumentan las técnicas de Kabat, los arcos de movimiento y la fuerza muscular de la articulación afectada?

¿Mejora la funcionabilidad en la realización de las Actividades de la Vida Diaria de los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso a través de la aplicación de fisioterapia y las técnicas de Kabat?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 OBJETIVOS GENERALES

Aplicar el tratamiento de fisioterapia y las técnicas de kabat a pacientes con diagnóstico síndrome de hombro doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito, departamento de San Miguel. Período de julio a septiembre de 2006.

Determinar la efectividad de ambos tratamientos en dichos pacientes.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Definir en qué consiste el síndrome de hombro doloroso.

Conocer las diferentes causas del síndrome de hombro doloroso en la población objeto de estudio.

Describir los signos y síntomas que presentan los pacientes en investigación con éste síndrome.

Identificar en qué edad y sexo se presenta con mayor frecuencia el síndrome de hombro doloroso en la población en investigación.

Describir el tratamiento fisioterapéutico que se aplicará a los pacientes con éste síndrome.

Describir tratamiento con las técnicas de kabat que se aplicarán a los pacientes con síndrome de hombro doloroso.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

Para comprender los efectos físicos y funcionales de ésta afección se requiere un conocimiento básico de anatomía de hombro.

A continuación se presenta de manera general la anatomía de las estructuras que conforman el hombro.

2.1 ANATOMÍA DEL HOMBRO

Los miembros superiores se articulan al tronco y presenta cuatro segmentos: cintura escapular, brazo, antebrazo y mano.

La articulación de hombro es el segmento proximal del miembro superior; se extiende desde la base del cuello hasta el borde inferior del pectoral mayor. Se divide en tres regiones: Anterior o axilar; Media o Deltoidea; Posterior o escapular.

La articulación de hombro está formado por la cintura escapular (escápula, clavícula) y húmero. (Ver Anexo N° 3 Figura a)

ESCÁPULA

Es el hueso plano, grande y triangular que se une al esternón por medio de la clavícula y se articula con el húmero. Se ubica en la región posterior del hombro, amoldándose, por delante, a la cara externa de los arcos costales segundos a séptimo.

En ella se diferencian:

Dos caras; Anterior y Posterior

Tres bordes: Espinal (interno), Cervical (Superior), Axilar (Externo).

Dos extremos; Superior, Externo e Interno.

CLAVÍCULA

Es el hueso largo de la cintura escapular tiene una forma de “S” itálica y se articula por dentro; con el mango del esternón y por fuera con el acromion de la escápula; uniendo así los miembro superiores con el tronco. En ella se diferencian:

Dos caras; Superior e Inferior

Dos bordes; Anterior y Posterior

Dos extremos; Externo o Acromial e Interno o ETERNAL.

HÚMERO.

“Es el hueso del brazo y el hombro se articula con la escápula en el hombro y con el cubito y el radio en el codo. Consta de una diáfisis y dos epífisis; proximal y distal.”¹

¹ Anatomía de Gardner. Pág. 81

HOMBRO.

El hombro es un complejo articular cuya pieza ósea central es la escápula, ya que gracias a sus movimientos de ascenso y descenso de su ángulo externo le permite al miembro superior una gran amplitud de movimiento. (Ver Anexo N° 3 Figura b)

Las articulaciones de hombro pueden dividirse en dos grupos:

Articulaciones que unen los huesos de la cintura escapular entre sí, estas son:

Articulación Acromionclavicular

Articulación Esternocostoclavicular

Articulación Escapulotorácica

Articulación Escapulohumeral

ARTICULACIÓN ACROMIO CLAVICULAR:

Es una pequeña artrodia cuyas superficies articulares son: extremo externo o acromial de la clavícula y el acromion de la escápula. Mantienen su contacto por medio de una delgada capsula articular adherida a los bordes de ambas superficies y dos pequeños ligamentos periféricos: ligamento acromioclavicular superior y ligamento acromioclavicular inferior.

Como todas las artrodias los únicos movimientos que realizan son de deslizamiento, permitiendo a las escápulas desplazarse sobre la pared costal y así subir o bajar la cavidad glenoidea con la cual elevamos o descendemos el hombro.

ARTICULACIÓN ESTERNO CLAVICULAR:

Es un doble encaje recíproco, que une el extremo interno de la clavícula al tronco, siendo uno de los ejes de movimiento de la cintura escapular.

Las superficies articulares son mantenidas en su posición por medio de una cápsula articular, adherida firmemente a los bordes y reforzada por cuatro ligamentos pasivos, según su posición son: Ligamento Anterior; Posterior; Inferior y Superior.

ARTICULACIÓN ESCAPULO TORAXICA:

Pertenece al grupo de la sisarcosis que son pequeñas articulaciones cuyas superficies articulares están formadas por músculos. Las superficies articulares por el lado de la escápula es el músculo subescapular y por lado de la pared torácico el músculo serrato mayor.

ARTICULACIÓN ESCAPULOHUMERAL:

Es una enartrosis que une el brazo, al hombro las superficies articulares son: por parte del húmero, la cabeza humeral, que forma parte de la epífisis superior del húmero.

Por parte de la escápula, la cavidad glenoidea, ubicada en el ángulo externo de la misma.

(Ver Anexo N° 4)

Los medios de unión de esta articulación son:

Cápsula articular, a nivel de la escápula y al nivel del húmero.

Los ligamentos periféricos de acuerdo a su función que desempeñan en el refuerzo de la cápsula articular, se diferencian en:

Ligamentos periféricos activos; que representan los tendones de alguno de los músculos que van desde la escápula al húmero: Supraespinoso, Infraespinoso, Subescapular y Redondo Menor. Los tendones distales de estos músculos se adhieren a la cápsula articular y juntamente con esta son los principales medios de sustentación de la articulación.

Ligamentos periféricos pasivos; se desprende de la cápsula articular y se distinguen en: ligamento coracohumeral; coracoglenoideo; glenohumeral (superior, medio e inferior).

LOS MOVIMIENTOS QUE LLEVA A CABO LA ARTICULACIÓN ESCAPULOHUMERAL SON:

ADUCCION: (Aproximación del húmero al tronco) participan los músculos pectoral mayor y dorsal ancho quienes al contraerse hacen que la cabeza humeral recorra de abajo a arriba la cavidad glenoidea y la epífisis inferior del húmero es aproximada al tronco.

ABDUCCIÓN: (Separación del húmero del tronco) realizada por los músculos deltoides y supraespinoso quienes al contraerse desplazan a la cabeza humeral y su extremo inferior en sentido opuesto a la aducción.

FLEXIÓN: (Elevación del extremo inferior del húmero) es llevada a cabo por los músculos coracobraquial y bíceps, quienes al tomar como punto fijo sus inserciones proximales, desplazan hacia arriba y atrás el extremo inferior del húmero y la cabeza humeral un descenso en la cavidad glenoidea.

EXTENSIÓN: (El extremo inferior del húmero llevado hacia abajo y atrás) producida por los músculos redondo mayor y dorsal ancho, al contraerse imprime al húmero movimiento opuesto a la flexión.

ROTACIÓN INTERNA: (La cabeza humeral recorre la cavidad glenoidea de adelante hacia atrás) es realizada por los músculos subescapular, redondo menor y las fibras anteriores del deltoides, tomando como punto fijo sus inserciones proximales.

ROTACIÓN EXTERNA: (La cabeza humeral recorre la cavidad glenoidea de atrás hacia adelante) realizada por los músculos infraespinosos, supraespinoso, redondo menor y las fibras posteriores del deltoides al tomar como punto fijo sus inserciones proximales.

MÚSCULOS DE LA CINTURA ESCAPULAR:

Son aquellos que participan en los movimientos de la articulación escapulohumeral, que se dividen cuatro grupos: (Ver Anexo N° 5)

GRUPO ANTERIOR.

Pectoral Mayor: Es el músculo más superficial, ancho, multilaminar y en forma de abanico de este grupo de la piel, lo separan sus aponeurosis y el tejido mamario; forma parte con el músculo pectoral menor; la región axilar.

Las acciones de este músculo al tomar como punto fijo sus inserciones proximales actúan sobre la articulación escapulohumeral descendiendo el brazo para llevarlo a la aducción y provoca la rotación interna de la cabeza humeral. Si toma como

punto fijo su inserción humeral, actúa sobre la pared torácica elevando las costillas superiores, reforzando así la acción inspiratoria del diafragma.

Pectoral Menor: Es un músculo aplanado y se encuentra ubicado detrás del pectoral mayor, ocultando ambos el paquete vasculonervioso de la axila. Su acción tomando como punto fijo sus inserciones proximales este músculo es depresor del hombro.

Subclavio: Es el músculo más pequeño y profundo de esta región; cubierto por el músculo pectoral mayor y menor y por la aponeurosis clavipectoral.

La acción de este músculo al tener como punto fijo la primera costilla, desciende la clavícula y el hombro estabilizando la articulación esternoclavicular; y si su punto fijo es la clavícula actúa como músculo inspirador accesorio.

GRUPO POSTERIOR.

Se encuentra formado por dos planos musculares, uno superficial, que representa los músculos de la región Cervico-dorso-lumbar y el otro profundo que lo forman los músculos de la región escapular.

PLANO SUPERFICIAL:

Trapezio: Es el músculo más superficial, ancho, triangular y colocado en la parte posterior del cuello y tórax; teniendo numerosas inserciones proximales y distales.

Las acciones que desempeñan son numerosas, ya que si su punto fijo o sus inserciones proximales son elevadores y rotadores internos del hombro. Los fascículos medios e inferiores junto con los romboides actúan en la retracción y estabilización de la escápula.

Dorsal Ancho: Es un músculo ancho y triangular, situado superficialmente, excepto en su parte superior que se encuentra cubierta por el trapecio.

Las acciones de este músculo teniendo como punto fijo las inserciones proximales actúa según si el miembro superior se encuentre o no en abducción. Si el brazo se encuentra en abducción, la contracción de este músculo lo llevará a la aducción rotándolo ligeramente hacia adentro. Si el brazo se encuentra en aducción, sus fibras inferiores bajan el hombro. Además si su punto fijo es la inserción humeral intervienen en la acción de trepar, martillar y su inserción en las costillas lo vuelve un músculo accesorio de la respiración.

Romboides: Este es un músculo pequeño y delgado y se ubica por debajo de los músculos anteriores y sobre las primeras costillas y sus respectivos músculos intercostales.

Teniendo como punto fijo su inserción en la columna vertebral su acción es aproximar el ángulo inferior de la escápula a la columna provocando el descenso del hombro al bajar el ángulo externo de la escápula.

Elevador de la escápula: Se ubica en la parte posterior del cuello, es delgado y acintado. La acción de este músculo es elevar la escápula y si actúa con el trapecio, encoge los hombros; y si actúa con los romboides, estos, retraen y fijan la escápula.

PLANO PROFUNDO:

Supraespinoso: Es un músculo triangular y grueso cubierto por el trapecio y el deltoides. La acción de este músculo tomando como punto fijo su inserción escapular y juntamente con el deltoides abducen y rotan internamente el brazo.

Infraespinoso: Es un músculo triangular cubierto por el trapecio y el deltoides. La acción de este músculo tomando como punto fijo la inserción escapular, provoca la rotación externa del hombro y a su vez actúa como ligamento activo de la articulación escapulohumeral.

Redondo Menor: Este músculo es grueso y redondeado recorriendo el borde inferior del infraespinoso, formando parte del triángulo de los redondos. Su acción es provocar la rotación externa del hombro y actuar como ligamento de refuerzo activo de la articulación escapulohumeral.

Subescapular: Es un músculo grueso y triangular, sobre el que descansa el paquete vasculo nervioso axilar separado por un denso tejido adiposo y su aponeurosis.

Al tomar como punto fijo la inserción escapular, su acción es la de un potente rotador interno del brazo y ayuda a sostener la cabeza humeral en la cavidad glenoidea, por lo que actúa como ligamento activo de la articulación escapulohumeral. Estos músculos conservan la cabeza del húmero en su lugar, evitando el desplazamiento contra el acromion por acción del deltoides.

En grupo estos músculos forman lo que se conoce como El Manguito de los Rotadores, ellos se originan en la escápula y se insertan en un tendón común a nivel de húmero quienes en conjunto permiten los movimientos de rotación y elevación del brazo.

Redondo Mayor: Este músculo es redondeado, más grueso que el redondo menor; junto con el dorsal ancho, subescapular forman la parte posterior de la axila. La acción de este músculo al tener como punto fijo la inserción escapular es la de aducir el brazo; y si su punto fijo es el húmero provoca la elevación del hombro.

REGIÓN INTERNA

Serrato Mayor: Es un músculo ancho, está ubicado en la cara anterolateral del tórax formando la pared interna de la axila; debajo de ambos músculos pectorales y en contacto con el paquete vasculo nervioso axilar.

Su acción importante es la de abducir el brazo por arriba del plano horizontal, desplazando la escápula hacia delante en los actos de lanzar y empujar; y como músculo inspirador accesorio.

REGIÓN EXTERNA.

Deltoides: Este músculo es voluminoso y grueso, ubicado superficialmente a modo de casquete en la articulación escapulohumeral, dándole al hombro su característica forma redondeada. Las acciones de este músculo tomando como punto fijo las fibras claviculares provocan: la flexión y rotación interna de la cabeza humeral.

Si su punto fijo son las fibras acromiales actúa como un potente abductor del brazo en el plano de la escápula. Partiendo de las fibras escapulares provocan la rotación externa y extensión de la cabeza humeral. El deltoides además tiene una función importante como estabilizador en movimientos horizontales, como tazar una línea a través de un pizarrón, o deslizar un libro a lo largo de un estante.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO.

Como se ha visto la articulación de hombro es una de las más importantes y funcionales del cuerpo humano al permitir un sin número de movimientos y actividades provechosas en la rutina diaria, por lo tanto su afectación da lugar a una incapacidad conocida como Síndrome de Hombro Doloroso, que se define como:

“Conjunto de síntomas que imposibilitan el normal funcionamiento del hombro como consecuencia de haber realizado un esfuerzo intenso o por traumatismo directo, apareciendo una tendinitis, bursitis o tenosinovitis de uno o varios tendones (músculos supraespinoso, bíceps, deltoides etc.) también aparece en contracturas musculares severas del músculo trapecio. También se le llama: periartritis escapulo humeral.”²

INCIDENCIA.

El síndrome afecta 5 a 10% de la población en general habitualmente al sexo masculino.³

2.3 ETIOLOGÍA.

El síndrome de hombro doloroso afecta a personas de ambos sexos, sin tener en cuenta la edad, ya que puede presentarse en jóvenes debido, a esfuerzos físicos o

² www.disc@.net/diccionario/hombrodolorosoreumatología.html

³ www.apuntesdeanatomía.com

traumatismos, en adultos laboralmente activos, producto de trabajo pesado y en ancianos por signos degenerativos en las articulaciones.

Son múltiples las causas capaces de desencadenar el dolor y para su estudio se clasifican en:

ARTICULARES (menor que 5%); es decir aquellas que dañan directamente la articulación entre ésta tenemos:

Artritis Inflamatoria: Trastorno de las articulaciones caracterizado principalmente por dolor e hinchazón, sobre todo en personas de edad avanzada.

Artrosis: Forma de artritis en la que una o más articulaciones sufren cambios degenerativos, generando grandes limitaciones para la movilización.

Luxación: Dislocación o desplazamiento permanente de los extremos óseos de una articulación. (Ver Anexo N° 6)

Subluxación: Consiste en una luxación parcial de la articulación del hombro.

PERIARTICULARES. (Las más frecuentes). Aquellas afecciones que se producen en las estructuras que rodean a la articulación del hombro, entre las cuales están:

Tendinitis del manguito de los rotadores: Es una lesión degenerativa que afecta a las fibras del supraespinoso y de sus vecinos en la inserción en el húmero, debido al contacto repetitivos entre el acromion y el ligamento coracoacromial de los movimientos de flexión y abducción, sumándole traumatismos pequeños o grandes que con llevan a la afectación generalmente en personas mayores de 40 años. (Ver Anexo N° 7)

Tendinitis Calcificante: Proceso frecuente de causa desconocida en el que se calcifica parte del tendón del supraespinoso, infraespinoso o subescapular no tiene antecedentes de traumatismos y es frecuente en el sexo femenino.

Rotura del tendón del manguito de los rotadores: Se caracteriza por dolor agudo en cara antero externa del hombro con un arco doloroso entre 90° a 120° de antepulsión, generalmente se presenta en adultos de mediana edad por traumatismos.

Tendinitis bicipital: Dolor en la cara anterior del hombro, el que se puede irradiar hasta el antebrazo producido por el impacto repetido del acromion y ligamento coracoacromial sobre el tendón.

Rotura del tendón largo del bíceps: Desplazamiento característico del vientre muscular del bíceps que forma un abultamiento en el tercio anterior distal del brazo con antecedentes de un sobre esfuerzo.

Bursitis: Consiste en inflamación de la bursa subacromial es secundaria al daño del tendón del mango de los rotadores.

PATOLOGÍAS ÓSEAS. Resultado de la afectación directa en los huesos que conforman el hombro, tales como:

Traumatismos: Lesión física producida por una acción violenta sobre la articulación del hombro. Como por ejemplo; Accidentes de Transito, Herida por Arma Blanca, Caídas, Herida por Arma de Fuego, entre otros.

Osteomielitis: Infección local o general del hueso y médula ósea; que puede ser causada por bacterias introducidas por traumatismos o cirugía.

Enfermedad de Paget: Enfermedad del hueso de carácter no metabólico frecuente y de causa desconocida y se caracteriza por presentar un alto grado de destrucción ósea y una reconstrucción desorganizada del tejido.

Neoplasia (mieloma, metástasis): Crecimiento anormal de un tejido nuevo, benigno o maligno.

CAUSAS EXTRINSECAS: Son procesos originados en otra localización con dolor referido al hombro entre éstas tenemos:

Neurológicas:

Tumores de Médula Espinal; Causados por neoplasia medular que en un 50% es de localización extramedular, en un 25% intramedular y el resto extradural.

Atrapamiento de Nervios Periféricos; Neuropatías caracterizadas por lesión nerviosa con debilidad o atrofia muscular, cuya compresión repetida puede ocasionar una seria disfunción.

Origen Vascular:

Arteriosclerosis; Enfermedad arterial frecuente que se caracteriza por engrosamiento, pérdida de elasticidad y calcificación de las paredes arteriales, que condicionan a una disminución del riego sanguíneo especialmente cerebro y extremidades.

Aneurisma, Dilatación localizada de la pared de un vaso, producida generalmente por arteriosclerosis ó hipertensión.

Evento Cerebro Vascular; Trastorno de los vasos sanguíneos del cerebro caracterizado por oclusión por un émbolo o una hemorragia cerebro vascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales normalmente irrigados por los vasos lesionados.

CUADRO CLÍNICO

DOLOR; en las etapas iniciales el dolor diurno es mínimo en un plazo de semanas la intensidad puede ir en aumento. Al mover el brazo en forma activa se puede observar la aparición de dolor al abducir la extremidad en un arco de 70° a 100°. Suele ser más intenso durante la noche.

INFLAMACIÓN; se produce como respuesta defensiva a la lesión que afectan las estructuras.

ESPASMO MUSCULAR; Se localizan generalmente en el área escapular; en el brazo y a nivel del hombro debido a una contracción muscular involuntaria de comienzo brusco.

LIMITACIÓN ARTICULAR; se debe a que el paciente limita la movilidad de la articulación, disminuyendo los arcos de movimiento activo y pasivo en todos los planos.

ATROFIA; Es la disminución del tamaño muscular, producto de la falta de movimiento del miembro afecto.

CREPITACIÓN; ésta es producida por la inestabilidad que presenta la articulación.

INESTABILIDAD; ocurre cuando los huesos del hombro se mueven hacia fuera de su posición normal, produciéndose un desequilibrio al levantar el brazo.

IMPOTENCIA FUNCIONAL: En muchos casos el dolor y la limitación de la movilidad pueden hacer una persona bastante dependiente encontrando dificultad para vestirse, desvestirse, peinarse, asearse, beber agua, además impedir la actividad laboral o deportiva con el brazo afectado.

DIAGNOSTICO

Historia Clínica; en esta el médico debe preguntar como y cuando comenzó el dolor, si habla previamente antecedentes de enfermedades causantes del problema en el hombro. Se determina si existen actividades o posiciones del brazo que aumenten o disminuyan el cuadro doloroso.

Exploración Física; es importante realizarla con el paciente semidesnudo en bipedestación o sentado en tres pasos:

- **Inspección;** se observa si hay simetría en hombro, postura antálgica, atrofia muscular, equimosis, deformidades.

- **Palpación;** se realiza con el paciente en una silla con los codos o antebrazos apoyados en los muslos, se palpa la cabeza humeral, la clavícula, el acromion, la articulación acromioclavicular, la articulación esternoclavicular y los músculos en busca del dolor, inflamación, crepitación.

- **Movilidad pasiva, activa y resistida,** debe ser sistemática y que el paciente se encuentre relajado. Se debe observar el arco de movilidad y en que dirección se mueve el brazo sin dolor y si existe limitación articular.

PRUEBA COMPLEMENTARIAS:

- **Radiografía:** Es esencial ya que permite hacerse una idea exacta del estado de huesos y articulaciones.

- **Artrografía:** Es una técnica quirúrgica en la que es capaz de explorar la articulación con ayuda de una cámara a través de una incisión mínima.

- **Tomografía Axial Computarizada:** Proporciona una visión detallada de la articulación pero no tiene capacidad para evaluar concretamente las lesiones músculo tendinosas.

- **Electromiografía:** Indica la posible existencia de una lesión neurológica orientando la procedencia del dolor.

- **La ecografía y Resonancia Nuclear Magnética:** Actualmente son procedimientos de gran valor para el ortopeda ya que proporciona con mucha precisión imágenes de las partes blandas.

PRONOSTICO

El tiempo de evolución se observa en semanas con un tratamiento adecuado y no es infrecuente su repetición a lo largo de la vida.

COMPLICACIONES

Hombro Congelado: Corresponde a una fibrosis y retracción de la cápsula articular que puede ocurrir asociada a la patología o como consecuencia de un traumatismo. Se caracteriza por la presencia de dolor permanente, difuso, severo en la región del hombro, limitación en el rango de movimientos activos y pasivos en todos los planos. (Hombro rígido).

Distrofia Refleja: Estado anormal del cuerpo debido a nutrición defectuosa o crecimiento anormal de un órgano o parte del cuerpo.

2.4 TRATAMIENTO MÉDICO Y FISIOTERAPEUTICO

El abordaje médico puede ser conservador y quirúrgico. El conservador consiste en un reposo de la articulación cabestrillo durante la fase aguda y la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y en unos casos se requiere de infiltraciones locales de corticoides y anestésicos dentro de la articulación; generalmente de 2 a 3 infiltraciones con intervalo de 1 a 2 semanas entre cada una.

El tratamiento quirúrgico se considera en aquellos pacientes con luxaciones recidivantes, lesiones de manguito rotador y con artrosis subacromial mediante artroscopia o incisión abierta, para ampliar el túnel subacromial o reconstruir tendones afectados evitando roces de las estructuras.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

El fisioterapéutico dispone de numerosas modalidades y técnicas que son útiles para el manejo de pacientes con este síndrome.

Para esta investigación se pretende utilizar las siguientes modalidades:

COMPRESAS FRÍAS:

“Conocidas como cold-packs son bolsas comerciales con un gel de sílice que almacena y retiene el frío mejor que el agua. Hay diversos tamaños y formas para una adaptación mejor a las regiones corporales.”⁴

Se preparan introduciéndoles en un congelador, la primera vez necesitan 24 horas para enfriarse y posteriormente bastan 30 minutos para utilizarse. Se aplican envueltas en toallas mojadas con agua para mejorar la conductividad del frío.

La duración del tratamiento es de 10 a 15 minutos según la zona y grado de enfriamiento a alcanzar. En el tratamiento de paciente con síndrome de hombro doloroso son muy eficaces para aliviar dolor y espasmos musculares, disminuyendo la inflamación, se combina eficazmente con la reeducación muscular cuando se utiliza técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas. (Ver Anexo N° 8 Figura a)

COMPRESAS HÚMEDAS CALIENTES

“Son bolsas húmedas de lona que contienen un gel hidrolífico que retiene el agua caliente. Se preparan introduciéndolas en un tanque con agua caliente, controlada mediante un termostato entre 75 – 80 °C. Como las bolsas almacenadas a temperatura ambiente tardan hasta dos horas en calentarse y 30 minutos en recalentarse pueden dejar

⁴ Analgesia por Medios Físicos. Pág. 75

permanentemente en el tanque. Se aplican una vez escurrido el exceso de agua superficial para que actúe solo el vapor.”⁵

En el tratamiento para estos pacientes son muy eficaces para favorecen al aumento de la irrigación sanguínea, disminuyendo el dolor y logrando mayor movilidad del hombro afecto en sus diferentes rangos de movimiento. (Ver Anexo N° 8 Figura b)

TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea)

“Son generadores sencillos, pequeños con batería, con unos o dos canales, fácilmente manejables”⁶. Esta modalidad es muy utilizada para el tratamiento de casos agudos, ya que se tolera mejor y proporcionan analgesia más rápido con la aplicación de los electrodos activos sobre el punto de dolor, en su proximidad, sobre el nervio correspondiente con una intensidad guiada por la percepción y nivel de sensación del paciente. (Ver Anexo N° 8 Figura c)

MASAJE

Es el término empleado para “manipulaciones en los tejidos corporales”. Las técnicas a emplear en estos pacientes son el Effleurage del brazo, Petrissage de la parte superior y Movilización de la cintura escapular proporcionando relajación de los

⁵ Ibidem. Pág. 99

⁶ Ibidem Pág. 238

músculos que se encuentra tensos y contraídos (trapecio, romboides, deltoides, supraespinoso y dorsal ancho) aumento de la circulación y analgesia. (Ver Anexo N° 8 Figura d)

2.5 TÉCNICAS DE KABAT

Las técnicas de Kabat de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva, son métodos que consisten en establecer demandas específicas con la finalidad de obtener la respuesta que se desea.

Por definición; facilitación significa:

Promover o acelerar cualquier proceso natural, o sea lo contrario a inhibir.

Específicamente, es el efecto que produce en el tejido nervioso el paso de un impulso; la resistencia del nervio disminuye, de modo que una segunda aplicación del estímulo suscita, la reacción con mayor facilidad.

Propioceptivo, significa “recibir estimulación dentro de los tejidos del cuerpo”.

Neuromuscular (neuromial), es todo lo “pertinente a los nervios y músculos”. Por lo tanto, las técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva pueden definirse como métodos destinados a promover o acelerar la respuesta del mecanismo neuromuscular, por medio de la estimulación de los propioceptores.

Los patrones de movimiento para cada una de las principales partes del cuerpo humano (cabeza y cuello, escápula, miembros superiores e inferiores, tronco superior e inferior). Se divide en dos diagonales ó patrones antagónicos entre sí. Los procedimientos básicos para la ejecución de estos patrones son:

Contacto Manual: Significa la forma que usamos nuestras manos para facilitar el movimiento colocando en tal forma que la resistencia y estímulo sea el adecuado.

Comando Verbal: La comunicación con el paciente depende de los estímulos sensoriales cuando contactamos la piel del paciente, se modificarán según la edad del sujeto y según su capacidad para colaborar.

Tracción y Aproximación: “Estas se emplean para estimular a los centros propioceptivos que inervan a las estructuras articulares mismas. Por lo tanto la separación de las superficies articulares (Tracción) y la compresión de las superficies articulares (Aproximación) son valiosos en la estimulación”.⁷

Resistencia Máxima: El movimiento que se ejecuta venciendo una resistencia de suficiente magnitud como para exigir un esfuerzo máximo, se gradúa según las habilidades y necesidad del paciente.

⁷ KNOTT. Margaret y Voss, Dorothy E. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Pág. 166

Sincronismo Normal: Es la secuencia de contracciones musculares que ocurre en toda la actividad motora, desde distal hacia proximal, lo que da como resultado un movimiento coordinado.

Estos pasan a formar parte del tratamiento de todos los pacientes, en la medida que su estado médico permita su aplicación.

Más allá de los procedimientos básicos hay una serie de técnicas específicas que en su mayoría depende de la colaboración y esfuerzo voluntario del paciente; las cuales están agrupadas de la siguiente forma:

Dirigidas al Agonista; son utilizadas en los casos que los problemas principales son la debilidad y la incoordinación, como producto de la afección directa al Sistema Nervioso Central.

Inversión de Antagonista; se relacionan con las respuestas normales y la buena ejecución indica que, la función es normal. La característica que se utiliza el antagonista para facilitar al agonista. El objetivo de éstas técnicas es aumentar la fuerza.

Relajación; son empleadas cuando se demanda ó se posibilite la ampliación del recorrido de movimiento de un patrón por lo que se tendrá que obtener la relajación de

su patrón antagonista. Sustituyendo al estiramiento pasivo. El objetivo es ampliar arcos articulares.

Tomando en cuenta la afección del síndrome, han sido seleccionadas las siguientes técnicas:

Inversión de Antagonista

Estabilización Rítmica; que consiste en contracciones isométricas simultáneas de los antagonistas, que se utilizará en aquellos pacientes que presenten dolor intenso, ya que es difícil realizar un movimiento activo, cuando haya una remisión de éste se empleará las técnicas de relajación. (Ver Anexo N° 9)

Técnicas de Relajación

Contracción y Relajación; en los pacientes que presentan considerable limitación del recorrido del movimiento y que no disponen de ningún movimiento activo en el patrón agonista, se obtiene cierta relajación del patrón antagonista y ante el empleo de la contracción y relajación.

Ésta técnica comprende un movimiento pasivo del patrón agonista, hasta el punto donde hay limitación de movimiento de aquí se inicia contra resistencia máxima, el patrón antagonista dando énfasis en los componentes rotatorios repetimos la operación

por unas dos veces y luego preparamos al paciente para una contracción máxima, y cerca del límite del movimiento le pedimos que sostenga hacemos contracción isométrica agonista por unos seis segundos y luego continuamos hasta terminar el patrón con contracciones isotónicas repetidas más cortas y el comando empuje, empuje. (Ver Anexo N° 10 Figura a, b, c y d)

Luego de aplicar éstas técnicas y disminuido el dolor, aumentando el arco articular, el objetivo a seguir es aumentar la fuerza de los miembros afectados.

Inversión de Antagonistas

Inversión Lenta y Sostén; consiste en una contracción isotónica y después una isométrica del patrón antagonista seguida de una isotónica y después de isométrica del patrón agonista. (Ver Anexo N° 11 Figura a, b, c y d)

2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Agonista: Músculo cuya contracción se opone a la de otro músculo (antagonista).

Aponeurosis: Fuerte membrana de tejido, conjunto fibroso que actúa como un tendón fijando los músculos al esqueleto o como una fascia, uniendo distintos músculos entre sí.

Artroscopia: Examen del interior de una articulación que se realiza introduciendo un endoscopio especialmente diseñado, a través de una pequeña incisión.

Bursa subacromial: Bolsa serosa alrededor de la articulación de hombro para evitar el roce y facilitar el deslizamiento entre el tendón y hueso, piel y hueso y entre músculos.

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

Deformidad: Estado de distorsión, desfiguración o malformación que puede afectar al cuerpo en general o alguna de sus partes y que se debe a una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Equimosis: Cambio de color de un área cutánea o mucosa, debida a extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo por traumatismo o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

Espasmo Muscular: Contracción muscular involuntaria de comienzo brusco.

Inserción: Lugar de implantación, de un músculo en un hueso.

Síndrome: Complejo de Signos y Síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.

CAPÍTULO III
SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.

Hi: El tratamiento de Fisioterapia y las Técnicas de Kabat favorece la evolución de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito.

HIPÓTESIS NULA.

Ho: El tratamiento de Fisioterapia y las Técnicas de Kabat no favorece la evolución de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito.

3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

H₁: El tratamiento de Fisioterapia reduce los signos y síntomas que presentan los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

H₀: El tratamiento de Fisioterapia no reduce los signos y síntomas que presentan los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

H₂: Las Técnicas de Kabat aumentan el arco de movimiento y la fuerza muscular del miembro superior afecto.

H₀ : Las Técnicas de Kabat no aumentan el arco de movimiento; ni la fuerza muscular del miembro superior afecto.

H₃: La Fisioterapia y las Técnicas de Kabat mejoran la funcionabilidad del paciente Con Síndrome de Hombro Doloroso para la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

H₀: La Fisioterapia y las Técnicas de Kabat no mejoran la funcionabilidad del paciente Con Síndrome de Hombro Doloroso para la realización de las Actividades de la Vida Diaria.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Hipótesis General	VARIABLES	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
El tratamiento de fisioterapia con técnicas de Kabat favorecen la evolución de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Hombro Doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito	V ₁ Tratamiento de Fisioterapia	Es una rama de la Medicina que se encarga de atender las diferentes alteraciones del aparato osteomioarticular a través de agentes físicos.	Modalidades	-Compresas Frías; -Compresas Calientes; -TENS; -Masaje;
	V ₂ Técnicas de Kabat	Métodos que consisten en establecer demandas específicas con la finalidad de obtener la respuesta que se desea.	Técnica de Inversión Antagonista. Técnica de Relajación	-Estabilización Rítmica -Inversión Lenta y Sostén -Contracción y Relajación.

Hipótesis General	VARIABLES	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
	<p>V₃ Favorece la evolución</p>	<p>Ayuda al progreso de un mal estado físico a un estado físico funcional y adecuado.</p>	<p>Actividades de la Vida Diaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Actividades de Higiene -Actividades de Vestuario -Actividades de Alimentación -Actividades Laborales
	<p>V₄ Pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso</p>	<p>Conjunto de síntomas que imposibilitan el normal funcionamiento del hombro como consecuencia de haber realizado un esfuerzo intenso o por traumatismo directo</p>	<p>Rango de Movimiento Articular</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica; -Exploración Física; -Flexión; -Extensión; -Abducción; -Aducción; -Rotación Externa; -Rotación Interna.

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio fue de tipo **prospectivo** porque a través de la evaluación se registró información sobre la evolución que presentaron los pacientes con síndrome de hombro doloroso tratados con fisioterapia y las técnicas de kabat que asisten al Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito.

A demás de tipo **transversal**, ya que se estudió las variables; Evolución de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso tratados con Fisioterapia y las Técnicas de Kabat durante el período de julio a septiembre de 2006. Al mismo tiempo fue de **campo** porque se estudiaron dichos pacientes que asistieron al Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito.

4.2 POBLACIÓN

Todos los pacientes que asistieron al Área de Fisioterapia del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito, período de julio a septiembre de 2006. Con base al reporte de pacientes en los últimos cinco años se esperaba para el período de la investigación una población aproximada de 20 pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

4.3 MUESTRA

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

- Pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.
- Entre las edades de 20 a 70 años
- De ambos sexos.

Además se tomaron los siguientes criterios de exclusión: Enfermedad de Paget, Neoplasias, Osteomielitis y por causas extrínsecas.

El número de la muestra para la investigación fue de 7 pacientes.

4.4 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas utilizadas en la investigación fueron: Documental y de Campo.

En la técnica documental se utilizó: La documental bibliográfica ya que se obtuvo información procesada de libros y diccionarios especializados. También la documental escrita revisando archivos administrativos e históricos del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y la Unidad de Salud El Tránsito y páginas de Internet.

En las técnicas de Campo se empleó la observación, a través de una guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso y la entrevista dirigida a la población en estudio.

4.5 INSTRUMENTOS

Los instrumentos utilizados en la documental bibliográfica están: las fichas bibliográficas; y la documental escrita las fichas archivológicas.

Dentro de los instrumentos de campo están: Una Guía de Evaluación Física antes y después del tratamiento de fisioterapia y las técnicas de kabat para evaluar la evolución que presentaron los pacientes con el tratamiento recibido. (Ver Anexo N° 12) y Una Guía de Entrevista, que se proporcionó a los pacientes con el objetivo de conocer el estado funcional; posterior al período de tratamiento. (Ver Anexo N° 13)

También se utilizaron los recursos humanos y materiales tales como: Canapé, Compresas Frías, Compresas Calientes, TENS y una Cámara fotográfica.

4.6 PROCEDIMIENTO

El trabajo de investigación se desarrolló en dos momentos:

Primer momento; comprendió la preparación teórica sobre la elaboración de protocolo de investigación, posteriormente la selección del tema para proceder a la obtención de información bibliográfica, seguidamente se realizó la entrega de borradores para su revisión y asesoría con el docente director.

A la vez se solicitó los respectivos permisos para realizar la investigación en el área de Fisioterapia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe y la Unidad de Salud de El Tránsito, así mismo se planificó con los responsables de los centros ya mencionados de las actividades a realizar durante el periodo de ejecución del protocolo.

En un segundo momento se ejecutó la investigación en el periodo de julio a septiembre de 2,006, iniciando con información a los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

También se dio a conocer el horario en el que se atendieron a los pacientes, el cual fue de 7:00 a.m. A 3:00 p.m., seguidamente se citó a los pacientes los días lunes, miércoles y viernes, realizando la evaluación inicial para luego proceder a la aplicación del tratamiento tanto de Fisioterapia; haciendo uso de compresas frías, compresas calientes, tens, masaje como de Técnicas de Kabat; en sesiones de cuarenta minutos; el grupo investigador se reunía los sábados para la revisión de datos obtenidos en ese momento; se evaluó al inicio del tratamiento a cada paciente; además se llevó acabo la toma de fotografía y vídeo del tratamiento aplicado en los establecimientos objeto de estudio y se concluyó con una evaluación para conocer la evolución final de los pacientes.

Seguidamente se prosiguió a la recopilación completa y tabulación de los datos obtenidos para analizarlos e interpretarlos y así elaborar con base a la información las conclusiones y recomendaciones a las que llegó el grupo investigador.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación de campo, realizada en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El tránsito.

Los resultados obtenidos a través de los instrumentos administrados a la muestra de estudio, la cual estuvo constituida por siete pacientes entre hombres y mujeres que oscilan entre 20 a 70 años de edad; asistieron al área de fisioterapia de dichos Centros y que fueron sometidos a un proceso de organización, análisis e interpretación de los mismos.

También se le dio importancia a la información proporcionada por las entrevistas realizadas a los pacientes con el propósito de conocer el estado funcional que presentaron después del tratamiento; así como la evaluación realizada a cada uno de los sujetos que conformaron la muestra de cómo estos se encontraban antes y después del tratamiento con fisioterapia y las técnicas de kabat y la realización de sus actividades de la vida diaria.

Obteniendo en primer lugar los datos de la población por edad y sexo presentados en el cuadro N° 1.

Seguidamente se tabularon los datos de la población según ocupación que se encuentran en el cuadro N° 2.

En el cuadro N° 3 se presentan las causas más frecuentes que se encontraron en los pacientes y que fueron tomadas de la guía de evaluación.

Luego en el cuadro N° 4 se da a conocer los signos y síntomas que presentaron los pacientes al inicio y al final del periodo de ejecución.

Así mismo se presentan los datos del test articular inicial y final en el cuadro N° 5, que muestra el aumento de los arcos articulares del miembro superior.

El cuadro N° 6 se refleja la evaluación inicial y final del test muscular, que consiste en la fuerza que ganaron los miembros superiores.

En 7° lugar se mencionan las actividades de higiene que revelan la dificultad de realizarlas al inicio y su posterior mejoría.

El cuadro N° 8 muestra el avance que se obtuvo en las actividades de vestuario.

En el 9° cuadro se observa la mejoría que se obtuvo en la realización de las actividades laborales por parte de la población femenina.

Posteriormente las actividades laborales masculinas en el cuadro N° 10.

Respecto a la guía de entrevista en el cuadro N° 11 se da a conocer los datos sobre la mejoría que cada paciente presento.

Para terminar se presentan el número de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Hombro Doloroso atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito en el periodo de julio a septiembre de 2006 que fueron sometidos a tratamientos de Fisioterapia y las técnicas de kabat. Logrando con ello una mejoría en la evolución física y funcional del paciente.

A la vez se menciona que para la obtención de los datos estadísticos fue necesario el uso de la formula siguiente.

Donde:

$$F = \text{fr.} / N \times 100$$

F= Frecuencia absoluta

fr.= Frecuencia relativa o porcentual.

N= Total de datos.

**5.1 TABULACIÓN ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS
RESULTADOS.**

**CUADRO N° 1
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.**

EDAD.	MASCULINO.	%	FEMENINO.	%
20-32	1	14.28	-	-
33-45	-	-	1	14.28
46-58	-	-	1	14.28
59-70	1	14.28	3	42.86
TOTAL.	2	28.56	5	71.42

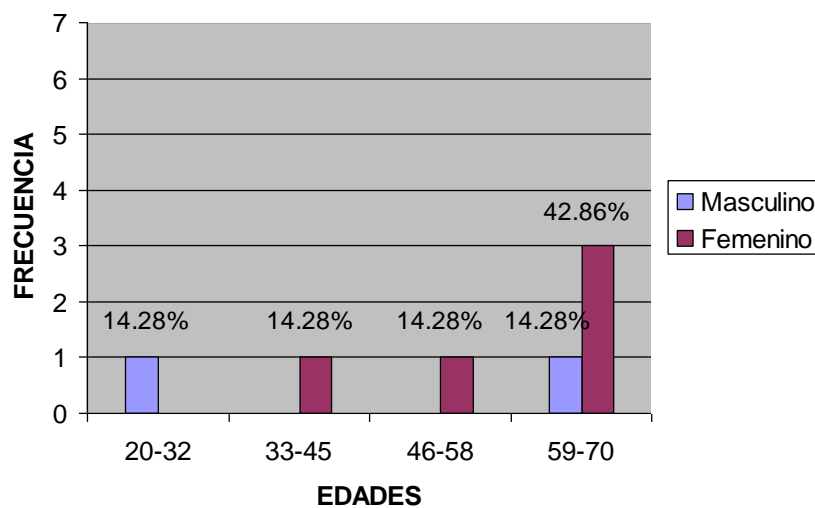
Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Análisis: en el presente cuadro se observa que el sexo femenino entre las edades de 59 a 70 años obtienen el mayor porcentaje con un 42.86%, luego las de 33 a 45 y 46 a 58 años con un 14.28% cada una y el sexo masculino de 20 a 32 años y de 59 a 70 años tienen un porcentaje de 14.28% respectivamente.

Interpretación: De acuerdo a los datos de mayor índice de Síndrome de Hombro Doloroso se da en el sexo femenino de 59 a 70 años de edad debido a; que en esta edad;

la mujer entra en un desgaste óseo, por las alteraciones hormonales durante la menopausia y por las diferentes Actividades de la Vida Diaria que realiza.

GRÁFICO DE BARRA N° 1
POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2
DATOS DE LA POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

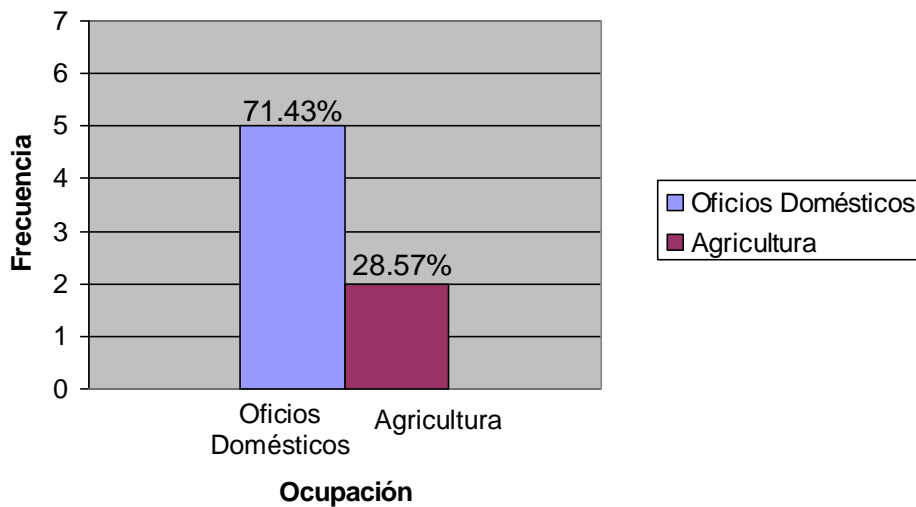
OCUPACIÓN	F	%
OFICIOS DOMÉSTICOS	5	71.43
AGRICULTOR	2	28.57
TOTAL	7	100

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Análisis: Según los datos obtenidos de la evaluación hecha a los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso el 71.43% realizan Oficios Domésticos y 28.57% trabajan en Agricultura.

Interpretación: Los datos muestran que la población más afectada son las mujeres debido al tipo de actividad que realizan sumando a esto las condiciones físicas y el estado osteoarticular que presentan.

GRÁFICO DE BARRA N° 2
POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

DATOS DE LA POBLACIÓN SEGÚN CAUSA DEL DIAGNOSTICO.

CAUSAS	F	%
ARTROSIS	2	28.57
TRAUMATISMOS	3	42.86
SOBREENFUERZO FÍSICO	2	28.57
TOTAL	7	100

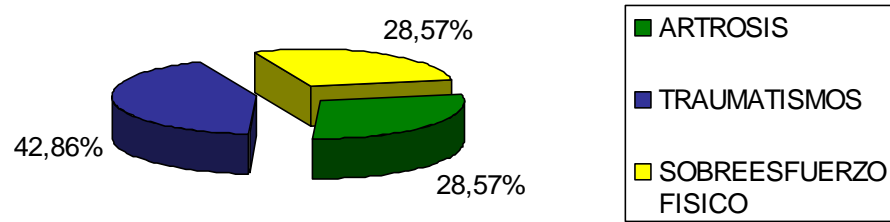
Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Análisis: En la tabla anterior se denota que los Traumatismos representan el 42.86%; la Artrosis y los Sobreesfuerzos Físicos el 28.57% cada uno, de las causas que originan el Síndrome de Hombro Doloroso.

Interpretación: Se observa que el mayor índice de Síndrome de Hombro Doloroso se debe en un mayor porcentaje a Traumatismos directos en el hombro como Herida por Arma Blanca, Accidente de Tránsito; por desgaste articular en el caso de la Artrosis y por carga excesiva de peso en los sobreesfuerzos físicos.

GRÁFICO DE PASTEL N° 3

POBLACIÓN SEGÚN CAUSA DEL DIAGNOSTICO



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO N° 4

**DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE
LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.**

Parámetros Signos, Síntomas	Evaluación Inicial				Evaluación Final.			
	Presenta	%	No presenta	%	Presenta	%	No presenta	%
Dolor	7	100	-	-	4	57.14	3	42.86
Inflamación	4	57.14	3	42.86	-	-	7	100
Espasmo Muscular	4	57.14	3	42.86	-	-	7	100

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Análisis: Los datos demuestran que en la Evaluación Inicial de signos y síntomas el Dolor se presentó en un 100%; la Inflamación y Espasmos Musculares 57.14%, y la ausencia de ellos en 42.86% cada uno.

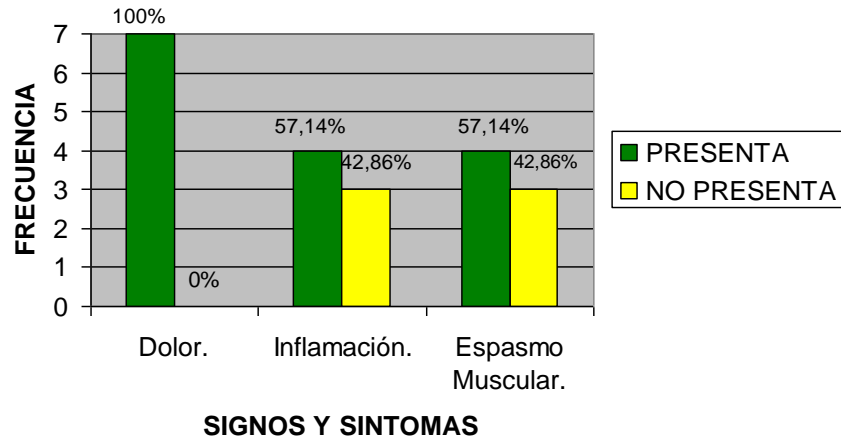
Evaluación Final, la Inflamación y Espasmos Musculares no se presentó en un 100%, mientras que el Dolor se presentó en 57.14% y el 42.86% no lo presentó.

Interpretación: En la Evaluación Inicial el Dolor fue el síntoma más sobresaliente, seguido de la Inflamación y el Espasmo Muscular.

Evaluación Final se observa que las modalidades de tratamiento aplicado como Compresas Frías; Compresas Calientes; Tens; Masaje proporcionaron una disminución en los signos y síntomas presentados por los pacientes.

GRÁFICO DE BARRA N° 4

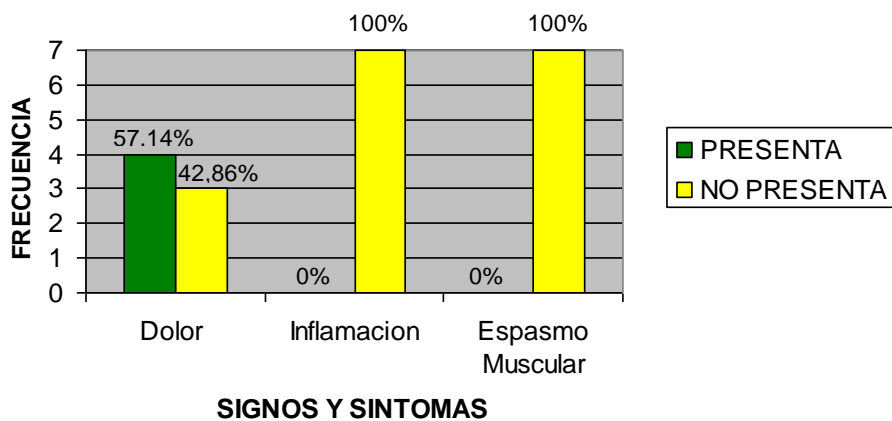
EVALUACIÓN INICIAL.



Fuente: Cuadro N° 4

GRÁFICO DE BARRA N° 5

EVALUACIÓN FINAL



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

**DATOS DEL TEST ARTICULAR EN EVALUACION INICIAL Y FINAL DEL
MIEMBRO SUPERIOR**

Parámetros	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	I	%	L	%	C	%	I	%	L	%	C	%
Movilidad Articular												
Flexión	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	6	85.71	1	14.29
Extensión	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	6	85.71	1	14.29
Rotación Externa	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	6	85.71	1	14.29
Rotación Interna	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	6	85.71	1	14.29
Abducción	4	57.14	3	42.86	-	-	-	-	7	100	-	-
Aducción	4	57.14	3	42.86	-	-	-	-	7	100	-	-

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Parámetros: I= Incompleto (0°-70°); L= Limitado (70°-120°); C= Completo (120°-180°).

Análisis: Los resultados obtenidos en la Evaluación Inicial muestran que los movimientos de Flexión y Rotación Externa cada una representa el 57.14% Limitado y el 42.86% Incompleto; Extensión 57.14% Limitado, 28.57% Incompleto y 14.29% Completo; Rotación Interna, Abducción y Aducción cada una con 57.14% Incompleto, 42.86% Limitado.

Evaluación Final: Con un 100% se observa a los movimientos de Abducción, Aducción Limitados; Flexión, Rotación Externa y Rotación Interna, 85.71% Limitado

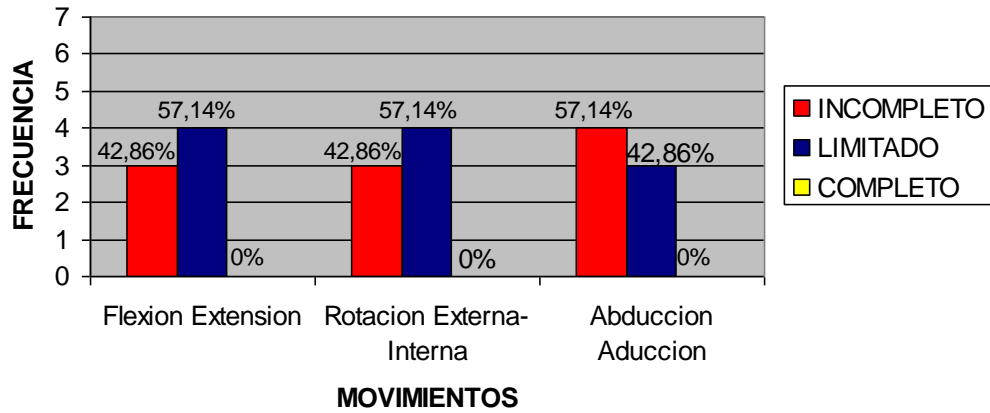
cada uno y 14.29% Completo cada uno, Extensión 71.43% Limitado y 42.86% Completo.

Interpretación: Según los datos de la Evaluación Inicial los arcos articulares de los movimientos; Rotación Interna, Abducción y Aducción, se encontraron Incompleto y los de Flexión, Extensión y Rotación Externa Limitado al realizar actividades cotidianas.

En la Evaluación Final se denota que con la aplicación de tratamiento se logró que los arcos articulares se ampliaran a la movilidad funcional del miembro superior pero no completados en su totalidad debido a que se necesita un lapso mayor de tiempo.

GRÁFICO DE BARRA N° 6

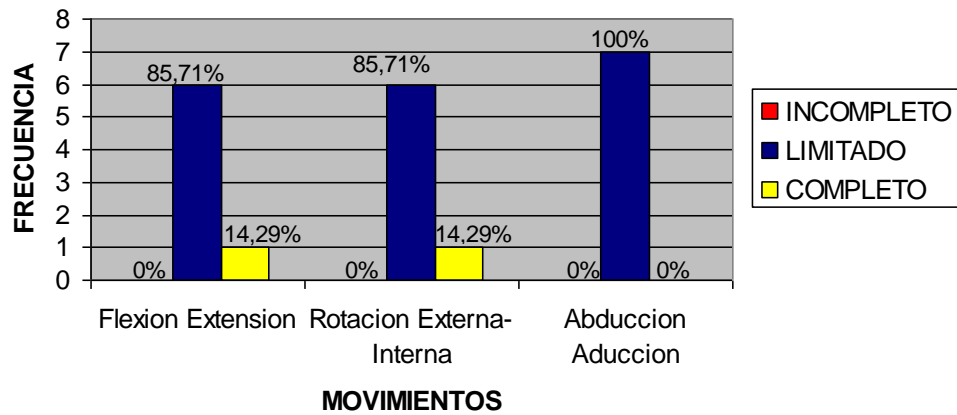
EVALUACIÓN INICIAL DEL TEST ARTICULAR



Fuente: Cuadro N° 5

GRÁFICO DE BARRA N° 7

EVALUACIÓN FINAL DEL TEST ARTICULAR



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

**DATOS DEL TEST MUSCULAR EN EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DEL
MIEMBRO SUPERIOR.**

Parámetros Grado de Fuerza	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	M	%	R	%	B	%	M	%	R	%	B	%
Flexión	2	28.57	4	57.14	1	14.29	-	-	3	42.86	4	57.14
Extensión	2	28.57	4	57.14	1	14.29	-	-	3	42.86	4	57.14
Rotación Externa	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	3	42.86	4	57.14
Rotación Interna	3	42.86	4	57.14	-	-	-	-	3	42.86	4	57.14
Abducción	4	57.14	3	42.86	-	-	-	-	3	42.86	4	57.14
Aducción	4	57.14	3	42.86	-	-	-	-	3	42.86	4	57.14

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Parámetros: M= Malo (0-1); R= Regular (2-3); B= Bueno (4-5).

Análisis: El cuadro muestra que la fuerza en el movimiento de Flexión representa en 57.14% Regular; 42.86% Malo; Extensión en un 57.14% Regular, 28.57% Malo y 14.29% Bueno; Rotación Externa y Rotación Interna cada una 57.14% Regular y 42.86% Malo para cada una de ellas; Abducción y Aducción con un 57.14% Malo cada una y 42.86% Regular, constituyendo los datos de la Evaluación Inicial.

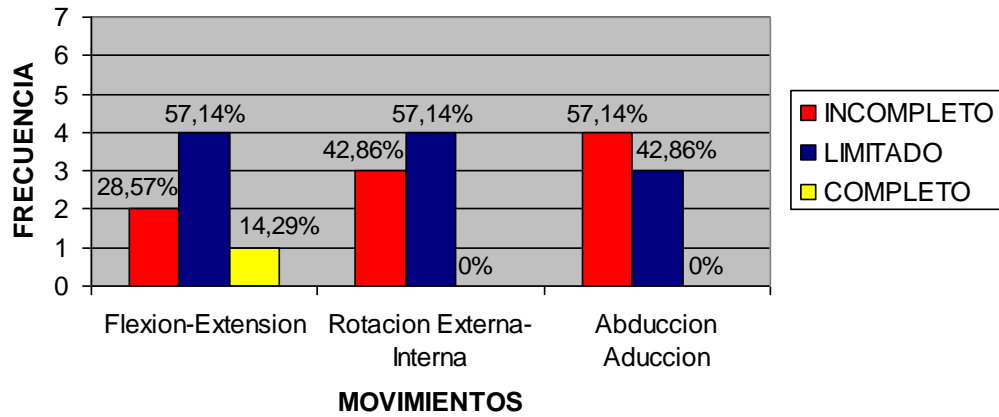
Evaluación Final; en ésta los grados de Fuerza de: Flexión, Extensión, Rotación Externa, Rotación Interna, Abducción y Aducción muestran un 57.14% Bueno y 42.86% Regular.

Interpretación: Se observa en la Evaluación Inicial el grado de Fuerza presenta un porcentaje de mayor afectación con una Valoración Regular los movimientos de Flexión, Extensión, Rotación Externa y Rotación Interna y de Malo la Aducción y Abducción.

Evaluación Final; se denota que la Técnica de Kabat, Inversión Lenta y Sostén, aumentó de manera relevante la fuerza muscular en los movimientos del miembro superior en cada paciente.

GRÁFICO DE BARRA N° 8

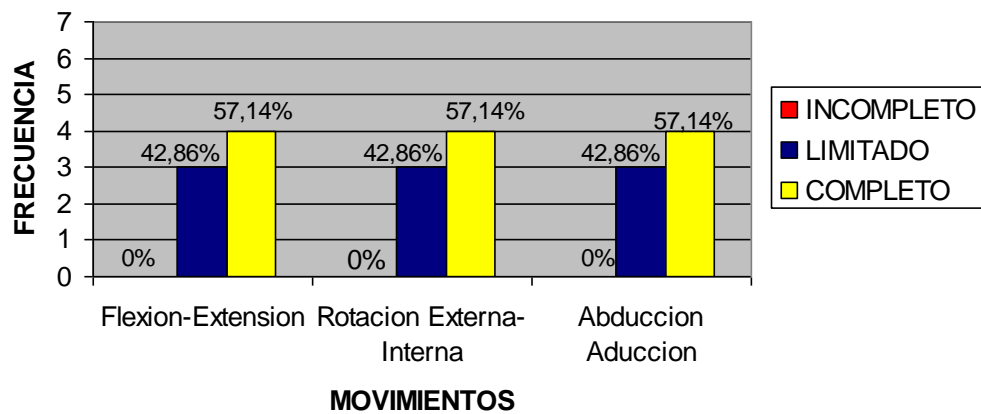
EVALUACIÓN INICIAL DEL TEST MUSCULAR



Fuente: Cuadro N° 6

GRÁFICO DE BARRA N° 9

EVALUACIÓN FINAL DEL TEST MUSCULAR



Fuente: Cuadro N° 6

CUADRO N° 7

**DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS ACTIVIDADES
FUNCIONALES EN MIEMBRO SUPERIOR.**

Parámetros Actividades De Higiene	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	NR	%	CD	%	SD	%	NR	%	CD	%	SD	%
Bañarse	4	57.14	2	28.57	1	14.29	-	-	1	14.29	6	85.71
Peinarse	4	57.14	3	42.86	-	-	-	-	1	14.29	6	85.71
Cepillarse Los Dientes	2	28.57	2	28.57	3	42.86	-	-	1	14.29	6	85.71

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Parámetros: NR= No lo Realiza CD= Con Dificultad SD= Sin Dificultad.

Análisis: Los datos reflejados en la Evaluación Inicial en las Actividades de BAÑARSE presenta que un 57.14% No lo realiza, 28.57% Con Dificultad, 14.29% Sin Dificultad; PEINARSE: 57.14% No lo realiza, 42.86% Con Dificultad; CEPILLARSE LOS DIENTES: 42.86% Sin Dificultad, Con Dificultad y No lo realiza con 28.57% cada uno.

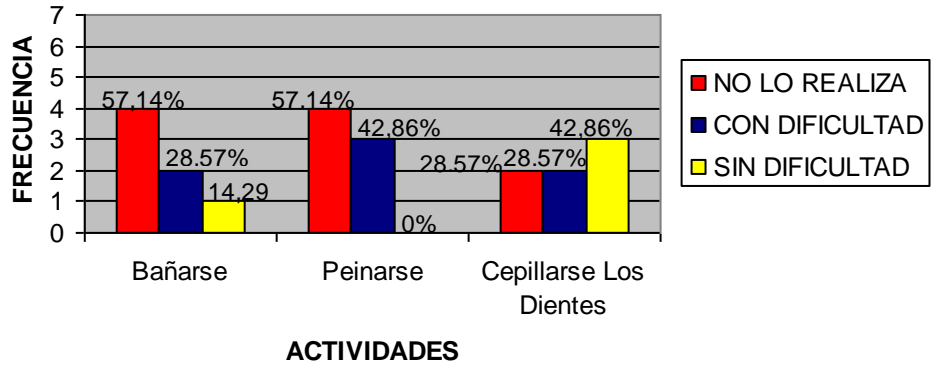
Evaluación Final: Se denota que Bañarse, Peinarse y Cepillarse los dientes presentaron un porcentaje de 85.71% Sin Dificultad y 14.29% Con Dificultad realiza cada una de la Actividades.

Interpretación: En el ingreso de los pacientes se encontró que las Actividades de PEINARSE y BAÑARSE eran realizadas con mayor dificultad debido al dolor y limitación articular.

En la evaluación Final la mayoría de pacientes manifestó que las Actividades de Higiene las desarrollaban con mayor facilidad, ya que el dolor disminuyó; aumentó la fuerza y mejoró el movimiento.

GRÁFICO DE BARRA N° 10

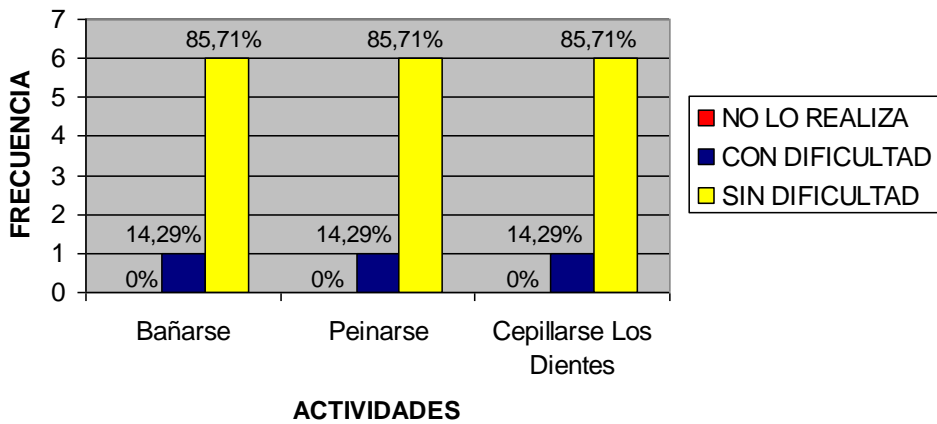
EVALUACIÓN INICIAL DE ACTIVIDADES DE HIGIENE



Fuente: Cuadro N° 7

GRÁFICO DE BARRA N° 11

EVALUACIÓN FINAL DE ACTIVIDADES DE HIGIENE



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO N° 8

**DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS ACTIVIDADES
FUNCIONALES EN MIEMBRO SUPERIOR.**

Parámetros Actividades De Vestuario	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	NR	%	CD	%	SD	%	NR	%	CD	%	SD	%
Ponerse Ropa Interior	4	57.14	2	28.57	1	14.29	-	-	3	42.86	4	57.14
Ponerse La Camisa	7	100	-	-	-	-	-	-	3	42.86	4	57.14
Quitarse La Camisa	7	100	-	-	-	-	-	-	4	57.14	3	42.86

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Parámetros: NR= No lo Realiza CD= Con Dificultad SD= Sin Dificultad.

Análisis: En el presente cuadro se demuestra que los porcentajes de Ponerse y Quitarse la Camisa representan que el 100% No lo realiza ; y que la Actividad de Ponerse la Ropa Interior el 57.14% No lo realiza, 28.57% Con Dificultad y 14.29% Sin Dificultad.

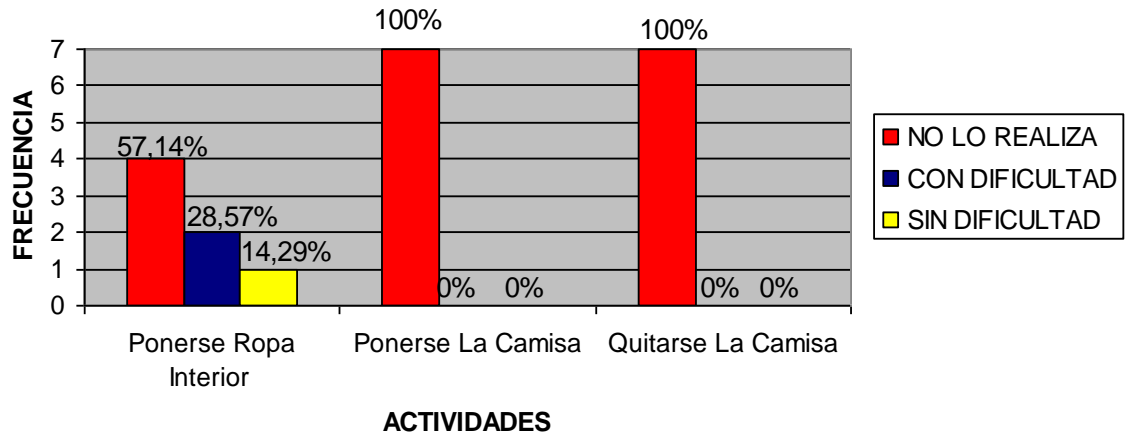
En la Evaluación Final se muestra que Ponerse Ropa Interior en el 57.14% es realizada Sin Dificultad, 42.86% Con Dificultad y en la Actividad de Quitarse la Camisa el 57.14% Con Dificultad y 42.86% es Sin Dificultad.

Interpretación: Según los datos la mayoría de los pacientes presentaban mucha dificultad para las Actividades de Vestuario debido a la limitación física del hombro.

Al finalizar la investigación se muestra que los pacientes presentan mayor habilidad y facilidad para colocarse sus prendas de vestir ya que mejoró la funcionalidad del miembro afecto.

GRÁFICO DE BARRA N° 12

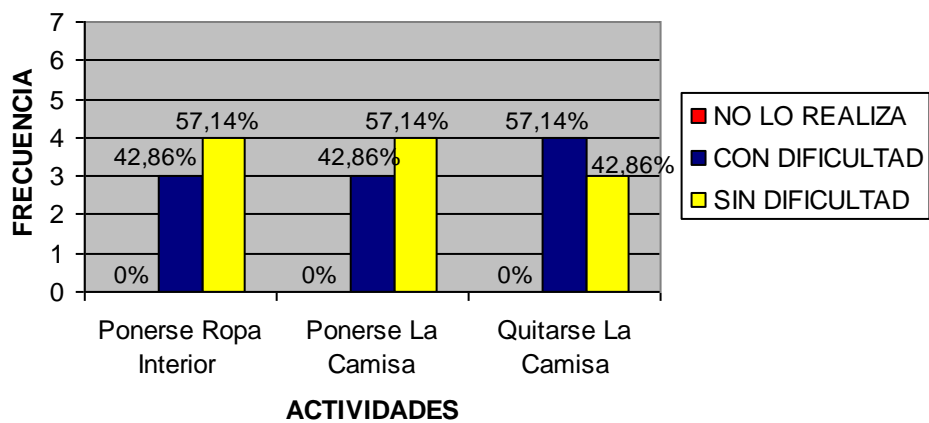
EVALUACIÓN INICIAL DE ACTIVIDADES DE VESTUARIO



Fuente: Cuadro N° 8

GRÁFICO DE BARRA N° 13

EVALUACIÓN FINAL DE ACTIVIDADES DE VESTUARIO



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N° 9

**DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS ACTIVIDADES
FUNCIONALES EN MIEMBRO SUPERIOR.**

Parámetros Actividades Laborales Femeninas	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	NR	%	CD	%	SD	%	NR	%	CD	%	SD	%
Lavar	5	100	-	-	-	-	1	20	-	-	4	80
Barrer	5	100	-	-	-	-	1	20	-	-	4	80
Trapear	5	100	-	-	-	-	1	20	3	60	1	20
Cargar Objetos	5	100	-	-	-	-	1	20	1	20	3	60

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

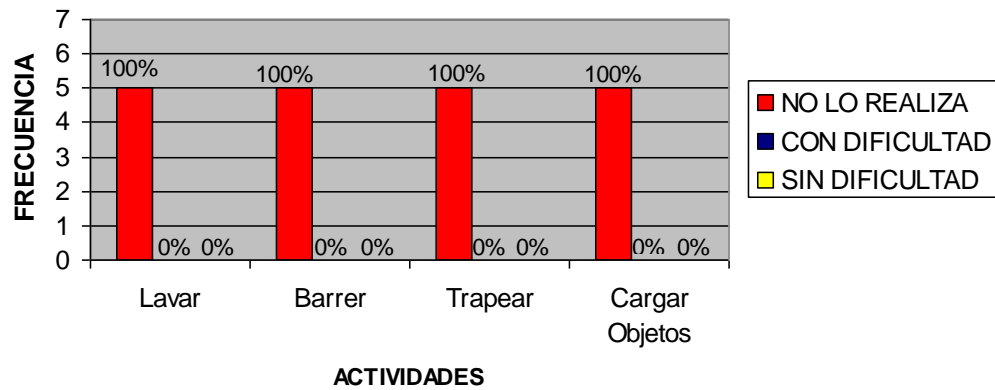
Parámetros: NR= No lo Realiza CD= Con Dificultad SD= Sin Dificultad.

Análisis: El presente cuadro muestra que la Evaluación Inicial, cada una de las Actividades Laborales Femeninas no se realizaban en un 100% y en la evaluación final; la actividad de lavar el 80% lo realizaba sin dificultad y 20% no lo realizaba; barrer el 80% lo realizaba sin dificultad, 20% no lo realizaba; trapear el 60% se le dificultaba hacerlo y un 20% no lo realizaba y el otro 20% lo desarrollaba sin dificultad; y la actividad de cargar objetos se hacia sin dificultad en un 60%, mientras que en un 20% no se realizaba y el otro 20% lo desarrollaba con dificultad.

Interpretación: Los datos permiten observar que la población femenina se le dificultaba mucho realizar sus actividades domésticas al principio producto de la sintomatología pero posterior al período de tratamiento aplicado éstas desarrollaban fácilmente actividades como lavar, barrer y cargar objetos con mayor facilidad; aunque trapear continuaba dificultándoseles por el mayor esfuerzo que se requiere para ello.

GRÁFICO DE BARRA N° 14

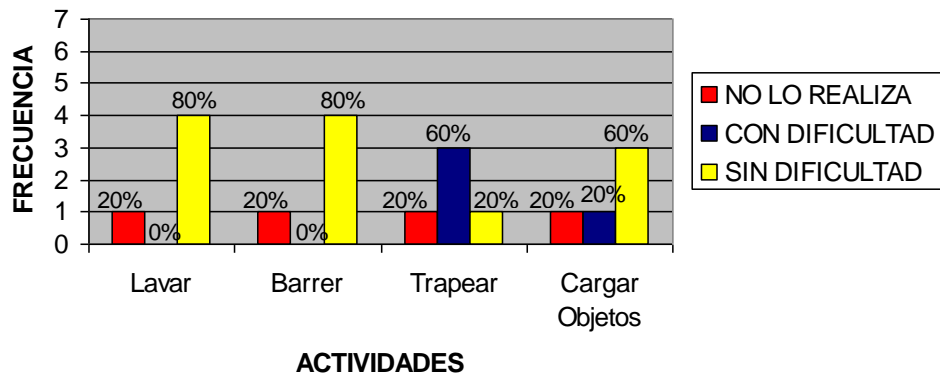
EVALUACIÓN INICIAL DE ACTIVIDADES LABORALES FEMENINAS



Fuente: Cuadro N° 9

GRÁFICO DE BARRA N° 15

EVALUACIÓN FINAL DE ACTIVIDADES LABORALES FEMENINAS



Fuente: Cuadro N° 9

CUADRO N° 10

**DATOS DE EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE LAS ACTIVIDADES
FUNCIONALES EN MIEMBRO SUPERIOR.**

Parámetros	Evaluación Inicial						Evaluación Final.					
	NR	%	CD	%	SD	%	NR	%	CD	%	SD	%
Actividades Laborales Masculinas												
Agricultura	2	100	-	-	-	-	-	-	2	100	-	-

Fuente: Guía de evaluación para pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

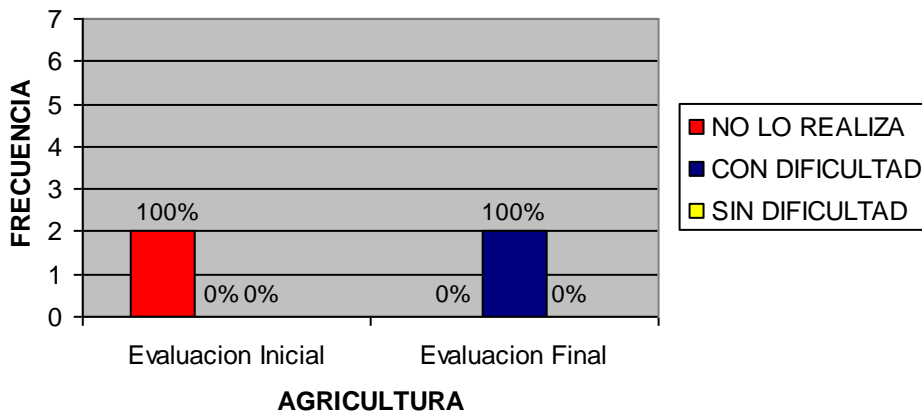
Parámetros: NR= No lo Realiza CD= Con Dificultad SD= Sin Dificultad.

Análisis: El cuadro permite observar que el 100% de la población masculina no realizaba sus Actividades Laborales y que en la Evaluación Final el 100% de éstos desarrollan sus labores de Agricultura.

Interpretación: Al inicio todos los pacientes masculinos tienen afectado su desempeño laboral por las limitaciones físicas del síndrome y al final del tratamiento la desarrollaban con cierta dificultad, debido a la falta de habilidad y fuerza que se requiere en dichas actividades.

GRÁFICO DE BARRA N° 16

**EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL DE ACTIVIDADES
LABORALES MASCULINAS**



Fuente: Cuadro N° 10

CUADRO N° 11

**DATOS DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PACIENTES CON SÍNDROME DE
HOMBRO DOLOROSO.**

¿HA NOTADO MEJORÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTNO APLICADO?

MEJORÓ DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	F	%
SI	7	100
NO	-	-
TOTAL	7	100

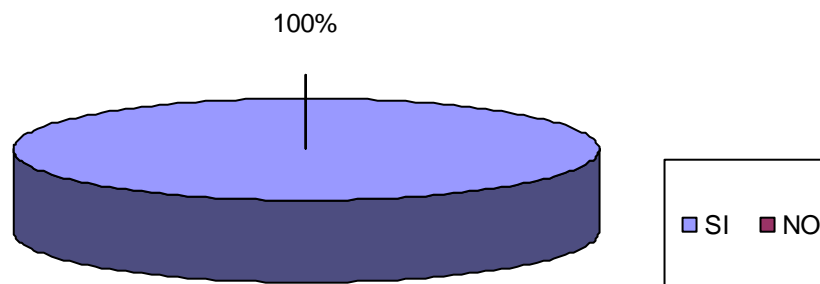
Fuente: Guía de entrevista a pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Análisis: El 100% de los pacientes entrevistados notó mejoría después del tratamiento aplicado.

Interpretación: Se aprecia que todos los pacientes notaron mejoría con el tratamiento aplicado, ya que se disminuyó el dolor que presentaban, se facilitaron los movimientos de miembros superiores y mejoró la independencia en la realización de sus actividades de la vida diaria.

GRÁFICO DE PASTEL N° 17

¿HA NOTADO MEJORÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?



Fuente: Cuadro N° 11

CUADRO N° 12

**TOTAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y
UNIDAD DE SALUD EL TRANSITO, SAN MIGUEL. PERÍODO DE JULIO A
SEPTIEMBRE DE 2006**

MESES	JULIO-06				AGOSTO-06				SEPTIEMBRE-06			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
LUGAR												
HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE	6	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4
UNIDAD DE SALUD EL TRANSITO	6	6	5	5	5	4	4	3	3	3	3	3
TOTAL DE PACIENTES	12	12	11	10	9	9	8	8	7	7	7	7

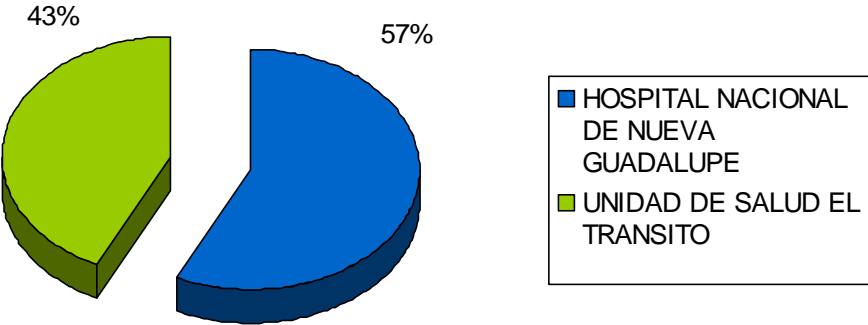
Análisis: El cuadro anterior contiene un total de siete pacientes al finalizar los tres meses. Cuatro pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Tres Unidad de Salud El Tránsito contando con ésta muestra durante el período de ejecución.

Interpretación: Según los datos anteriores se aprecia que el ingreso mayor de pacientes que conformaron la muestra se atendió de la primera semana de Julio a la segunda semana de Agosto. Reduciéndose a siete pacientes de la primera semana de Septiembre hasta la cuarta del mismo mes, debido a la deserción que se da por la falta de

consciencia de los pacientes respecto a su problema físico ó por la carencia de recursos económicos para movilizarse desde su hogar al área de atención.

GRÁFICO DE PASTEL N° 18

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y UNIDAD DE SALUD EL TRÁNSITO. PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2006



Fuente: Cuadro N° 12

5.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación sobre el estudio: Evolución de pacientes con diagnóstico Síndrome de Hombro Doloroso tratados con fisioterapia y las técnicas de kabat entre las edades de 20 a 70 años, ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito. Departamento de San Miguel, período de julio septiembre de 2006.

Se procede a la comprobación de Hipótesis Específicas planteadas, las cuales se enuncian así:

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1

El tratamiento de fisioterapia reduce los signos y síntomas que presentan los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

- El Cuadro N° 4 muestra que al finalizar el tratamiento el 42.86% de los pacientes no presentaba Dolor, el 100% no presentaba Inflamación ni Espasmo Musculares por lo tanto dicha hipótesis es aceptada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 2.

Las técnicas de kabat aumentan el arco de movimiento y la fuerza muscular del miembro superior afecto.

- A través del Cuadro N° 5 que corresponde a la evaluación articular se aprecia que los movimientos del miembro superior afectado alcanzaron el 14.29% de arcos completos y el 85.71% aumentaron los arcos articulares pero no lo completaron.

Así también el Cuadro N° 6 muestra que todos los movimientos que realiza el miembro superior aumentaron su fuerza en un 57.14%; determinándose que la hipótesis es aceptada.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 3.

La fisioterapia y las técnicas de kabat mejoran la funcionabilidad de los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso para la realización de las actividades de la vida diaria.

- El Cuadro N° 7 refleja que las actividades de higiene personal se realizaron en un 85.71% Sin Dificultad en la evaluación final.

- El Cuadro N° 8 muestra que las actividades de Vestuario: Ponerse la Ropa Interior 85.71%; Ponerse la Camisa 57.14%; Quitarse la Camisa 42.86% se realizaron Sin ninguna Dificultad por los pacientes. En el Área Laboral el sexo femenino desarrolló Sin Dificultad las actividades: lavar y barrer el 80%; Cargar Objetos el 60%,

- Mientras que el Cuadro N° 9 muestra que, el sexo masculino desarrolló su trabajo de Agricultura con Cierta Dificultad al finalizar la investigación. Todas estas actividades reflejan que la hipótesis planteada con anterioridad es verdadera.

Por todo lo anteriormente descrito el grupo investigador aprueba la

HIPÓTESIS GENERAL:

El tratamiento de fisioterapia y las técnicas de Kabat favorece la evolución de pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso entre las edades de 20 a 70 años de ambos sexos atendidos en el Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Transito.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Con respecto a la investigación realizada el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Según lo manifestado en el objetivo general la aplicación de fisioterapia y las técnicas de Kabat son efectivas ya que se obtuvo una favorable evolución física y funcional de los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Las causas que originaron el Síndrome de Hombro Doloroso en la población objeto de estudio fueron: Traumatismo directos en el hombro, Artrosis y Sobreesfuerzos Físicos, que las personas someten a sus miembros superiores.

Con la aplicación de las modalidades de Fisioterapia se logró reducir considerablemente los signos y síntomas que presentaban los pacientes estudiados.

Dentro de la muestra la población más afectada por el síndrome son las mujeres, generalmente de 59 a 70 años de edad; debido al tipo de actividades que realizan y a que consultan con mayor frecuencia, mientras que la teoría afirma que habitualmente el sexo masculino es el más afectado.

Por medio de la aplicación de las técnicas de kabat se logró ampliar los rangos de movimiento de los hombros afectados, alcanzando un notable desarrollo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria, sobre todo: bañarse, peinarse, ponerse su vestuario, lavar y barrer.

6.2 RECOMENDACIONES

Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social permita apertura de áreas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional en los Centros Hospitalarios y las Unidades de Salud con el recurso humano y equipo necesario para proporcionar a las pacientes el tratamiento adecuado durante el tiempo que lo requiera, mejorando así las condiciones de vida.

Al personal médico que realice las exploraciones adecuadas para identificar de forma oportuna el Síndrome de Hombro Doloroso evitando así mayores complicaciones físicas y funcionales al individuo.

A las áreas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional del Hospital Nacional de Nueva Guadalupe y Unidad de Salud El Tránsito para que continúen con el tratamiento de los pacientes con Síndrome de Hombro Doloroso.

Dar a conocer a los pacientes la importancia de asistir periódicamente al tratamiento de fisioterapia para mantener un estado físico favorable.

Orientar a los pacientes sobre medidas preventivas y factores que ocasionan una exacerbación del Síndrome de Hombro Doloroso como:

Reposo del miembro afecto ante las molestias

Evitar caídas.

Evitar cargar objetos pesados.

Ejercitar el miembro afecto periódicamente.

Asistir al médico y a las terapias indicadas por éste.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

FERRI, Fred. F. Consultor Clínico. Diagnostico y Tratamiento en Medicina Interna. 1º Edición. España. Editorial Océano. 1108 Págs.

KNOTT, Margaret y Voss, Dorothy E. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Traducido por Dr. Mario Arnoldo Marino. 1º Edición en español. Argentina. Editorial Médica Panamericana, S.A. 1980. 413 Págs.

OCEANO- Conciso. Diccionario de sinónimos y antónimos. España. Océano Grupo Editorial. S.A. 790 Págs.

O' RAHILLY, Ronan y otros. Anatomía de Gardner. Traducido por Fabiola Muller. 5º Edición en español. México. McGraw-Hill Interamericana. 1993. 928 Págs.

PLAJA, Juan. Analgésia Por Medios Físicos. 1ª Edición. España. McGraw-Hill Interamericana. 2003. 560 Págs.

SHESTACK, Robert. Manual de Fisioterapia. 3º Edición. México. Editorial El Manual Moderno, S.A. de CV. 194 Págs.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS

www.institutferran.org/hombro_doloroso.htm

www.pulso.com/secot/19.htm

www.escuela.med.puc.d/publ/apuntesreumatología/aspectosreumatológicos.

www.saludhoy.com/htm/depor/articulo/homdolo1.htm

www.zonamédica.com.ar/categorias/medicinailustrada/hombrodoloroso

www.traumazamora.org/infopaciente/hombrodolo/hombrodolo.html

www.apuntesdeanatomía.com

www.clindalico.com/periodico/publish/hombro_doloroso.html

www.disc.net/diccionario/hombrodolorosoreumatología/html

A N E X O S

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES A REALIZAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN CICLO I Y II AÑO 2006

		MESES																																											
		FEB.				MAR.				ABRIL				MAYO				JUN.				JUL.				AGO.				SEP.				OCT.				NOV.				DIC.			
ACTIVIDADES		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Inscripción de Proceso																																										
2	Elaboración del perfil de investigación y entrega del perfil																																												
3	Elaboración del Protocolo de Investigación																																												
4	Entrega del Protocolo de Investigación																																												
5	Ejecución de la Investigación																																												
6	Tabulación, Análisis e Interpretación de datos																																												
7	Elaboración del Informe Final																																												
8	Presentación del Informe Final																																												
9	Exposición Oral de los Resultados																																												

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO ATENDIDOS EN EL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y UNIDAD DE SALUD EL TRANSITO, SAN MIGUEL.

Julio-06																																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
1- Información a los pacientes con síndrome de hombro doloroso																																
2- Evaluación inicial de pacientes																																
3- Aplicación de tratamiento de fisioterapia																																
Compresas Frías																																
Compresas Calientes																																
Tens																																
Masajes con Vibrador																																
4- Aplicación de Técnicas de kabat																																
5- Reunión del grupo investigador																																
6- Evaluación final de pacientes																																
7- Agradecimiento y finalización del proceso de ejecución																																

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO ATENDIDOS EN EL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y UNIDAD DE SALUD EL TRANSITO, SAN MIGUEL.

Agosto-06																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1- Información a los pacientes con síndrome de hombro doloroso																															
2- Evaluación inicial de pacientes																															
3- Aplicación de tratamiento de fisioterapia																															
Compresas Frías																															
Compresas Calientes																															
Tens																															
Masajes con Vibrador																															
4- Aplicación de Técnicas de kabat																															
5- Reunión del grupo investigador																															
6- Evaluación final de pacientes																															
7- Agradecimiento y finalización del proceso de ejecución																															

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS EN LA EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO ATENDIDOS EN EL AREA DE FISIOTERAPIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NUEVA GUADALUPE Y UNIDAD DE SALUD EL TRANSITO, SAN MIGUEL.

Septiembre-06																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1- Información a los pacientes con síndrome de hombro doloroso																															
2- Evaluación inicial de pacientes																															
3- Aplicación de tratamiento de fisioterapia	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
Compresas Frías	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
Compresas Calientes	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
Tens	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
Masajes con Vibrador	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
4- Aplicación de Técnicas de kabat	■			■	■		■			■	■		■				■		■	■	■			■		■	■				
5- Reunión del grupo investigador		■							■							■							■								
6- Evaluación final de pacientes																												■			
7- Agradecimiento y finalización del proceso de ejecución																														■	

ANEXO N° 3

ANATOMIA DE HOMBRO

Figura (a)

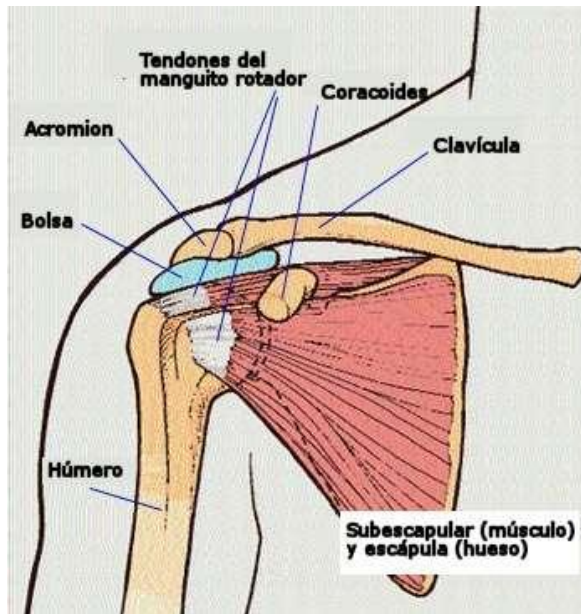
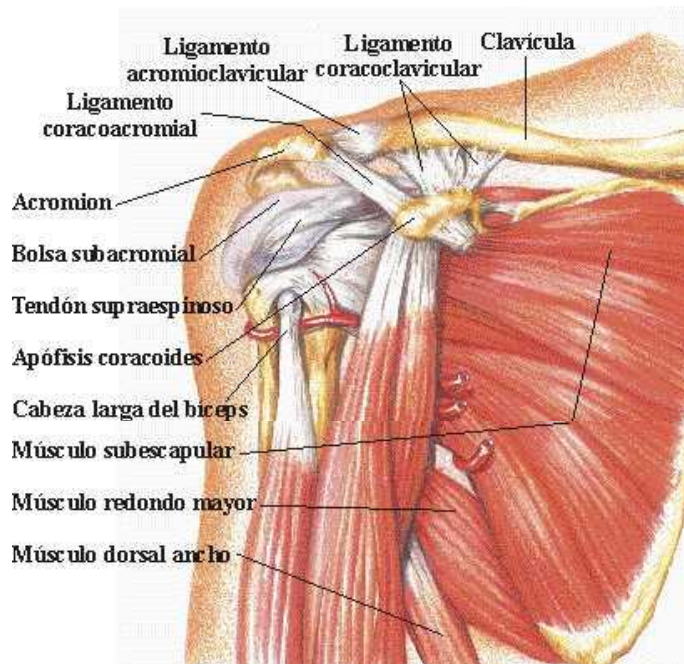


Figura (b)



ANEXO N° 4

ARTICULACIÓN ESCAPULOHUMERAL

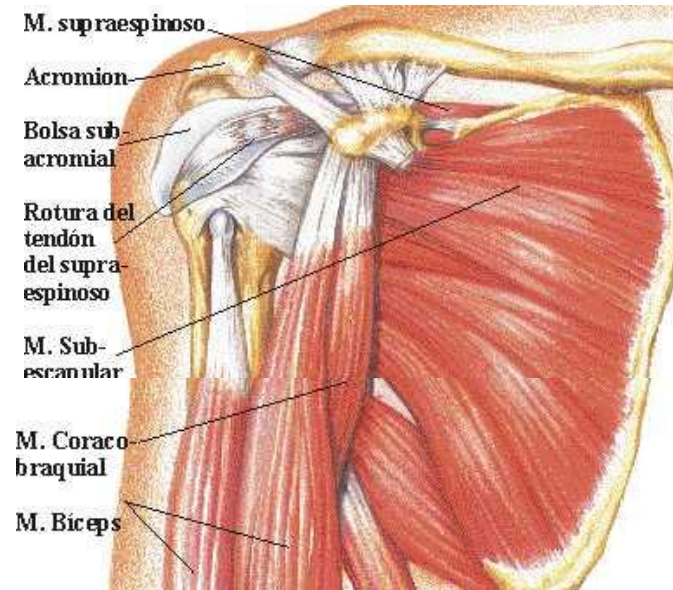


Es una articulación que une el brazo, al hombro las superficies articulares son por parte del húmero, la cabeza humeral, que forma parte de la epífisis superior del húmero; por parte de la escápula, la cavidad glenoidea, ubicada en el ángulo externo de la misma.

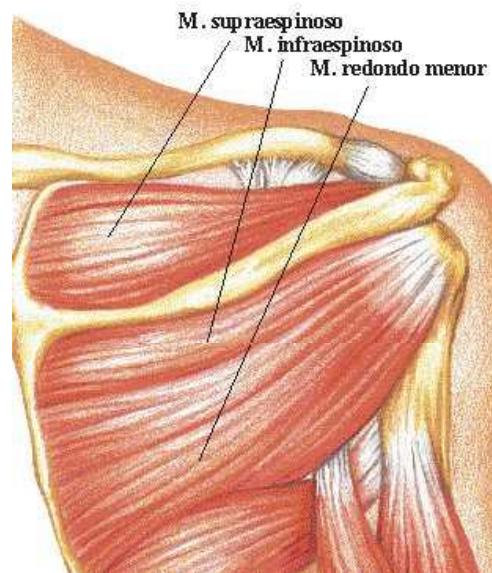
ANEXO N° 5

MÚSCULOS DE LA ARTICULACIÓN DE HOMBRO

Vista Anterior

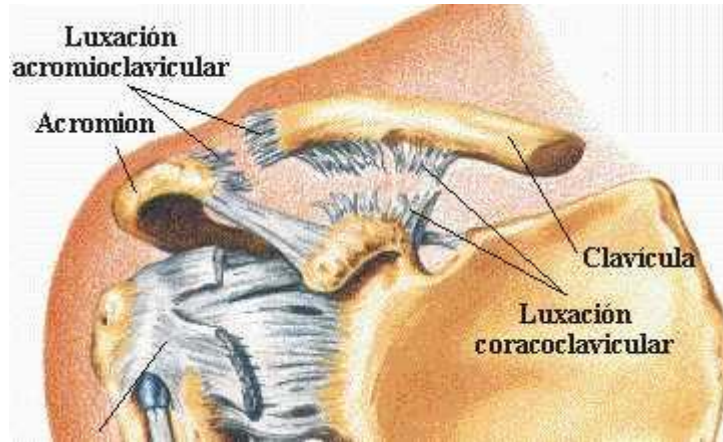


Vista Posterior



ANEXO N° 6

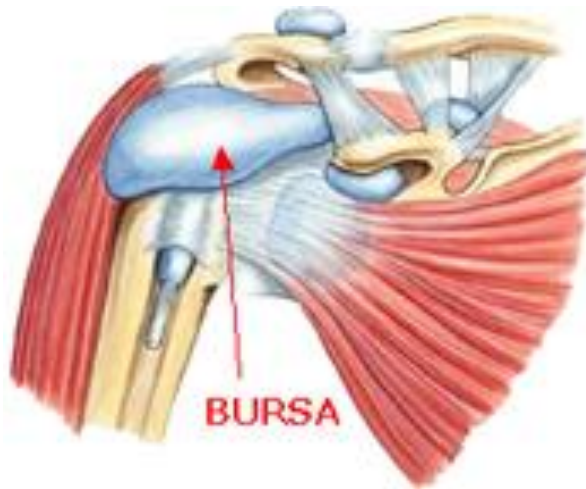
LUXACION DE LA CLAVICULA.



Generalmente se trata de la separación de la articulación acromio clavicular. Es muy frecuente en jóvenes activos y se produce típicamente en la caída sobre el hombro, el codo o con el brazo extendido, forzándose la articulación hacia adentro y arriba. Los ligamentos y la cápsula articular pueden desgarrarse y se produce una subluxación

ANEXO N° 7

TENDINITIS DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES



Se caracteriza por dolor agudo en cara antero externa del hombro en un arco doloroso entre 90° a 120° de antepulsión.

ANEXO N° 8

APLICACIÓN DE MODALIDADES DE FISIOTERAPIA A PACIENTES



(Figura a)
Colocación de Compresa Fría



(Figura b)
Colocación de Compresa Caliente



(Figura c)
Colocación de Tens



(Figura d)
Aplicación de Masaje

ANEXO N° 9
APLICACIÓN DE TÉCNICA DE KABAT
ESTABILIZACIÓN RÍTMICA

Patrón Antagonista Extensión Aducción Rotación Interna



ANEXO N° 10

APLICACIÓN DE TÉCNICA DE KABAT

CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN



(Figura a)

(Figura b)

Patrón Agonista Extensión Abducción Rotación Interna



(Figura c)

(Figura d)

Patrón Antagonista Flexión Aducción Rotación Externa

ANEXO N° 11

APLICACIÓN DE TÉCNICA DE KABAT

INVERSIÓN LENTA Y SOSTÉN



(Figura a)
Patrón Agonista Extensión Aducción Rotación Interna



(Figura b)



(Figura c)
Patrón Antagonista Flexión Abducción Rotación Externa



(Figura d)

ANEXO N° 12

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



GUÍA DE EVALUACIÓN PARA PACIENTE CON SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO.

OBJETIVO: Determinar la evolución de pacientes con diagnóstico síndrome de hombro doloroso tratados con fisioterapia y las técnicas de kabat.

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

OCUPACIÓN: _____

FECHA DE EVALUACIÓN INICIAL: _____

FECHA DE EVALUACIÓN FINAL: _____

HISTORIA CLINICA

ANTES

DESPUÉS

EVALUACIÓN FÍSICA

DOLOR: _____

INFLAMACIÓN: _____

EDEMA: _____

ESTADO DE PIEL: _____

DEFORMIDAD: _____

SENSIBILIDAD: _____

RETRACCIONES: _____

CONTRACTURAS: _____

ESPASMOS MUSCULARES: _____

TEST MUSCULAR
MIEMBROS SUPERIORES
HOMBRO

GRADO DE FUERZA	MALO (0°-1°)	REGULAR (2°-3°)	BUENO (4°-5°)
Flexión			
Extensión			
Rotación Externa			
Rotación Interna			
Abducción			
Aducción			

RANGO DE MOVILIDAD ARTICULAR PARA MIEMBROS SUPERIORES

HOMBRO

MOVILIDAD ARTICULAR	INCOMPLETO (0°-70°)	LIMITADO (70°-120°)	COMPLETO (120°-180°)
Flexión			
Extensión			
Rotación Externa			
Rotación Interna			
Abducción			
Aducción			

EXPLORACIÓN FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (A.V.D.)	NO LO REALIZA (NR)	CON DIFICULTAD (CD)	SIN DIFICULTAD (SD)
ACTIVIDADES DE HIGIENE			
Bañarse			
Peinarse			
Afeitarse			
Cepillarse los dientes			
ACTIVIDADES DE VESTUARIO			
Ponerse ropa interior			
Ponerse la camisa			
Quitarse la camisa			
ACTIVIDADES DE ALIMENTACIÓN			
Llevar la cuchara a la boca			
Beber agua			
ACTIVIDADES LABORALES			

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:

F: _____

ANEXO N° 13

**UNIVERSIDAD DE ELSALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLIARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE HOMBRO DOLOROSO QUE CONCLUYERON EL PERÍODO DEL TRATAMIENTO.

OBJETIVO: Conocer el estado funcional del paciente con síndrome de hombro doloroso posterior al período de tratamiento proporcionado.

1. ¿HA NOTADO MEJORÍA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO APLICADO?

SI

NO

2. ¿DISMINUYÓ EL DOLOR EN EL HOMBRO CON EL TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ?

SI

NO

3. ¿PUEDE REALIZAR MOVIMIENTOS MÁS AMPLIOS CON EL BRAZO?

SI

NO

**4. EL TRATAMIENTO RECIBIDO LE PERMITE REALIZAR SUS
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

SI

NO

5. ¿CUALES ACTIVIDADES REALIZA CON MAYOR FACILIDAD?

6. ¿COMO ES SU DESEMPEÑO ACTUALMENTE EN SU TRABAJO?
