

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



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
BENEFICIOS DE LA PARAFINA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR
ENTRE LAS EDADES DE 30 A 65 AÑOS DE AMBOS SEXOS, QUE ASISTEN AL
HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE USULUTÁN.
DURANTE EL PERIODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2013.**

**PRESENTADO POR:
DAVID ALBERTO PARADA GARCÍA
MILAGRO DE JESÚS VÁSQUEZ RODRÍGUEZ**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADO EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE DIRECTOR
MAESTRA DILSIA CAROLINA ORTIZ DE BENÍTEZ**

**NOVIEMBRE DE 2013
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**INGENIERO MARIO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR**

**MAESTRA ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**DOCTORA ANA LETICA ZAVALA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL**

**LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA
FISCAL GENERAL FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**MAESTRO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
DECADO**

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**MAESTRA XOCHIL PATRICIA HERRERA CRUZ
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE
LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

ASESORES

**MAESTRA DILSIA CAROLINA ORTIZ DE BENÍTEZ
DOCENTE DIRECTOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIÓS CASTILLO
ASESORA DE METODOLOGÍA**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO

Por darnos el don de la vida y la sabiduría para formarnos como profesionales, por ayudarnos en los momentos más difíciles que se nos presentaron en todo el transcurso de nuestra carrera, gracias Dios por protegernos del peligro y por todas las bendiciones que tus derramas en nuestras vidas.

A NUESTROS PADRES

Con mucho amor y agradecimiento, por su apoyo incondicional, porque nos han sabido guiar con sus consejos y gracias a ello hemos salido adelante a pesar de las dificultades.

A LOS PACIENTES

Por ser pacientes colaboradores, responsables durante el proceso de ejecución y habernos permitido realizar de una forma satisfactoria el tratamiento y lograr nuestro objetivo principal que es la evolución del paciente.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Por ser unos docentes preparados para darnos una mejor enseñanza y tener nuevos conocimientos a través de las distintas áreas de Fisioterapia y formarnos como profesionales.

A LOS ASESORES

Mtra. Dilsia Carolina Ortiz de Benítez y Mtra. Elba Margarita Berrios, por todos sus conocimientos aportados durante el proceso de investigación.

MILAGRO, DAVID

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO

Por darme la vida y la oportunidad de formarme como profesional, y por bendecirme siempre en todo momento y darme la sabiduría y fortaleza necesaria para seguir adelante no importando que tan grande fuera la dificultad en el transcurso de mis estudios y así culminar mi carrera satisfactoriamente.

A MIS PADRES

Por estar siempre conmigo en todo momento y por darme el apoyo que he necesitado a lo largo de mi carrera.

A LOS DOCENTES DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.

Mtra. Dilsia Ortiz, Mtra. Xóchitl Herrera, Lic. Claribel Molina, Lic. Estelí Guevara y Lic. Carlos Díaz por su comprensión, disposición, por los conocimientos brindados y por sus consejos que nunca faltaron que me hicieron crecer cada día, como profesional en esta área.

DAVID PARADA

DEDICATORIA

A DIOS

Por darme la vida, por todas las bendiciones que recibí día a día y darme fortaleza para superar todas las dificultades que se presentaron en mi vida y guiarme por el camino del bien, gracias Dios por haberme permitido llegar a finalizar mi carrera.

A MI MADRE

María Evelia Rodríguez, por su amor, comprensión y apoyarme incondicionalmente en los momentos más difíciles y ayudarme a superar todos los obstáculos que se presentaron durante el transcurso de mis estudios y permitirme alcanzar una meta muy importante en mi vida.

A MI HERMANA

María Reina Rodríguez, Especialmente por su amor, comprensión, por el apoyo económico durante el proceso de formación educativa y estar siempre conmigo en los momentos difíciles, por enseñarme que a pesar de las adversidades, todo se puede lograr con la ayuda de Dios y las personas que más nos quieren.

A MI ESPOSO

Milton Orlando Vásquez, por haberme apoyado en los momentos más difíciles, y haber estado siempre conmigo y por ser una persona muy importante y especial en mi vida.

A MI SOBRINA

Gabriela Alexandra Vásquez, por su cariño y por estar siempre conmigo y compartir muchos momentos especiales juntas.

A TODA MI FAMILIA Y AMIGAS.

Por su apoyo incondicional y su cariño por compartir momentos de felicidad y por estar en situaciones difíciles de mi vida, especialmente a Ana Ruth Gámez, Ana Elizabeth López.

A MIS DOCENTES EN ESPECIAL LOS DEL ÁREA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.

Mtra. Dilsia Ortiz, Mtra. Xóchitl Herrera, Lic. Estelí Guevara y Lic. Claribel Molina, por ser unas docentes capacitadas y brindarnos los conocimientos necesarios durante el proceso de nuestra formación por instruirnos y formarnos como profesionales.

A LA INSTITUCIÓN Y POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.

Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután; por habernos permitido realizar la ejecución de nuestro tema de investigación, los pacientes por su entrega y colaboración durante el proceso de ejecución de la investigación.

A LOS ASESORES.

Mtra. Dilsia Carolina Ortiz de Benítez, Mtra. Elba Margarita Berríos, por su profesionalismo, por compartir sus conocimientos que fueron fundamentales durante la investigación que realizamos.

MILAGRO VÁSQUEZ

TABLA DE CONTENIDOS

	PÁG.
LISTA DE CUADROS.....	xi
LISTA DE GRÁFICAS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xiv
RESUMEN.....	xv
1. INTRODUCCIÓN.....	16
1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.....	16
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
2. MARCO TEORICO.....	20
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	35
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	37
5. RESULTADOS.....	40
6. CONCLUSIONES.....	58
7. RECOMENDACIONES.....	59
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

LISTA DE CUADROS

	PÁG.
CUADRO 1: Distribución de la población por edades y Sexo.....	40
CUADRO 2: Distribución de población según las causas de fracturas.....	42
CUADRO 3: Signos y síntomas de fracturas antes y después del tratamiento.....	43
CUADRO 4: Estado articular antes y después del tratamiento.....	45
CUADRO 5: Estado de la piel antes y después del tratamiento.....	47
CUADRO 6: Evaluación de la Sensibilidad inicial y final.....	49
CUADRO 7: Evaluación de Amplitud Articular inicial y final.....	51
CUADRO 8: Fuerza Muscular en la evaluación inicial y final.....	53
CUADRO 9: Actividades de la Vida Diaria en la evaluación inicial y final.....	55

LISTAS DE GRÁFICAS

	PÁG.
GRÁFICA 1: Distribución de la población por edades.....	41
GRÁFICA 2: Distribución de población según las causas de fractura.....	42
GRÁFICA 3A: Signos y síntomas de fractura en la evolución inicial.....	44
GRÁFICA 3B: Signos y síntomas de fractura en la evolución final.....	44
GRÁFICA 4A: Estado articular en la evaluación inicial.....	46
GRÁFICA 4B: Estado articular en la evaluación final.....	46
GRÁFICA 5A: Estado de la piel en la evaluación inicial.....	48
GRÁFICA 5B : Estado de la piel en la evaluación final.....	48
GRÁFICA 6A: Evaluación de la sensibilidad inicial.....	50
GRÁFICA 6B: Evaluación de la sensibilidad final.....	50
GRÁFICA 7A: Amplitud articular en la evaluación inicial.....	52
GRÁFICA 7B: Amplitud articular en la evaluación final.....	52
GRÁFICA 8A: Fuerza muscular en la evaluación inicial.....	54
GRÁFICA 8B: Fuerza muscular en la evaluación final.....	54
GRÁFICA 9A: Actividades de la vida diaria en la evaluación inicial.....	56
GRÁFICA 9B: Actividades de la vida diaria en la evaluación final.....	56

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Anatomía del Miembro Superior.....	63
Figura 2: Fractura de Húmero.....	63
Figura 3: Fractura.....	64
Figura 4: Fractura de Codo.....	64
Figura 5: Fractura de Colles.....	65
Figura 6: Fractura de Radio.....	65
Figura 7: Aplicación de Parafina	66
Figura 8: Aplicación de la Parafina del Miembro Superior.....	66
Figura 9: Miembro Afectado dentro del tanque.....	67
Figura 10: Bolsa plástica.....	67
Figura 11: Retiro de parafina.....	68
Figura 12: Actividades de Terapia Ocupacional.....	68
Figura 13 Realización de Manualidades:	69
Figura 14: Terapia Grupal.....	69
Figura 15: Actividades recreativas en grupo.....	70
Figura 16: Finalización de la Ejecución.....	70
Figura 17: Pacientes en Área de Terapia Física.....	71

ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Glosario.....	72
Anexo 2: Cronograma de actividades.....	73
Anexo 3: Cronograma de actividades específicas.....	74
Anexo 4: Presupuesto y financiamientos.....	75
Anexo 5: Consentimiento informado.....	76
Anexo 6: Guía de evaluación	77
Anexo 7: Guía de entrevista.....	80

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el **objetivo** de conocer los beneficios de la Parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután. **Metodología:** Se trabajó con una población de 9 pacientes, a los cuales se les realizó una evaluación inicial y final; los pacientes recibieron un tratamiento de 40 minutos cada uno, de 3 sesiones por semana, en un periodo de 3 meses. Mostrando que el mayor porcentaje de pacientes con fractura son del sexo femenino, y un menor porcentaje del sexo masculino. El tipo de investigación: prospectiva y descriptiva, técnicas utilizadas; documental bibliográfica y de campo. Es así que se demuestra que la Parafina y la Terapia Ocupacional ayudan en el estado físico y psicológico de los pacientes objeto de estudio. Por consiguiente al aplicar el tratamiento de la Parafina y Terapia Ocupacional, en actividades como: Técnicas de relajación, realización de manualidades, terapias de grupo para ayudar a mejorar las relaciones interpersonales del paciente. En los objetivos específicos se logró identificar que el tratamiento ayudo en las actividades de la vida diaria, para mejorar su desempeño en otras áreas así como en su entorno familiar, psicológico y social. **Resultados:** Después de la tabulación, el análisis e interpretación y graficar los datos obtenidos durante la ejecución del estudio, el grupo investigador se plantea las siguientes conclusiones. Las fracturas de miembro superior afectan más a personas del sexo femenino entre las edades de 61 a 65 años; en un 55.55% de la población en estudio. Se determinó que la causa más frecuente que ocasionaron las fracturas fueron las caídas con un 77.77%; afectando a ambos sexo. La terapia ocupacional es un conjunto de técnicas, métodos que se realizan a través de las diferentes actividades de la vida diaria, para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del paciente en todos sus ámbitos ya sean laborales, psicológicos, físico y sociales.

Palabras claves: Parafina, Terapia Ocupacional, Fractura de miembro superior, dolor, inflamación, actividades de la vida diaria, efectividad, fuerza muscular, fractura de colles.

1. INTRODUCCION.

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA:

Las lesiones musculo esqueléticas son extremadamente frecuentes. Hoy en día, aumentándose incesantemente de frecuencia e importancia; afectando a los Miembros Superiores en la mayoría de los casos.

Las fracturas de miembro superior se presentan muy a menudo en las emergencias de los hospitales a nivel mundial, siendo las personas mayores las que las sufren con más frecuencia. El riesgo de este traumatismo en la población mayor aumenta rápidamente con la edad en ambos sexos, pero principalmente es mayor en mujeres de raza blanca, siendo el riesgo de tener fractura de miembro superior en la vida del 29 %.

Un miembro superior roto puede involucrar cualquiera de los huesos del mismo como lo son el cúbito, el radio, carpo, metacarpo y el húmero. Las causas más comunes de una fractura de miembro superior es una caída sobre una mano extendida, torceduras, golpes, choques. Otros casos pueden ser debidos a traumatismos más graves, como accidentes de tráfico, caídas desde una cierta altura, etc. Es importante tratar la fractura de un brazo tan pronto como sea posible para una curación adecuada.

En Estados Unidos, las fracturas de antebrazo son el motivo de más de 750.000 consultas a los cirujanos ortopédicos por año. Entre los jóvenes americanos, las fracturas de antebrazo son frecuentes en adolescentes que sufren caídas al patinar o practicar patineta, mientras que la osteoporosis es un factor de riesgo frecuente para las personas mayores que sufren de estas fracturas.

A nivel mundial, la fractura de muñeca es la más frecuente del esqueleto. Se produce frecuentemente en mujeres (80 %) mayores de 45 años (71 %) ante caídas con la mano extendida. El desplazamiento característico de la fractura es en sentido dorsal y externo (radial) del fragmento distal que produce una típica deformidad.

La fractura de muñeca más común es la fractura del Colle, hueso que se encuentra en el radio y forma la articulación principal de la muñeca.

Otras de las lesiones comunes es la fractura del Escafoides, hueso que se encuentra al lado del dedo pulgar.

En general, por la simple inspección y palpación, se ponen en evidencia una serie de signos, síntomas y características: movilidad normal, deformidad, crepitación, hematoma, impotencia funcional dolorosa.

Este fenómeno es una limitante que viene a afectar el aspecto emocional, económico, cultural y social de las personas; emocionalmente se siente frustrado, deprimido y ansioso por no poder realizar sus actividades a plenitud.

Económicamente hay una disminución del aporte de los ingresos familiares. A nivel cultural el paciente no desarrolla actividades de estudio ni esparcimiento; y socialmente se ve limitado en sus actividades de recreación y convivencia grupal.

Este estudio de investigación se centró en el tratamiento de fisioterapia y Terapia Ocupacional indispensable para la rehabilitación de estos pacientes que presentan dicho diagnóstico. Entre estas técnicas tenemos.

La parafina es una modalidad de fisioterapia que se aplica mediante una sustancia blanca, en forma de cera, que se obtiene de la destilación del petróleo, por tanto es un hidrocarburo. Por sus características físicas: maleabilidad, conductibilidad térmica y punto de fusión, es ampliamente usada como un medio de generación de calor por conducción.

La parafina es recomendable para relajar los músculos de las manos y pies, pues tiene la capacidad de proporcionar alivio el dolor, rigidez articular y muscular. Además es un tratamiento que hidrata la piel. En la artrosis y en la artritis reumatoide de las manos disminuye la rigidez, especialmente si se acompaña de ejercicios activos.

La Terapia Ocupacional apela a diversas actividades para ayudar al sujeto a adaptarse de manera efectiva a su entorno físico y social.

Cabe destacar que ocupación no debe entenderse como trabajo empleo, sino como todas las tareas en las que el paciente se ocupa. Estas ocupaciones varían con la edad.

De esta forma, la Terapia Ocupacional se encarga de la prevención, el diagnóstico funcional, la investigación y el tratamiento de las ocupaciones cotidianas en diferentes áreas, como el cuidado personal (la alimentación, la higiene), el esparcimiento (los juegos y las actividades lúdicas) y la productividad (las actividades laborales).

Estas técnicas se realizaron con pacientes del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, el cual está ubicado sobre la carretera CA2 El litoral, salida hacia San Salvador, fundado en el año 1972 durante la administración presidencial del general Fidel Sánchez Hernández.

Este centro cuenta con un alto número de personas que padecen diferentes patologías entre ellas está la fractura de Miembro Superior presentándose en los últimos cinco años un total de 1,844 casos atendidos en esta institución, por lo que es necesario, implementar estas técnicas para verificar los beneficios que estas traerían a los pacientes.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los beneficios de la Parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de Fractura de Miembro Superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután en el periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2013?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

En fractura de miembro superior, se presenta un conjunto de alteraciones de los componentes articulares, tendinosos y musculares que producen dolor y limitación funcional en el miembro superior.

La parafina ofrece beneficios al organismo como: hidratación profunda también se recomienda para aumentar la movilidad de articulaciones, tendones, relajación muscular y alivia el dolor mediante el calentamiento de los tejidos en los músculos. El baño de parafina aumenta la circulación sanguínea.

La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de contribuir con las personas a realizar las actividades de la vida diaria de autocuidado, trabajo y lúdica, importantes para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones significativas.

Este tratamiento puede ser fácilmente llevado a cabo en el país y es una de las mejores maneras para disminuir el dolor, incrementar la función independiente, mejorar la calidad de vida y de prevenir la discapacidad. Esta es la razón por la cual fisioterapeutas, especialistas en artritis, fracturas y otras patologías, han estado recomendando baños de parafina, y por ello surgió dicha investigación.

Esta investigación fue factible de realizarse y puede contribuir en el tratamiento fisioterapia y Terapia Ocupacional en los pacientes con fractura de Miembro Superior mejorando así la rehabilitación de estos.

Las personas beneficiadas con esta investigación son: Los pacientes que están siendo atendidos en El Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután. El grupo investigador ya que le permitirá corroborar los conocimientos y dar un mejor tratamiento a los pacientes, a los futuros profesionales de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, esta investigación servirá como base de apoyo documental hacia futuras investigaciones.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Comprobar los beneficios de la Parafina y Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de Fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután en el periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los tipos de Fractura de miembro superior en los pacientes que asisten al hospital antes mencionado.
- Determinar si la modalidad de la parafina ayuda a disminuir la inflamación en la población en estudio.
- Determinar las actividades de la vida diaria que se ven afectadas por la fractura de miembro superior.
- Verificar la efectividad de la terapia ocupacional para aumentar la fuerza muscular y amplitud articular en la población en estudio.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 BASE TEÓRICA:

El miembro superior, en el cuerpo humano, es cada una de las extremidades que se fijan a la parte superior del tronco. Se compone de cuatro segmentos: cintura escapular, brazo, antebrazo y mano. Se caracteriza por la movilidad y capacidad para manipular y sujetar. Tiene en total 32 huesos y 42 músculos; su vascularización corre a cargo principalmente de las ramas de la arteria axilar, sus principales venas son las cefálica, basilíca y axilar; la mayor parte de su inervación está a cargo del plexo braquial.(ver figura 1).

Cintura Escapular: La cintura escapular está compuesta por los huesos clavícula y escápula, dos a cada lado, que fijan los miembros superiores a la parte superior del tronco tórax a nivel de los hombros.

Escápula: Tiene tres fosas: subescapular, supraespinosa e infraespinosa. La fosa subescapular es anterior y es el lugar de inserción del músculo subescapular. La fosa supraespinosa es posterior superior por encima de la espina y es el lugar de inserción del músculo supraespinoso. La fosa infraespinosa es posterior inferior a la espina y es el lugar de inserción del músculo infraespinoso. La fosa supraespinosa y la infraespinosa se dividen por la espina, aquella que termina en el acromion.

Posee tres bordes: axilar o lateral, vertebral o medial y cervical o superior. En el borde vertebral se insertan los músculos romboides mayor y el romboides menor; en el axilar, los redondos. Tiene una apófisis, la coracoides, donde se originan los músculos: el Coracobraquial, bíceps (porción corta) y se inserta el músculo pectoral menor. El acromion es la extensión de la espina y es el lugar de articulación con la clavícula.

Clavícula: Hueso largo con forma de "S" que se encuentra en la parte anterosuperior de la caja torácica. Tiene dos caras: Superior e inferior, dos bordes: anterior y posterior, y dos extremos: medial o esternal (porque se articula con el esternón) y el borde lateral o acromial porque se articula con el acromion de la escápula.

Brazo: Su esqueleto está formado por un solo hueso: el húmero.

Antebrazo: Está formado por el cúbito y radio.

Mano: En los vertebrados a partir de los anfibios, existen varias piezas esqueléticas articuladas entre sí después del antebrazo que forman el Carpo, y a continuación de éstas, y articulados con ellas, cinco radios óseos que constituyen el metacarpo, de cuyos extremos distales se desprenden cinco apéndices libres: Los dedos, constituidos por tres piezas esqueléticas, falange, falangina y falangeta (Excepto por uno de ellos, que consta de dos falanges solamente).La mano tiene un esqueleto complejo, formado por:

Carpo, Metacarpo, Falanges.

MOVIMIENTOS DEL MIEMBRO SUPERIOR.

HOMBRO:

- Flexión.
- Extensión.
- Abducción.
- Aducción.
- Rotación externa.
- Rotación interna.

CODO:

- Flexión.
- Extensión.
- Supinación del antebrazo.
- Pronación del antebrazo.

MUÑECA:

- Flexión.
- Extensión.
- Desviación radial.
- Desviación cubital.

MÚSCULOS DEL MIEMBRO SUPERIOR.

FLEXIÓN DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Deltoides (fibras anteriores).
- Coracobraquial.

Músculos accesorios.

- Deltoides (fibras medias).
- Pectoral mayor (clavicular).
- Bíceps braquial.

EXTENSION DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Dorsal ancho.
- Redondo mayor.
- Deltoides (fibras posteriores).

Músculos accesorios.

- Redondo menor.
- Tríceps (porción larga)

ABDUCCION DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Deltoides (fibras medias).
- Supraespinoso.

Músculos auxiliares.

- Deltoides (haces anteriores y posteriores).
- Serrato mayor (acción directa sobre la escápula).

ABDUCCION HORIZONTAL DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Deltoides (fibras posteriores).

Músculos auxiliares.

- Infraespinoso.
- Redondo menor.

ADUCCION HORIZONTAL DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Pectoral mayor.

Músculos auxiliares.

- Deltoides (fibras anteriores).

ROTACION EXTERNA DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Infraespinoso.
- Redondo menor.

Músculos accesorios.

- Deltoides (fibras posteriores).

ROTACION INTERNA DEL HOMBRO

MÚSCULOS:

- Subescapular.
- Pectoral mayor.
- Dorsal ancho.
- Redondo mayor.

Músculos accesorios.

- Deltoides (fibras anteriores).

FLEXIÓN DEL CODO

MÚSCULOS:

- Bíceps braquial.
- Braquial anterior.
- Supinador largo.

Músculos auxiliares.

- Músculos flexores del antebrazo.

EXTENSIÓN DEL CODO

MÚSCULOS:

- Tríceps braquial.

Músculos auxiliares.

- Músculos extensores del antebrazo.

SUPINACION DEL ANTEBRAZO

MÚSCULOS:

- Bíceps braquial.
- Supinador corto.

Músculos accesorios

- Supinador largo.

PRONACION DEL ANTEBRAZO

MÚSCULOS:

- Pronador redondo.
- Pronador cuadrado.

Músculos accesorios

- Palmar mayor.

FLEXIÓN DE LA MUÑECA

MÚSCULOS:

- Palmar mayor.
- Cubital anterior.

Músculos accesorios.

- Palmar menor.

EXTENSIÓN DE LA MUÑECA

MÚSCULOS:

- Primer radial externo.
- Segundo radial externo.
- Cubital posterior.

FLEXIÓN DE LAS ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS DE LOS DEDOS.

MÚSCULOS:

- Lumbricales.
- Tercer y cuarto lumbricales.
- Interóseos dorsales.
- Interóseos palmares.

FLEXIÓN DE LAS ARTICULACIONES INTERFALANGICAS PROXIMALES Y DISTALES DE LOS DEDOS

MÚSCULOS:

- Flexor común superficial de los dedos.
- Flexor común profundo de los dedos.

EXTENSIÓN DE LAS ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS DE LOS DEDOS

MÚSCULOS:

Extensor común de los dedos de la mano.

- Extensor propio del índice.
- Extensor propio del meñique.

ABDUCCION DE LOS DEDOS:

- Interóseos dorsales.
- Abductor del meñique.

ADUCCION DE LOS DEDOS.

MÚSCULOS:

- Interóseos palmares.

FLEXIÓN DE LAS ARTICULACIONES METACARPOFALANGICAS E INTERFALANGICAS DEL PULGAR.

MÚSCULOS:

- Flexor corto del pulgar.
- Flexor largo del pulgar.

ABDUCCION DEL PULGAR

MÚSCULOS.

- Abductor largo del pulgar.
- Abductor corto del pulgar.

Músculos accesorios.

- Palmar menor.

ADUCCION DEL PULGAR.

MÚSCULOS.

- Aductor del pulgar (haces oblicuo y transverso).

OPOSICION DEL PULGAR Y DEL MEÑIQUE: MÚSCULOS:

- Oponente del pulgar.
- Oponente del meñique.

Fractura: Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea o cartilaginosa. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso (ver figura 2).

Causas:

- ✓ Las fracturas son causadas, en su mayoría, por traumas severos (impacto fuerte en el hueso).
- ✓ Las siguientes son causas más comunes de fracturas óseas son:
- ✓ Caída desde una altura.
- ✓ Accidentes automovilísticos.
- ✓ Golpe directo.
- ✓ Fuerzas repetitivas, como las que se presentan cuando una persona corre.

Signos Y Síntomas:

- Calor:** Aumento de temperatura en la área afectada.
- Edema:** tumefacción de la piel ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.
- Dificultad para la movilidad:** se da por consecuencia de dolor.
- Equimosis:** coloración en forma de mancha azulada seda por la ruptura de un vaso sanguíneo bajo la superficie de la piel.
- Dolor:** sensación molesta de una parte del cuerpo.
- Deformidad:** alteración morfológica de un tejido o articulación.
- Sensibilidad:** alteración de la percepción de los diferentes grados de temperatura o estimulación táctil.
- Función motora:** pérdida del movimiento normal del miembro.
- Coloración de la extremidad:** son los cambios en la coloración de la piel cuando el miembro se ha sometido a un trauma.

Los tipos de fractura de miembro superior son:

- **Transversal:** fractura cuyo trazo es perpendicular al eje longitudinal de un hueso largo. (ver figura 3)
- **Oblicua:** fractura cuyo trazo está inclinado en relación al eje longitudinal de la diáfisis de un hueso largo.
- **Espiral:** fractura en la cual la línea de fractura tiene forma de espiral; usualmente ocurre en la diáfisis de un hueso largo. También llamada fractura por torsión.
- **Tercer Fragmento:** fractura con un tercer fragmento triangular en forma de ala de mariposa a nivel del tercio medio de la diáfisis.
- **Segmentaria:** es una fractura del tercio medio de un hueso largo.

- **Conminuta:** fractura con más de dos fragmentos; las líneas de fractura pueden ser transversas, oblicuas y espirales.
- **Compresión:** aplastamiento del hueso esponjoso por fuerzas que actúan paralelas al eje longitudinal del hueso.
- **Impactada:** fractura en la cual los fragmentos están comprimidos por fuerza de un trauma original, penetrando un fragmento del hueso, en el hueso adyacente.
- **Por avulsión:** fragmentación del hueso donde la tracción producida en la unión con un ligamento tendón fuerte arranca el fragmento del resto del hueso.
- **Tallo verde:** fractura incompleta, angulada, con una sola cortical rota que ocurre en la diáfisis de los huesos largos. (ver figura 4)
- **Fractura de colles:** Es una fractura cercana al final del radio, hueso del brazo que forma parte de la unión con la muñeca (ver figura 5)
- **Fractura de escafoides:** Es un hueso localizado en la muñeca del lado del dedo pulgar donde se encuentra con el radio (ver figura 6)

METODOS DE DIAGNÓSTICOS.

- **Exploración física:** Se pueden encontrar signos de probabilidad y signos de certeza de las fracturas.
- **Signos de probabilidad:** Tumefacción local, deformidad evidente, equimosis, dolor localizado, pérdida o alteración de la función.
- **Signos de corteza:** Son crepitación, movilidad anormal, exploración radiográfica; una vez realizado el examen físico se solicita radiografía para confirmar el diagnóstico.

Exámenes Auxiliares:

- **El Ecodopler:** Sirve para determinar la presencia de coágulo venoso posterior al trauma.
- **Arteriografía:** Sirve para hacer diagnósticos más invasivos que el ecodopler, haciendo uso de material de contraste en la exploración articular.
- **Electromiografía:** Nos da a conocer la información de conducción nerviosa del área afectada.
- **Rayos x:** Son imágenes radiológicas que visualizan el daño de las estructuras a estudios.
- **TAC:** Una tomografía axial computarizada, es un procedimiento de diagnóstico médico que utiliza rayos X con un sistema informático que procesa las imágenes y que permite obtener imágenes radiográficas en secciones progresivas de la zona del organismo estudiada, y si es necesario, imágenes tridimensionales de los órganos o estructuras orgánicas.

4.1.1 TRATAMIENTO DE LA PARAFINA EN PACIENTES CON FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.

La **parafina**: Es un derivado del petróleo cuyo uso se da en la fabricación de velas, donde se usa desde hace siglos. Su nombre, parafina, viene del latín “parum” y “affinis” y significa “que tiene poca afinidad. Este derivado del petróleo es una sustancia inerte y muy estable, cuyas cualidades la hacen cada vez más popular en aplicaciones fisioterapéuticas y en tratamientos de algunas patologías.¹ Para que la parafina sea empleada en termoterapia, debe ser calentada hasta alcanzar el punto de fusión. Para ello existen aparatos de uso profesional (ver figura 7).

TECNICA DE APLICACIÓN DE LA PARAFINA: La parafina ayuda a humectar las capas profundas de la piel ya que crea una capa que impide que la humedad se evapore, de esta manera llega a las capas más profundas, aumenta el flujo sanguíneo (ver figura 8).

PRECAUCIONES ANTES DEL TRATAMIENTO.

- ✓ El área no debe tener objetos metálicos.
- ✓ El segmento a tratar debe limpiarse con agua y jabón, y posteriormente con alcohol, para evitar la proliferación de bacterias en el fondo de la parafina.

PRECAUCIONES DURANTE LA APLICACIÓN.

- ✓ No se debe movilizar la parte introducida en la parafina, se corre el riesgo de interrumpir la formación de la barrera de parafina semisólida con lo que el paciente sentirá una sensación de quemadura.
- ✓ La mano debe sumergirse con los dedos lo más extendidos y separados posible.
- ✓ La parafina se aplica fundamentalmente sumergiendo manos y pies o bien se aplica con un pincel sobre la cadera, la rodilla, el hombro, o la espalda. (ver figura 9)

MECANISMO DE TRANSFERENCIA DE CALOR:

- ✓ Por conducción.²

TECNICAS DE APLICACIÓN:

- ✓ Inmersión.
- ✓ Pinceladas.

MÉTODO DE INMERSIONES:

El más utilizado.

Consiste en la introducción cuidadosa de la mano o el pie durante varios segundos.

Posteriormente se retira, para que se forme una delgada capa de parafina, ligeramente endurecida y adherente, sobre la piel

La operación se repite de 8 a 12 veces hasta que se forme una gruesa capa de parafina sólida.

¹www.quiminet.com

²Parafina.pdf.objeto.aplicacion/pdf

A continuación se envuelve en una bolsa plástica y se cubre con varias toallas para facilitar la retención de calor (ver figura 11).

Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos.

Transcurrido este tiempo, se quitan las toallas y la bolsa de plástico con un depresor lingual se retira la capa de parafina sólida y se arroja al baño de parafina (ver figura 10)

Se verifica el estado de la piel y se limpia la zona con agua y jabón.

MÉTODO DE PINCELACIÓN:

Permite aplicar la parafina a temperatura más elevada

Se utiliza sobre zonas como los hombros y los codos, que no pueden ser tratados mediante las técnicas anteriores

Se aplican unas 10 pinceladas sobre la zona luego se envuelven en plástico y toallas

Tiempo terapéutico es de 15 a 20 minutos.

Al finalizar el tratamiento se notara las manos y los pies más suaves, pero no solamente el tratamiento tiene esta finalidad, sino que además los baños de parafina son muy buenos para la relajación de músculos y tendones y para la movilidad de las articulaciones.(ver figura 11).

El agente terapéutico de los baños de parafina es el calor, por lo que para practicarlos se necesita que la sustancia adquiriera una temperatura de 50 a 54 grados.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

- Dolor.
- Espasmos musculares.
- Aumento de la movilidad articular.
- Procesos artríticos en fase sub aguda y crónica.
- Posterior fracturas óseas.
- Contracturas musculares.
- Bursitis.
- Tenosinovitis.
- Rigidez articular.
- Debilidad o rigidez por lesiones de nervios.
- Tejido cicatrizar que limita los movimientos.
- Contracturas post traumáticas.
- Calentamiento antes de realizar ejercicios

CONTRAINDICACIONES:

- Intolerancia al calor como ocurre en ciertas enfermedades neurológicas, Piel lesionada.
- Aplicación sobre zonas con procesos tumorales.
- Sobre heridas recientes estén o no infectadas.
- Zonas con tendencia a sangrado.
- Micosis del segmento aplicar.

- Úlceras o heridas abiertas.

Además de las contraindicaciones generales de calor local la parafina al ser un hidrocarburo, y por tanto una materia combustible, jamás debe ser puesta en contacto directo con el fuego o cualquier fuente de energía térmica.

TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS DE FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.

La terapia ocupacional es una disciplina que se realiza por medio de actividades constructivas que tiene por objetivo la rehabilitación física, psicológica, social y vocacional, para integrar o reintegrar al individuo a la comunidad como un ser productivo. La cual pretende lograr los siguientes Objetivos: mantener la gama de movimientos, aumentar la fuerza muscular, mejorar y desarrollar destrezas, lograr la independencia en el desempeño de las tareas ocupacionales y en las actividades de la vida diaria, el adiestramiento en el cambio de dominancia del miembro afecto (ver figura 12).

En pacientes con fractura de miembro superior los movimientos aislados son muy poco frecuentes cuando se utiliza la extremidad superior, por ello la evaluación debe de comprender la totalidad de la extremidad incluyendo la determinación del funcionalismo anatómico en términos de amplitud, fuerza y control, así como la utilización voluntaria, como abrir una puerta, sostener un periódico o escribir.

El hombro es la articulación proximal del miembro superior que tiene más movimiento de todo el cuerpo y es la que tiene mayor amplitud articular, ya que se mueve en todos los ejes, transversal, anteroposterior y vertical; el codo es la articulación de alejamiento y acercamiento de la mano gracias a esta, el paciente puede alimentarse, bañarse, vestirse.

La funcionabilidad de la mano se da en la capacidad de abrir y cerrar, formando puños, al mismo tiempo se comprobará coordinación, fuerza de prensión y condiciones de la piel.

Por más que la disfunción está localizada el tratamiento debe de incluir de algún modo general de empleo de la totalidad del miembro a fin de cerciorarse de que ello lo realizara durante todo el día.

Las actividades en general de las sesiones terapéuticas se adaptaran cada vez más a la línea de actividades normales, tanto del trabajo como del hogar.

FINES DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.

- Incrementa la gama de movimientos y fortalecer las extremidades superiores.
- Mejorar la sensibilidad, evitar la hipotrofia.
- Actividades bilaterales para desviar la atención de las zonas lesionadas.
- Mantener y mejorar las actividades de la vida diaria.

- Mantener y mejorar habilidades y destrezas.
- Orientar al paciente a desarrollar actividades recreativas y ocupacionales.
- Incorporarlo a su ambiente laboral.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.

ADAPTACIÓN DE LA ACTIVIDAD: La adaptación de la actividad es el proceso de modificar una artesanía, juego o deporte, o alguna otra actividad, para lograr un objetivo terapéutico. Hay dos razones para adaptar una actividad en el tratamiento del individuo con incapacidad física. Una es modificar la actividad para hacerla terapéutica cuando ordinariamente no lo sería en su forma no adaptada. Muchos ejemplos de estos pueden observarse en clínicas de terapia ocupacional. Algunos de tales ejemplos son las adaptaciones de un telar de piso a fin de proporcionar ejercicio a músculos que por lo general no participan en el tejido; el juego de damas de pared. En el cual el tablero se pinta sobre un muro con clavijas en cada cuadro para colgar las fichas de mayor tamaño; y las unidades de biorretro información electrónicamente conectadas a interruptores para encender y apagar los dispositivos.

La otra razón para la adaptación es graduar el ejercicio ofrecido por la actividad a lo largo de un continuo terapéutico para lograr objetivos. Aun que se puede ofrecer la misma cantidad de ayuda o resistencia en forma manual por la terapeuta mientras el paciente efectúa una actividad no adaptada, se prefiere la adaptación porque la resistencia o la ayuda tiene que ser constante durante cierto tiempo; el paciente puede trabajar de manera independiente y por lo tanto, obtener sentimientos de satisfacción; y, en casos donde el paciente está aprendiendo un nuevo patrón de movimiento, la terapeuta puede constituir una interferencia. Un ejemplo de adaptación para graduar el ejercicio es cambiar el tamaño de los implementos de actividad. Para incrementar la coordinación, la actividad debe graduarse a lo largo de un continuo desde el movimiento grueso y burdo hasta el movimiento fino y preciso. Las damas y otros juegos de tablero se prestan fácilmente a tales graduaciones; pudiéndose cambiar el tablero y las piezas desde grandes hasta pequeñas. La persona aficionada a las damas puede continuar un juego favorito mientras se beneficia terapéuticamente.

Las características de una buena adaptación son las siguientes: la adaptación logra su objetivo específico. La adaptación no propicia o requiere de movimientos o posturas raros. La posición debe ser razonable para la actividad implicada. La adaptación ha sido sólidamente construida y no es potencialmente peligrosa para el paciente. La adaptación no requiere que el paciente piense en términos del movimiento, per se. Las adaptaciones deben ser tales que intrínsecamente exijan cierta respuesta del paciente. Una en la que no tenga que concentrarse para llevarla a cabo. Finalmente, no degradan al paciente; algunas adaptaciones muy rebuscadas hacen parecer ridículo al paciente y por lo tanto se siente apenado de utilizarlas.

Al adaptar actividades, como acontece con todas las técnicas terapéuticas, es vital para el paciente comprender la razón por la que una actividad tiene que efectuarse de manera adaptada. Los principios de adaptación corresponden a los principios de tratamiento. Describimos aquí las adaptaciones de actividad que implementan estos principios.

POSICION DE LA TAREA EN RELACION CON LA PERSONA.

La posición de la persona en relación con el trabajo que se va a efectuar dicta el movimiento que se hace necesario para la actividad. Las adaptaciones mediante el cambio de posición se refieren a cambios en la inclinación de la superficie de trabajo, altura de la misma, o colocación de las piezas que se van a agregar al proyecto.

Las actividades que se efectúan comúnmente sobre una superficie plana, como el pintar con los dedos, juegos en tableros, lijado de madera, o la utilización del patín de ejercicios, pueden acompañarse de mayor o menor resistencia cambiando la inclinación de la superficie. Por ejemplo, si la superficie se inclina hacia abajo, hacia adelante y en sentido opuesto al paciente, se aplica resistencia a la flexión del hombro y a la extensión del codo. La superficie de trabajo estándar horizontal puede elevarse o bajarse para ejercer demanda sobre ciertos grupos musculares o para alterar el efecto de la gravedad. Por ejemplo, una mesa elevada hasta la altura de la axila permite flexión y extensión del codo en un plano donde se haya eliminado la gravedad. Otro ejemplo, consiste en abatir la superficie de la mesa hasta la altura del codo a fin de provocar movimientos de pronación y supinación mientras se elimina la rotación del hombro, permitiendo que la parte alta del brazo permanezca en aducción durante el proceso de mover artículos sobre la superficie de la mesa.(ver figura 13).

Cuando se utiliza un patín, si la mesa para deslizarlo se ajusta a la altura de la axila, puede aplicarse resistencia a la abducción o aducción horizontales: si la mesa se ajusta a la altura de la cintura, se puede aplicar resistencia a la rotación externa o interna del hombro.

Colocando los artículos como fragmentos mosaicos, piezas de hilaza, cuentas, dardos, contaditos de frijoles, etc.

En diversas posiciones cambia el movimiento requerido para alcanzarla impresión de blocks en posición especial. El block se mantiene en su sitio apoyado por clavos en la parte de abajo y a la derecha. Se puede cambiar la altura moviendo la tabla sostenida por el tornillo.

Cuando se efectúa una actividad en una forma estándar. La colocación puede ser lo suficientemente alta como para propiciar la flexión o abducción del hombro; lateral para propiciar la rotación del hombro, la rotación del tronco, o el movimiento horizontal; o baja para propiciar la flexión del tronco, o su flexión lateral.

La posición puede provocar respuestas dentro de los patrones de desarrollo. Por ejemplo, el sentarse o sentarse de lado, la colocación de las piezas para determinada actividad hacia un lado requerirá que la persona las alcance con un brazo, se estabilice con el otro brazo, y efectúe rotación del tronco para alcanzarlas. Las actividades que requieran alcanzar objetos provocaran respuestas de equilibrio.

ADICION DE PESO: La adición de peso adapta una actividad para satisfacer objetivos como: incremento de la fuerza, promoción de la cocontracción, o aumento de la gama pasiva de movimiento por estiramiento.

A algunas actividades sin resistencia se les puede agregar está colocando pesas al aparato, ya sea en forma directa o utilizando poleas, mientras que otras pueden hacerse resistivas agregando peso a la persona en sí. Por ejemplo, para oponer resistencia a la extensión de hombro y la flexión del codo, se puede suspender pesas de poleas colocadas a través de la persona en una superficie plana o inclinada de las cuerdas yendo desde cada manija de una lijadora bilítera. La línea de tracción puede ser invertida para resistir la flexión del hombro y la extensión del codo si las poleas se colocan por detrás de la persona.

La resistencia puede cambiar en cualquier telar; sin embargo, los talarés de piso se prestan mejor a una mayor variabilidad en la aplicación de la resistencia. Pueden agregarse pesas directamente a los arneses, pedales, o batidores, o bien indirectamente a la batidera mediante el uso de un sistema de poleas.

Las pesas pueden ser agregadas directamente a la persona por medio de manguitos así como con polea con cuerdas. Por ejemplo, cuando se utilizan un manguito con pesas para la muñeca, las correas de cuero pueden oponer resistencia a la rotación externa y a la flexión del codo. Tenemos otro ejemplo en el trenzado, el cual puede oponer resistencia a la flexión del hombro por medio de pesas y poleas colocadas sobre el respaldo de la silla ocupada por la persona, con las cuerdas yendo a un manguito amarrado alrededor del humero de la misma.

A las herramientas también se les aumenta peso y se les puede seleccionar o ajustar para ofrecer una resistencia graduada. Algunas posibilidades serían las siguientes. Los martillos pueden ser graduados desde martillos de tapicero de poco peso hasta martillos pesados de bola o de orejas. El tejido puede efectuarse utilizando un telar de mesa, y a medida que el movimiento del paciente mejora en extensión y fuerza, pueden usarse telares de piso más grandes y pesados.

ADICION DE RESORTES Y LIGAS DE HULE: Los resortes y ligas de hule son medios para adaptar la actividad para incrementar la potencia o la respuesta de contracción a través de la resistencia, para ayudar a un músculo débil, o bien para estirar el músculo y otros tejidos blandos a su fin de incrementar la gama de movimiento pasivo. Al ofrecer resistencia, el soporte o la liga se colocan de tal manera que su tracción se opongan a la ejercida por el movimiento del grupo muscular seleccionado, mientras que si se les utiliza para proporcionar ayuda, se ajusta para que jalen en la misma dirección que el músculo al

contraerse. Los resortes o ligas aplicados con el propósito de causar estiramiento se colocan de modo que la tracción sea contra el tejido que se pretende estirar.

Se pueden aplicar resortes de tensiones graduadas directamente al equipo. Se puede hacer que una batidera de un telar de piso efectúe resistencia a la extensión o flexión del codo agregando resortes desde el plegador del pecho hasta la batidera para oponer resistencia a la extensión o desde la batidera hasta el castillo, el poste central del telar, para oponer resistencia a la flexión del codo una lijadora para empuñar, que tiene resortes en el mango, opondrá resistencia a la flexión de los dedos cuando la persona la aprieta para usarla.

Se pueden colocar ligas a piezas más pequeñas del equipo, pudiendo graduarlas, desde delgadas y con ligera tensión, hasta gruesas y de fuerte tensión. Por ejemplo, se puede enredar una liga alrededor de la punta de una pinza para colgar ropa que se va a utilizar en juegos que requieren coger pequeñas piezas.

Cuando se utilizan ligas o resortes para crear una fuerza o resistencia en una dirección, el movimiento de retorno puede implicar el estiramiento pasivo del mismo grupo muscular durante el movimiento en dirección opuesta, a menos de que la persona haga una contracción excéntrica de los músculos bajo resistencia para evitar la tracción de estiramiento. Por ejemplo, si se fija un resorte a la batidera de un telar para oponer resistencia a la flexión del codo cuando la batidera es jalada hacia la persona, en el movimiento de regreso el resorte jalara hacia la extensión, estirando los flexores a menos de que el paciente contraiga excéntricamente estos músculos. La contracción excéntrica resultaría aconsejable ya que también ejercitaría a los flexores débiles.

CAMBIO DE MATERIALES O DE LA TEXTURA DE LOS MATERIALES.

Los grados a lo largo del continuo de reforzamiento pueden lograrse mediante la selección del tipo de material y también por variaciones de textura o densidad para cambiar la resistencia. Se puede poner a prueba la coordinación cambiando el material utilizado, a otro de naturaleza más fina y delicada. La estimulación cutánea cambia a medida que los objetos o las superficies que utiliza la persona tienen mayor o menor textura, lo cual tiene el efecto de facilitar o inhibir los músculos relacionados con la superficie cutánea estimulada. El recubrir las manijas con material que tenga textura proporciona estimulación sensorial a los flexores de los dedos.

La resistencia puede ser cambiada, por ejemplo, comenzando un proyecto de recorte utilizando papel de china y después progresando hacia materiales más pesados, como cartulina, tela o cuero. Procediendo en dirección contraria, se requiere mayor coordinación. Se puede graduar la resistencia del grabado en metal seleccionando materiales en grados que vayan desde aluminio delgado hasta cobre grueso.

El papel de lija se gradúa desde extrafino hasta grueso, su resistencia aumenta mientras más grueso sea. El mezclado puede graduarse desde hacer gelatina, pasando por batir unos blanquillos. Hasta mezclar la pasta para un pastel, etc.

El tejido puede iniciarse utilizando hilaza gruesa para tapetes e irse graduando hacia finas hebras de lino a medida que el paciente mejora su coordinación. Haciendo pelotas de estambre o de tela para toallas, alfombrando las superficies donde trabaja la persona, etc. La terapeuta adapta la actividad para incrementar la estimulación sensorial.

CAMBIO EN EL TAMAÑO O LA FORMA DE LOS OBJETOS.

Cuando se utilizan juegos de tablero, se puede variar el tamaño o la forma de las piezas para sí lograr un beneficio terapéutico que los objetos estándar no ofrecen. Por ejemplo, las damas, que por lo general son piezas planas de aproximadamente 2.5 cm de diámetro, pueden hacerse cilíndricas, cuadradas, cubitas, o esféricas, cuyo tamaño puede variar desde muy pequeñas hasta tan grandes como lo permita la prensión de una persona. Reduciendo el tamaño o cambiando la forma de las piezas con las cuales se está trabajando, se facilita el objetivo de aumentar la destreza y la coordinación fina. Las terapeutas cambian de forma creativa el tamaño de los materiales artesanales, como el hilo para tejer, los pedazos de mosaico, las orientaciones para pintar por números, las pizzas de cerámica, etc.

Así como los materiales recreativos como las piezas de rompecabezas, las piezas del ajedrez, etc. Para incrementar la coordinación. Las herramientas se adaptan cambiando el tamaño o la forma de sus mangos o agregando mangos a herramientas que normalmente no los tienen. El tamaño real de la herramienta utilizada puede cambiarse, en cuyo caso las herramientas ofrecen mayor o menor resistencia. Por ejemplo, el tamaño de las sierras ya desde pequeñas seguetas hasta sierras circulares o de cadena. La resistencia de las sierras también puede graduarse mediante el número de dientes que tiene la hoja por centímetros; mientras menor sea el número de dientes, mayor será la resistencia. El tamaño de formones y gubias para trabajo en madera es variable, y la cantidad de hoja expuesta puede cambiar para proporcionar resistencia. El tamaño de las tijeras también varía, y su resistencia puede aumentarse apretando el tornillo.

CAMBIO DE METODO PARA EFECTUAR LA ACTIVIDAD.

El boliche, el basquetbol, y muchos otros deportes pueden efectuarse desde una posición sentada en oposición a la posición normal de pie. El cambio de regimientos adapta algunos deportes a ciertos requerimientos del individuo físicamente incapacitado como los deportes de pista y campo. El bordado y la costura, que son normalmente actividades bilaterales, pueden hacerse unilaterales mediante adaptaciones que mantienen firme el material para poder trabajarlo con una sola mano.

Se pueden perforar orificios en cuero o en paquetes de papel mediante el uso de una perforadora en vez de los punzones habituales. Pueden imprimirse blocks en una prenda operada manualmente o con el pie en vez de utilizar una prensa automática. En vez de carreras a pie pueden hacerse carreras arrastrándose a gatas. En vez de rodar sobre una estera para terapia, se le puede hacer sobre una alfombra áspera para proporcionar una mayor estimulación sensorial.

Se utiliza un cambio de método tanto para el ejercicio y para la compensación. Mediante el cambio de método se hace factible una actividad cuando bajo circunstancias ordinarias tal cosa no sería posible debido a la incapacidad de la persona. Esta adaptación compensadora le permite a la terapeuta ofrecer actividades de interés al paciente mientras que, al mismo tiempo, se cumplen ciertos objetivos terapéuticos.

ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL EMPLEADAS EN PACIENTES CON FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.

Adaptación de la Actividad: Es el método utilizado para modificar cualquier actividad como deporte, juegos o actividades de la vida diaria con el objetivo de hacerla terapéutica para mejorar la calidad de vida del paciente.

Posición de la tarea en relación con la persona.

La posición de la persona en relación con el trabajo que se va a efectuar dicta el movimiento que se hace necesario para la actividad. Las adaptaciones mediante el cambio de posición se refieren a cambios en la inclinación de la superficie de trabajo, altura de la misma, o colocación de las piezas que se van a agregar al proyecto.

Adición de peso: La adición de peso adapta una actividad para satisfacer objetivos como: incremento de la fuerza, promoción de la cocontracción, o aumento de la gama pasiva de movimiento por estiramiento.

Adición de resortes y ligas de hule: Los resortes y ligas de hule son medios para adaptar la actividad para incrementar la potencia o la respuesta de contracción a través de la resistencia, para ayudar a un músculo débil, o bien para estirar el músculo y otros tejidos blandos a su fin de incrementar la gama de movimiento pasivo.

Cambio de materiales o de la textura de los materiales.

Los grados a lo largo del continuo de reforzamiento pueden lograrse mediante la selección del tipo de material y también por variaciones de textura o densidad para cambiar la resistencia.

Cambio en el tamaño o la forma de los objetos.

Cuando se utilizan juegos de tablero, se puede variar el tamaño o la forma de las piezas para sí lograr un beneficio terapéutico que los objetos estándar no ofrecen.

Cambio de método para efectuar la actividad.

El boliche, el basquetbol, y muchos otros deportes pueden efectuarse desde una posición sentada en oposición a la posición normal de pie. El cambio de regimientos adapta algunos deportes a ciertos requerimientos del individuo físicamente incapacitado como los deportes de pista y campo. El bordado y la costura, que son normalmente actividades bilaterales, pueden hacerse unilaterales mediante adaptaciones que mantienen firme el material para poder trabajarlo con una sola mano.

Actividades manuales y artísticas: Que se realizan de acuerdo a las preferencias y expectativas del paciente como por ejemplo: Elaborar flores, piñatas, tarjetas navideñas, arreglos florales, artesanías. (ver figura 14)

Actividades Grupales o Sociales: En las cuales se pueden incluir reuniones con juegos competitivos, cantos, arte, pintura y dibujo. (ver figura 15)

3. SISTEMA DE HIPOTESIS.

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi: La Parafina y la Terapia Ocupacional son eficaces en la recuperación de los pacientes con diagnóstico de Fractura de miembro superior, entre las edades de 30 a 65 años, de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, durante el periodo de julio a septiembre del 2013.

3.2. HIPOTESIS NULA.

Ho: La aplicación de la Parafina y la Terapia Ocupacional no son eficaces para la recuperación de los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior, entre las edades de 30 a 65 años, de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, durante el periodo de julio a septiembre del 2013.

3.3 VARIABLES.

Fractura de miembro superior.

3.4 UNIDAD DE ANALISIS.

Los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años.

3.5 OPERACIONALIZACION DE HIPÓTESIS Y VARIABLES

HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi: La parafina y la terapia ocupacional beneficia a los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior, entre las edades 30 a 65 años, de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután, periodo de julio a septiembre de 2013.</p>	<p>V1. Fractura de Miembro Superior.</p>	<p>Es la Ruptura de uno o más huesos del miembro superior.</p>	<p>-Aplicación de la modalidad de la Parafina.</p> <p>-Aplicación de la Terapia Ocupacional.</p>	<p>-Dolor -Inflamación -Contracturas musculares. -Relajación muscular. -Aumento de la circulación. -Distensibilidad de estructuras tendinosas y ligamentosas.</p> <p>-Actividades de la vida diaria. -Amplitud articular. -Coordinación. -Fuerza muscular.</p>

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio de la investigación es de tipo:

Prospectivo: por que permitió registrar la información según se aplicó el tratamiento, es decir proporcio al grupo de investigación obtener resultados y llevar en forma ordenada los acontecimientos que ocurrieron en el transcurso del proceso de tratamiento en la población objeto de estudio.

Según el periodo y secuencia del estudio es de corte:

Transversal: Por qué el estudio se realizó en un periodo de tiempo de tres meses de julio a septiembre de 2013.

De acuerdo al estudio y análisis de los resultados la investigación es de tipo.

Descriptiva: Permitió al grupo investigador describir y determinar los factores que predispusieron al problema en estudio, conocer las dificultades comunes que presentaron los pacientes con Fractura y dar la respuestas a las diferentes preguntas que se formularon con respecto a los beneficios de la Parafina y la Terapia Ocupacional, la cual se obtuvo durante el proceso del tratamiento.

4.2 POBLACIÓN.

El universo o población de la investigación estuvo constituida por 60 pacientes que asisten al área de fisioterapia del Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

4.3 MUESTRA.

La muestra de la investigación estuvo conformada por 9 pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años, de ambos sexos que asistieron al área de Fisioterapia del Hospital San Pedro de la Ciudad de Usulután.

4.4 CRITERIOS PARA DETERMINAR LA MUESTRA.

Fueron necesarios para establecer la muestra que formaron parte de la investigación ya que se cumplieron ciertos criterios de inclusión como de exclusión que se detallan a continuación.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes entre las edades de 30 a 65 años.
- Ser hombre o mujer.
- Pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior.
- Que asistan al Hospital en estudio.
- Personas que quieran participar en la investigación. (ver anexo 5)

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que se han menor de 30 a años.
- Personas que no tengan el diagnóstico de fractura de miembro superior.
- Personas que no quieran formar parte de la población en estudio.
- Pacientes que no asisten al Hospital en estudio.

4.5 TIPO DE MUESTREO.

- **Muestreo no probabilístico, por conveniencia.**

El tipo de muestreo que se utilizó al seleccionar a los pacientes que formaron parte de la muestra es no probabilístico o por conveniencia ya que este no da oportunidad a toda la población de ser elegida, si no que cada individuo tendrá que cumplir con los requisitos y criterios ya mencionados.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las técnicas que se utilizaron para la obtención de datos de la investigación son:

DOCUMENTALES:

- **Documental bibliográfica:** Ya que la información fue extraída de diferentes fuentes como son: libros, tesis, folletos y direcciones electrónicas, para la estructuración del trabajo de investigación.
- **Documental escrita:** Tomando en cuenta que los archivos son fuentes necesarias para la realización de la investigación.

DE CAMPO:

- **La observación:** Se realizó con el fin de detectar, deformidades y otros parámetros que se evaluaron y el desempeño de las A.V.D. u otros aspectos que se han necesarios para plasmarlos en la investigación.
- **La evaluación física:** La investigación se realizó mediante una hoja de evaluación inicial y final que contiene los parámetros para determinar el estado de los pacientes.

- **La entrevista:** Porque mediante este instrumento se obtuvo la información complementaria para analizar la información referida por las personas que formaron parte de la muestra.

4.7 INSTRUMENTOS.

- Los instrumentos que fueron utilizados son: guía de Evaluación de fisioterapia y Terapia Ocupacional, al inicio y al final del tratamiento. (ver anexo 6)
- Una guía de entrevista. (ver anexo 7)

4.8 MATERIALES UTILIZADOS.

Tanque de parafina, plástico, pincel toalla, papel bon de diferentes colores, fomy listón, encaje, espray paletas, brillantina, papel estañado de diferentes colores, papel lustre cartoncillo, papel corrugado, tijeras, silicón, acuarela, lana, colores, plumones, flores, pistola de silicón, guía de extensión eléctricas, bote de silicón líquidos, pinchos de madera, botes grandes y pequeños, hilo de colores, cartulina, conos, ganchos, prono supinador, arco simple, arco compuesto, marco escalador, tablero de ensamble, semillas, plastilina, semillas de diferentes tamaños, recorte de figuras.

4.9 PROCEDIMIENTO.

La investigación se realizó en dos etapas:

En la primera etapa: Se seleccionó el tema para describir los beneficios de la Parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior y su respectiva aprobación y así se dio inicio a la obtención de información para la elaboración, luego se inició con la recolección de datos para la elaboración del perfil de lo que fue la investigación, seguidamente se realizó la primera entrega de los borradores para su revisión y asesoría del documento posteriormente se elaboró el protocolo de la investigación, luego su entrega y revisión y concluirlo con la elaboración final del protocolo.

En una segunda etapa: Se inició con la ejecución de la investigación la cual comprendió.

A solicitar un permiso al director del Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, para la realización de la investigación.

Posteriormente se realizó una reunión con los pacientes objeto de estudio, con diagnóstico de fractura de miembro superior, para determinar la muestra a estudiar, la cual fue elegida a través del método no probabilístico elaborando un listado de pacientes con características comunes para el estudio, ya con la muestra seleccionada se realizó una reunión con los pacientes para dar a conocer el proyecto a ejecutar, sucesivamente se procedió a llenar una

hoja de consentimiento informado, luego una hoja de evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, tanto al inicio como al final al igual que una guía de entrevista que se les formulo a los pacientes(ver figura 16)

El programa de aplicación del tratamiento se desarrolló en un horario de cuatro horas al día, en tres sesiones semanales siendo estos los días lunes, miércoles y viernes, durante el proceso de ejecución se llevaron a cabo las diferentes actividades que los pacientes realizaron como; sobres con decoraciones, tarjeteros, canastas de paletas, diversas figuras de fomy, flores de papel bon de colores, tarjetas decoradas con flores y listón; se finalizó con una evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional, se comprobó la evolución del paciente mediante el tratamiento que se le aplico, posteriormente se realizó una reunión con los pacientes para dar los agradecimientos respectivos por su colaboración, voluntad y confianza(ver figura 17).

Finalmente se tabulo, analizo e interpreto la información, proporcionada por la evaluación final para su respectiva exposición.

5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

5.1.1 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN FÍSICA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.

**CUADRO N° 1.
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.**

EDADES	SEXO				F	%
	F	%	M	%		
30-35	0	0	3	33.33	3	33.33
36-40	1	11.11	0	0	1	11.11
41-50	1	11.11	0	0	1	11.11
51-60	1	11.11	1	11.11	2	22.22
61-65	2	22.22	0	0	2	22.22
TOTAL	5	55.55	4	44.44	9	100

Fuente: Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

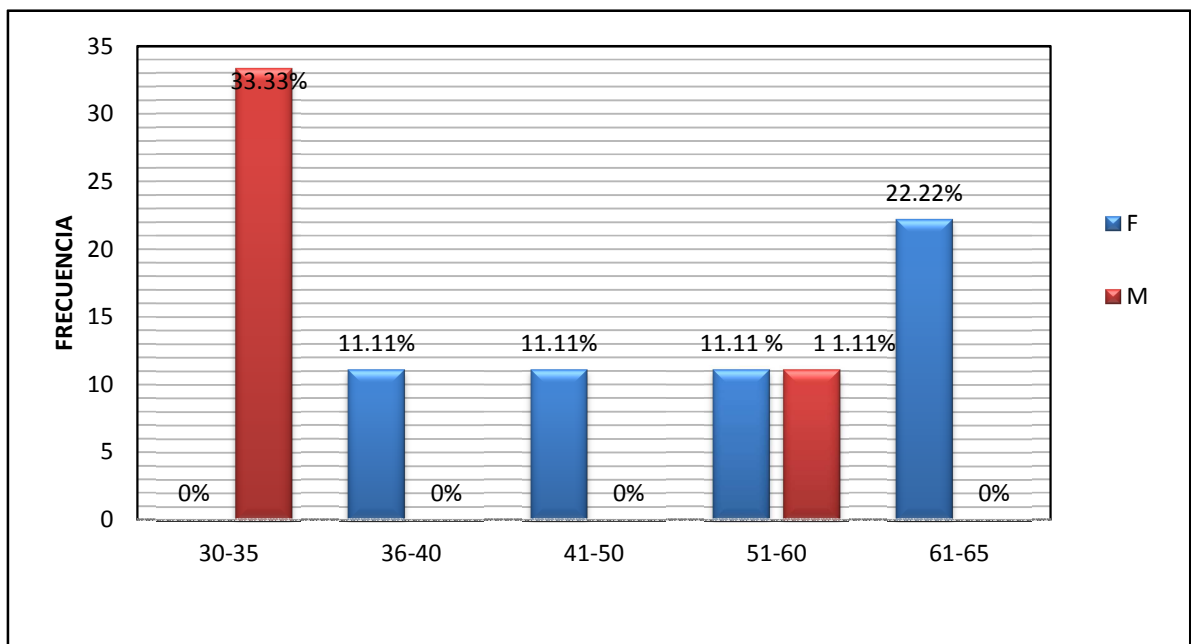
M= Masculino F= Femenino

ANÁLISIS: En el presente cuadro se da a conocer las diferentes edades y sexo de los pacientes objeto de estudio, donde se puede contemplar los rangos de 30 – 65 años de edad,

un 55.55% del sexo femenino y el 44.44% del sexo masculino; con respecto a las edades se puede decir que de 30 – 35 años de edad el 0.00%; son del sexo femenino, el 33.33% ,son del sexo masculino, de 36 – 40 años de edad el 11.11% son del sexo femenino, el 0.00% del sexo masculino, de 41 – 50 años de edad el 11.11% son del sexo femenino, el 0.00% del sexo masculino, de 51 - 60 años de edad el 11.11% son del sexo femenino, el 11.11% del sexo masculino, de 61 – 65 años de edad el 22.22% son del sexo femenino, y el 0.00%; del sexo masculino; obteniendo un total del 100%.

INTERPRETACIÓN: Según los datos obtenidos de los pacientes objeto de estudio se observó que, existe un índice mayor entre las edades de 30-35 en el sexo masculino y de 61- 65 en el sexo femenino es el porcentaje más alto debido a que ellas realizan diferentes actividades de la vida diaria donde están más expuestas a sufrir caídas.

**GRÁFICA N° 1.
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.**



Fuente: Cuadro N°1.

CUADRO N°2 CAUSAS DE LAS FRACTURAS.

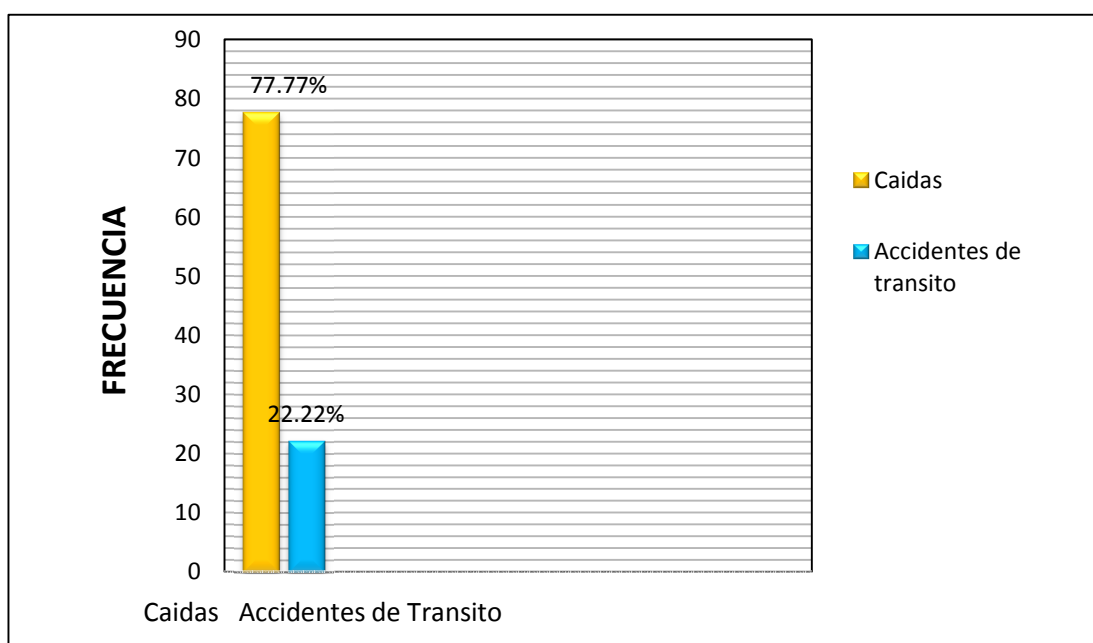
CAUSAS	FRECUENCIA	%
Caídas	7	77.77
Accidentes de Transito	2	22.22
TOTAL	9	100

Fuente: Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

ANÁLISIS: De los datos obtenidos se puede mencionar que un 77.77% de los pacientes objeto de estudio, la causa de fracturas son las caídas, y de ahí un 22.22% lo representan los accidentes de tránsito.

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos obtenidos el mayor porcentaje de causas de fracturas son las caídas, porque son las que se dan con más frecuencia en la población, debido a las diferentes labores que estos realizan en su diario vivir. Ocupando un primer lugar, como segunda causa los accidentes de tránsito.

**GRÁFICA N° 2.
CAUSAS DE FRACTURAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.**



Fuente: Cuadro N° 2.

CUADRO N°3.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

EVALUACIÓN FÍSICA	EVALUACIÓN INICIAL						EVALUACIÓN FINAL					
	L	%	M	%	S	%	A	%	L	%	M	%
Dolor	0	0.00	2	22.2	7	77.77	6	66.66	3	33.33	0	0.00
Inflamación	5	55.55	3	33.33	0	0.00	7	77.77	1	11.11	0	0.00
Edema	0	0.00	1	11.11	0	0.00	1	11.11	0	0.00	0	0.00

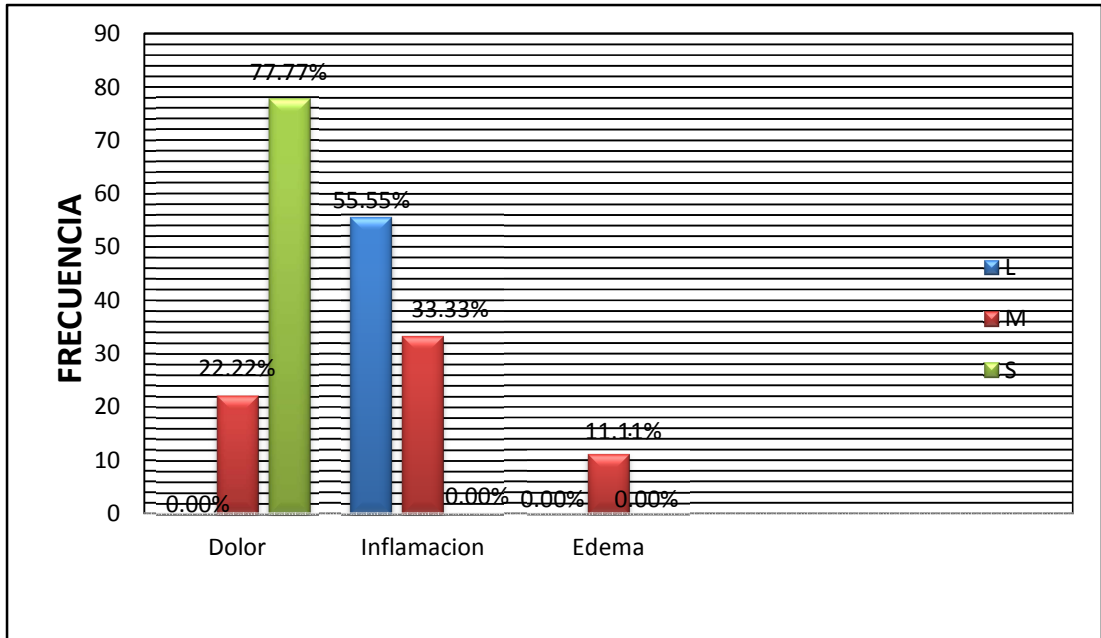
Fuente: Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

L= Leve, M= Moderado, S= Severo A= Ausente

ANÁLISIS: En la evaluación de Terapia Física que se aplicó a la población objeto de estudio, se observa que en la evaluación Inicial el nivel moderado de dolor se presenta con un porcentaje de un 22.22%; en el nivel severo con un 77.77% de igual manera la inflamación se presentó en un grado leve de 55.55%, mientras el nivel moderado presento un 33.33%; en el nivel moderado del edema se presenta con un porcentaje de 11.11%; en la evaluación final los signos y síntomas se reducen a un 66.66% en ausente en el parámetro del dolor y un 33.33%; leve en el dolor y un 77.77% en ausente en la inflamación y leve con un 11.11%; y a un 11.11%; ausente en edema.

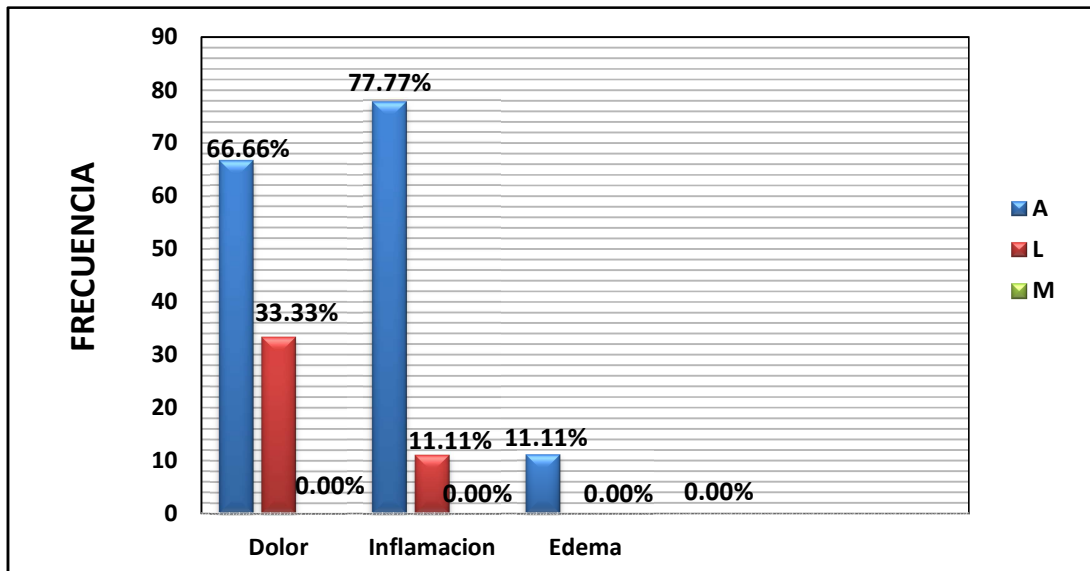
INTERPRETACIÓN: De acuerdo con la información a la población que se realizó la Evaluación Física al inicio demostró que el parámetro de dolor tiene un mayor porcentaje en grado severo y la inflamación se presenta en grado leve y moderado y edema en moderado. Después de haber aplicado la Parafina se mejoró el estado del paciente demostrando así, la efectividad del tratamiento. En la evaluación final en el parámetro del dolor se observa en 33.33%; pacientes en grado leve, en la inflamación 11.11%; y edema ausente en 11.11% debido a las actividades de la vida diaria que realizan.

**GRÁFICA N°3 A.
EVALUACIÓN INICIAL DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS.**



Fuente: Cuadro N° 3.

**GRÁFICA N° 3 B.
EVALUACIÓN FINAL DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS**



Fuente: Cuadro N°3. A, ausente, L, leve, M, moderado

**CUADRO N°4
EVALUACIÓN FÍSICA.**

EVALUACIÓN FÍSICA	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	Presente	%	Ausente	%	Presente	%	Ausente	%
Rigidez	9	100	0	0.00	2	22.22	7	77.77
Contractura	2	22.22	7	77.77	0	0.00	9	100
Deformidad	0	0.00	9	100	0	0.00	9	100

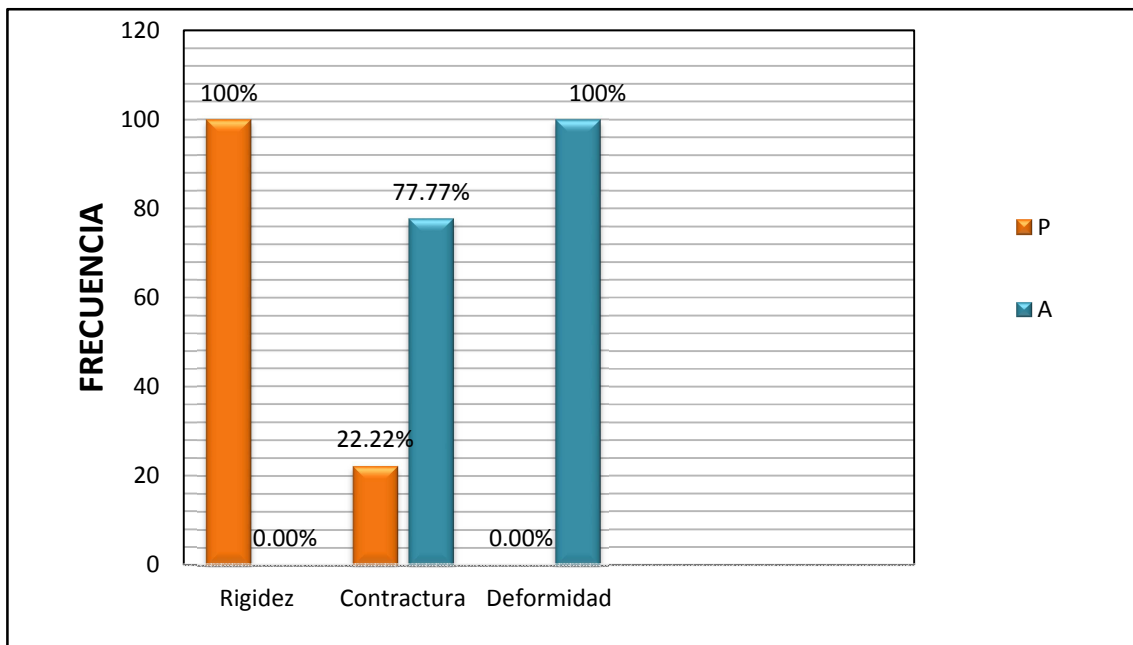
Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.**

P= Presente, **A=** Ausente

ANÁLISIS: En el cuadro N°4 se observa que al inicio de la evaluación rigidez se encuentra presente con un 100%; en contractura un 22.22% y en deformidad un 100% presente; En la evaluación final los porcentajes de rigidez se presentan en un 22.22%; y con un 77.77% en ausente, Contractura y deformidad se muestran ausentes en un 100%.

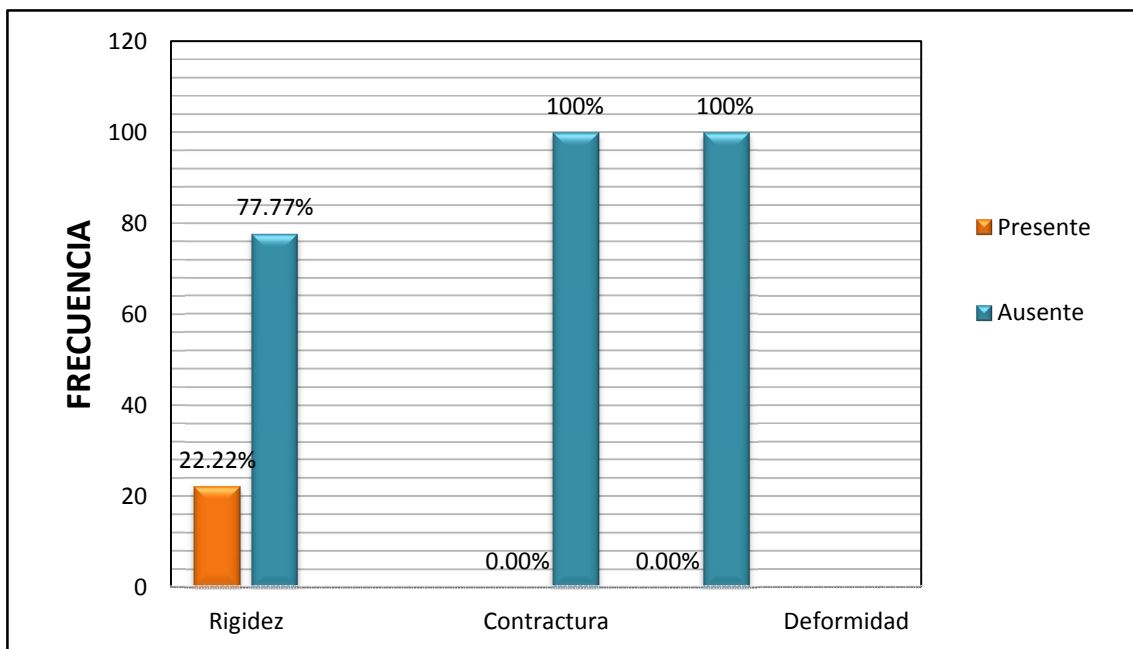
INTERPRETACIÓN: En la evaluación Inicial se observa que el mayor porcentaje de los pacientes presento rigidez, en la evaluación final después de haber aplicado la modalidad de la parafina y Terapia Ocupacional la rigidez disminuyo notablemente al igual que la contractura.

GRÁFICO N°4 A
EVALUACIÓN INICIAL DEL ESTADO ARTICULAR



Fuente: Cuadro N°4

GRÁFICO N°4 B:
EVALUACIÓN FINAL DEL ESTADO ARTICULAR



Fuente: Cuadro N°4

**CUADRO N°5.
EVALUACIÓN DEL ESTADO DE LA PIEL.**

ESTADO DE LA PIEL	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	Presente	%	Ausente	%	Presente	%	Ausente	%
Hipotrofismo Muscular	7	77.77	2	22.22	1	11.11	8	88.88
Cicatriz	5	55.55	4	44.44	5	55.55	4	44.44

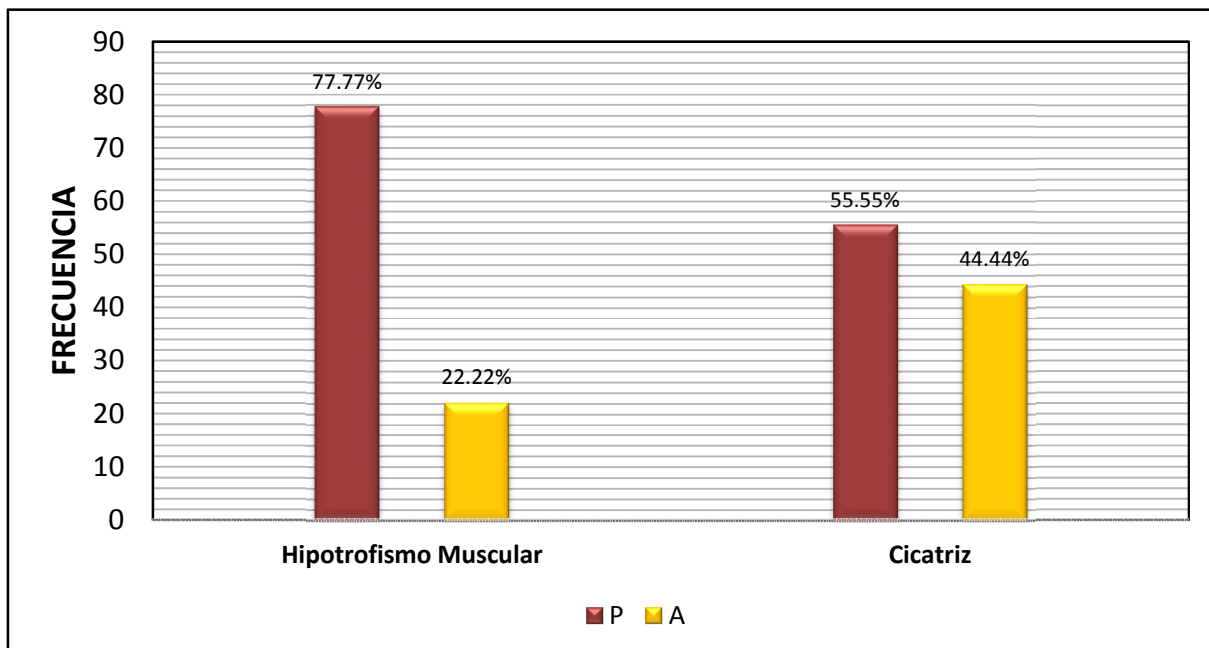
Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.**

P= presente A= ausente

ANÁLISIS: De acuerdo con el cuadro N°5 en la evaluación inicial se presentó hipotrofismo muscular en un 77.77 %, ausente en un 22.22% en cuanto a cicatriz se presentó 55.55% y un 44.44%. En la evaluación final el hipotrofismo en 11.11% se encontró presente y un 88.88% ya no lo presentaron; en cuanto a cicatriz se mantuvieron los datos de en un 55.55% y ausente en un 44.44% tanto de la evaluación inicial y final.

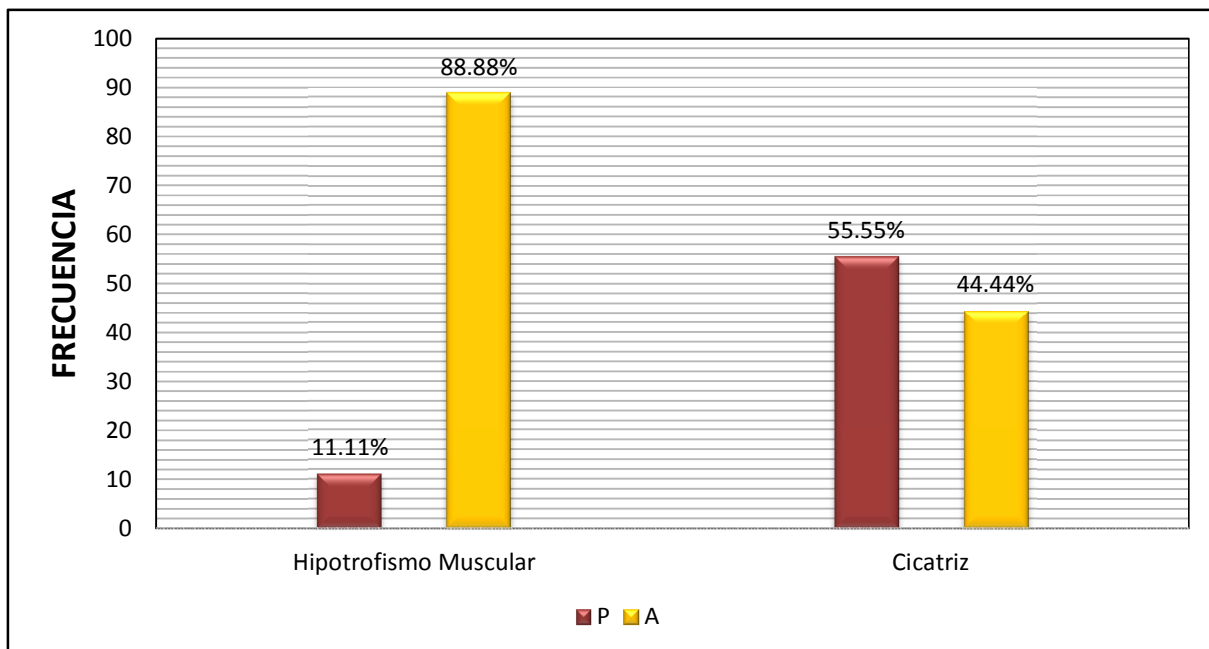
INTERPRETACIÓN: Después de la aplicación de la parafina y la terapia ocupacional y los beneficios del masaje y los ejercicios de fortalecimiento mediante la realización de diferentes manualidades y adición de peso los pacientes mejoraron notablemente en cuanto al Trofismo muscular, la cicatrices se mantuvieron debido a que la presentaban por cirugías realizadas.

GRÁFICO N°5 A EVALUACIÓN INICIAL DEL ESTADO DE LA PIEL.



Fuente: Cuadro N°5.

**GRÁFICO N°5 B
EVALUACIÓN FINAL DE ESTADO DE LA PIEL.**



Fuente: Cuadro N°5

**CUADRO N°6
EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD**

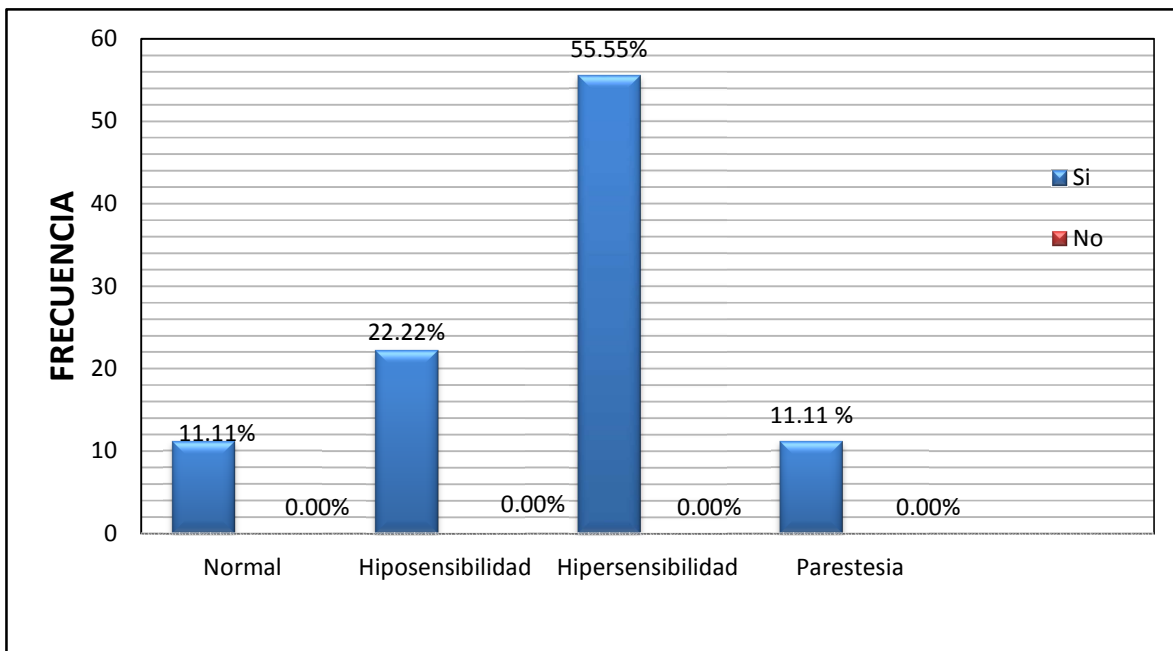
SENSIBILIDAD	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
Normal	1	11.11	0	0.00	9	100	0	0.00
Hiposensibilidad	2	22.22	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Hipersensibilidad	5	55.55	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Parestesia	1	11.11	0	0.00	0	0.00	0	0.00

Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional**

ANÁLISIS: En el presente cuadro se representa la valoración del parámetro de la sensibilidad que se puede observar en la evaluación Inicial, de la población en estudio, que en estado normal es de un 11.11%; y en Hiposensibilidad de un 22.22%; y en hipersensibilidad es de un 55.55% y parestesia con un 11.11% presente; al finalizar la ejecución la sensibilidad es normal en un 100%.

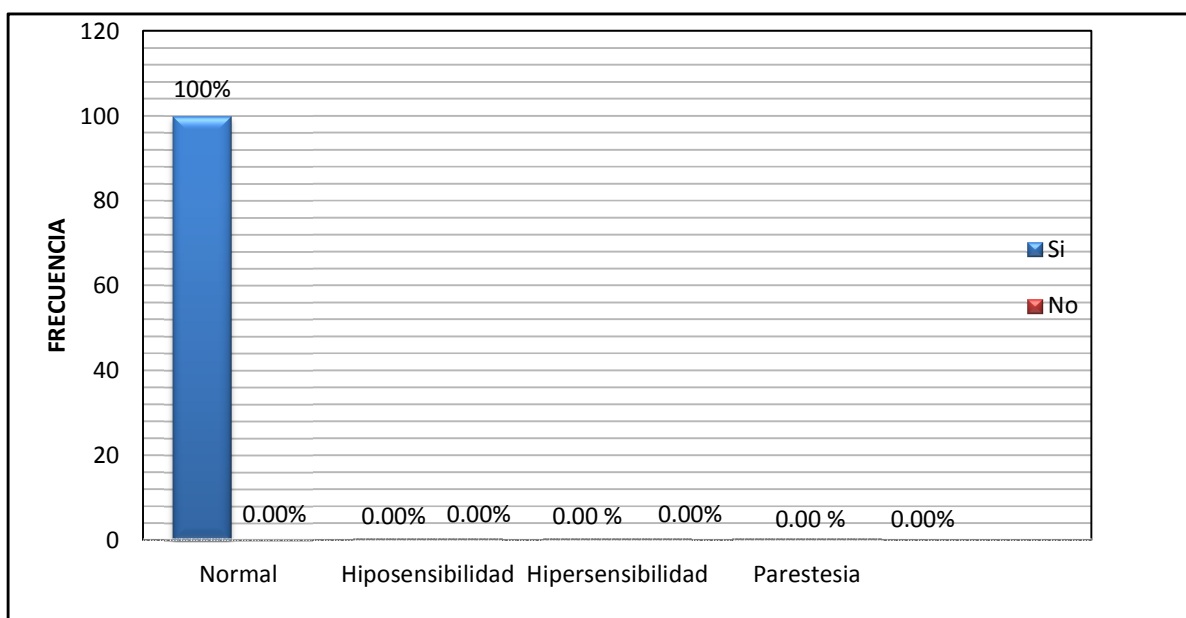
INTERPRETACIÓN: Como muestra el cuadro N°6 al inicio de la ejecución al pasar la Evaluación Física se observó que los pacientes presentaron alteraciones en la sensibilidad, al finalizar con la aplicación de la fisioterapia y Terapia Ocupacional, gracias a las diferentes texturas y materiales que se utilizaron para realizar las distintas manualidades que se realizaron a lo largo del tratamiento esta mejoro quedando normal.

**GRÁFICA N°6 A.
EVALUACIÓN INICIAL DE LA SENSIBILIDAD.**



Fuente: Cuadro N°6

**GRÁFICA N°6 B.
EVALUACIÓN FINAL DE LA SENSIBILIDAD.**



Fuente: Cuadro N°6

**CUADRO N°7
EVALUACIÓN FÍSICA DE AMPLITUD ARTICULAR**

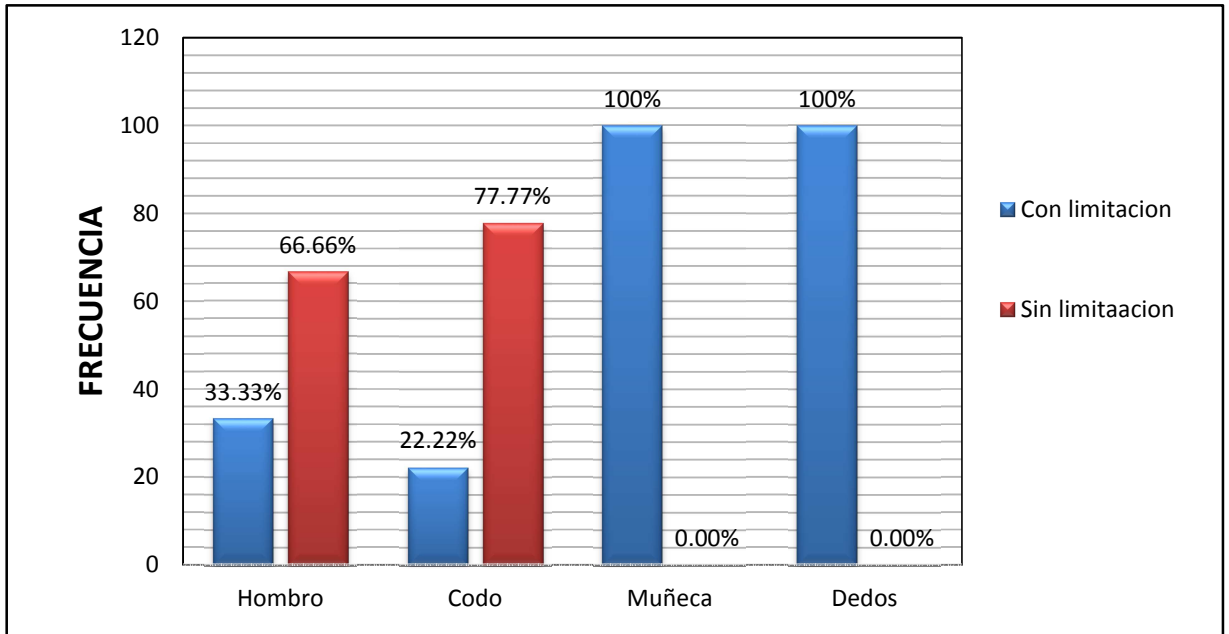
AMPLITUD ARTICULAR	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	CON LIMITACIÓN	%	SIN LIMITACIÓN	%	CON LIMITACIÓN	%	SIN LIMITACIÓN	%
Hombro	3	33.33	6	66.66	1	11.11	8	88.88
Codo	2	22.22	7	77.77	1	11.11	8	88.88
Muñeca	9	100	0	0.00	2	22.22	7	77.77
Dedos	9	100	0	0.00	2	22.22	7	77.77

Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.**

ANÁLISIS: Como se manifiesta en el cuadro N°7 en la evaluación inicial, los pacientes, presentaban dificultad en amplitud articular de Hombro de 33.33%, en articulación de codo de 22.22%, en muñeca y dedos de un 100%; al finalizar la evaluación la articulación de Hombro quedo con limitación de 11.11%, y la articulación de codo quedo con un 11.11%; de limitación, de la articulación de muñeca y en dedos con un 22.22% de limitación articular, sin limitaciones en un 88.88% en hombro, un 88.88% en codo, un 77.77% tanto en muñeca como en dedos al finalizar las sesiones de tratamiento.

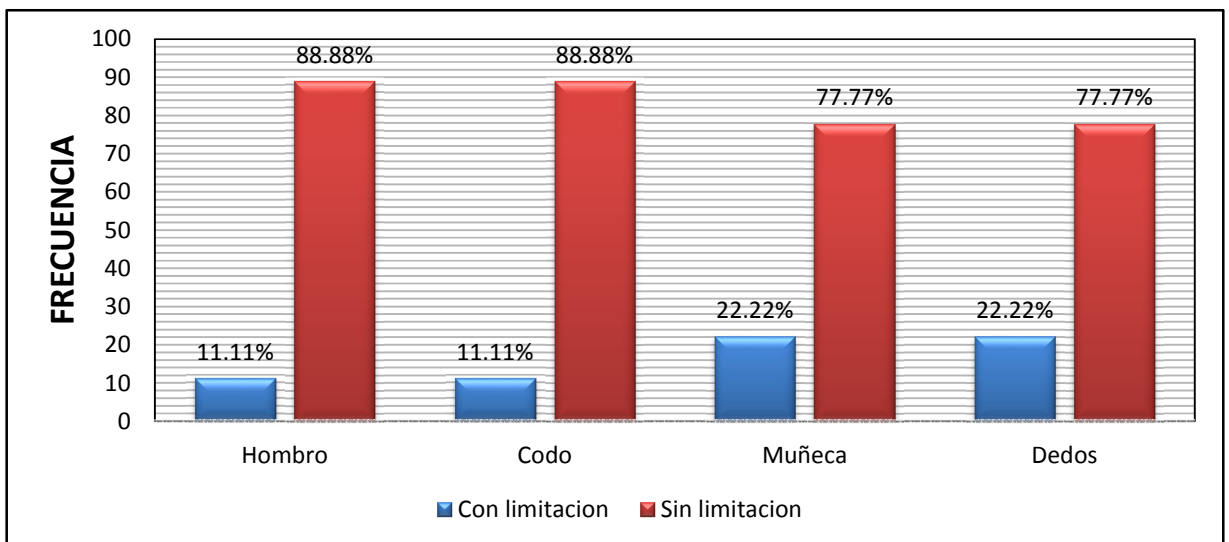
INTERPRETACIÓN: Después de finalizado el tratamiento y gracias a las actividades adaptadas como terapias individuales y grupales con los conos, el tablero de ensamble, y los marcos escaladores y los ejercicios de estiramientos realizadas durante la ejecución los pacientes ampliaron sus arcos de movimientos del miembro superior afectado.

**GRÁFICO N°7 A.
EVALUACIÓN INICIAL DE AMPLITUD ARTICULAR**



Fuente: Cuadro N°7

**GRÁFICO N°7 B.
EVALUACIÓN FINAL DE AMPLITUD ARTICULAR.**



Fuente: Cuadro N°7

**CUADRO N°8
EVALUACIÓN DE FUERZA MUSCULAR.**

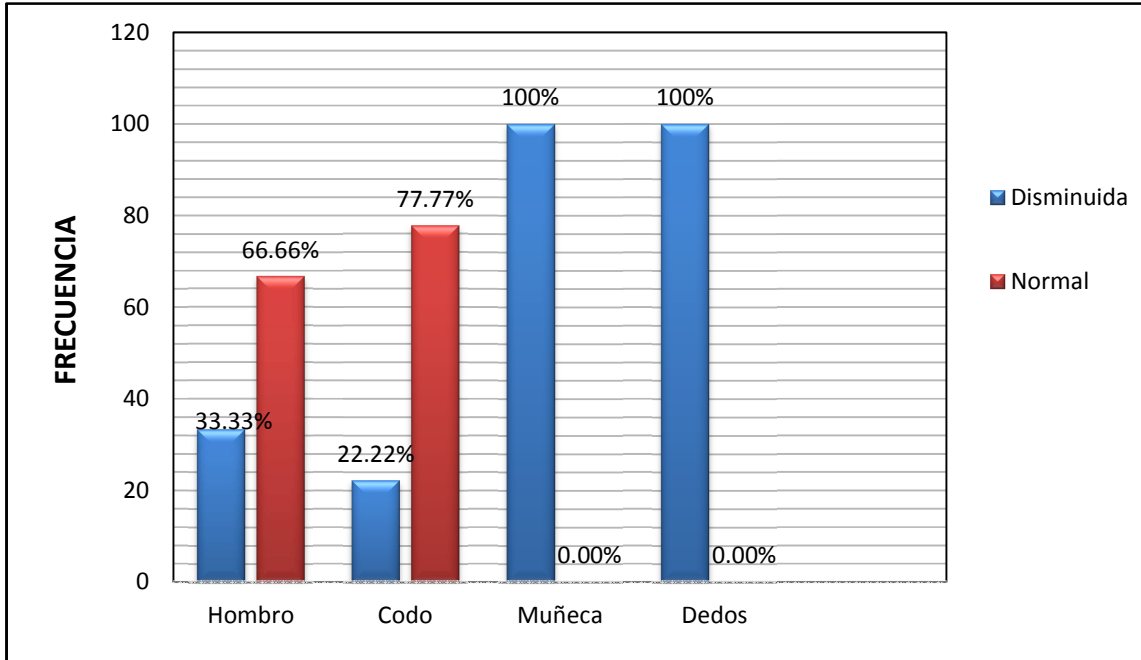
Fuerza Muscular	EVALUACIÓN INICIAL				EVALUACIÓN FINAL			
	Disminuida	%	Normal	%	Disminuida	%	Normal	%
Hombro	3	33.33	6	66.66	1	11.11	8	88.88
Codo	2	22.22	7	77.77	1	11.11	8	88.88
Muñeca	9	100	0	0.00	2	22.22	7	77.77
Dedos	9	100	0	0.00	2	22.22	7	77.77

Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.**

ANÁLISIS: como se aprecia en el cuadro anterior los pacientes presentaron disminución de la fuerza muscular en la articulación de Hombro de 33.33% , codo con un 22.22% y en muñeca y dedos con un 100%.. En la evaluación final se presentó en articulación de hombro de un 11.11%, codo un 11.11%, muñeca y dedos un 22.22% en forma disminuida, y un 88.88% en hombro, el 88.88% en codo, el 77.77% en muñeca, el 77.77% en dedos lo realizaban de forma normal al terminar las sesiones de tratamiento.

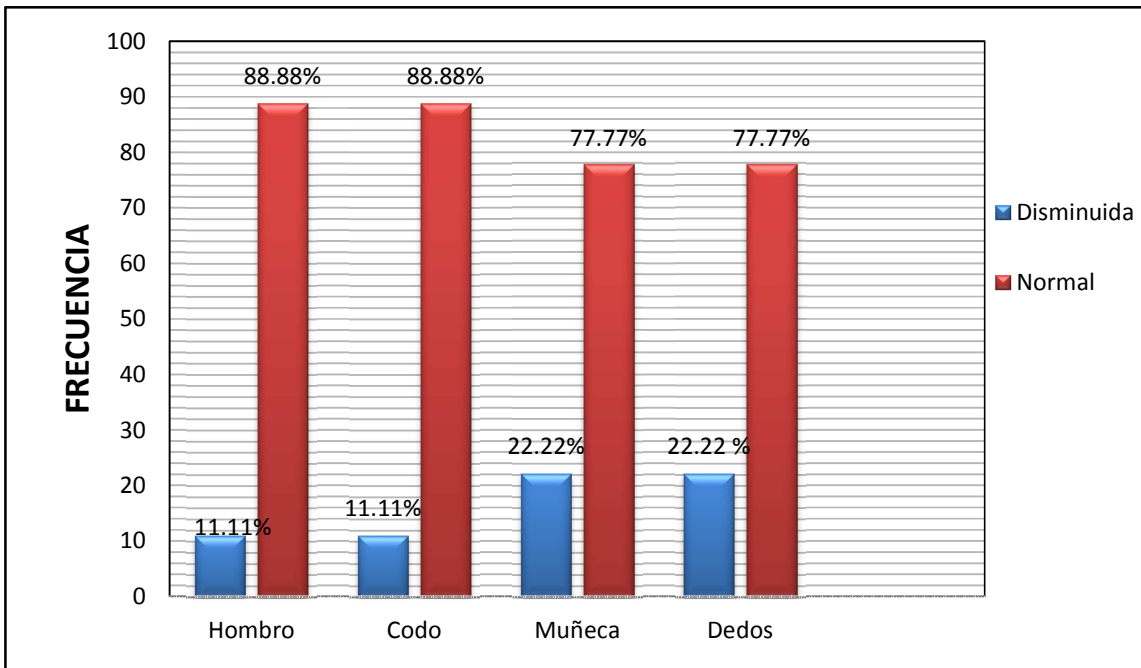
INTERPRETACIÓN: Después de la aplicación del tratamiento y a las actividades de adición de peso que se realizaron durante la ejecución y mejoramiento de la circulación mediante la aplicación de la parafina los pacientes mejoraron notablemente en cuanto a fuerza muscular.

**GRÁFICA N°8 A.
EVALUACIÓN INICIAL DE FUERZA MUSCULAR.**



Fuente: Cuadro N°8

**GRÁFICA N°8 B.
EVALUACIÓN FINAL DE FUERZA MUSCULAR.**



Fuente: Cuadro N° 8

CUADRO N°9

EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Actividades de la Vida Diaria	Evaluación Inicial						Evaluación Final					
	D	%	S.D	%	I	%	D	%	S.D	%	I	%
Vestuario	0	0.00	7	77.77	2	22.22	0	0.00	0	0.00	9	100
Higiene	0	0.00	6	66.66	3	33.33	0	0.00	0	0.00	9	100
Alimentación	0	0.00	0	0.00	9	100	0	0.00	0	0.00	9	100

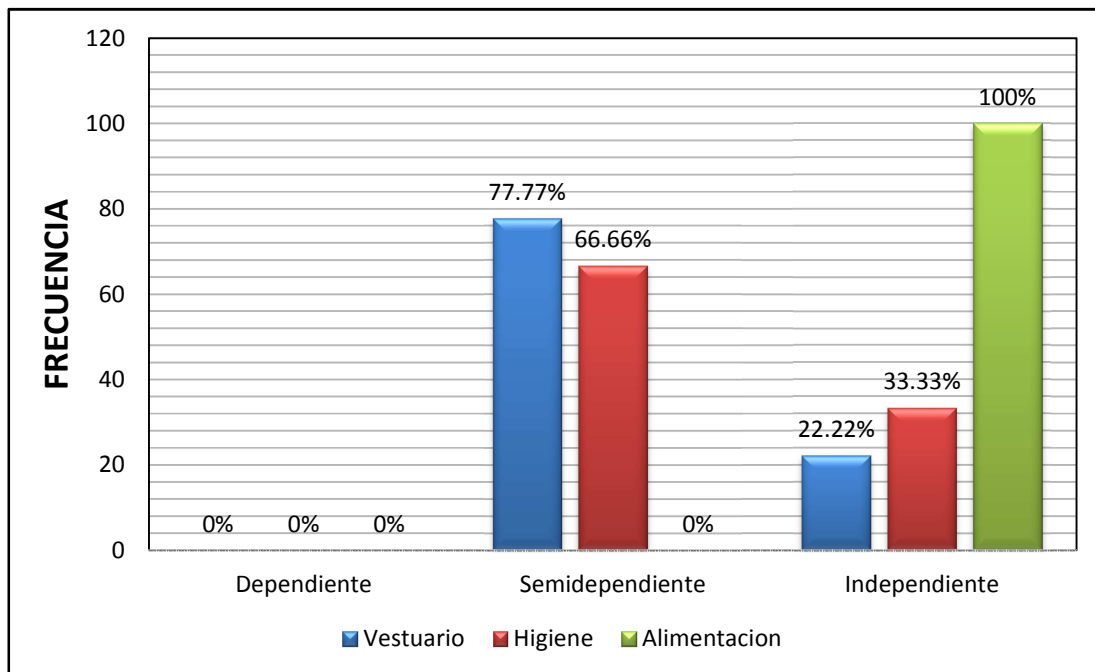
Fuente: **Hoja de Evaluación de Fisioterapia y Terapia Ocupacional**

D= Dependiente, **S=** Semiindependiente, **I=** Independiente

ANÁLISIS: según el cuadro anterior se detalla en la evaluación inicial las diferentes actividades de la vida diaria presentándose afectadas en diferente forma con un porcentaje de 77.77% en semidependiente en vestuario un 66.66% un 22.22% dependiente en vestuario, un 33.33% en higiene personal dependiente y un 100% en alimentación. Después de la ejecución se observa que el paciente normalizo en un 100% en las actividades de vestuario, higiene y alimentación.

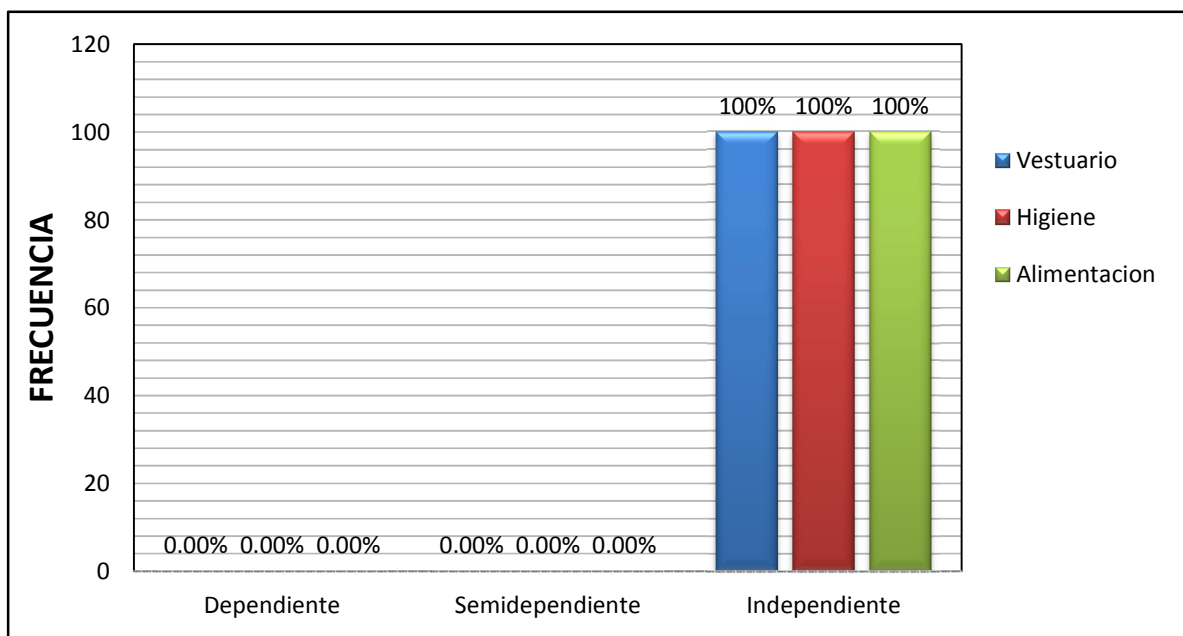
INTERPRETACIÓN: Después de la aplicación de la parafina que ayuda a relajar los músculos, aumentar la vasodilatación, la elasticidad, y la intervención de Terapia Ocupacional que se utilizó como una actividad con objetivo terapéutico adaptando cada una de las actividades realizadas como elaboración de flores, tarjetas, mejorando las prensiones en los pacientes objeto de estudio; se normalizaron al 100% sus actividades de la vida diaria al complementar las sesiones.

GRÁFICO N°9 A.
EVALUACIÓN INICIAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Fuente: Cuadro N°9

GRÁFICO N°9 B
EVALUACIÓN FINAL DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



Fuente: Cuadro N°9

5.2 PRUEBA DE HIPOTESIS.

Según los resultados el grupo investigador comprobó la siguiente hipótesis:

HI: HIPÓTESIS DE TRABAJO.

La aplicación de la parafina y la terapia ocupacional son eficaces en la recuperación de los pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años, de ambos sexos que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

La hipótesis planteada anteriormente se acepta con los siguientes resultados:

Se comprobó con el cuadro N° 3 (datos de acuerdo a los signos y síntomas) que los 9 pacientes objeto de estudio el 66.66%; mejoró en los parámetros de dolor, inflamación presento una gran mejoría de 77.77%; y edema con un 100% en su totalidad, presentando así una mejoría en la evolución del paciente.

En el cuadro N°4 (la valoración de rigidez, contractura, deformidad) se demuestra que hay una mejoría con un 77.77% en ausente, Contractura y deformidad se muestran ausentes en un 100%.

El cuadro N°5 (el hipotrofismo muscular y cicatriz) en el estado de la piel se observó que en la evaluación final el hipotrofismo muscular presentaba una mejoría del 88.88% en ausente y un 44.44% en cicatriz, ya que estas son a causa de la cirugía que se le realizaron a los pacientes.

Cuadro N°6 (el parámetro de la sensibilidad) se comprobó que de los 9 pacientes de la muestra al desaparecer los signos y síntomas se mejoró la sensibilidad en un 100%; logrando así la evolución del paciente después de haber aplicado el tratamiento de una forma satisfactoria.

Cuadro N°7 (evaluación de amplitud articular) se comprueba que al inicio de la evaluación todos los pacientes tenían limitación articular, y luego de haberles aplicado el tratamiento de la parafina y la Terapia Ocupacional fueron mejorando en sus arcos de movimiento, en hombro y codo en un 88.88%; en muñeca y dedos en un 77.77%, logrando así una mejor amplitud.

Cuadro N°8 (la valoración de la fuerza muscular), de los datos obtenidos los pacientes presentaban en la evaluación inicial una disminución de la fuerza muscular, después de realizar el tratamiento de Terapia Ocupacional el paciente aumento fuerza muscular, mejorando en un 88.88%; en hombro y codo en muñeca y dedos en un 100%.

Cuadro N°9 (la valoración de las A.V.D.), Se comprobó que los 9 pacientes en la evaluación inicial se desempeñan de una forma semiindependiente. En la evaluación final se observa que se recuperaron en un 100%; logrando su máxima independencia en todas las actividades de la vida diaria.

6. CONCLUSIONES.

Después de la tabulación, el análisis e interpretación y graficar los datos obtenidos durante la ejecución del estudio, el grupo investigador se plantea las siguientes conclusiones.

Las fracturas de miembro superior afectan más a personas del sexo femenino entre las edades de 61- 65 años; en un 55.55% de la población en estudio.

Se determinó que la causa más frecuente que ocasionaron las fracturas fueron las caídas con un 77.77%; afectando a ambos sexos.

Los pacientes que se les aplicó el tratamiento de la Parafina y la Terapia Ocupacional, se recuperaron satisfactoriamente en la disminución de signos y síntomas ocasionados por las fracturas de miembro superior.

Después de haber aplicado la Parafina y el tratamiento a través de la Terapia Ocupacional, los pacientes que presentaron dificultades en las actividades de la vida diaria se recuperaron en un 100%; logrando así desempeñarse mejor en el área laboral y en su entorno social.

La Terapia Ocupacional es un conjunto de técnicas, métodos que se realizan a través de las diferentes actividades de la vida diaria, para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del paciente en todos sus ámbitos ya sean laborales, psicológicos, físicos y social, desarrollando así las habilidades funcionales que el paciente habían perdido.

Al finalizar se concluyó que durante el proceso de investigación que el tratamiento fue satisfactorio ya que se lograron los objetivos propuestos al inicio de la ejecución. Así como la hipótesis de trabajo, fueron comprobados favorablemente, ya que los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con el tratamiento de la Parafina y Terapia Ocupacional.

7. RECOMENDACIONES.

Al Ministerio de Salud (MINSAL), que hagan gestiones de tal forma que contribuyan para que las áreas de fisioterapia y terapia ocupacional tengan un equipo necesario y suficiente recurso humano, para darle una mejor atención a los pacientes que soliciten de este servicio.

A los estudiantes la carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional a ejecutar la modalidad de parafina en combinación con el área de Terapia Ocupacional y las diversas actividades que se pueden realizar con los pacientes a través de las diferentes manualidades.

A los profesionales del área de Fisioterapia y Terapia Ocupacional que laboran en los diferentes centros de Unidades de Salud y hospitales que tomen en cuenta la importancia que tiene la implementación de nuevas actividades de Terapia Ocupacional en dichos centros en el tratamiento de fracturas.

A la población en general hacerle ver la importancia que tiene la Terapia Física y Terapia Ocupacional, en la recuperación física, psicológica, laboral y social del paciente.

A los pacientes a crearles conciencia sobre los beneficios de la Fisioterapia y Terapia Ocupacional ya que el terapeuta, es un colaborador, para lograr una máxima independencia en todas sus áreas del hogar, de tal forma que pueda desarrollar sus habilidades, destrezas que después de una fractura pueden verse afectadas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gámez Ana Ruth, Valencia García Rosario. Beneficios de la terapia ocupacional en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión entre las edades de 60 y 90 años internos en el asilo san Antonio-casa de la misericordia de la ciudad de san miguel en el periodo de julio a septiembre de 2010. Tesis de licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional universidad de el salvador, facultad multidisciplinaria oriental. (Consultada marzo 2013).
2. Fuentes Amparo, Sintigo Candelaria, Ramírez Rosa. Beneficios de la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de Lumbago entre 20 a 60 años de edad ambos sexos, que asisten al hospital san pedro, departamento de Usulután en el periodo de septiembre a noviembre de 2007.(consultada en julio 2013)
3. Dr. G. Salvà Coll. La fractura de muñeca. [En línea]. [Consultada el día 7 de enero del 2013]. URL disponible en: <http://ibacma.com/informacion/cirugiademapdf/>
4. Fractura de colle [en línea]. [Consultada el día 8 de enero de 2013]. URL disponible en: <http://www.primerosauxilios.org//fractura-de-muñeca/>
5. María José. Serrano de la Cruz Fernández Fracturas distales de radio [En línea]. [Consultada el día 10 de enero del 2013] URL disponible en: http://www.cirugiaosteoartricular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/1855_141.pdf.
6. Christian Allende Fracturas [en línea]. [Consultada el día 11 de enero de 2013]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo>.

LISTA DE FIGURAS

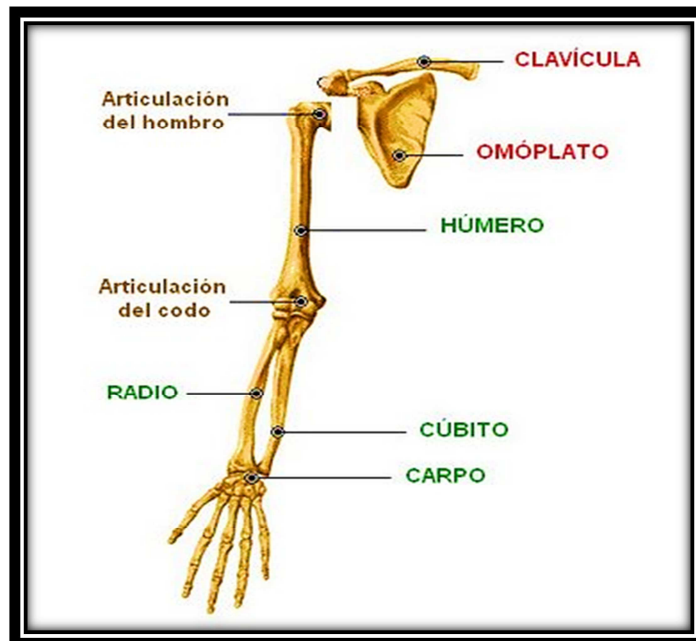


Fig. 1: Anatomía Del Miembro Superior.

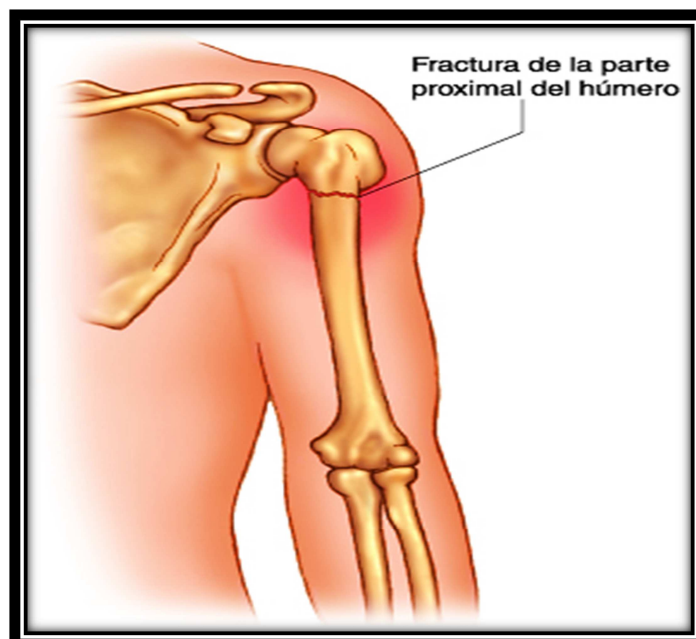


Fig. 2: Fractura de Húmero

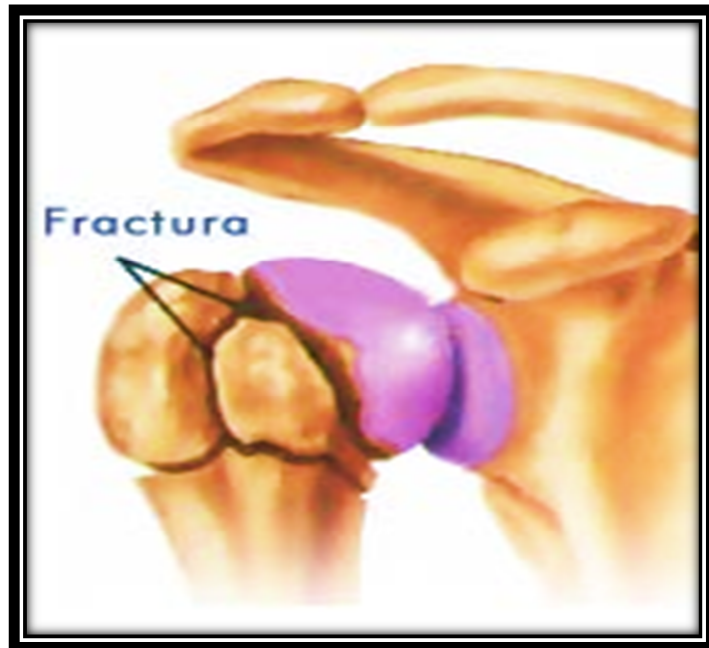


Fig. 3: Fractura.

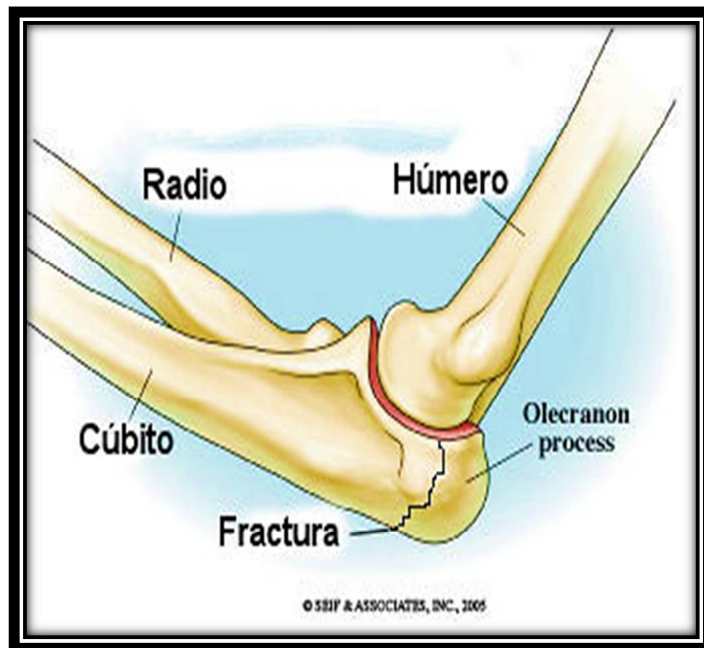


Fig. 4: Fractura de Codo

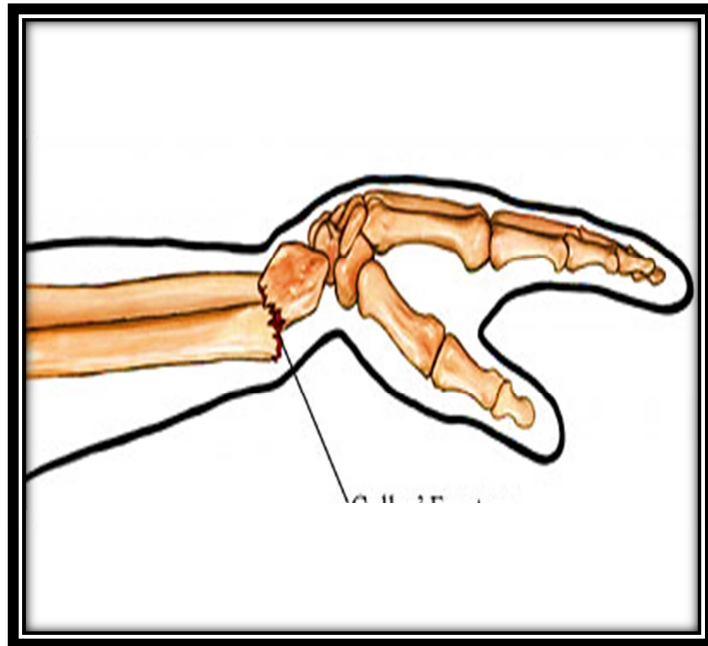


Fig. 5: Fractura de Colles.



Fig. 6: Fractura de Radio



Fig. 7: Aplicación de la Parafina.



Fig. 8: Aplicación de Parafina en Fractura de Miembro Superior



Fig. 9: Miembro Afectado Dentro del Tanque de Parafina



fig.10: Bolsa plastica despues de Aplicación de Parafina



Fig.11: Retiro de Parafina del miembro afectado.



Fig.12: Actividades de Terapia Ocupacional.



Fig. 13: Realización de Manualidades



Fig. 14: Terapia Grupal



Fig. 15: Actividades Recreativas en Grupo.



Fig. 16: Finalización de la Ejecución.



Fig.17: Pacientes en Área de Terapia Física

ANEXO N°1.

GLOSARIO.

Artrosis: Es una enfermedad producida por el desgaste del cartílago, tejido que hace de amortiguador al proteger los extremos de los huesos y que favorece el movimiento de la articulación

Carpó: Es una parte del cuerpo humano compuesta por ocho huesos que forman el esqueleto de la muñeca.

Conductividad Térmica: Es la capacidad de una sustancia de transferir la energía cinética de sus moléculas a otras moléculas adyacentes o a sustancias con las que no está en contacto.

Escafoides: El hueso escafoides es un hueso de la muñeca, par, corto, esponjoso, de forma cuboidea, con seis caras de las cuales tres son articulares.

Falanges: Hueso pequeño y alargado de los que forman los dedos de las manos y los pies: cada dedo tiene tres falanges, excepto el pulgar, que tiene dos.

Fractura. Pérdida de continuidad de un hueso.

Fractura De Colle: Es una fractura de rasgo transversal de la epífisis inferior del radio y que presenta notoriamente tres desviaciones.

Fractura De Escafoides: Es Una Fractura En Un Hueso Pequeño Que Se Encuentra del lado del pulgar de la muñeca. El hueso escafoides es uno de los ocho huesos del carpo en la muñeca y es el que tiene más probabilidades de quebrarse.

Hidrocarburo: Los hidrocarburos son compuestos orgánicos formados únicamente por átomos de carbono e hidrógeno.

Metacarpo: El metacarpo es una de las tres partes de las que se componen los huesos de la mano y está formado por los cinco huesos metacarpianos, que son delgados y ligeramente alargados y ocupan toda la palma de la mano.

Osteoporosis: Es una enfermedad que afecta a los huesos y está provocada por la disminución global del tejido que lo forma, tanto de las proteínas que constituyen su matriz o estructura como de las sales minerales de calcio que contiene.

Parafina: Es el nombre común de un grupo de hidrocarburos alcanos de fórmula general C_nH_{2n+2} , donde n es el número de átomos de carbono.

Periostio: Es la membrana fibrosa que cubre los huesos, la cual contiene vasos sanguíneos y nervios que nutren y dan sensibilidad al hueso.

ANEXO N° 2.

Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de Graduación Ciclo I y II año 2013																																						
Meses	Marzo/2013				Abril/2013				Mayo/2013				Junio/2013				Julio/2013				Agosto/2013				Sept./2013				Oct./2013				Nov./2013				Dic./2013	
	Semana	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			
Actividades																																						
1. Reuniones Generales con la Coordinación del Proceso de Graduación	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X						
2. Inscripción del Proceso de Graduación			X																																			
3. Elaboración del perfil de investigación				X	X	X	X	X																														
4. Entrega del perfil de investigación					30 de Abril del 2013																																	
5. Elaboración del Protocolo de investigación									X	X	X	X	X	X	X	X																						
6. Entrega del protocolo de investigación													28 De Junio de 2013																									
7. Ejecución de la investigación																	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
8. Tabulación, Análisis e Interpretación de los datos																																	X	X	X	X		
9. Redacción del informe final																																			X	X		
10. Entrega de un informe																																	Del 18 al 29 de Noviembre de 2013					
11. Exposición de resultados																																	Del 25 de Noviembre al 12 de Diciembre					

ANEXO N°3.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2013.

Actividades	Objetivo	Fechas y horas	Recursos materiales	Responsable
Solicitar permiso en el centro hospitalario	Lograr permiso por parte de la institución	20/05/2013 Hora:1:00 pm	Solicitud de permiso	David García Milagro Vásquez
Seleccionar pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior	Que el paciente este consiente de la patología y que quiera ser parte de la muestra	01/07/2013 Hora:11:00 am	Pacientes de nuevo ingreso en el área de fisioterapia	David García Milagro Vásquez
Evaluación y entrevista	Obtener los datos necesarios de los pacientes seleccionados.	19 /07/2013 Hora:1.00 pm	Guía de entrevista y hoja de evaluación.	David García Milagro Vásquez
Aplicación de tratamiento	Contribuir a la evolución satisfactoria de los pacientes	20/07/2013 Hora:11:00 am	Tanque de parafina y actividades de terapia ocupacional.	David García Milagro Vásquez
Actividades finales	Verificar los resultados del tratamiento Agradecimiento a pacientes e institución.	30/09/2013 Hora:12:00pm	Hoja de evaluación final. Refrigerio	David García Milagro Vásquez

ANEXO N° 4.
Presupuesto y financiamiento.

Cant.	Concepto	Precio unitario en \$	Precio total en \$
80	Uso de internet	2.00	75
100	Transporte	3.00	150.00
6	Impresiones de perfil	8.00	24.00
3	Anillados	5.00	15.00
4	Impresiones de protocolos	11.25	47.00
4	Folder	0.20	0.80
4	Faster	0.10	0.40
2	Anillados	2.50	5.00
10h	Telefonía celular	1.20	112.00
1	Computadora	700	700
1	Fotocopias de material de apoyo	2.00	30.00
40%	Fotocopias de fichas de evaluaciones	0.04	2.00
1	USB	8.00	10
20	Refrigerios	2.00	35.00
100%	De imprevistos	Precio unitario en \$	45.00
Total			1,351.25

La presente investigación será financiada por los estudiantes egresados, para el gasto de los materiales que se necesitaran para la ejecución.

ANEXO N° 5.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ❖ Yo he sido elegida(o) para participar en la investigación llamada: Beneficios de la Parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután, en el periodo de julio a septiembre del 2013.
- ❖ Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha(o) con la respuestas brindadas por los investigadores.

Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

Nombre del participante:

Firma o huella dactilar del participante:

Fecha de autorización:

Día/mes/año.

ANEXO N°6

EVALUACION DE FISIOTERAPIA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES CON FRACTURA DE MIEMBRO SUPERIOR.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

Objetivo: Conocer el grado de independancia y funcionabilidad fisica de los pacientes con fractura de mimbro superior.

Datos Generales:

Nombre del Paciente: _____
Edad: ____ **Sexo:** ____ **N° de registro:** _____
Ocupación: _____ **Diagnostico:** _____
Fecha de evaluación: _____

Historia clínica:

EVALUACION FISICA.

Evaluación Física	Evaluación Inicial			Evaluación Final		
	Leve	Moderado	Severo	Ausente	Leve	Moderado
Dolor						
Inflamación						
Edema						

Evaluación Física	Evaluación Inicial		Evaluación Final	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Rigidez				
Contractura				
Deformidad				

Estado de la Piel	Evaluación Inicial		Evaluación Final	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Trofismo Muscular				
Cicatriz				

Sensibilidad	Evaluación Inicial		Evaluación Final	
	SI	NO	SI	NO
Normal				
Hiposensibilidad				
Hipersensibilidad				
Parestesia				

Amplitud Articular	Evaluación Inicial		Evaluación Final	
	Con Limitación	Sin Limitación	Con Limitación	Sin Limitación
Hombro				
Codo				
Muñeca				
Dedos				

Fuerza Muscular	Evaluación Inicial		Evaluación Final	
	Disminuida	Normal	Disminuida	Normal
Hombro				
Codo				
Muñeca				
Dedos				

AVD	Evaluación Inicial			Evaluación Final		
	Dependiente	Semidependiente	Independiente.	Dependiente	Semidependiente.	Independiente.
Vestuario						
Higiene						
Alimentación						

AVD: Actividades de la vida diaria.

EVALUACIÓN FUNCIONAL:

Habilidades: _____

Observaciones _____

ANEXO N° 7

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON FRACTURA DE MIEMBRO
SUPERIOR DE 30 a 65 AÑOS DE AMBOS SEXOS

HOSPITAL NACIONAL SAN PEDRO USULUTAN

OBJETIVO: Obtener la mayor información por parte de los pacientes de fractura de Miembro superior de 30 a 65 años, de ambos sexos.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

1-¿Sabe usted que es una fractura? Si ___ no ___
Si su respuesta es sí que
entiende? _____

2-¿Sabe usted que es la parafina? Si ___ no ___
Si su respuesta es sí que
entiende? _____

3-¿Le gustaría recibir información sobre los beneficios de la parafina en fractura de muñeca?

Si ___ no ___

4-¿Le gustaría recibir tratamiento con parafina?

Si ___ no ___

5-¿Se le dificulta realizar actividades como comer, vestirse?

Si ___ no ___

6-¿En qué forma realiza las actividades de la vida diaria?

Independiente ___ Semidependiente ___ Dependiente ___

