



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FISICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO
DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE
CHIMBORAZO”.**

Requisito previo a optar por el Título de Licenciada en Terapia Física

Autora: Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

Tutora: Lic. McS Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

Ambato-Ecuador
Mayo, 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO EN EL PERIODO OCTUBRE 2017 - FEBRERO 2018”** de Paredes Sánchez Valeria Estefanía estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación emitida por el Tribunal de Grado designada por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero 2018

LA TUTORA

Lic. McS Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios en el Trabajo de Investigación sobre el tema: “**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO EN EL PERIODO OCTUBRE 2017 - FEBRERO 2018**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero 2018

LA AUTORA

Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero 2018

LA AUTORA

Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal aprueban el informe de la Investigación, sobre el tema **“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO EN EL PERIODO OCTUBRE 2017 - FEBRERO 2018”** de Paredes Sánchez Valeria Estefanía, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Mayo 2018

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos muy difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante, sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio, compartieron su conocimiento, alegrías, tristezas y todas esas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

AGRADECIMIENTO

A la universidad técnica de Ambato a la facultad de ciencias de la salud de la carrera de terapia física gracias por abrirme las puertas para forjarme como profesional de esta maravillosa carrera.

A mis profesores que supieron impartirme sus conocimientos y me incentivaron para mejorar cada día más.

A toda mi familia especialmente a mis padres gracias, no me alcanzara la vida para agradecerles todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos que han estado todo el transcurso de mi carrera y me han incentivado para no decaer ante los obstáculos.

A mis amigos y compañeros, por haberme dado su aliento en momentos difíciles gracias por su apoyo incondicional.

Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xv
SUMMARY	xvii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS.....	6
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	6
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
CAPÍTULO II	7
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 ESTADO DEL ARTE.....	7
2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	21
2.3 HIPÓTESIS O SUPUESTOS	36
CAPÍTULO III	37
MARCO METODOLÓGICO	37
3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO	37
3.3 POBLACIÓN.....	37
3.1CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	38
3.1.1CRITERIOS DE INCLUSIÓN	38
3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	39
3.5 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	41

CAPÍTULO IV	43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
Conclusiones	135
Recomendaciones	139
Ficha de Unidad de Salud	145
Cuestionario sobre la Práctica Basada en le Evidencia de Jette et al, traducción al castellano por Guerra et al.....	149
Cuestionario de atención al cliente	158
Consentimiento informado para Fisioterapeutas	164
Autorizaciones y Permisos	166

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión.	38
Tabla 3: Criterios de Exclusión.....	39
Tabla 4: Operacionalización de variables.....	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Provincia de Chimborazo	22
Gráfico 2: Neuralgia	29
Gráfico 3: Condromalacia Rotuliana	33
Gráfico 4: Ciática	34
Gráfico 5: Unidades de Salud Pública.....	43
Gráfico 6: Nivel de Unidades de Salud.....	43
Gráfico 7: responsables del Servicio.....	44
Gráfico 8: Profesionales del Servicio	45
Gráfico 9: Evaluación General	46
Gráfico 10: Evaluación General.....	46
Gráfico 11: Diseño de la intervención fisioterapéutica.....	47
Gráfico 12: Aplicación de la intervención	48
Gráfico 13: Seguimiento	48
Gráfico 14: Seguimiento, quien lo realiza.....	49
Gráfico 15: Número de Sesiones.....	49
Gráfico 16: Frecuencia	50

Gráfico 17: Evaluación y valoración	50
Gráfico 18: Intervención.....	51
Gráfico 19: Equipos electrónicos utilizados	52
Gráfico 20: Programa en Casa	52
Gráfico 21: Programa	53
Gráfico 22: Evaluación general.....	53
Gráfico 23: Diagnóstico funcional	54
Gráfico 24: Diseño de la intervención fisioterapéutica.....	54
Gráfico 25: Aplicación de la intervención	55
Gráfico 26: Seguimiento	55
Gráfico 27: Seguimiento quien lo realiza.....	56
Gráfico 28: Número de sesiones.....	56
Gráfico 29: Frecuencia	57
Gráfico 30: Evaluación y Valoración	57
Gráfico 31: Intervención Fisioterapéutica.....	58
Gráfico 32: Equipos electrónicos utilizados.....	59
Gráfico 33: Programa en casa	59
Gráfico 34: Programa	60
Gráfico 35: Evaluación general.....	60
Gráfico 36: diagnóstico funcional	61
Gráfico 37: Diseño de la intervención fisioterapéutico.....	61
Gráfico 38: Aplicación de la intervención	62
Gráfico 39: Seguimiento	62
Gráfico 40: Seguimiento quien lo realiza.....	63
Gráfico 41: Número de sesiones.....	63
Gráfico 42: Frecuencia	64
Gráfico 43: Evaluación y Valoración	65
Gráfico 44: Intervención Fisioterapéutica	65
Gráfico 45: Equipos electrónicos utilizados.....	66
Gráfico 46: Programa en casa	67
Gráfico 47: Programa	67
Gráfico 48: Grado académico de los encuestados.....	68
Gráfico 49: Tiempo de experiencia de los encuestados	69
Gráfico 50: El uso de PBE es necesario en la práctica de la fisioterapia/Kinesiología.....	69

Gráfico 51: Pregunta 2 - La literatura y los hallazgos de la investigación son útiles en mi práctica diaria.	70
Gráfico 52: Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi práctica clínica	70
Gráfico 53: Adoptar una PBE científica supone una excesiva demanda para los fisioterapeutas / Kinesiólogos.	71
Gráfico 54: Estoy interesado en aprender o mejorar las habilidades necesarias para incorporar una PBE en mi práctica clínica diaria	72
Gráfico 55: Una PBE mejora la calidad en la atención al paciente.....	72
Gráfico 56: La PBE no tiene en cuenta las limitaciones que me encuentro en mi práctica clínica.....	73
Gráfico 57: Mis ingresos económicos mejorarán si incorporo una PBE	73
Gráfico 58: No existe una evidencia científica sólida que apoye la mayor parte de las intervenciones que utilizo con mis pacientes	74
Gráfico 59: La PBE me ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.....	75
Gráfico 60: La PBE no tiene en cuenta las preferencias del paciente	75
Gráfico 61: Leo/reviso investigación/ literatura científica relacionada con mi práctica clínica.....	76
Gráfico 62: Utilizo literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.....	76
Gráfico 63: Utilizo Medline/Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica	77
Gráfico 64: Hay disponibles GPC sobre las áreas relacionadas con mi práctica clínica.	78
Gráfico 65: Realizo búsqueda de GPC relacionadas con mis áreas de trabajo.	78
Gráfico 66: Utilizo GPC en mi práctica diaria	79
Gráfico 67: Soy consciente de la existencia de GPC disponible on-line.....	80
Gráfico 68: Soy capaz de acceder a estas GPC on-line.	80
Gráfico 69: Soy capaz de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las GPC.	81
Gráfico 70: Tengo accesos a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel.....	81
Gráfico 71: Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en mi lugar de trabajo.	82

Gráfico 72: Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en casa o lugares diferentes a mi lugar de trabajo.	83
Gráfico 73: En mi lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica.	83
Gráfico 74: He aprendido los fundamentos de la PBE como parte de mi información académica.	84
Gráfico 75: He recibido información en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en mi práctica clínica.	85
Gráfico 76: Estoy familiarizado con los motores de búsqueda médica.	85
Gráfico 77: He recibido información para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de mi información.	86
Gráfico 78: Confió en mi capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional.	87
Gráfico 79: Confió en mi capacidad para encontrar material de investigación que responda a mis dudas clínicas.	87
Gráfico 80: Mi comprensión de los siguientes términos es.	89
Gráfico 81: Enumere las tres mayores barreras para el uso de una (PBE) en su práctica clínica.	91
Gráfico 82: ¿Cuál es su sexo?.....	93
Gráfico 83: ¿A qué grupo de edad pertenece?	93
Gráfico 84: ¿Está usted actualmente en posesión de título de diplomado/graduado en Fisioterapia?	94
Gráfico 85: ¿Hace cuántos años obtuvo su titulación?	95
Gráfico 86: ¿Cuál es su titulación oficial más alta obtenida?	96
Gráfico 87: ¿Si no posee actualmente un título avanzado ¿Estaría interesado en adquirir uno en el futuro?	96
Gráfico 88: ¿Posee usted alguna especialidad clínica oficial? ¿En caso afirmativo, qué especialidad tiene?	97
Gráfico 89: Realiza usted regularmente cursos/s de formación continua? (>- una vez al año).	98
Gráfico 90: ¿Pertenece usted a alguna asociación profesional de orientación clínica? (ej. AEF; ASCOFI, ACSM, APTA, AAK)?	98
Gráfico 91: ¿Es usted profesor clínico de estudiantes de fisioterapia/ kinesiólogía/ internos / residentes?	99
Gráfico 92: Como promedio, ¿Cuántas horas por semana trabaja usted?	100

Gráfico 93: Como promedio, ¿Cuántos pacientes atiende usted diariamente?.....	100
Gráfico 94: ¿Cuántos fisioterapeutas / kinesiólogos trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica? ...	101
Gráfico 95: Por favor indique el porcentaje (%) aproximado del tiempo total de trabajo que invierte usted en cada tipo de actividad durante un mes habitual. .	102
Gráfico 96: ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor la localización de las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?.....	103
Gráfico 97: ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor el centro en donde usted realiza su actividad?.....	104
Gráfico 98: ¿Qué tipo de pacientes suele atender usted? Seleccione (3) respuestas.....	105
Gráfico 99: Edad de pacientes encuestados.....	106
Gráfico 100: CIE 10 de Pacientes Encuestados	107
Gráfico 101: Género de pacientes encuestados	108
Gráfico 102: Estado civil de pacientes encuestados	108
Gráfico 103: Nivel de estudios de pacientes encuestados	109
Gráfico 104: Su tratamiento fue realizado por:.....	110
Gráfico 105: ¿Después de la consulta médica cuanto espero para realizar fisioterapia?	110
Gráfico 106: Puede elegir el horario de las sesiones de fisioterapia?	111
Gráfico 107: Los fisioterapeutas se dirigen hacia mí con respeto y consideración	112
Gráfico 108: Me ofrecieron la posibilidad de expresar mi opinión.	113
Gráfico 109: Pude participar en las relaciones relativas al programa de tratamiento.....	114
Gráfico 110: El fisioterapeuta me escuchó atentamente.	114
Gráfico 111: El fisioterapeuta me informó sobre los objetivos a alcanzar.....	115
Gráfico 112: El fisioterapeuta me hizo sentir poco a gusto.....	116
Gráfico 113: Me fue indicado el nombre del fisioterapeuta responsable de mi tratamiento?.....	117
Gráfico 114: ¿Pude escoger entre varias opciones tratamiento?.....	118
Gráfico 115: Fui animado a decir lo que pretendía conseguir?	118
Gráfico 116: Me explicaron los resultados de la evaluación realizada por el fisioterapeuta al terminar la primera sesión?.....	119

Gráfico 117: me pidieron que realizara algunas actividades que me desagradaron?.....	120
Gráfico 118: Me ofrecieron toda la privacidad que necesitaba?	120
Gráfico 119: El fisioterapeuta utilizó palabras que no comprendí?	121
Gráfico 120: El fisioterapeuta me explicó los beneficios y riesgos del tratamiento?.....	122
Gráfico 121: Me dieron la oportunidad de hacer preguntas?.....	123
Gráfico 122: Recibí información sobre mi derecho de rechazar mi tratamiento.....	123
Gráfico 123: Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando. .	124
Gráfico 124: Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando...	125
Gráfico 125: Me pidieron permiso antes de hablar con mi familia o amigos ..	125
Gráfico 126: El fisioterapeuta me pidió autorización para facilitar información a otros profesionales de la salud con respecto a mi tratamiento de fisioterapia. .	126
Gráfico 127: Me explicaron claramente lo que tenía que hacer antes de iniciar un programa de ejercicios en casa.	127
Gráfico 128: Firmé un documento dando mi consentimiento dando mi autorización en caso de haber sido fotografiado o filmado.....	128
Gráfico 129: Me fue indicado el modo de pedir ayuda, en caso de que me dejaran solo durante la sesión de tratamiento.....	129
Gráfico 130: Pregunta 27 - pude participar en la planificación de mi alta	129
Gráfico 131: Fui avisado con antelación de la fecha prevista para mi alta.	130
Gráfico 132: Comprendí fácilmente a mi fisioterapeuta, en lo que respecta la información.....	131
Gráfico 133: Todos los procedimientos para mi alta transcurriendo con normalidad.....	131
Gráfico 134: Recibí instrucciones para el uso de equipamiento en caso de que este me haya sido proporcionado para su uso en mi domicilio?	132
Gráfico 135: De modo general queda muy satisfecho.....	133
Gráfico 136: Los resultados obtenidos no respondieron a mis expectativas. .	133
Gráfico 137: La fisioterapia fue una total pérdida de tiempo.	134
Gráfico 138: Me gustó hacer fisioterapia.....	135

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO DE
TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE
CHIMBORAZO.”

Autora: **Paredes Sánchez, Valeria Estefanía**

Tutora: **Lic. MsC. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles**

Fecha: **Febrero del 2018**

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer el manejo actual fisioterapéutico de las lesiones musculoesqueléticas, en las unidades de salud públicas de la provincia de Chimborazo en el periodo de Octubre 2017 Febrero 2018; gracias a esta investigación se pudo conocer cómo se hace la evaluación, intervención, tratamiento fisioterapéutico de las tres patologías más relevantes (Lumbago Inespecífico CIE 10 m545, Dolor articular CIE 10 M159 y Poliartrosis CIE 10 M255) en la provincia de Chimborazo según el estudio de RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias) realizado en el año 2016, el procedimiento consistió en acudir a los centros de Salud que tienen el servicio de terapia física y rehabilitación, posteriormente se hizo los trámites pertinentes para conseguir la información requerida, una vez obtenidos los datos empezó la tabulación y se logró identificar lo siguiente: la evaluación de los trastornos musculoesqueléticos en gran parte es realizada por profesionales médicos con un 40%, mientras que en el 20% de las unidades de salud la evaluación es realizada por el Fisioterapeuta. La misma frecuencia se repite para el diseño de la intervención fisioterapéutica, y la aplicación del tratamiento con un 60% lo realiza el Fisioterapeuta. Esta investigación servirá como base informativa para nuevas investigaciones y

así poder diseñar estrategias que mejoraran el manejo fisioterapéutico que beneficiará tanto a los profesionales como a la de la comunidad.

PALABRAS CLAVES:

MUSCULOESQUELÉTICAS, PREVALENCIA, MANEJO
FISIOTERAPÉUTICO

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF SCIENCES OF THE HEALTH
RACE OF PHYSICAL THERAPY**

"SITUATIONAL DIAGNOSIS OF PHYSIOTHERAPEUTIC HANDLING OF
MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN THE PROVINCE OF
CHIMBORAZO."

Author: Paredes Sánchez, Valeria Estefanía

Tutor: Lic. MsC. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles

Date: March 2018

SUMMARY

The present investigation was carried out with the objective of knowing the current physiotherapeutic management of musculoskeletal injuries, in the public health units of the province of Chimborazo in the period of October 2017 March 2018; thanks to this research it was possible to know how the evaluation, intervention, physiotherapeutic treatment of the three most relevant pathologies is performed (Low Back Pain CIE 10 M545, Joint pain CIE 10 M159 and Polyarthrosis CIE 10 M255) in the province of Chimborazo according to the study of RDACAA (Automated Daily Record of Consultations and Ambulatory Care) carried out in 2016, the procedure consisted of going to the health centers that have the physical therapy and rehabilitation service, afterwards the pertinent steps were taken to obtain the required information, once the data were obtained the tabulation was started and it was achieved identify the following: the evaluation of musculoskeletal disorders is largely carried out by medical professionals with 40%, while in 20% of the health units the evaluation is carried out by the Physiotherapist. The same frequency is repeated for the design of the physiotherapeutic intervention, and the application of the treatment with 60% is performed by the Physiotherapist. This research will serve as an informative base for new research and thus be able to design strategies that

improve the physiotherapeutic management that will benefit both professionals and the community.

KEYWORDS:

MUSCULOSKELETES, PREVALENCE, PHYSIOTHERAPEUTIC
HANDLIN

INTRODUCCIÓN

El Diagnóstico situacional es un estado que permite una visión más clara y actual de las distintas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad, por lo cual es importante realizarlo siempre que se requiera hacer una evaluación de algún modelo de servicio médico.(20)

El objetivo del Manejo fisioterapéutico es mantener al paciente en las mejores condiciones físicas posibles para conseguir o mejorar el síntoma tratable, la prevención de complicaciones que agraven la situación y la instauración de medidas o procedimientos con el fin de mantener la autonomía del paciente y su calidad de vida de la mejor forma posible, todo esto en base a evidencia científica.(22) Según la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) determina que los fisioterapeutas están calificados y son requeridos profesionalmente para: Empezar un examen/evaluación integral del paciente, evaluar los hallazgos del examen, evaluación para hacer juicios clínicos con respecto a pacientes, formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. (19)

Los trastornos musculoesqueléticos comprenden todas las disfunciones que afecten al músculo, hueso, tendones, vainas tendinosas, ligamentos y nervios. Además, tienen un efecto negativo relevante en la calidad de vida; es por eso que los pacientes a menudo consultan a profesionales de la salud en atención primaria. (23)

Con estos antecedentes considero que es de suma importancia conocer el diagnóstico situacional del manejo fisioterapéutico de las lesiones musculoesqueléticas en la provincia de Chimborazo con el fin de que los resultados obtenidos ayuden a disminuir dichas falencias al momento de diseñar y aplicar el manejo fisioterapéutico.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

TEMA:

“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL MANEJO FISIOTERAPÉUTICO DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE CHIMBORAZO”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

A pesar de la dificultad que conlleva el determinar datos estadísticos a nivel mundial asociados con las alteraciones de carácter musculoesquelético, y los diferentes paradigmas utilizados en los estudios realizados en cada país y región investigados, la Global Burden of Disease; entidad que trabaja desde el año 1990 en la determinación de la morbilidad, mortalidad y niveles de discapacidad causados por patologías, desórdenes, factores de riesgo, etc. encontrados en la población a nivel mundial ha podido determinar que existen cinco condiciones de salud más relevantes a nivel mundial y son: la Osteoartritis, la Artritis Reumatoide, Gota, Dolor lumbar y Dolor cervical. Este grupo de patologías han sido designadas como patologías musculoesqueléticas las cuales han sido estudiadas de forma individual. Tomando como ejemplo al dolor a nivel lumbar, este representa una prevalencia a nivel mundial de (9.4%), siendo la de mayor porcentaje dentro de este grupo de trastornos musculoesqueléticos. (1) (2) (3)

De igual manera, datos obtenidos por la misma entidad, en su estudio “The global burden of other musculoskeletal disorders”, publicado en el año 2010, la prevalencia de otras alteraciones musculoesqueléticas a

nivel mundial es de (8.4%), esto, refiriéndose a las patologías no consideradas en el estudio antes mencionado.

Cabe recalcar que ciertos trastornos como fracturas y luxaciones asociadas a alteraciones musculoesqueléticas no han sido incluidas en este grupo, debido a que se ha elegido agruparlas dentro de la carga de lesiones no fatales.(4)

En los Estados Unidos, en base a los datos del National Health Interview Survey, se estima que 52,5 millones (22,7 %) de los adultos refirieron ser diagnosticados de artritis. y 22,7 millones (9,8 %) tienen artritis. Se estima que, en el año 2030, 67 millones de personas, en la cual uno de cada cuatro americanos adultos padecerá una artritis diagnosticada. Alrededor del 30 % de los adultos refieren alguna forma de dolor articular en los últimos 30 días, siendo la rodilla el sitio más reiterado. La artrosis sintomática generalmente afecta desde el (10% al 15 %) de la población mundial, con 27 millones de afectados en los Estados Unidos y 8,5 millones de afectados en el Reino Unido. Según los datos del European Health Interview Surveys en siete países revelaron una amplia versatilidad en la prevalencia de la artrosis diagnosticada médicamente, variando desde el (5 %) al (25%) estandarizada por edad en el rango del (3% al 18%). La rodilla, mano y cadera son localizaciones más usuales de la artrosis. (5)

El estudio de Global Burden of Disease (GBD) 2010 da a conocer la prevalencia y la incidencia de los trastornos musculoesqueléticos más frecuentes de América Latina con un (95%) de intervalo de confianza; como son: Osteoartritis de rodilla y cadera, Artritis reumatoidea, dolor lumbar, dolor de cuello, gota y otros trastornos musculoesqueléticos.

En la Región Andina de América Latina con un intervalo de confianza de 95%, Osteoartritis de Cadera representa (1.0%), Osteoartritis de rodilla (4.1%), Artritis reumatoidea (0.28%), Dolor lumbar (7.4%), dolor de cuello (4.9%), Gota (0.04%) y otros trastornos musculoesqueléticos (8.78%).

América Central con un intervalo de confianza de 95%, Osteoartritis de Cadera representa (1.0%), Osteoartritis de rodilla (4.1%), Artritis reumatoidea (0.28%), Dolor lumbar (6.6%), dolor de cuello (4.5%), Gota (0.03%) y otros trastornos musculoesqueléticos (9.07%).

América del Sur con un intervalo de confianza de 95%, Osteoartritis de Cadera representa (1.4%), Osteoartritis de rodilla (4.2%), Artritis reumatoidea (0.36%), Dolor lumbar (8.0%), dolor de cuello (5.6%), Gota (0.23%) y otros trastornos musculoesqueléticos (10.42%).

América Latina Tropical con un intervalo de confianza de 95%, Osteoartritis de Cadera representa (1.0%), Osteoartritis de rodilla (4.2%), Artritis reumatoidea (0.26%), Dolor lumbar (11.1%), dolor de cuello (4.9%), Gota (0.04%) y otros trastornos musculoesqueléticos (8.31%). (6)

Según el informe revelado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington y la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial. Entre las cinco principales causas de pérdida de salud en el año 2010 en América Latina y el Caribe, la nefropatía crónica fue la que más aumentó (230%), al igual que otras enfermedades osteomusculares y reumáticas (88% de aumento) y diabetes (71% de aumento). (7)

Según el INEC en el año 2016 los trastornos del sistema osteomuscular se mostraron en un número de 984008 casos, la edad con mayor afectación está comprendida entre 25 a 34 años.

En esta investigación se observa que, 282802 casos son del género masculino y 526740 casos son del género femenino teniendo como base a los datos de morbilidad con las 6 patologías más frecuentes del país las mismas que tienen una mayor tasa de ingreso a las casas de salud del Ecuador son: Lumbago no especificado (M545) con 51817 (18.32%) en el género masculino y 79090 (15.01%) género femenino; dolor articular (M255) con 27490 (9.72%) en el género masculino y

52426 (9.95%) género femenino; neuralgia y Neuritis no especificada (M792) con 18945 (6.7%) en el género masculino y 39424 (7.48%) género femenino. Se mostraron también patologías importantes como: mialgias, lumbago con ciática y dorsalgia no especificada, las mismas que se manifiestan con mayor relevancia en las provincias de Pichincha con 127512 casos, Guayas con 91552 casos y Manabí con 90452 casos. (8)

1.2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación actual del manejo fisioterapéutico de trastornos musculoesqueléticos de mayor prevalencia en la provincia de Chimborazo?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente proyecto de investigación tiene como propósito detallar la evaluación, intervención y seguimiento fisioterapéutico de pacientes que acuden a las entidades públicas de los distintos cantones de la Provincia de Chimborazo, los mismos que tengan cualquiera de estas tres patologías musculoesqueléticas como: lumbago inespecífico, dolor articular y poliartrrosis.

Esta inquietud nace con la necesidad de demostrar cual es el manejo fisioterapéutico que están realizando en cada entidad de salud pública que cuentan con el servicio de rehabilitación física y demostrar qué profesional lo realiza. También es una motivación el hecho de obtener nuevos conocimientos y que esta investigación sirva de evidencia para la toma de decisiones.

Los beneficiarios directos de este proyecto serán los pacientes que asisten a las diferentes casas de salud y los Fisioterapeutas quienes conocerán la situación actual del manejo fisioterapéutico y tendrán la posibilidad de mejorar la atención en las áreas de Terapia Física y Rehabilitación.

Es innovador porque no existe trabajo científico que evidencie la situación actual del manejo fisioterapéutico de lesiones musculoesqueléticas en la provincia de Chimborazo.

La investigación es factible porque cuenta con la apertura y colaboración de la Universidad Técnica de Ambato y en especial de la unidad de investigación. Esta investigación es parte de un macro proyecto “PROGRAMA DE ABORDAJE FISIOTERAPEUTICO INTEGRAL DE LAS DISFUNCIONES FÍSICAS DE ORIGEN MUSCULOESQUELETICO EN LA POBLACION DE LA ZONA 3” aprobado mediante la resolución: 1591-CU-P-2016 que se está desarrollando en la facultad de Ciencias de la Salud.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la relación existente entre el manejo fisioterapéutico de lumbago no especificado, dolor articular y poliartrrosis en la provincia de Chimborazo y lo recomendado por la evidencia científica.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar la evaluación fisioterapéutica que se realiza en lumbago no especificado, dolor articular y poliartrrosis.
- ✓ Determinar la intervención fisioterapéutica que se aplica en lumbago no especificado, dolor articular y poliartrrosis.
- ✓ Identificar el tipo de seguimiento fisioterapéutico que se aplica en lumbago no especificado, dolor articular y poliartrrosis.
- ✓ Definir la satisfacción de los pacientes que tienen algún trastorno musculo esquelético en cuanto al manejo fisioterapéutico en la provincia de Chimborazo.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

Para la elaboración de esta investigación se ha tomado en cuenta como referencia estudios previos considerados de alta relevancia. De esta forma se describen a continuación:

2.1.1 Tema: “USO BASADO EN LA EVIDENCIA DE AGENTES ELECTRO FÍSICOS PARA CONTROLAR EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO”

Autor: Bjordal JM , Baxter D , Leal Junior E , Cheing G , Laakso L.

Año: junio 2015

Resumen:

El objetivo de esta investigación fue demostrar la importancia de la electroterapia como uno de los pilares fundamentales de la terapia física para el alivio del dolor musculoesquelético. En los últimos 10 años se han observado muchas publicaciones de estudios de EPA. Según PEDro, los registros de EPA han aumentado de 1219 a 2791 ECA. Las mismas que obtuvieron un alta en calidad metodológica, con 78 ensayos con un puntaje de 9 o 10 sobre 10 en la base de datos PEDro.

Esta evidencia muestra que EPA tiene investigaciones de buena calidad y la reunión de especialistas quienes brindarán ejemplos donde la evidencia tiene mayor importancia y en el contexto de una condición clínica degenerativa que a menudo es opuesto al manejo conservador.

En una revisión sistemática reciente, el Presentador 1 (GDB) y sus colegas encontraron muchas variables específicas para la progresión de la osteoartritis de rodilla (OA) en las cuales había pruebas sólidas que pueden evaluarse fácilmente y utilizarse en la práctica clínica. Una de estas pruebas fue generalizada a la osteoartritis articular múltiple que puede reflejar una influencia sistémica de citoquinas inflamatorias agudas sobre

el cartílago, pero recientemente se ha asociado con el desarrollo de la erosión del cartílago y la inflamación sinovial en osteoartritis.

Presentador 2 (ECLJ) expondrá la fisiopatología de Osteoartritis y ejemplos de cómo se ha demostrado que un EPA específico (terapia láser de bajo nivel) tiene efectos relevantes sobre los mediadores inflamatorios implicados en las etapas agudas de la enfermedad articular.

Presentador 3 (GLYC) volverá a revisar TENS y discutirá los beneficios de su uso para el alivio crónico del dolor de Osteoartritis en el entorno clínico.

Presentador 4, El Presidente (LL) luego invitará a una discusión interactiva con los miembros del panel. Finalmente, el Coordinador (JMB) determinará los resultados y sacará diferentes conclusiones que ayudarán a aplicar la EPA para trastornos articulares agudos y crónicos usando un enfoque basado en la evidencia científica; y recomendar un futuro probable para la EPA como parte del manejo total de las enfermedades articulares agudas y crónicas.(9)

2.1.2 Tema: “Terapia de ejercicios para el dolor crónico: reentrenar la mente y el cerebro”

Autor: Nijs J , Smeets R , Obispo M , Moloney N.

Año: June, 2015

Resumen:

Actualmente el dolor crónico representa un problema biopsicosocial, con cambios importantes en el sistema nervioso central, sistema musculoesquelético y a nivel cognitivo. Las incorporaciones de rutinas de ejercicios son evidenciadas, recomendadas y utilizadas para el tratamiento de personas con condiciones de dolor crónico. El ejercicio es importante en un tratamiento fisioterapéutico efectivo para varios trastornos de dolor crónico como: fibromialgia, dolor crónico de cuello, osteoartritis, artritis reumatoidea y dolor lumbar crónico. A nivel cognitivo, las creencias del

aumento del dolor y el miedo muy menudo están presentes en pacientes con dolor crónico, y pueden tratarse mediante la aplicación de una terapia de ejercicio. Estas creencias en pacientes tienen un impacto negativo en los resultados del dolor crónico, ya que retrasan la recuperación y aumentan la discapacidad.

La disminución en las cogniciones de dolores inadaptados, como el miedo y la autoeficacia del dolor, se han establecido como puntos clave para el resultado positivo en el plan de tratamiento de terapia con ejercicios para el dolor crónico. Dichos factores cognitivos suelen abordarse en programas de terapia de ejercicios integrales que incluyen no solo ejercicio físico, sino también educación sobre neurociencia del dolor, manejo del estrés y autogestión de la actividad. Estos incorporan creencias para evitar el miedo y la reducción de catástrofes.

Sin embargo, el aumento de la evidencia científica que respalda las intervenciones de ejercicio para determinar el resultado en pacientes con dolor crónico y sensibilización central parece lógico dirigirse a terapias en el cerebro en lugar de a músculos, articulaciones o sistema cardiovascular. El cerebro de los pacientes con dolor crónico generalmente ha adquirido una memoria protectora del dolor; esto implica comportamientos protectores como posturas antálgicas incluido la inhibición de algunos movimientos; esto es suficiente para que el cerebro active su red de memoria de miedo y produzca dolor (sin nocicepción) y aplique una estrategia de control motor alterada (protección). La terapia de ejercicio puede comenzar aplicando el principio de "exposición sin peligro".

En el abordaje fisioterapéutico para pacientes con dolor crónico se debe incorporar una terapia de ejercicio de acuerdo a las necesidades, cogniciones del dolor, trastornos musculoesqueléticos y del sistema nervioso central que el paciente lo necesita. Esto representa a los fisioterapeutas que trabajan en el campo del dolor musculoesquelético, neurología, pediatría, medicina interna y geriatría.(10)

2.1.3 Tema: “La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia”

Autor: J Gámez-Iruela, A Sedeño-Vidal.

Año: Septiembre

Resumen:

Se proyecta un estudio observacional descriptivo, con la toma de información directa a través de un cuestionario estructurado de respuestas cerradas en el que se plantean distintas preguntas, a las que deben responder los fisioterapeutas que laboran profesionalmente en los centros de salud.

El (73,3%) de los encuestados reportaron, no emplear habitualmente sistemas de trabajo en equipo. Asimismo, el (86,6%) de los fisioterapeutas contestaron que los responsables de los Centros de Salud no promueven tales sistemas. Respecto a la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el (46,7%) de los encuestados afirmó que regularmente realizaba tales actividades. En cuanto a la actividad investigadora, el (80%) reportó no realizar investigación en su Centro de Salud. Al obtener los resultados del estudio, se pone de manifiesto, en las UBR (Unidades básicas de Rehabilitación) de la ciudad de Valencia, la escasez de actividades realizadas mediante sistemas de trabajo en equipo. De igual manera se puede concluir que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son muy escasas en AP (atención primaria), mientras que la investigación científica es prácticamente inexistente.(11)

2.1.4 Tema: “Terapia de ejercicio médico para el tratamiento del dolor musculoesquelético: una revisión narrativa de los resultados de ensayos controlados aleatorios con una perspectiva teórica.”

Autor: Lorås H, Østerås B, Torstensen TA, Østerås H.

Año: 2015

Resumen:

Los hallazgos generales de cinco ensayos controlados, MET (terapia de ejercicio médico) como un tratamiento de rehabilitación fisioterapéutica para las condiciones de dolor musculo esquelético, incluidos son las reducciones a largo plazo (≥ 1 año) en el dolor, capacidades físicas y funcionales mejoradas. Estos resultados se interpretan en el contexto del modelo biopsicosocial, avanzando la visión de una interacción dinámica entre factores fisiológicos, psicológicos y sociales que influyen en la modulación del dolor. MET es un tratamiento biopsicosocial que reduce el dolor y mejora las actividades de la vida diaria en pacientes con un problema de dolor musculoesquelético. La modulación del dolor es una característica clave de MET, y un área importante para una mayor investigación es especificar los mecanismos específicos detrás de los efectos del tratamiento.(12)

2.1.5 Tema: “Participación laboral de pacientes con trastornos musculoesqueléticos: ¿se aborda esto en la práctica de fisioterapia?”

Autor: Oswald W, Hutting N, Engels JA, Bart Staal J, Nijhuis-van der Sanden MWG, Heerkens YF.

Año: 2017

Resumen:

Las principales razones para acudir a un fisioterapeuta en la atención primaria de salud en todo el mundo son los trastornos musculoesqueléticos ya que tienen un efecto negativo relevante en la calidad de vida y son un costo importante para la sociedad, además son la principal causa de discapacidad entre la población en edad laboral (18-67 años).

En los Países Bajos, la atención primaria de salud y la atención ocupacional son dos sistemas totalmente separados. Los pacientes con lesiones musculoesqueléticas relacionados con el trabajo a menudo consultan a profesionales de la salud en atención primaria de salud en lugar de acudir a salud ocupacional. Aunque la mayoría de los cuidadores en atención

primaria de salud incluyendo los fisioterapeutas no prestan atención a la relación entre los trastornos musculoesqueléticos y los factores laborales. Este descuido puede reducirse mejorando la comunicación entre profesionales de salud primaria, profesionales de salud ocupacional, el lugar de trabajo, el paciente y la aseguradora.

En una investigación cualitativa reciente realizada por un grupo en los Países Bajos, reportaron que los fisioterapeutas experimentan barreras en la integración de los factores ocupacionales en su práctica. Los Países Bajos tienen un programa educativo en el cual los Fisioterapeutas generalistas pueden especializarse en terapia ocupacional o terapia física relacionada con el trabajo; sin embargo, menos del 1% de los FT está registrado como fisioterapeuta ocupacional.

De acuerdo con los resultados del estudio cualitativo se concluyó que se necesita otro estudio cuantitativo para investigar cómo los Fisioterapeutas generalistas integran factores ocupacionales dentro del tratamiento de terapia física, y qué barreras, facilitadores influye en la integración. Esta investigación tiene como objetivo investigar cuantitativamente cómo los Fisioterapeutas tratan a pacientes con trastornos musculoesqueléticos, actualmente incorporan factores ocupacionales dentro de su práctica clínica e identifican sus opiniones y necesidades con respecto a mejorar la integración del trabajo del paciente dentro del terapia física.

Se realizó una encuesta transversal entre los Fisioterapeutas que tratan a pacientes con trastornos musculoesqueléticos. Se contactó a los Fisioterapeutas mediante correos electrónicos de la Real Sociedad Holandesa de Terapia Física (KNGF), el Instituto Holandés de Profesiones Afines de la Salud y redes sociales de los investigadores (LinkedIn). Para esta encuesta se incluyeron Fisioterapeutas generalistas, mientras que se excluyeron Fisioterapeutas Ocupacionales para obtener una visión clara de opiniones de Fisioterapeutas generalistas que no se han especializado en salud ocupacional. Se pidió a los Fisioterapeutas que contestaran una encuesta online que de forma anónima se incluyó en el boletín digital. Para

incentivar la participación, todos los Fisioterapeutas generales que completaron la encuesta tuvieron la opción de completar su dirección de correo electrónico (voluntaria) para ganar una tarjeta de regalo de 60 euros.

La primera parte de la encuesta evaluó los datos generales de los Fisioterapeutas como: género, edad, años de experiencia y si tenía o no especialización en Terapia ocupacional. La encuesta consistió en preguntas sobre cómo los Fisioterapeutas actualmente integran factores ocupacionales dentro de su práctica clínica y su opinión sobre la integración de estos factores dentro del plan de tratamiento. También se les preguntó sobre sus necesidades con respecto a la integración de los factores ocupacionales (conocimiento, habilidades y herramientas) y con respecto a la cooperación con otros profesionales de la salud ocupacional.

Los resultados que se encontraron fueron: 142 Fisioterapeutas completaron la encuesta. La edad media de ellos fue de 42.4 (SD 13.3) años, (49.3%) eran hombres y (50.7%) eran mujeres. El promedio de años de experiencia laboral fue de 18.4 (SD 13.0) años. Las especializaciones de posgrado más comunes fueron la terapia manual (38.7%) terapia deportiva (14.1%). La terapia física psicosomática en un (8,5%) y el (5,6%) informó la terapia física con edema. Una minoría de los Fisioterapeutas se especializó en terapia física orofacial (2,1%), haptonomía (1,4%) y terapia física pélvica (0,7%). La categoría 'otro' fue elegida por el (40.8%) de los Fisioterapeutas. Los participantes estimaron que (67.6%) (SD 18.2) de sus pacientes estaban en edad de trabajar y que (66.9%) (SD 20.5) de sus pacientes habían pagado el trabajo. Los Fisioterapeutas participantes afirmaron que, si se comunican o consultan con otros profesionales de la salud ocupacional, tienen contacto principalmente con médicos de seguro / salud ocupacional (72.5%; en Holanda, los médicos de seguros evalúan las reclamaciones por incapacidad de los trabajadores lesionados) y terapeutas ocupacionales (31.7%). Una minoría de los Fisioterapeutas tiene contacto con empleadores (17.6%), WPT (14.8%), Gerentes de Recursos Humanos (12%), OPT (11.3%) y expertos laborales (10.6%).

De los Fisioterapeutas generalistas que tienen un Fisioterapeuta Ocupacional como colega, el (6,1%) nunca y el (18,2%) rara vez trabajan juntos. Alrededor del (64%) de los Fisioterapeutas generalistas no desean tener una cooperación más intensiva con un Fisioterapeuta ocupacional, mientras que el (53.5%) desea tener más contacto con los Fisioterapeutas ocupacionales dentro de la compañía del paciente. Además, el (54.9%) de los Fisioterapeutas desea tener una cooperación más intensa con los médicos de salud y seguros laborales.

Este estudio investigó hasta qué punto los fisioterapeutas generalistas en los Países Bajos actualmente integran factores ocupacionales en su tratamiento de pacientes con DME (trastornos musculo esqueléticos) dentro de la atención primaria y evaluaron sus opiniones / necesidades con respecto a mejorar la integración del trabajo del paciente dentro de la terapia física.

Generalmente los encuestados tenían una alta autoeficacia (es decir, creencias acerca de sus capacidades y habilidades dentro del área) y la integración de los factores ocupacionales dentro de su práctica. Con respecto al apoyo social, el apoyo percibido de colegas y supervisores de los encuestados no se mostró claramente en este estudio. Sin embargo, con respecto al apoyo social de los pacientes, la mayoría de los encuestados recibió aprecio por la participación de factores ocupacionales dentro de su cuidado. Además, este estudio proporciona información sobre cómo los Fisioterapeutas generalistas en los Países Bajos integran factores ocupacionales dentro de su práctica, Además parece que los factores ocupacionales deberían abordarse más extensamente dentro de la práctica de terapia física. Muchos encuestados informaron que necesitan más información sobre factores relacionados con el trabajo, leyes y reglamentos, cuestionarios y listas de selección. Este estudio también identificó la falta de cooperación entre Fisioterapeutas generalistas y especializados en terapia ocupacional.(13)

2.1.6 Tema: “Efectividad de la fisioterapia basada en la evidencia con carrera acuática sobre la lumbalgia crónica mecánica inespecífica”

Autor: Antonio Ignacio Cuesta Vargas

Año: 2007

Resumen:

La lumbalgia mecánica inespecífica crónica (LMIC) es una patología de gran relevancia y aunque algunos manejos fisioterapéuticos se consideran eficaces, no existe un procedimiento de fisioterapia que combine las tecnologías más eficaces de forma efectiva ante la LMIC.

El objetivo de esta investigación es evaluar el efecto clínico desde el momento en que se inicia un manejo fisioterapéutico basado en evidencia científica complementado con la carrera acuática en piscina profunda sobre la LMIC en cuanto a la mejora del dolor, grado de incapacidad física y el estado de salud general, además se plantea evaluar el efecto clínico del manejo fisioterapéutico basada en evidencia, así como las diferencias entre grupos y las correlaciones entre las variables clínicas y fisiológicas.

Se realizó un diseño experimental de un ensayo aleatorio controlado a doble ciego (terapeutas y evaluadores) sobre 34 personas con LMIC, siendo intervenidos en dos procesos experimentales de 15 semanas de duración, tres veces por semana. El proceso experimental consiste en un programa personalizado de ejercicio físico en base a valoraciones individuales de inicio integrado con terapia manual y educación sanitaria. El grupo control ha recibido el manejo fisioterapéutico basado en la evidencia y el grupo experimental además se ha añadido una carrera acuática de 20 minutos a una intensidad personalizada, tras una ergometría original, en la zona de transición aeróbica-anaeróbica. Los sujetos fueron evaluados al inicio y al final del grado de dolor (Escala Visual Analógica), del grado de incapacidad física (Cuestionario Roland-Morris) y del estado general de salud (Cuestionario SF-12) en su componente físico y mental. Además, se evaluaron las variables fisiológicas de movilidad sagital en flexión lumbar desde la bipedestación (doble inclinometría), fuerza

isométrica máxima de los extensores lumbares y de cadera (dinamometría extensiométrica), resistencia muscular isométrica de los extensores lumbares y de cadera (Test de Sorensen) y el control motor del sistema local de estabilización lumbar (4 niveles).

Los resultados encontrados fueron que las características basales eran semejantes en duración e intensidad del dolor de la LMIC, y se han encontrado diferencias significativas intergrupales en el dolor a favor del grupo experimental ($p < 0,05$) y diferencias no significativas (tendencia) a favor del grupo experimental en el grado de incapacidad física y el estado de salud general física y mental. Los resultados intragrupo comparados desde el inicio son satisfactorios, encontrando altas diferencias significativas en todas las variables clínicas y fisiológicas, expresados en Tamaño del Efecto en Reducción Relativa del Riesgo han sido clínicamente muy relevantes para el dolor en el grupo experimental (0,70) y en el grupo control (0,58). Así como para el grado de incapacidad física ha sido muy relevante para el grupo experimental (0,48) y relevante para el grupo control (0,36). En cuanto a las relaciones entre variables clínicas y fisiológicas se han hallado relaciones muy importantes negativas entre la movilidad lumbar en flexión y la resistencia muscular isométrica de los extensores y el dolor ($r = -0,45$ y $-0,56$). Entre la fuerza isométrica máxima de los extensores y el grado de incapacidad física ($r = -0,48$).

Queda claro que el ejercicio de alta intensidad en carrera acuática sobre un manejo fisioterapéutico basado en la evidencia es un complemento que mejora significativamente el dolor en la LMIC. El tamaño del efecto de un manejo fisioterapéutico basado en la evidencia es clínicamente muy relevante para el dolor, para el grado de incapacidad física y estado general de salud física. La variabilidad del estudio de un mismo grupo bajo distintas condiciones, hace sospechar que una clasificación de subgrupos dentro de la LMIC, puede determinar estrategias de intervención más precisas para cada individuo. (14)

2.1.7 Tema: “Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis.”

Autor: Cajigas Melgoza J C, Ariza Andraca R, Espinosa Morales R, Méndez Medina C, Mirassou Ortega M, Robles San Román M, Santillán Barrera E, Trillo Aparicio G I, Ventura Ríos L, Weiss Skvirsky S, Bello A E, Velasco J A, Cantú Ruiz A T.

Año: 2011

Resumen:

El objetivo principal de esta guía es proporcionar una herramienta práctica basada en evidencia científica que facilite el diagnóstico, tratamiento adecuado para el paciente que padece osteoartritis, además, sustenta el nivel de evidencia, recomendaciones y el método usado para el desarrollo de esta, lo que permitirá que sea reproducible y que se pueda aplicar en cualquier institución de salud. Para la elaboración del documento participaron 10 médicos especialistas y una fisioterapeuta de la Ciudad de México, los expertos fueron escogidos basándose en criterios como: experiencia, juicio clínico, conocimiento en el tema y metodología para el desarrollo de la guía. Las recomendaciones se basaron en niveles de evidencia clínica.

Para el desarrollo de la guía se realizó un índice temático que abarcara los aspectos fundamentales que el tratante debe tener cuenta al estar frente a un paciente con osteoartritis. Se excluyó a la población pediátrica, adolescentes y mujeres embarazadas para estas recomendaciones.

También conviene recordar que los nuevos resultados de la investigación clínica proporcionan evidencias actualizadas que hacen necesario cambiar la práctica clínica cotidiana, por ello es importante insistir que esta guía tiene una vigencia temporal y debe ser actualizada cada tres años. El gran impacto social que genera se ve reflejado en la calidad de vida del paciente y el impacto económico tanto en los costos directos como los indirectos. La

Osteoartritis representa 2.3 años de vida saludable perdidos, según las proyecciones poblacionales se estiman que habrá 1.6 millones de pacientes con osteoartritis en 2020. La presente guía Será una herramienta eficiente que reduzca la brecha entre lo que se hace y lo que la evidencia científica determina que se debe hacer.

La búsqueda de la evidencia para la formación de esta guía se realizó mediante la selección de artículos y guías publicadas específicamente en el periodo de 1995 al 2011 en Pubmed en las páginas del Colegio Mexicano de Reumatología, Sociedad Española de Reumatología, Panamerican League of Association for Rheumatology, Canadian Rheumatology Association y American Colleague of Rheumatology. Además, se consultaron las guías publicadas recientemente en cuanto al tratamiento: EULAR (European League Against Rheumatism) en 2003, AAOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons) en 2008, NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) en 2008, ACR (American College of Rheumatology) en 2009, y OARSI (Osteoarthritis Research Society International) en 2010. De las guías mexicanas, se encontraron las del IMSS publicadas en 2003 y las de la Secretaría de Salud publicadas en el 2008.

Concluyendo este estudio demostraron que el uso de fármacos sintomáticos de acción lenta en osteoartritis es controversial debido a que existe poca evidencia que respalde que retardan la pérdida del cartílago articular. El uso de esteroides intraarticulares se recomienda durante los brotes inflamatorios articulares, sobre todo de afección monoarticular de rodilla con dolor moderado a severo.

Existe evidencia científica que demuestra el papel de la rehabilitación en el manejo integral del paciente, así como la importancia de proporcionar información adecuada al paciente sobre la enfermedad y medidas generales como el control del peso y el ejercicio.

En cuanto al tratamiento quirúrgico está indicado siempre y cuando exista fracaso de las medidas conservadoras, y va desde la corrección de

deformidades, colocación de prótesis y órtesis posoperatorias. Debido a que sus costos directos e indirectos van en aumento en los sistemas de salud de todo el mundo, el médico de primer contacto debe contar con una guía de práctica clínica. (15)

2.1.8 Tema: “Eficacia de la terapia física y ocupacional en el dolor, función y calidad de vida en pacientes con osteoartritis trapeciometacarpiana - Una revisión sistemática y metaanálisis.”

Autor: Bernhard Aebischer , Simone Elsig, Jan Taeymans

Año: 2015

Resumen:

El objetivo de esta investigación es llevar a cabo una revisión sistemática y meta-análisis para explorar la efectividad de las intervenciones relacionadas con la terapia física y ocupacional sobre el dolor, la función y la calidad de vida en los pacientes con osteoartritis trapeciometacarpiana.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, CINAHL, PEDro, OTseeker, EMB, Dare Cochrane Database of Systematic Reviews y Cochrane CENTRAL. Se incluyeron los ensayos controlados aleatorios y cuasialeatorios y las revisiones sistemáticas correspondientes, los estudios observacionales, los estudios pragmáticos y estudios de casos y controles. El riesgo de sesgo fue evaluado. Restricción de idioma se configuró en inglés, alemán, francés y holandés. Para cada estudio, asignamos símbolos (p¹/₄positivo) efecto /? ¹/₄no efecto positivo) para el resultado de una intervención según lo informado en las conclusiones de los autores. Se excluyeron los estudios con participantes menores de 18 años o que sufren de osteoartritis trapecio metacarpiana o artritis reumatoide o cualquier otro problema reumatológico o cualquier tipo de cirugía de la mano o lesiones traumáticas en las manos. Las variables del resultado bajo investigación fueron dolor, función y calidad de vida.

De 218 estudios, 27 fueron retenidos. Se realizó un resumen narrativo y una serie de meta-análisis. Con respecto a la reducción del dolor, el meta-

análisis mostró la paridad del neopreno prefabricado y las tablillas termoplásticas hechas a medida: diferencia de medias estandarizada (DME) -0,01 (IC del 95%: -0,43 a 0,40) ($p = 0,95$). Las intervenciones multimodales son más efectivas para el dolor en comparación con las intervenciones únicas: diferencia de medias estandarizada -3.16 (IC del 95%: -5.56, -0.75) ($p = 0.01$). Todos los estudios presentaron al menos un alto o riesgo incierto de sesgo de rendimiento (cegamiento de los participantes) y personal).

Las intervenciones relacionadas con la terapia física y ocupacional, especialmente las intervenciones multimodales, parecen ser efectivas para tratar el dolor en pacientes con osteoartritis trapecio metacarpiana. Las férulas de neopreno prefabricadas y las férulas termoplásticas hechas a medida pueden reducir el dolor por igual. Las intervenciones únicas parecen no ser efectivas. No se pudo encontrar evidencia significativa de la efectividad en la función y la calidad de vida.

Como resultados obtuvieron que el principal hallazgo fue que hay evidencia de moderada a alta que Fisioterapia multimodal y terapia ocupacional las intervenciones relacionadas tienen efectos beneficiosos sobre el dolor. En cuanto a la mejora de la función, solo hay una narrativa, pero no hay evidencia estadística, la calidad de vida no fue examinada por ninguno de los estudios. Puede ser que la ausencia de síntomas (por ejemplo, dolor y trastorno) se asocia con una mayor calidad de vida. Si esta suposición es válida, entonces los resultados de esta revisión sugieren que la mayoría de la fisioterapia u ocupacional mejoran la calidad de vida. Frouzakis confirma que la mayoría los pacientes buscan tratamiento para reducir el dolor y no mejorar la función o las actividades de la vida diaria. La interpretación narrativa de los resultados, sugirieron que el dolor mejoró con todas las modalidades de intervención a excepción de la terapia con láser.

No hay suficiente evidencia para apoyar intervenciones individuales como ejercicios, protección conjunta, movilización neurodinámica, terapia manual, láser, picadura de ortiga o acupuntura. Esta revisión mostró

evidencia de que un multimodal la terapia física u ocupacional puede ser efectiva en el tratamiento de pacientes con osteoartritis trapecio metacarpiana. El enfoque de la intervención multimodal podría consistir en la aplicación de la férula combinado con un programa de ejercicios, educación del paciente sobre protección de articulaciones, consejos sobre accesorios técnicos (por ejemplo, abrebottas ergonómicos o porta llaves) y técnicas para aumentar el metabolismo local (calor, fricciones profundas, ultrasonido y otros). Basado en evidencia, el tipo de ejercicios (específicos o generales) integrados en una intervención multimodal parece ser irrelevante. La paridad de las férulas con respecto a la reducción del dolor ha sido mostrada. Por lo tanto, la elección de la férula debe verificarse individualmente y se deben adaptar al tipo de actividad (difícil férula termoplástica ¼ de trabajo, ADL normal y dormir = férula suave).

Esta revisión puede tener una clara relevancia clínica, mientras no haya evidencia para apoyar intervenciones individuales, parece haber mayor evidencia de moderada a alta que terapia física u ocupacional multimodal relacionada a las intervenciones que pueden ser efectivas en el tratamiento del dolor y función de la mano en pacientes con osteoartritis trapecio metacarpiana. (16)

2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO

Zona 3

Está constituidas por cuatro provincias importantes: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza y Tungurahua. La Zonal 3 Centro es la más extensa del país, representando un área de 44.899 km², que equivale al (18%) del territorio ecuatoriano. La Zonal tiene 1'456.302 habitantes; 10.05 % de la población ecuatoriana: Cotopaxi: 409.205 habitantes; Tungurahua: 504.583; Chimborazo: 458.581; Pastaza: 83.933 habitantes.

Los pueblos que encontramos en la zona 3 son: Panzaleos en Cotopaxi; Puruhá en Chimborazo; Chibuleo, Quisapicha y Salasaca en Tungurahua.

Existen diferentes nacionalidades como: Achuar, Andoa, Huaorani, Shiwiar, Shuar, Zápara y kichwua en la Amazonia. (17)



Gráfico 1: Provincia de Chimborazo

Fuente: Codeso.com

Caracterización de la provincia Chimborazo

Localización

Chimborazo está ubicada en el centro del Callejón Interandino. Se extiende sobre la hoya del Chambo, la región montañosa de Pallatanga y parte de la hoya del Chanchán.

Posee una superficie de 6569km². (Se encuentra en el décimo lugar entre las provincias más pequeñas del Ecuador).

Chimborazo también es conocida como “la provincia de las altas cumbres”, ya que en este lugar encontramos el volcán Chimborazo, el monte más alto del país (6.310m). Además, el pico Quilimas (4.919m) y el nevado Altar (5.320m), de particular belleza por sus formas.

La provincia posee dos redes hidrográficas de gran importancia; el río Chanchán, al sur de la provincia, que recibe las aguas de los ríos Chunchi, Guasuntos, Sibambe y Zula, y desemboca en el río Chimbo. Por el otro lado se encuentra el río Chambo, que recorre la provincia de sur a norte, se

alimenta de los ríos Blanco, Chibunga, Guamote, Pulucate, San Juan y Sicalpa, y se une al Patate para formar el Pastaza.

La hidrografía de la provincia se complementa con el complejo lacustre de Ozogoche, formado por varias lagunas que dan origen al río Chambo. Otra laguna de importancia es la de Colta, que se caracteriza por tener abundante vegetación de totoras.

La Provincia de Chimborazo está constituida por 10 cantones: Alausí, Colta, Cumandá, Chambo, Chunchi, Guamote, Guano, Pallatanga, Penipe, Riobamba.

La población se dedica principalmente a la agricultura; debido a la diversidad de climas que tiene, además existe una gran variedad de productos como: cereales y leguminosas, siendo los principales productos maíz, cebada, papa, trigo, arveja tierna, lenteja, cebolla colorada, ajo, haba tierna y melloco, de clima frío y templado. En el subtrópico se produce café, cacao, yuca, banano, caña de azúcar y frutas, principalmente cítricos. Otras actividades de la economía de la provincia es la ganadería, yacimientos de plata, cobre, oro, mármol, hierro, piedra caliza y azufre, artesanías, la apicultura, fabricación de tejas y ladrillos.

Los diversos pisos ecológicos que posee la provincia, desde los páramos hasta la zona de subtrópico, en Pallatanga, dan lugar a climas que van desde el templado de los valles hasta el frío de alta montaña, pasando por el frío de los niveles que alcanzan los 3.000 metros de altura. La temperatura promedio es de 13°C. (17)

Fisioterapia

Según la OMS (1968) define a la Fisioterapia como el arte y ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, ya sea calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además incluye corrientes eléctricas y pruebas manuales para determinar el grado de afectación de la inervación y fuerza muscular, pruebas para evaluar las capacidades funcionales, amplitud del

arco de movilidad articular y medidas de la capacidad vital; así como ayudas diagnósticas y test para el control de la evolución.(18)

Mientras que en la actualidad según la Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) define la Fisioterapia como un servicio proporcionado por fisioterapeutas a personas y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el movimiento máximo y la capacidad funcional a lo largo de su vida. El servicio se brinda en circunstancias en las que el movimiento y la función están amenazados por el envejecimiento, lesiones, dolor, enfermedades, trastornos, condiciones o factores ambientales.

La terapia física implica la relación entre el fisioterapeuta, pacientes, otros profesionales de la salud, familias, cuidadores y comunidades en un proceso donde se evalúa la capacidad de movimiento y se establecen los objetivos de acuerdo a las necesidades, utilizando conocimientos y habilidades para fisioterapeutas. Los Fisioterapeutas se preocupan por identificar y mejorar la calidad de vida, así como el potencial de movimiento dentro de las categorías de promoción, prevención, tratamiento o intervención, habilitación y rehabilitación. Estas categorías abarcan bienestar físico, psicológico, emocional y social.(19)

Diagnóstico situacional: es un estado que permite una visión más clara y actual de las distintas problemáticas existentes en el proceso salud-enfermedad, por lo cual es importante realizarlo siempre que se requiera hacer una evaluación de algún modelo de servicio médico.(20)

Un diagnóstico también es una etiqueta que abarca los signos y síntomas comúnmente asociados con un trastorno, síndrome o categoría de deficiencias en las estructuras y funciones del cuerpo, limitaciones de la actividad o restricciones de participación. El objetivo del diagnóstico es guiar a los fisioterapeutas para determinar el pronóstico y las estrategias del manejo fisioterapéutico más apropiadas para cada paciente y compartir información con ellos. Si el proceso de diagnóstico revela hallazgos que no están dentro del alcance del conocimiento, el fisioterapeuta remitirá al paciente a otro profesional de salud apropiado.(21)

Objetivo del Manejo fisioterapéutico: Es mantener al paciente en las mejores condiciones

físicas posibles para conseguir o mejorar el síntoma tratable, la prevención de complicaciones que agraven la situación y la instauración de medidas o procedimientos con

el fin de mantener la autonomía del paciente y su calidad de vida el mayor tiempo y de la

mejor forma posible. Todo esto en base a evidencia científica.(22)

El Sistema- Musculo-Esquelético

El sistema esquelético no está compuesto solo de huesos, sino también de fibras de tejido conectivo cuya función es conservar unidos a los órganos, ligamentos y tendones, los mismos que están formados por dos clases de fibras especializadas de tejido conectivo que unen a los huesos entre sí y éstos con los músculos, de tal modo que son indispensables en la locomoción.

Los músculos del cuerpo humano que trabajan sobre el sistema esquelético, que están bajo control voluntario, y que se ocupan del movimiento, postura y equilibrio.

El Sistema- Musculo - Esquelético está compuesto por:

Hueso: Es un órgano duro, firme y resistente compuestos por tejido óseo que forman el esqueleto de los vertebrados, además confieren la estructura corporal y ayudan al movimiento.

Ligamentos: Son bandas de tejido conjuntivo que se encargan de Mantener unidos los huesos.

Articulaciones: Conexiones lubricadas donde se unen dos o más huesos y que hace posible un movimiento.

Músculos: Son tejidos blandos constituidos por fibras contráctiles musculares que pueden estar relacionados con el esqueleto o formar parte

de la estructura de los órganos, además originan los movimientos corporales.

Tendones: Son tejidos conectivos fibroso que se encargan de unir los músculos a los huesos, cuya función principal es producir movimiento.

Vasos sanguíneos: Son conductos que permiten el transporte de oxígeno y azúcar a todos los tejidos.

Nervios: Son un conjunto de fibras que conducen impulsos entre el sistema nervioso central y las distintas partes del cuerpo. (23)

Trastornos musculo - esqueléticos

Los trastornos musculoesqueléticos son lesiones de los músculos, tendones, ligamentos que suelen afectar a las manos, muñecas, codos, hombros, rodillas y pies.

Estas lesiones pueden estar causadas por:

- Factores dependientes de una incorrecta organización del trabajo.
- Factores dependientes del mismo individuo tales como lesiones preexistentes.
- Condiciones ergonómicas y ambiente de trabajo no satisfactorio.(24)

CIE-10

El CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) es la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que desde 1948 está a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este es uno de los sistemas universales que permiten la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad, las mismas que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país o varios países.(25)

Se realizaron investigaciones previas durante el período enero 2015- junio 2016. En la Provincia de Chimborazo La disfunción musculoesquelética de mayor incidencia es el Lumbago (CIE 10 M545) con el 19.0% con 8876

casos reportados con mayor presencia en el cantón de Riobamba, con 2552 casos seguido por Poliartrosis no especificado (CIE10 M159) con el 14.29 % con 6653 casos y finalmente en tercer lugar se encuentra el dolor de articulación (CIE 10 M255) con el 8.77% con 4085 casos.

En Base a este estudio se ha realizado una lista de trastornos musculoesqueléticos más relevantes en la Zona 3 que comprenden las Provincias de Tungurahua, Chimborazo, Cotopaxi, Pastaza. Destacando que en la provincia de Chimborazo las enfermedades con mayor relevancia que se obtuvieron a partir de los resultados del RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias) y son: Lumbago CIE 10 (M545), Poliartrosis no especificada CIE 10 (M154), Dolor articular CIE 10 (M255). Se clasifican:

Lumbago No especificado (CIE 10 M545): El lumbago es una afectación en la región lumbar o en la región lumbosacra, en la que se produce un estiramiento excesivo o un pequeño desgarramiento de los músculos pequeños paravertebrales provocando al mismo tiempo la contracción de los músculos adyacentes y de los músculos erectores de la columna que se encuentran superficialmente; motivo por el cual la espalda se bloquea ya que este estiramiento limita los movimientos de la columna.

Esta contractura de una parte del músculo dura algún tiempo y suele desaparecer con la curación de la lesión del músculo profundo, sin embargo, el lumbago puede llegar a ser crónico e incluso después de la curación, pueden durar varias semanas y en algunas personas hasta años. El lumbago puede acompañarse de patologías vertebrales mucho más graves como la hernia discal, fracturas vertebrales, desgarramientos de músculos y ligamentos paravertebrales.(26)

Clasificación:

Existen varias maneras de clasificar las lumbalgias o lumbagos, por ejemplo en traumáticas y congénitas (espondilolistesis, espondilolisis,

fracturas, espina bífida, sacralización de L5) o agudas, subagudas y crónicas (dependiendo del tiempo de evolución de la misma).(27)

Mialgia CIE 10 M791: La mialgia aguda suele aparecer durante o justo después del ejercicio agotador llevando hasta el punto de fatiga. Esta respuesta se produce cuando un músculo se fatiga o se cansa durante el ejercicio anaeróbico porque necesita de oxígeno y sangre debido a la acumulación temporal de metabolitos como el ácido láctico y potasio en los músculos ejercitados.

Mialgia diferida es la que se produce después de realizar un ejercicio desacostumbrado o cualquier sobreesfuerzo muscular, estos dolores musculares provocan rigidez temporal que puede manifestarse entre las 12-24 horas después de haber finalizado el ejercicio y dura entre 5 a 7 días.

La sintomatología de la mialgia se presenta en todo el vientre muscular y en la unión miotendinosa. Una de las primeras teorías sobre su etiología es la acumulación de metabolitos (ácido láctico), también está vinculada con ciertos microtraumatismos inducidos por contracciones de las fibras musculares y tejidos conjuntivos que provocan degeneración y necrosis de estos tejidos. Investigaciones previas han demostrado que se necesita reposo de una hora aproximadamente después del ejercicio para eliminar todos los metabolitos acumulados (28)

Neuralgia y neuritis no especificada CIE10 M742: Neuralgia es la afección que radica en el tejido nervioso sensitivo del sistema cerebro-espinal o ganglionar, es un trastorno dinámico de la sensibilidad que no se revela localmente, es decir que no existe lesión orgánica en el sistema nervioso ni en los tejidos que lo rodean. La neuralgia es un dolor más o menos violento que tiene su sitio sobre el trayecto de un nervio diseminado por puntos circunscritos: existen verdaderos puntos dolorosos de donde parten a intervalos variables, punzadas u otros dolores análogos en los cuales la presión es dolorosa. Existen dos tipos de neuralgias:

Neuralgias idiopáticas: Es la que se desarrolla espontáneamente o bajo la influencia de una causa ocasional.

Neuralgias sintomáticas: Es la que se halla relacionada con la existencia de una disposición general específica, o de una lesión patológica material y local.(29)

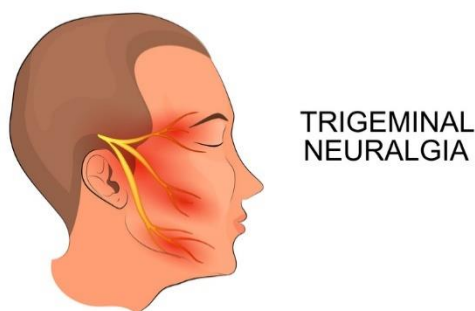


Gráfico 2: Neuralgia

Autor: Dr Trotta

Neuritis no especificada: es la inflamación y degeneración de uno o más nervios en el cuerpo, el cual puede tener una gran diversidad de síntomas como los que siguen según el nervio afectado y la zona donde se localice.

Causas de la Neuritis

- Acumulación nociva de cristales de ácido úrico en los músculos.
- Intoxicación del cuerpo por alcohol (neuritis alcohólica).
- Compresión del nervio debido a algunas causas como estrés excesivo, retención emocional, exceso de autocontrol, etc.
- Trastornos metabólicos como en el caso de la neuritis diabética o alcohólica.
- Carencias de vitaminas y nutrientes de gran importancia en el organismo.

Tipos de Neuritis

Neuritis degenerativa: es la que produce una degeneración del sistema nervioso.

Neuritis aguda: la cual también se conoce como neuralgia amiotrófica. Este tipo de neuritis se conoce por la aparición brusca de intensos dolores musculares, que la gran parte de las veces una amiotrofia del musculo que puede prolongarse varios días o meses.

Neuritis ascendente: la inflamación del nervio empieza en la periferia del cuerpo y se va desplazando poco a poco hacia el tronco nervioso. Hay otro tipo de neuritis como neuritis óptica (inflamación del nervio óptico), neuritis intersticial, neuritis de Gombault, neuritis de Leyde, la desmielinizante (la que provoca una perdida segmentaria de mielina), neuritis sifilítica (provocada por la neurosífilis). (30)

Dolor articular CIE 10 M255: el dolor osteoarticular es uno de los síntomas más difíciles de interpretar debido al importante componente subjetivo que lo acompaña. Al valorar a un paciente con dolor debemos considerar la posibilidad de un dolor localizado, dolor referido o un dolor irradiado. El dolor de las articulaciones proximales y profundas suelen ocasionar un dolor referido; mientras que el dolor de las articulaciones distales se localiza en la zona de origen. En la exploración debemos saber diferenciar el dolor provocado por la palpación y el dolor al movilizar la articulación(31)

Poliartrosis no especificada CIE10 M159: La artrosis u osteoartritis es una de las enfermedades más relevantes del mundo, afecta a las articulaciones móviles debido a la destrucción progresiva del cartílago remodelación ósea, inflamación articular y pérdida de la función articular normal. Se caracteriza por presentar dolor articular, rigidez menor de 30 minutos, limitación de la movilidad, inestabilidad articular, incapacidad funcional, deformidad, derrame ocasional e inflamación local, pérdida de movilidad y función de la articulación con gran afectación en la calidad de vida siendo la causa más frecuente de discapacidad física .(32)

Actualmente no existe ningún tratamiento que cure o por lo menos que detenga la progresión de la Osteoartrosis. El tratamiento es sintomático y se encamina a reducir el dolor, inflamación y evitar deformidades

mejorando la calidad de vida. Las recomendaciones internacionales para el manejo de la artrosis incluyen tratamiento farmacológico (AINE con una buena efectividad, pero con importantes efectos adversos), medidas no farmacológicas, tratamiento fisioterapéutico y tratamiento quirúrgico si es necesario. (33)

Dorsalgia no especificada CIE 10 M549: Las dorsalgias son parte de las patologías vertebrales, Han sido consideradas como afecciones puramente psicósomáticas, reflejo de un estado depresivo o de dificultades personales. En la literatura extranjera no se encuentra citada en ninguna obra, en cualquier caso, las dorsalgias existen, y las frecuente es la dorsalgia interescapular que afecta más a las mujeres, en aquellas que permanecen en posiciones estáticas la cabeza por varias horas, el dolor se siente en un punto muy preciso entre las dos escápulas. Este punto doloroso se encuentra en contacto con la cara lateral de la apófisis espinosa T4 y la presión a este nivel que corresponde a la inserción del músculo esplenio del cuello. Se trata de un dolor de inserción que suele ir acompañado de hipersensibilidad de la piel que cubre toda la escápula. Esta dorsalgia puede ir acompañada de una cervicalgia. (34)

Gonartrosis CIE 10 M179: Es una enfermedad con gran variabilidad clínica y manifestaciones de este proceso pueden venir determinadas por lesiones propias de patología, pero, además puede existir una serie de síntomas que aparecen en la articulación artrósica y la zona periarticular y que no son específicos de esta enfermedad. Los síntomas de una artrosis de rodilla son el dolor, rigidez, impotencia, limitación funcional y deformidad. (35)

Fascitis Plantar CIE M722: Es una inflamación crónica frecuente de la aponeurosis plantar, lesión que se asocia a una causa mecánica o reumatismo inflamatorio. La fascia plantar es una lámina resistente de tejido aponeurótico que se extiende desde el tubérculo inferior del calcáneo hacia delante hasta las articulaciones metatarsfalángeas. (36)

Luego continúa hacia atrás con la aponeurosis superficial de la garganta del pie y se considera una continuación del tendón de Aquiles, hablando por tanto del sistema calcáneo-Aquileo-plantar. A los lados, se adhiere al primero y quinto metatarsianos y se continúa después con la aponeurosis dorsal superficial. La función principal de la fascitis plantar es transmitir las fuerzas del tríceps sural hacia los dedos y el soporte elástico que tiene permite dar energía a cada paso o salto.

Causas:

- Calentamiento insuficiente en situaciones de estrés miofascial.
- Sobrecarga muscular.
- Debilidad muscular.
- Defectos biomecánicos. (pies planos, pies cavos, calcáneo valgo, etcétera).
- Calzado inapropiado.
- Obesidad.
- Edad mayor de 40 años. (37)

El paciente refiere dolor intenso en la planta, talón y se irradia a lo largo del borde interno del pie, el dolor se intensifica sobre todo al iniciar la primera fase de la marcha, que es el contacto del talón. (36)

Condromalacia Rotuliana CIE 10 M224: no es sinónimo de dolor femoropatelar, significa que el dolor es independiente de la lesión del cartílago articular.(38)

La condromalacia rotuliana es un problema común de rodilla en corredores de maratón, este exceso de tensión sobre la rodilla puede ocurrir en deportes en los que hay que correr como el baloncesto. El dolor es profundo y alrededor de la rótula como resultado del desequilibrio del cuádriceps. La condromalacia rotuliana puede ser el resultado de un golpe directo sobre la rótula o una flexión extrema de la rodilla, ejemplo ponerse de cuclillas y levantar peso.(39)

Condromalacia de la rótula,
o rodilla del corredor

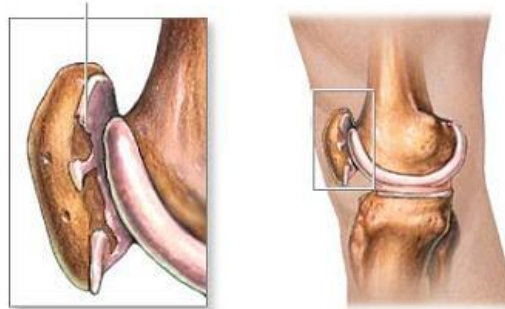


Gráfico 3: Condromalacia Rotuliana

Autor: Eva Iglesias Fisioterapeuta

Lumbago con Ciática CIE 10 M544:

La ciática es un dolor que se caracteriza por la irradiación que va desde el glúteo hacia abajo a lo largo del recorrido del nervio ciático. Aunque la ciática tiene varias causas, Mixter and Barr establecieron en 1934 que la causa principal es la compresión de la raíz de uno de los nervios lumbares por material de la ruptura de un disco intervertebral a través del tejido conectivo que lo rodea. Los estudios neurorradiológicos confirman que el 85% de los casos con ciática se asocian con trastornos de un disco intervertebral

El mecanismo de lesión se puede relacionar con la distorsión de la raíz nerviosa o de su ganglio sensitivo. Otros lugares de lesión del ciático son la pelvis menor, el glúteo, el pliegue glúteo y el bíceps crural proximal. En la mayoría de los casos se producen en personas de 40-50 años de edad. (40)

Recientemente la ciática se ha definido como el síndrome del glúteo profundo para definir la compresión o irritación de origen no discogénico del nervio ciático en la región anatómica del espacio subglúteo.

El espacio subglúteo está situado anteriormente y por debajo del glúteo mayor y posterior al borde posterior del cuello del fémur; lateralmente está la línea áspera; la fascia sacrotuberosa y falciforme aparece medial; en

posición superior tenemos el margen inferior de la escotadura ciática, y en posición inferior se encuentra el origen de los músculos isquiotibiales.

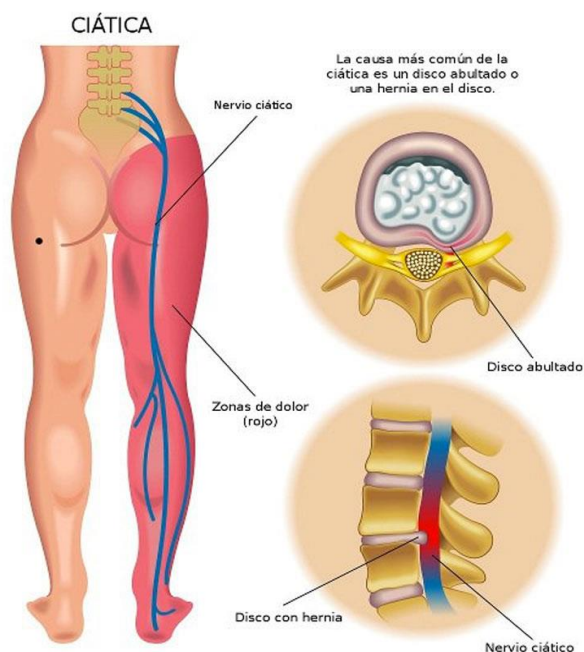


Gráfico 4: Ciática

Fuente: Fitlife.tv

El nervio ciático tiene origen en las ramas ventrales de las raíces L4 hasta S3, formando un tronco único en la pelvis que sale por la escotadura ciática por debajo del músculo piriforme. Cubierto por el músculo glúteo mayor, dentro de la región glútea profunda, el nervio ciático pasa entre la tuberosidad isquiática y el trocánter mayor, extendiéndose cerca de la cápsula posterior de la articulación de la cadera, inervando luego los músculos isquiotibiales. Proximal al músculo piriforme están los nervios glúteo superior e inferior. Distal al músculo piriforme está el nervio del cuadrado femoral/ músculo gemelo inferior y el nervio del obturador interno/gemelo superior.(41)

Tendinitis: El tendón es la estructura fibrosa que une el músculo con el hueso. Tendinitis es un proceso de inflamación más o menos extensa del tendón, cuyo mecanismo de lesión es por la disminución de la viscosidad y aumento de la presión en el tendón; es decir una sobrecarga.

Las causas principales de la tendinitis son problemas vasculares derivados del envejecimiento o traumatismos y microtraumatismos de repetición. Otras causas que favorecen este proceso son metabólicas, infecciosas, por alteraciones estáticas, mal entrenamiento, etc.

Tipos:

Según la localización hablaremos de:

Tenoperiostitis: tendinitis en la zona de inserción, (unión tendón-hueso).

Tendinitis: Inflamación del cuerpo del tendón.

Tenosinovitis y Miotendinitis: Cuando está afectada la vaina del tendón a veces con derrame.

Tenosinovitis: cuando la inflamación afecta la vaina del tendón, a veces con derrame de líquido.

Miotendinitis, entesitis o tenomiositis: Cuando la lesión se sitúa en la unión del musculo con el tendón. (entesis).

Tenobursitis: Cuando hay inflamación de la bolsa serosa anexa.

Tendinitis calcificante: Su diagnóstico es radiológico y solo presenta síntomas en el 35-45% de los casos. Sus causas se atribuyen a microtraumatismos de repetición y el dolor se manifiesta de forma aguda, es severo y aparece entre unas horas y días, causando limitación de movilidad. (42)

Tendinitis de miembro superiores e inferiores

Tendinitis de hombro: Se manifiesta como un dolor al elevar el hombro lateralmente.

Presentación usual:

Dolor en la parte delantera/lateral del hombro al ejecutar movimiento de resistencia. Normalmente el dolor aumenta a los 90° de abducción y el sujeto suele dormir sobre la parte afectada.

Mecanismo:

Aumento del esfuerzo de los tendones (bíceps o supraespinoso) de forma excéntrica causando microtraumatismos, inflamación y molestias

Factores de Predisposición:

Trabajo repetitivo del brazo por encima de la cabeza

Movimientos rápidos con cargas.

Pectoral rígido y estabilizadores de escápulas débiles.(43)

Tendinitis rotuliana: La tendinosis inflamatoria está precedida por un estadio inflamatorio de corta duración “tendinitis rotuliana” Algunos autores consideran que la tendinosis es el estadio final de un proceso continuo que empieza con un tendón normal y atraviesa por un período de “tendinitis” dolorosa. No hay prueba alguna de que exista una fase provisional significativa de tendinitis, en la tendinopatía por sobreuso. La tendinopatía rotuliana progresa con el tiempo de proximal a distal y si hay una fase de tendinitis; ésta es bastante corta. (44)

2.3 HIPÓTESIS O SUPUESTOS

Este estudio no tiene hipótesis

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo descriptivo y observacional ya que vamos a redactar datos sobre la situación actual del manejo fisioterapéutico en todas las entidades públicas de la provincia de Chimborazo. Es un estudio cualitativo y cuantitativo porque se va a recolectar y a describir la información

El tipo de investigación no es experimental, es observacional, transversal porque la medición se realizará una sola vez, ya que la toma de información se hará en una sola ocasión a la muestra.

3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la provincia de Chimborazo en todas las entidades públicas de salud que tengan el servicio de terapia y rehabilitación.

3.3 POBLACIÓN

Este trabajo de investigación está dirigido a dos grupos poblacionales: a fisioterapeutas que laboran en las unidades públicas de salud de la provincia de Chimborazo, y a los pacientes que acuden a dichas unidades de salud y que presenten alguno de los tres diagnósticos de alteraciones musculoesqueléticas más frecuentes a nivel provincial, que se obtuvieron a partir de los resultados del RDACAA (Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias).

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Tabla 1: Criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN		
Unidades de salud	Fisioterapeutas	pacientes
Unidades de Salud miembros del RPIS de la zona 3 del Ecuador. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centros de salud tipo (A, B y C) ✓ Hospital básico ✓ Hospital General ✓ Hospital Especializado ✓ Centro de Salud de La Policía Nacional. 	✓ Fisioterapeutas que laboren en unidades de salud, miembros del RPIS de la zona 3 del Ecuador.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes que presenten diagnóstico de Lumbago no especificado (M545), Poliartrosis no especificada (M154), Dolor articular (M255). ✓ Pacientes que se encuentran asistiendo al servicio de fisioterapia en las unidades de salud anteriormente mencionadas por más de dos semanas. ✓ Pacientes que asistan a fisioterapia durante el día de recolección de datos

Elaborado por: Valeria Paredes

3.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Tabla 2: *Criterios de Exclusión*

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN		
Unidades de salud	Profesionales de rehabilitación	pacientes
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidades que no cuenten con el servicio de fisioterapia o rehabilitación, a pesar de haber salido favorecido en la muestra. ✓ Unidades de salud privadas de la zona 3 del Ecuador. ✓ Unidades de transporte primario (ambulancias). ✓ Unidades móviles generales. ✓ Unidades móviles quirúrgicas. ✓ Puestos de Salud. ✓ Centro de atención ambulatoria. ✓ Consultorio Médico general. ✓ Centros especializados. ✓ Centros de salud especializados en pediatría. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profesionales de fisioterapia que posean información de posgrado en investigación (Master en ciencias). ✓ Personal de otras áreas distintas a la fisioterapia y rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pacientes que presenten otros diagnósticos distintos a los anteriormente mencionados. ✓ Pacientes que se encuentren en tratamiento durante menos de 2 semanas. ✓ Pacientes que presenten comorbilidades y/o condiciones agravantes.

Elaborado por: Valeria Paredes

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3: Operacionalización de variables

CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Diagnostico situacional del manejo fisioterapéutico.	A qué afecta el abordaje Fisioterapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> • Empezar una evaluación integral del paciente o las necesidades de un grupo de pacientes. • Evaluar los hallazgos de la evaluación para hacer juicios clínicos con respecto a pacientes. • Formular un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. 	Observación	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de unidades de salud. • Ficha específica por patología. • Encuesta Basada en evidencia Científica de Jette et al, traducción al castellano por Guerra et al. • Encuesta de Atención al cliente
Trastornos musculoesqueléticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Lumbago no especificado • Dolor articular. • Poliartrosis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar consultas dentro de su experiencia y determinar cuándo los pacientes deben ser referidos a otro profesional de la salud • Implementar un programa de intervención fisioterapéutica. • Determinar los resultados de cualquier intervención fisioterapéutica • Hacer recomendaciones para la autogestión. 		

Elaborado por: Valeria Paredes

3.5 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Principalmente, se investigó los lugares donde existen entidades pertenecientes al RPIS (Red Pública Integral de Salud), seguidamente se realizaron los oficios pertinentes en la unidad de Investigación con el fin de solicitar la autorización para realizar la indagación a la autoridad competente de cada entidad, posteriormente se realizó la entrega de los oficios en cada entidad de Salud con la autorización respectiva desde la Zonal 3, luego se diseñaron los 4 instrumentos de evaluación necesarios para obtener la información:

- Ficha de Unidad de Salud: se utilizó para conocer los datos básicos de la unidad de salud, específicamente, del servicio de fisioterapia y rehabilitación.
- Ficha específica de fisioterapia: sirvió como medio de recolección de la información relacionada con el manejo de las alteraciones musculoesqueléticas investigadas.
- Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia: permitió conocer las perspectivas de los fisioterapeutas en relación a la PBE y su utilización en la práctica profesional cotidiana.
- Cuestionario de atención al cliente: fue utilizada para conocer las percepciones de los pacientes de los servicios de fisioterapia y rehabilitación en cuanto a la calidad de la atención.

Una vez obtenida la información se determinó el número de Unidades de Salud Pública que tienen el servicio de terapia física y rehabilitación, posteriormente se aplicó los instrumentos tomando en cuenta de las investigaciones previas, realizadas en diferentes países de la región. Finalmente se procedió con la tabulación y análisis de los resultados obtenidos de la Provincia de Chimborazo, durante la investigación y la presentación del informe final.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Con el fin de cuidar la integridad del paciente y los profesionales de salud el proyecto de investigación estará basado en algunos aspectos éticos

como es la confidencialidad de los datos recogidos, respeto a sus creencias, costumbres y se mantendrá en reserva los nombres de los individuos.

De igual manera se realizará la investigación con honestidad y responsabilidad con la información obtenida. Se realizará el consentimiento informado dirigido a pacientes y fisioterapeutas; ya que es un estudio observacional descriptivo.

Derechos del paciente

“Art 3.- derecho a no ser discriminado todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica”

“Art 4.- derecho a la confidencialidad todo paciente tiene derecho a que su consulta, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información con el procedimiento médico a aplicársele tenga el carácter de confidencialidad”(39)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

FICHA DE UNIDAD DE SALUD

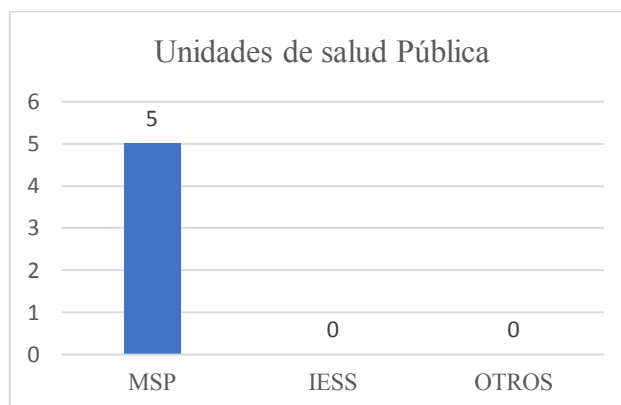


Gráfico 5: Unidades de Salud Pública

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De las unidades de salud que brindan el servicio de Fisioterapia y rehabilitación en la Provincia de Chimborazo, 5 (100%) son entidades que pertenecen al Ministerio de Salud Pública.

Nivel

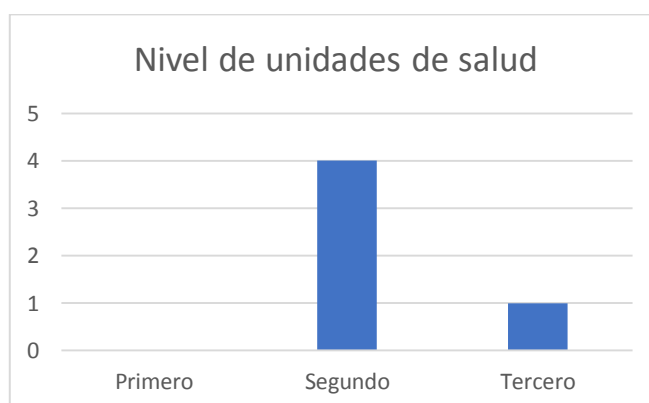


Gráfico 6: Nivel de Unidades de Salud

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Acerca del tipo de nivel en el que se encuentran las unidades de salud; obteniendo como resultado que del 100% de las unidades analizadas, 4 (80%) de ellas se encuentran en segundo nivel, 1 (20%) en tercer nivel y ninguna (0%) en primer nivel.

Responsable Del Servicio

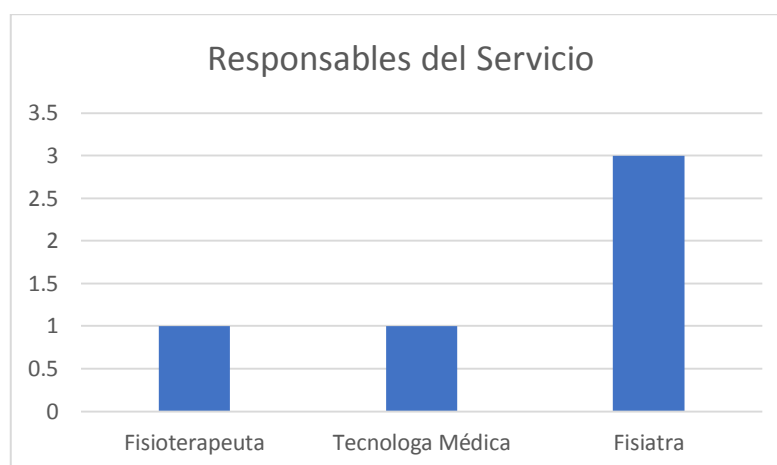


Gráfico 7: responsables del Servicio

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Los profesionales responsables que se encuentran en el servicio de terapia física y rehabilitación, se han obtenido como resultado que del 100% de las unidades analizadas, 3 (60%) son Fisiatras, 1 (20%) Tecnóloga Médica, 1 (20%) Fisioterapeuta.

Profesionales Del Servicio



Gráfico 8: Profesionales del Servicio

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En las 5 unidades de salud investigadas se han encontrado que del 100% de profesionales del servicio; 5(13.15%) son Fisiatras, 20(52.63%) son fisioterapeutas, 2(5.26%) son médicos, 2(5.26%) son tecnólogos médicos, 1(2.63%) es terapeuta ocupacional, 3(7.89%) son auxiliares de fisiatría, 1(2.63%) es secretaria, 1(2.63%) es traumatólogo, 3(7.89%) son estudiantes.

FICHA ESPECÍFICA DE LUMBAGO INESPECIFICO (CIE 10 M545)

Evaluación General

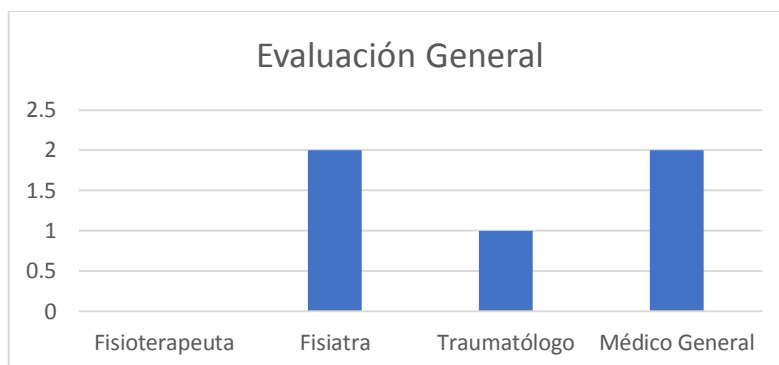


Gráfico 9: Evaluación General

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

La evaluación general que se realiza en la patología de lumbago inespecífico, según los datos obtenidos 2(40%) evalúan fisiatras, 1(20%) evalúa un traumatólogo, 2(40%) evalúan médicos generales.

Diagnostico Funcional

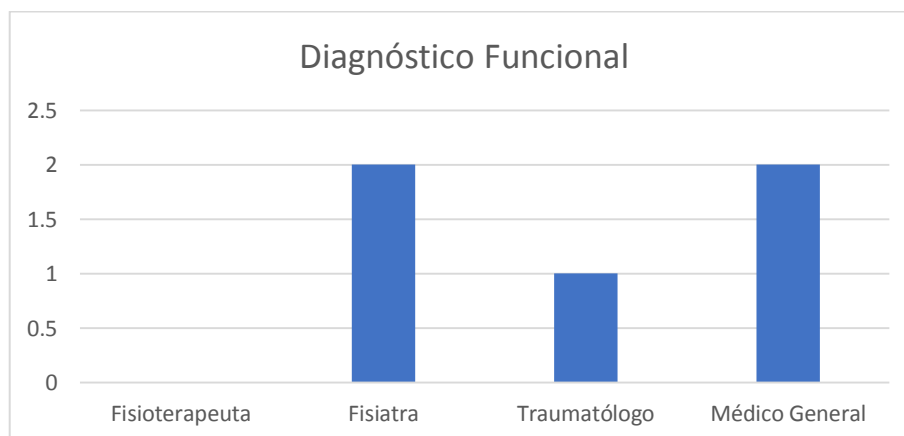


Gráfico 10: Evaluación General

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El diagnóstico funcional en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 2(40%) evalúan médicos generales, 1(20%) evalúa un traumatólogo, 2(40%) evalúan fisiatras y fisioterapeutas.

Diseño de la intervención fisioterapéutica

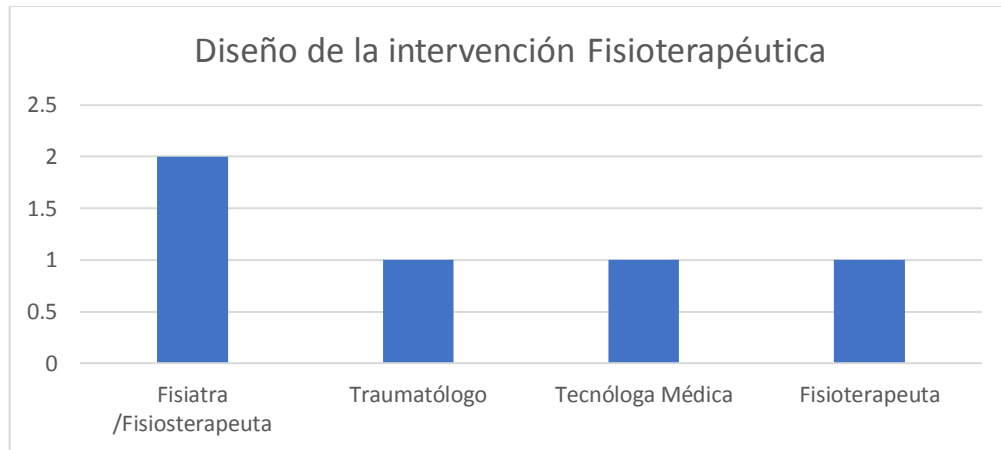


Gráfico 11: Diseño de la intervención fisioterapéutica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En el diseño de la intervención fisioterapéutica en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 2(40%) lo hacen fisiatras y fisioterapeutas, 1(20%) lo hace un traumatólogo, 1(20%) lo hace una tecnóloga médica, 1(20%) lo hace un fisioterapeuta.

Aplicación de la Intervención

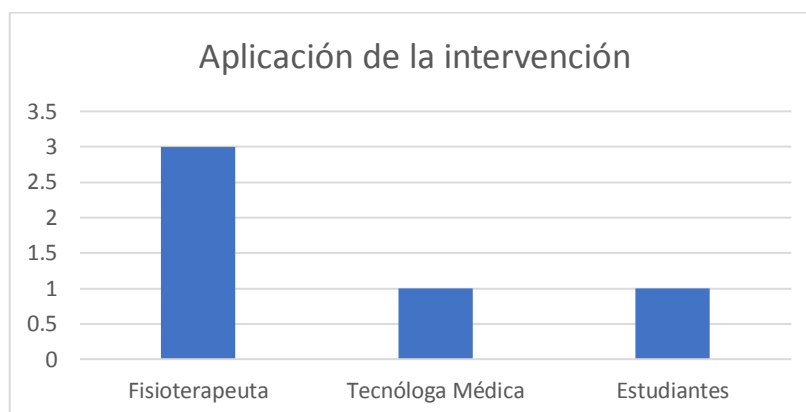


Gráfico 12: Aplicación de la intervención

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En la aplicación de la intervención en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 3(60%) la realizan fisioterapeutas, 1(20%) la realiza una tecnóloga médica, 1(20%) la realiza un estudiante.

Seguimiento

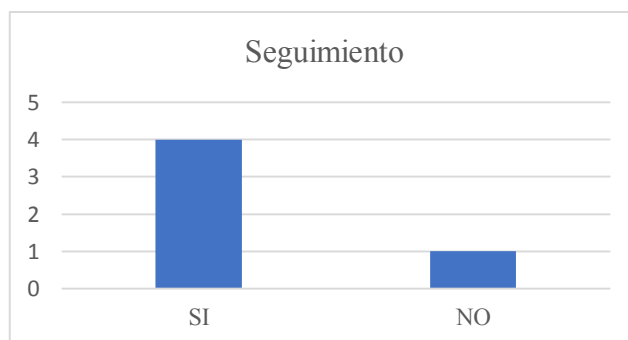


Gráfico 13: Seguimiento

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El seguimiento en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 4(80%) de los profesionales si lo realiza mientras que 1(20%) no lo realiza seguimiento de la patología, debido a que los pacientes viven muy lejos y rara vez acuden a su tratamiento.

Seguimiento quien lo realiza

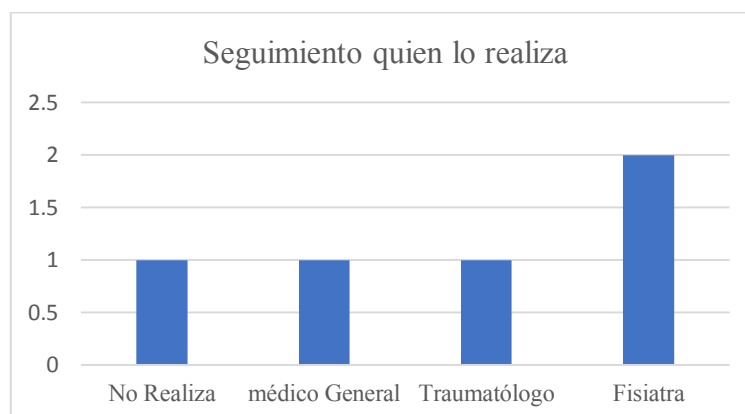


Gráfico 14: Seguimiento, quien lo realiza

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El seguimiento en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 1(20%) la realiza un médico general, 1(20%) la realiza un traumatólogo, 2(40%) la realizan fisiatras, mientras que 1(20%) no realiza seguimiento de la patología.

Numero de Sesiones

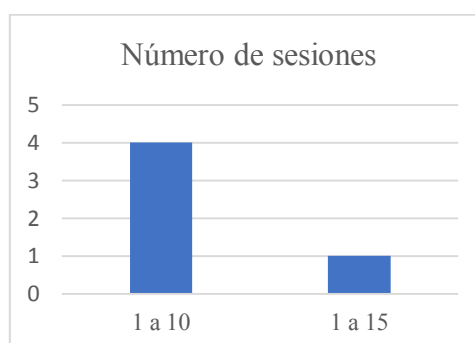


Gráfico 15: Número de Sesiones

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Según el número de sesiones en la patología de lumbago inespecífico (CIE10 M545) según los datos obtenidos 4(80%) realizan de 1 - 10 sesiones y 1(20%) realiza de 1 - 15 sesiones.

Frecuencia

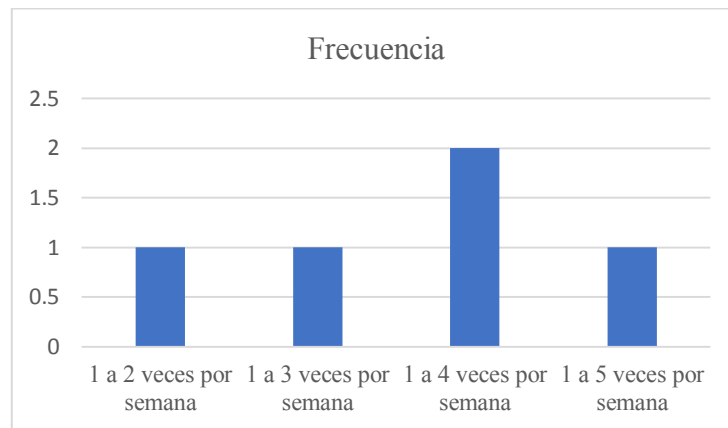


Gráfico 16: Frecuencia

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De 5 unidades de salud públicas que representa el (100%), 1(20%) realizan la terapia de 1 a 2 veces por semana, 1(20%) realizan de 1 a 3 veces por semana, 2(40%) realizan de 1 a 4 veces por semana y 1(20%) realizan de 1 a 5 veces por semana.

Evaluación y Valoración

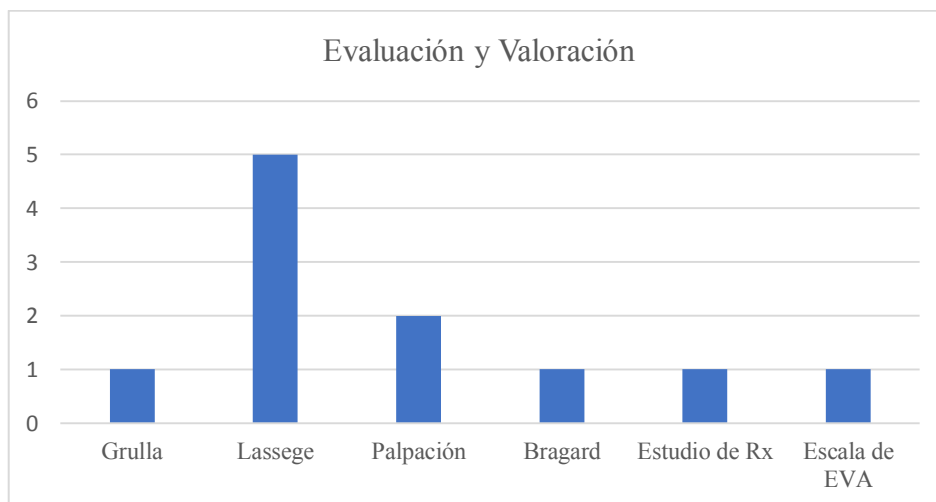


Gráfico 17: Evaluación y valoración

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En lo referente a la evaluación y valoración del Lumbago no especificado, los métodos más nombrados fueron la prueba de lassege que lo realizan en las 5 unidades de salud representando (45%), en 2 (18%) entidades públicas realizan palpación, en una unidad de salud se realiza bragard (9%), en una unidad de salud se realiza grulla (9%), en una entidad se realiza escala de EVA (9%) y la revisión de exámenes radiológicos (9%) lo realizan en una unidad de salud pública.

Intervención

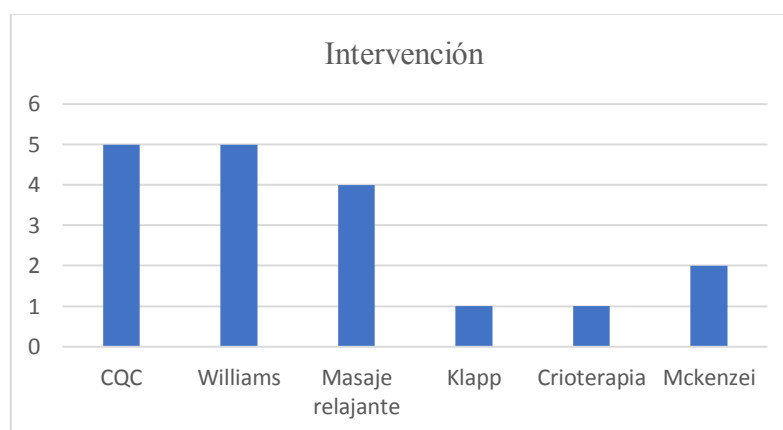


Gráfico 18: Intervención

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En lo referente a la intervención del Lumbago no especificado, los métodos más nombrados fueron la aplicación de compresa química caliente y la realización de ejercicios de Williams en las 5 unidades de salud representando (100%), en 4 (80%) unidades de salud realizan masaje relajante, 2 (40%) Realizan ejercicios de Mckenzei y en 1 (20%) unidad aplican crioterapia y realizan ejercicios de Klapp.

Equipos Electrónicos Utilizados

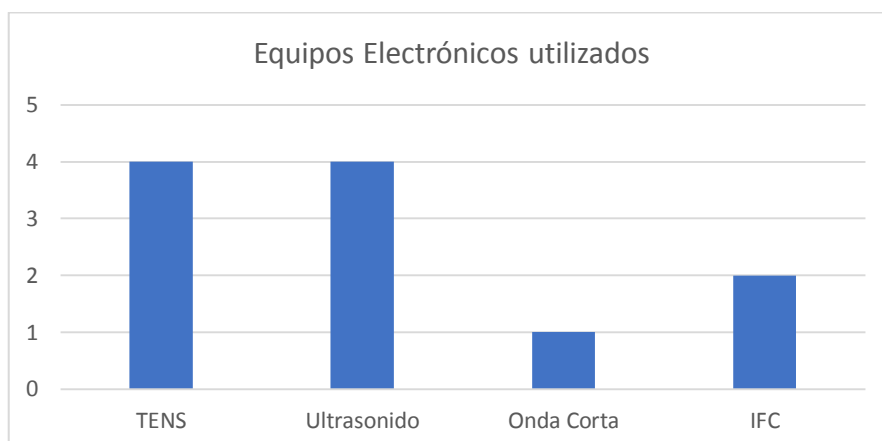


Gráfico 19: Equipos electrónicos utilizados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Entre los equipos más utilizados en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 4(80%) utiliza TENS, 4(80%) utiliza ultrasonido, 1(20%) utiliza onda corta, 2(40%) utiliza IFC.

Programa en Casa

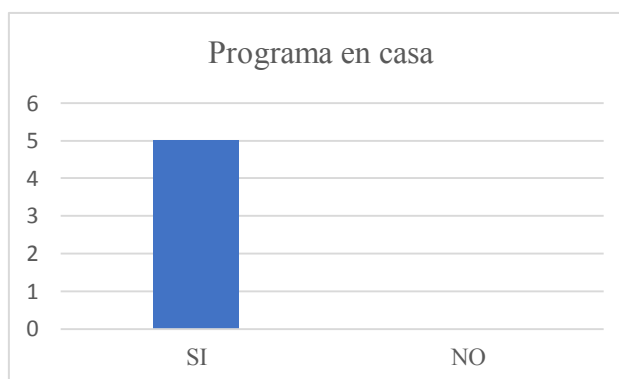


Gráfico 20: Programa en Casa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa en casa en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 5 (100%) sí realiza un programa para que el paciente lo realice en la casa.

Programa

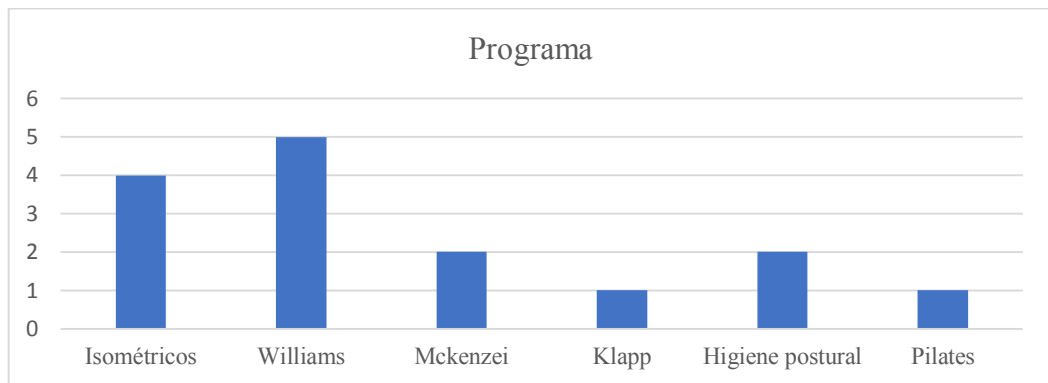


Gráfico 21: Programa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa en la patología de lumbago inespecífico según los datos obtenidos 4(80%) realiza ejercicios isométricos, 5(100%) realiza ejercicios de Williams, 2(40%) realiza ejercicios de McKenzie, 1(20%) realiza ejercicios de klapp, 2(40%) realiza higiene postural, 1(20%) realiza ejercicios de pilates.

FICHA ESPECIFICA DE DOLOR ARTICULAR (CIE 10 M255)

Evaluación General

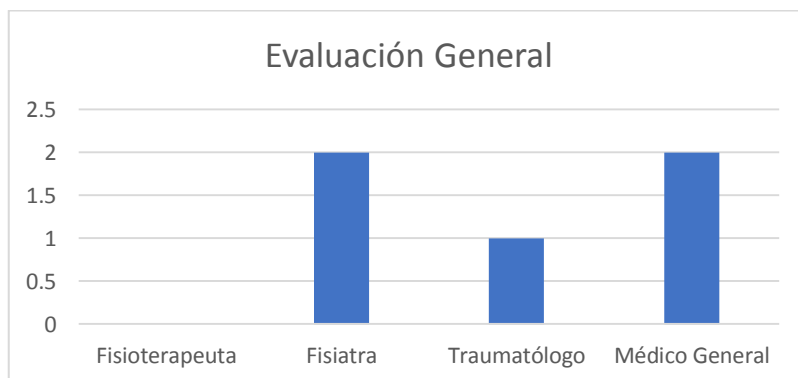


Gráfico 22: Evaluación general

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

La evaluación general que se realiza en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 2(40%) la realiza el fisiatra, 1(20%) la realiza el traumatólogo, 2(40%) la realiza el médico general.

Diagnostico Funcional

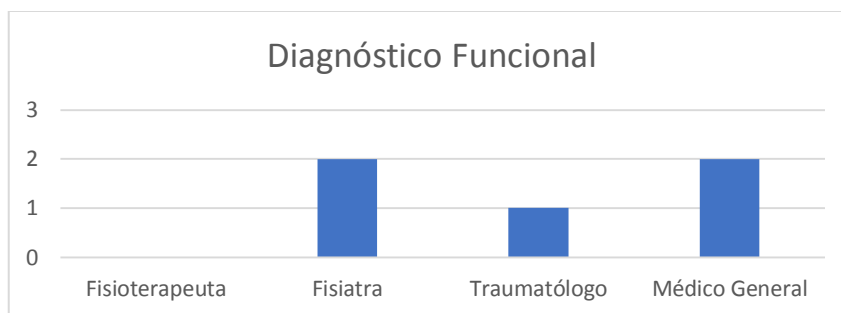


Gráfico 23: Diagnóstico funcional

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El diagnostico funcional en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 2(40%) la realiza el médico general, 1(20%) la realiza un traumatólogo, 2(40%) la realizan fisiatras y fisioterapeutas.

Diseño De La Intervención Fisioterapéutica

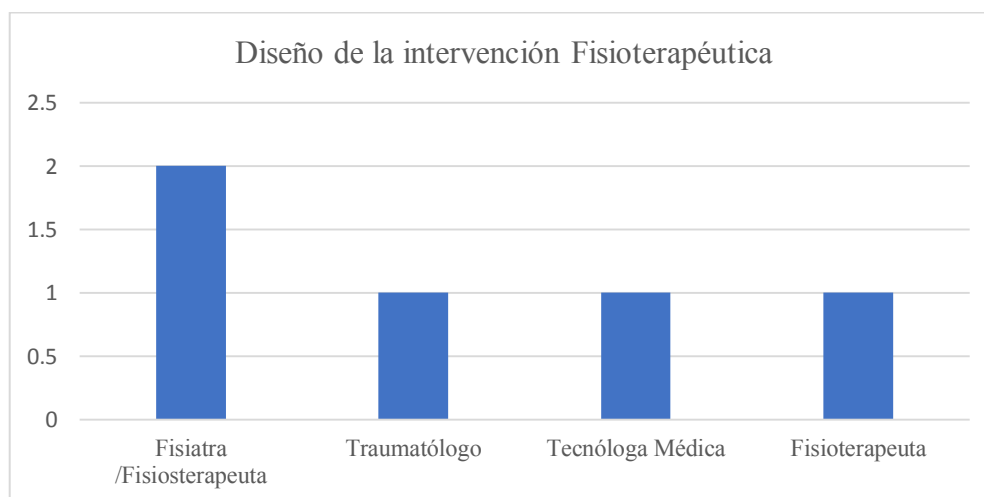


Gráfico 24: Diseño de la intervención fisioterapéutica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En el diseño de la intervención fisioterapéutica en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 2(40%) la realizan fisiatras y fisioterapeutas, 1(20%) la realiza el traumatólogo, 1(20%) la realiza un tecnólogo médico, 1(20%) la realiza un fisioterapeuta.

Aplicación De La Intervención

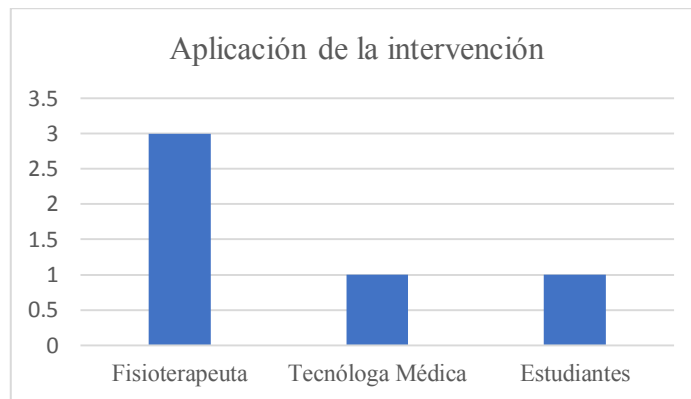


Gráfico 25: Aplicación de la intervención

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En la aplicación de la intervención en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 3(60%) la realiza el fisioterapeuta, 1(20%) la realiza un tecnólogo médico, 1 (20%) la realizan estudiantes.

Seguimiento

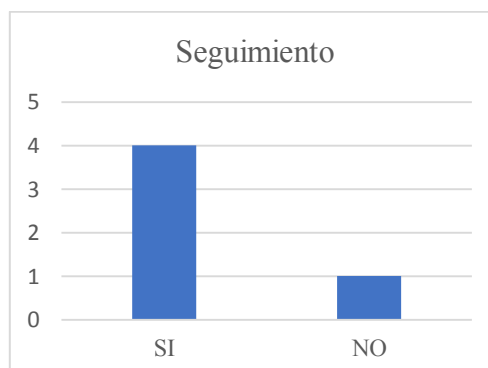


Gráfico 26: Seguimiento

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El seguimiento en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 4(80%) si realizan seguimiento de la patología mientras que 1(20%) no realizan seguimiento de la patología.

Seguimiento Quien lo Realiza

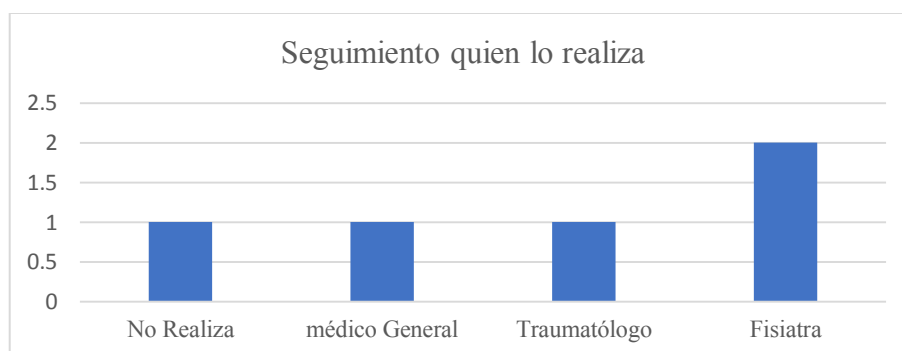


Gráfico 27: Seguimiento quien lo realiza

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El seguimiento en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 1(20%) lo realiza el médico general, 1(20%) lo realiza el traumatólogo, 2(40%) lo realiza el fisiatra mientras que 1(20%) nadie realiza seguimiento de la patología.

Número De Sesiones

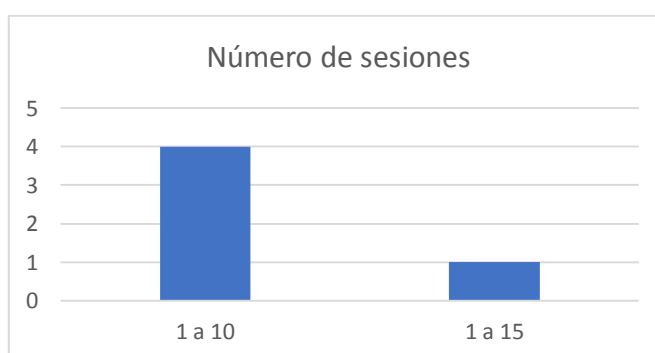


Gráfico 28: Número de sesiones

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del número de sesiones en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 4(80%) envía a realizar de 1- 10 sesiones y 1(20%) envía a realizar de 1 – 15 sesiones.

Frecuencia

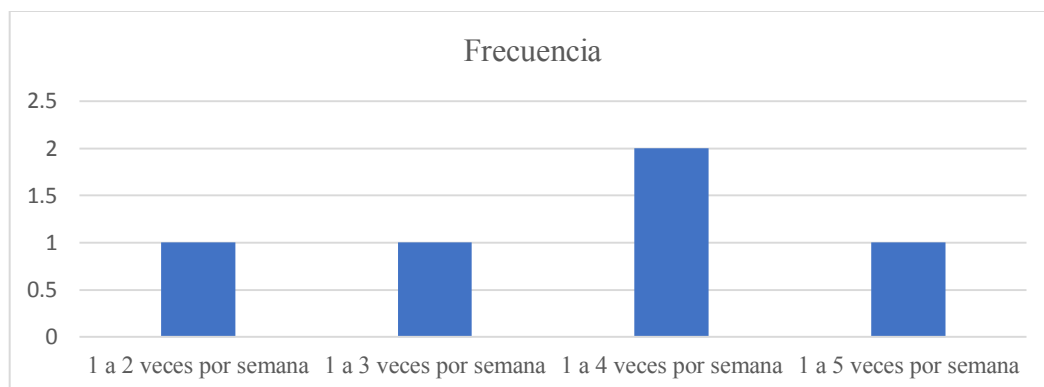


Gráfico 29: Frecuencia

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la frecuencia en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 1(20%) realizan de 1 – 2 veces en la semana, 1(20%) la realizan de 1- 3 veces en la semana, 2(40%) la realizan 1 – 4 veces en la semana, 1(20%) la realizan de 1 – 5 veces en la semana.

Evaluación y Valoración

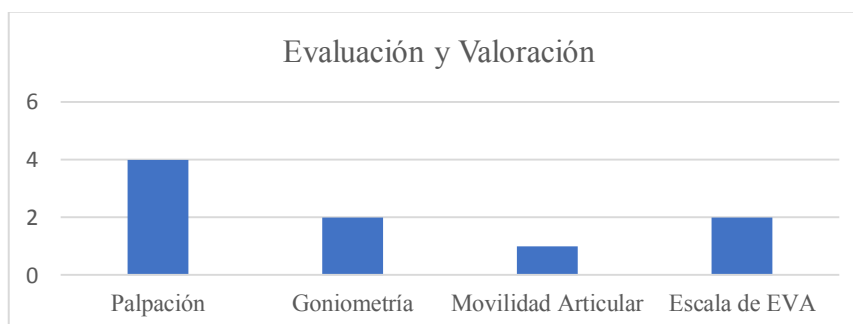


Gráfico 30: Evaluación y Valoración

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la evaluación y la valoración en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 4(80%) realizan palpación, 2(40%) realizan goniometría, 1(20%) realizan movilidad articular, 2(40%) realizan escala de EVA.

Intervención

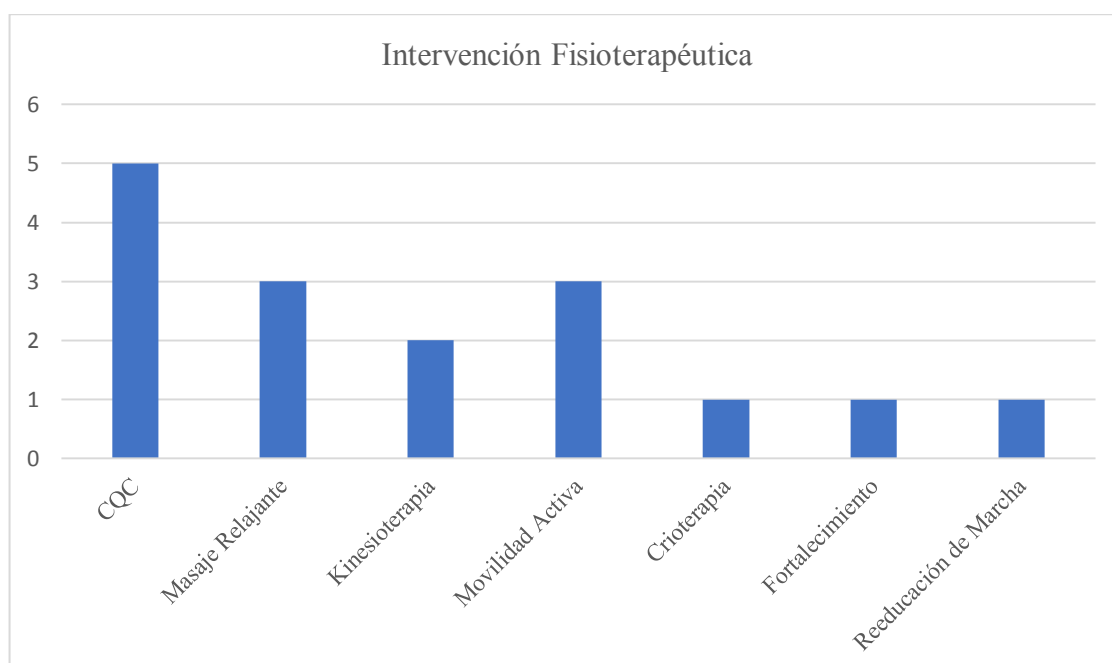


Gráfico 31: Intervención Fisioterapéutica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la intervención en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 5(100%) utiliza CQC, 3(60%) utiliza masaje relajante, 2(40%) utiliza kinesioterapia, 3(60%) utiliza movilidad activa, 1(20%) utiliza crioterapia, 1(20%) utiliza fortalecimiento, 1(20%) utiliza reeducación del a marcha

Equipos Electrónicos Utilizados

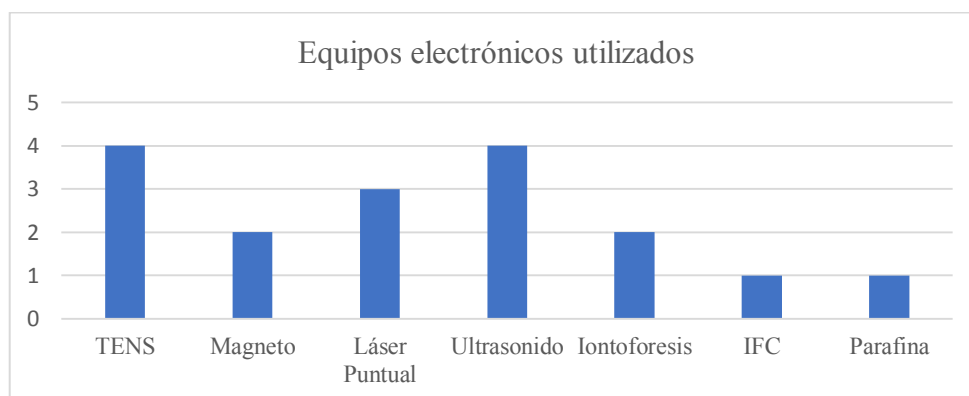


Gráfico 32: Equipos electrónicos utilizados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de los equipos electrónicos utilizados en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 4(80%) utiliza TENS, 2(40%) utiliza magneto, 3(60%) utiliza laser puntual, 4(80%) utiliza ultrasonido, 2(40%) utiliza iontoforesis, 1(20%) utiliza IFC, 1(20%) utiliza parafina.

Programa en Casa

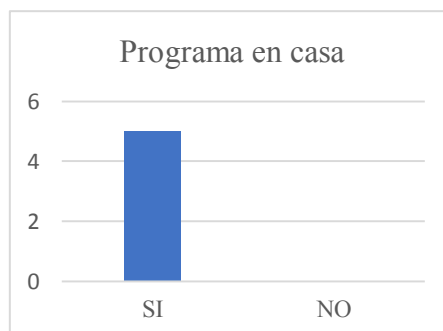


Gráfico 33: Programa en casa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa en casa en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 5(100%) si envía un programa a la casa para el tratamiento de la patología.

Programa

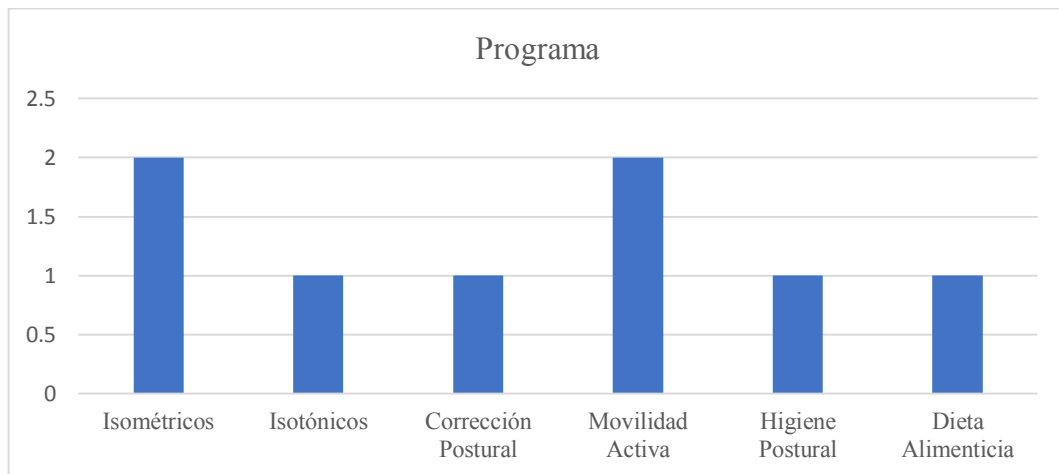


Gráfico 34: Programa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa para el tratamiento en la ficha específica de dolor articular según los datos obtenidos 2(40%) utiliza ejercicios isométricos, 1(20%) utiliza ejercicios isotónicos, 1(20%) utiliza corrección postural, 2(40%) utiliza movilidad activa, 1(20%) utiliza higiene postura, 1(20%) utiliza dieta alimenticia.

FICHA ESPECÍFICA DE POLIARTROSIS (CIE 10 M154)

Evaluación General

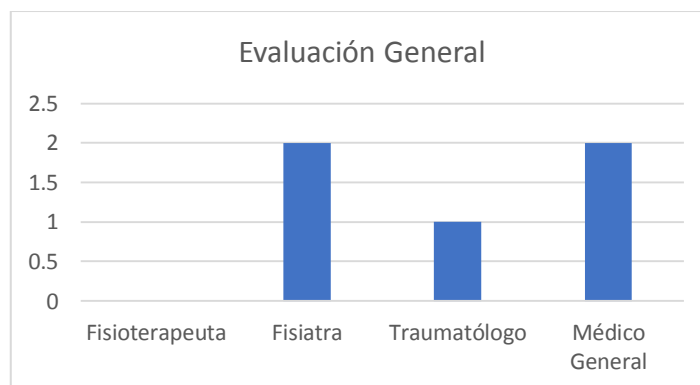


Gráfico 35: Evaluación general

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En la evaluación general de la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 2(40%) la realiza el fisiatra, 1(20%) la realiza el traumatólogo, 2(40%) la realiza el médico general.

Diagnostico Funcional

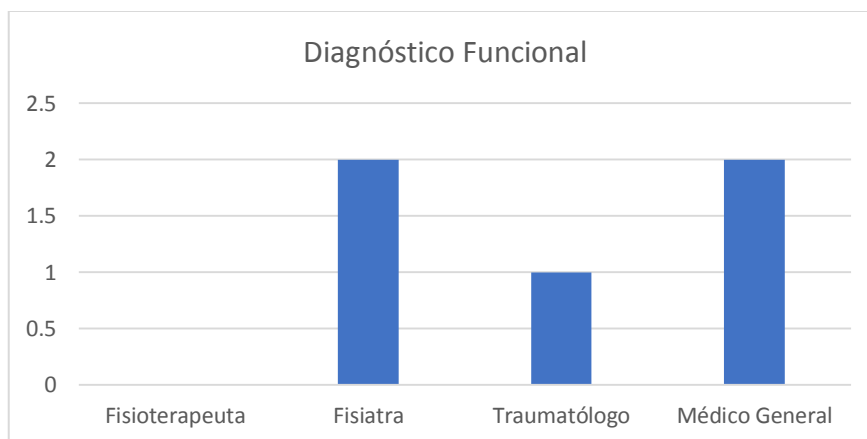


Gráfico 36: diagnóstico funcional

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El diagnostico funcional de la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 2(40%) la realiza el médico general, 1(20%) la realiza el traumatólogo, 2(40%) la realizan fisiatras y fisioterapeutas.

Diseño De La Intervención Fisioterapéutica

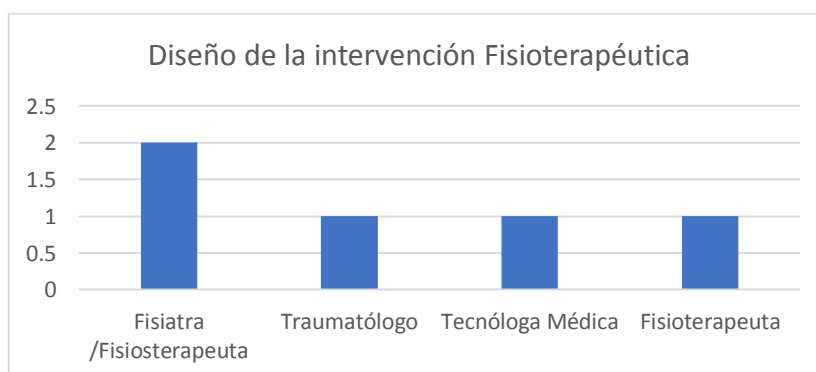


Gráfico 37: Diseño de la intervención fisioterapéutico

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del diseño de la intervención fisioterapéutica de la ficha específica de Poliartrrosis según los datos obtenidos 1(20%) la realiza el fisioterapeuta, 1(20%) la realiza un tecnólogo médico, 1(20%) la realiza el traumatólogo, 2(40%) la realiza el fisiatra o el fisioterapeuta.

Aplicación de la Intervención

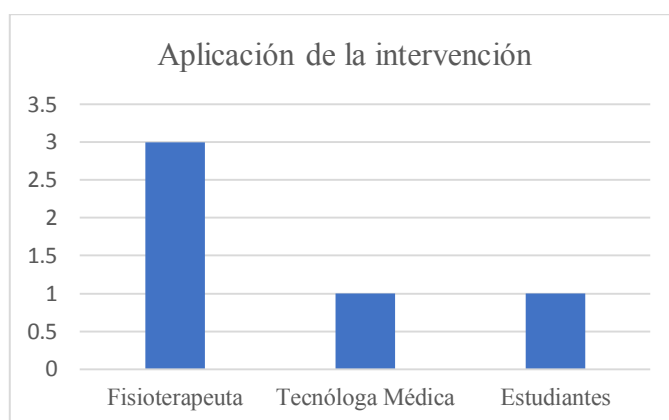


Gráfico 38: Aplicación de la intervención

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la aplicación de la intervención de la ficha específica de Poliartrrosis según los datos obtenidos 3(60%) la realiza el fisioterapeuta, 1(20%) la realiza un tecnólogo médico, 1(20%) la realizan los estudiantes.

Seguimiento

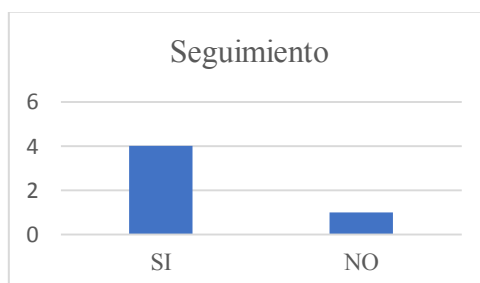


Gráfico 39: Seguimiento

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del seguimiento de la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 4(80%) si realizan seguimiento de la patología, 1(20%) no realizan seguimiento de la patología.

Seguimiento Quien lo Realiza

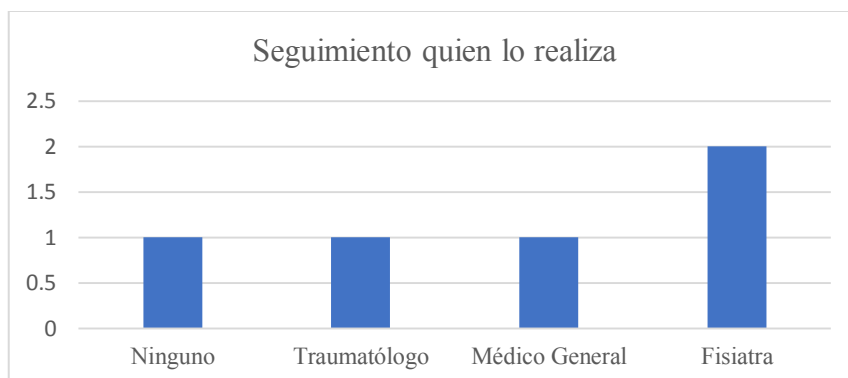


Gráfico 40: Seguimiento quien lo realiza

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El seguimiento de la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 1(20%) lo realiza un médico general, 1(20%) la realiza un traumatólogo, 2(40%) lo realiza el fisiatra mientras que 1(20%) no realizan seguimiento de la patología.

Número de Sesiones

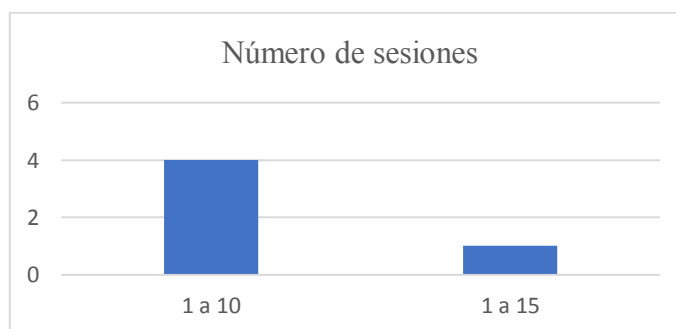


Gráfico 41: Número de sesiones

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del número de sesiones en la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 4(80%) envía a realizar de 1- 10 sesiones y 1(20%) envía a realizar de 1 – 15 sesiones.

Frecuencia

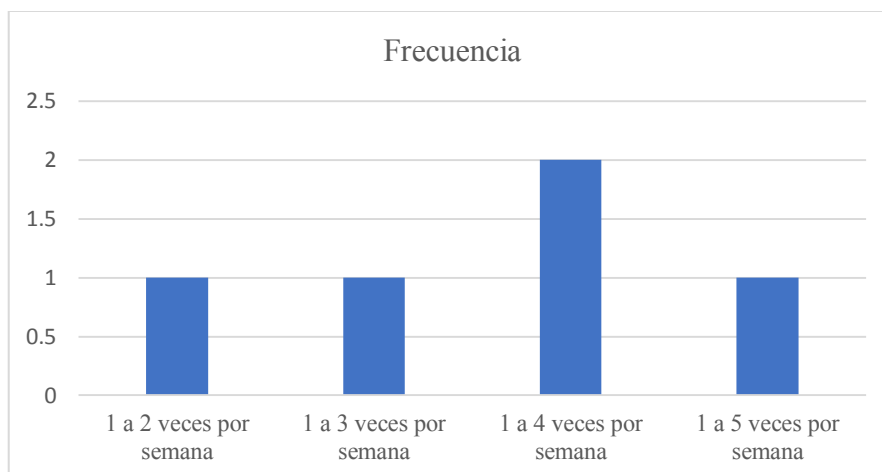


Gráfico 42: Frecuencia

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la frecuencia de sesiones en la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 1(20%) realizan de 1 – 2 veces en la semana, 1(20%) la realizan de 1- 3 veces en la semana, 2(40%) la realizan 1 – 4 veces en la semana, 1(20%) la realizan de 1 – 5 veces en la semana.

Evaluación y Valoración

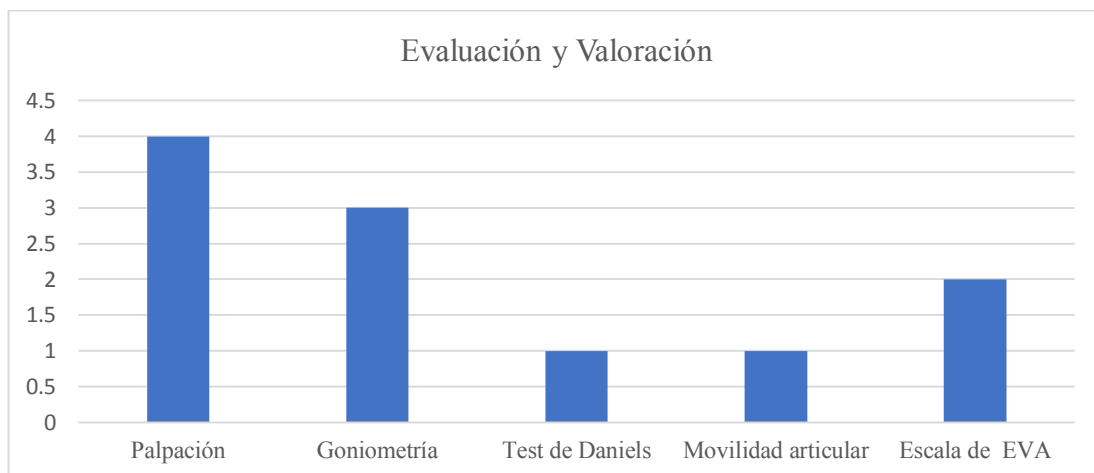


Gráfico 43: Evaluación y Valoración

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la evaluación y la valoración en la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 4(80%) utiliza la palpación, 3(60%) utiliza goniometría, 1(20%) utiliza el test de Daniels, 1(20%) utiliza movilidad articular, 2(40%) utiliza la escala de EVA.

Intervención

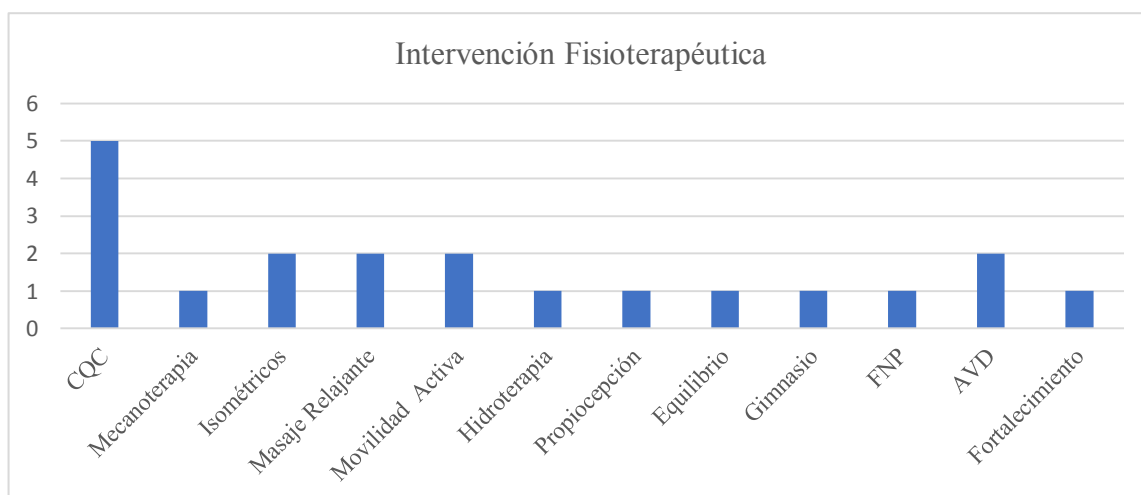


Gráfico 44: Intervención Fisioterapéutica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de la intervención en la ficha específica de poliartrrosis según los datos obtenidos 5(100%) utiliza CQC, 1(20%) aplican mecanoterapia, 2(40%) aplican ejercicios isométricos, 2(40%) aplican masaje relajado, 2(40%) aplican movilidad activa, mientras que 1(20%) aplican hidroterapia en este tipo de patología, 1(20%) aplican propiocepción, 1(20%) tratan equilibrio, 1(20%) utilizan gimnasio, 1(20%) aplican FNP, 2(40%) aplican actividades de la vida diaria (AVD) y finalmente en una unidad de salud aplican fortalecimiento.

Equipos Electrónicos Utilizados

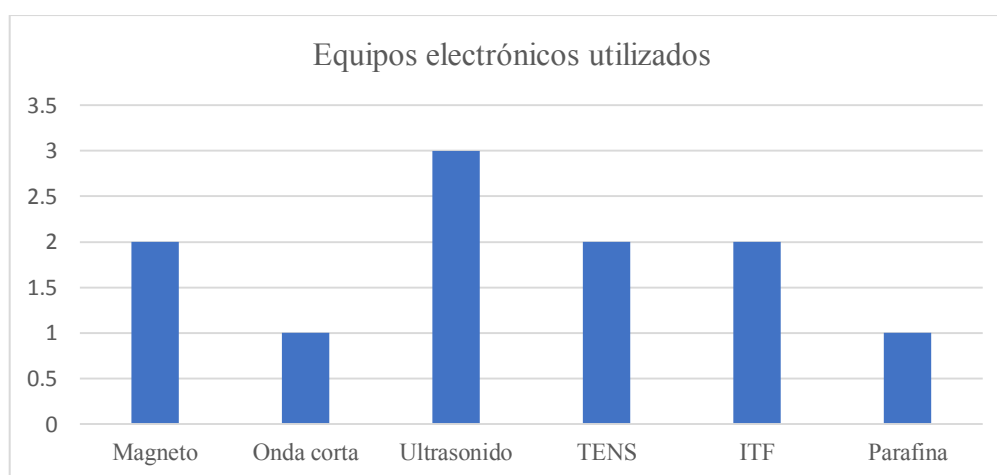


Gráfico 45: Equipos electrónicos utilizados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro de los equipos electrónicos utilizados en la ficha específica de Poliartrrosis según los datos obtenidos 2(40%) utiliza Magneto, 1(20%) utiliza onda corta, 3 unidades de salud que representa el (60%) utiliza ultrasonido, 2(40%) utiliza TENS, 2(40%) utiliza IFC, y una unidad de salud que representa el (20%) utiliza parafina.

Programa En Casa

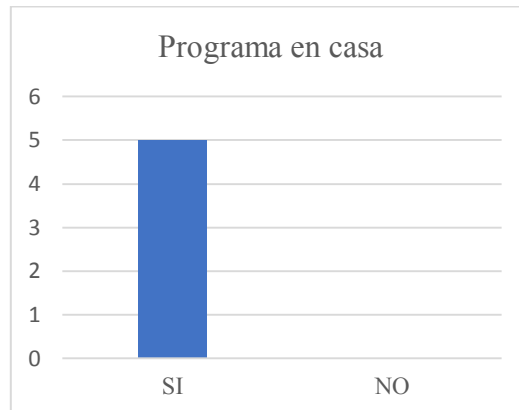


Gráfico 46: Programa en casa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa en casa en la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 5(100%) envía un programa para que se lo realice en casa.

Programa

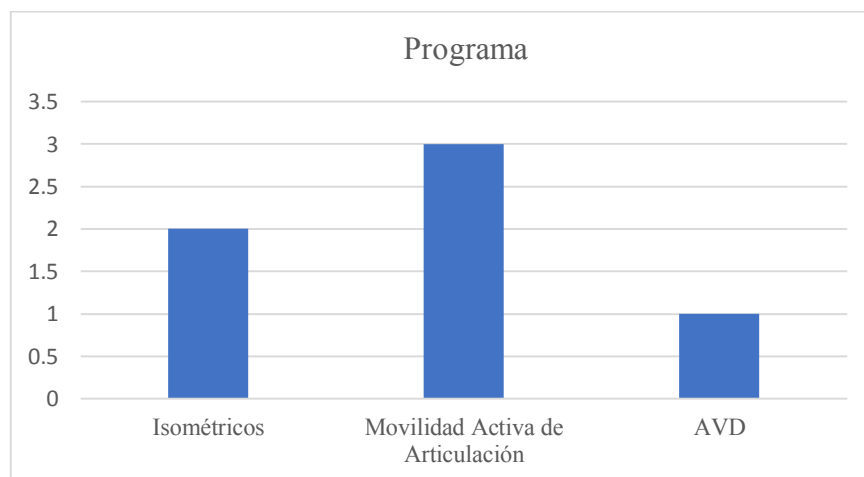


Gráfico 47: Programa

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Dentro del programa en la ficha específica de Poliartrosis según los datos obtenidos 2(40%) realiza ejercicios isométricos, 3(60%) realiza movilidad activa de la articulación, 1(20%) realiza actividades de la vida diaria.

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA EN FISIOTERAPIA

Con un total de 18 participantes (100%).

GRADO ACADÉMICO

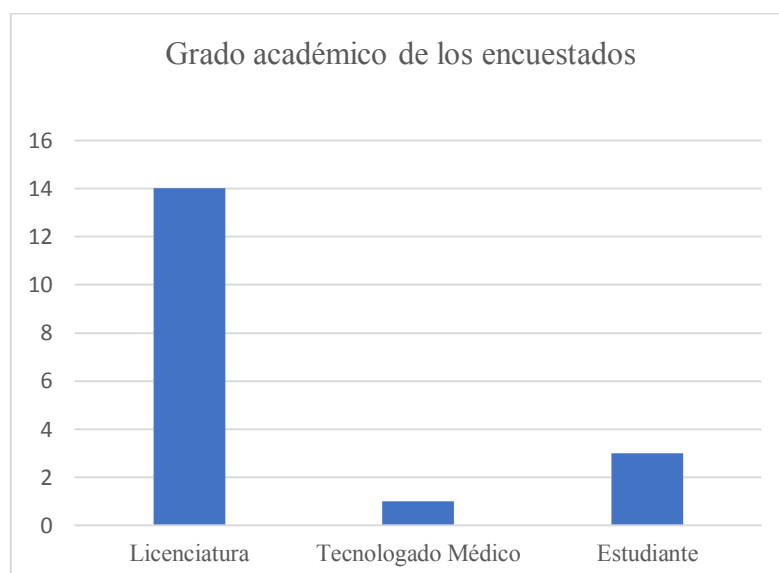


Gráfico 48: Grado académico de los encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De los 18 (100%) participantes encuestados de todas las unidades de salud del sector público de la Provincia de Chimborazo sobre el grado académico que poseen, 14 (77.7%) tienen licenciatura, 1 (5.5%) posee Tecnólogo Médico y 3(16.6%) son Estudiantes.

Tiempo de Experiencia

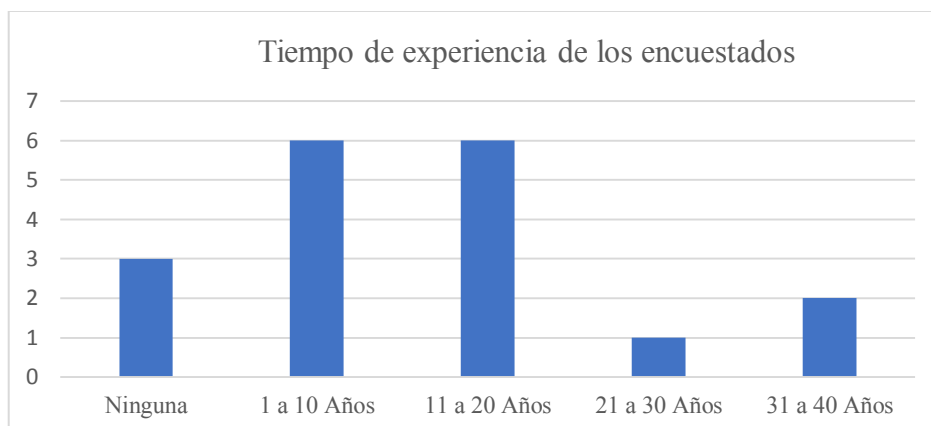


Gráfico 49: Tiempo de experiencia de los encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El tiempo de experiencia de los encuestados 3(16.6%) no tienen experiencia, 6(33.3%) de los encuestados tienen experiencia de 1 a 10 años al igual que 6 (33.3%) tiene experiencia de 11 a 20 años, 1(5.5%) tiene experiencia de 21 a 30 años y 3 (16.6%) tienen experiencia de trabajo de 31 a 40 años.

Pregunta 1:

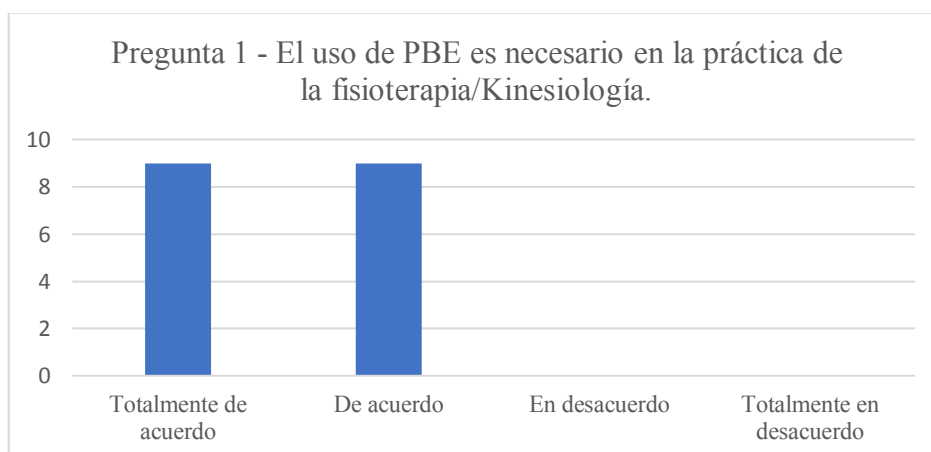


Gráfico 50: El uso de PBE es necesario en la práctica de la fisioterapia/Kinesioterapia.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del 100 % de los encuestados, 9(50%) están totalmente de acuerdo que el uso de la PBE es necesario en la práctica de la fisioterapia, al igual que el otro 9(50%) están de acuerdo.

Pregunta 2:

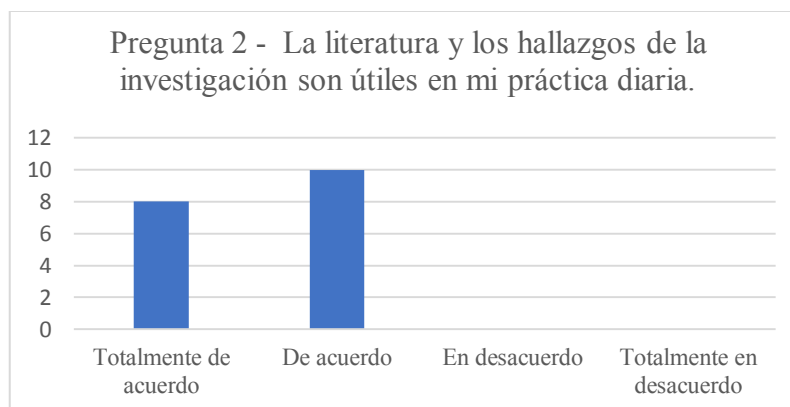


Gráfico 51: Preguntar 2 - La literatura y los hallazgos de la investigación son útiles en mi práctica diaria.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

El 8 (44.4%) están totalmente de acuerdo en que la literatura y los hallazgos de la investigación son útiles en la práctica clínica, al igual que 10(55.5%) encuestados respondieron que también están de acuerdo.

Pregunta 3:

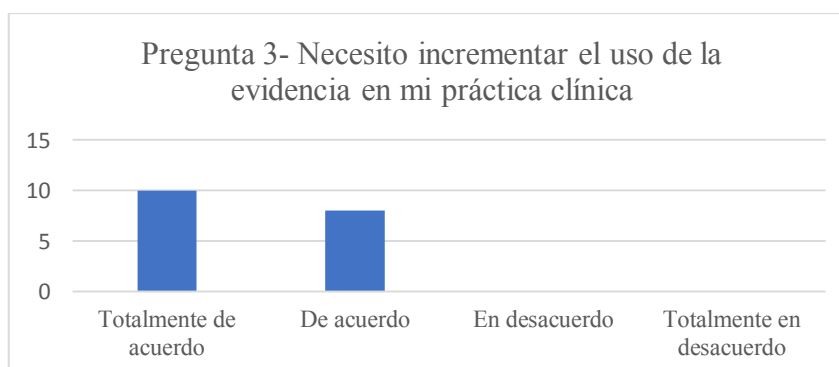


Gráfico 52: Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi práctica clínica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del 100% de los encuestados 10 (55.5%) están totalmente de acuerdo en que es necesario incrementar el uso de la evidencia en la práctica clínica, así como el 8 (44.4%) también están de acuerdo.

Pregunta 4:

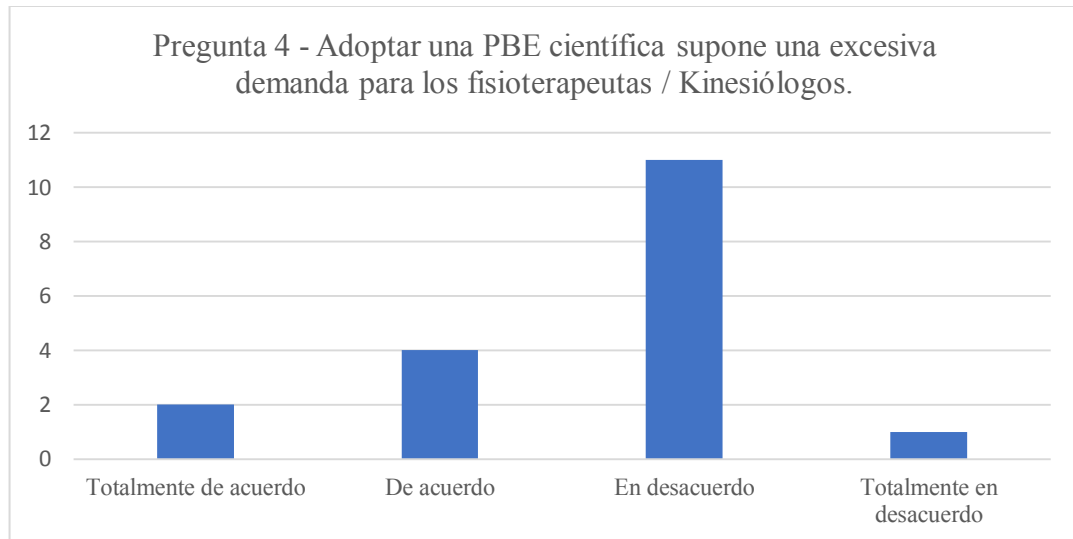


Gráfico 53: Adoptar una PBE científica supone una excesiva demanda para los fisioterapeutas / Kinesiólogos.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Según los encuestados, 2(11.1%) están totalmente de acuerdo en adoptar PBE científica supone una excesiva demanda para los fisioterapeutas, al igual que 4(22.2%) están de acuerdo con esto; mientras que 11(61.1%) están en desacuerdo y 1(5.5%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 5:

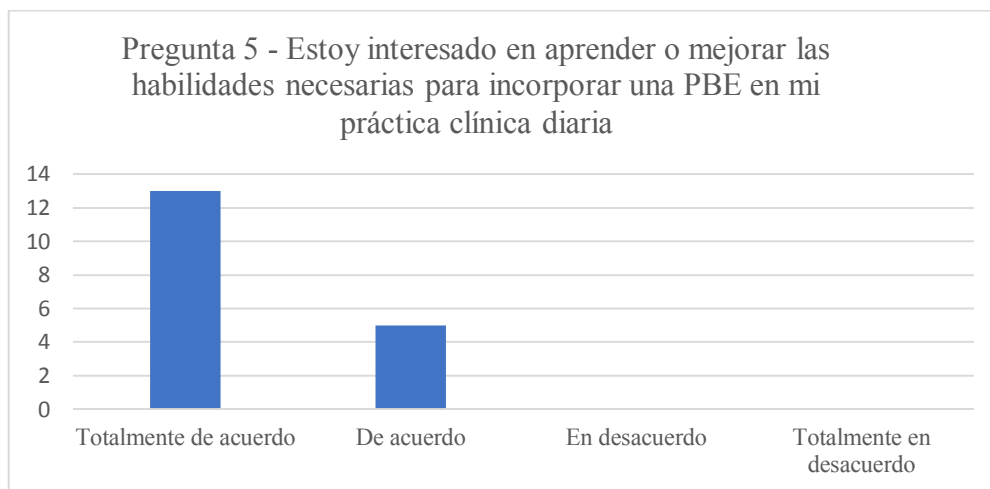


Gráfico 54: *Estoy interesado en aprender o mejorar las habilidades necesarias para incorporar una PBE en mi práctica clínica diaria*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En todas las unidades del sector público de la provincia de Chimborazo, 13(72.2%) están totalmente de acuerdo en mejorar las habilidades necesarias para incorporar una PBE en su práctica clínica, al igual que 5 (27.7%) están de acuerdo.

Pregunta 6:

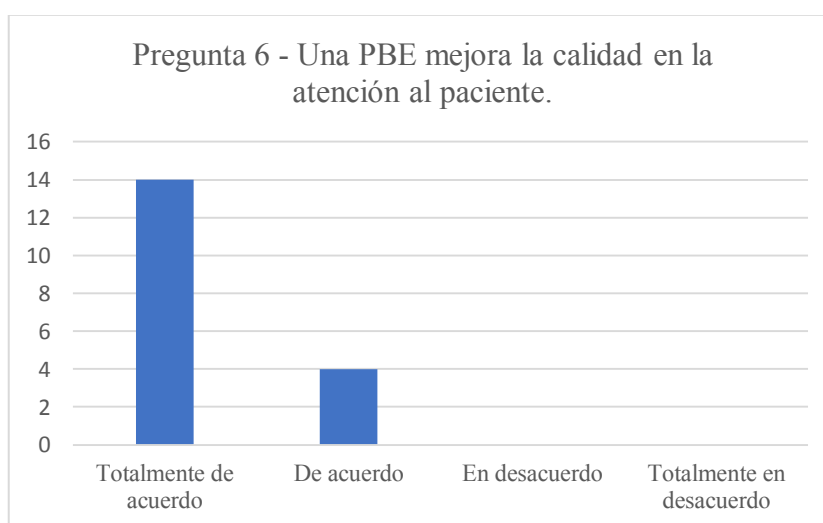


Gráfico 55: *Una PBE mejora la calidad en la atención al paciente.*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

14(77.7%) están totalmente de acuerdo en que una PBE mejora la calidad en la atención al paciente y 4(22.2%) también están de acuerdo.

Pregunta 7

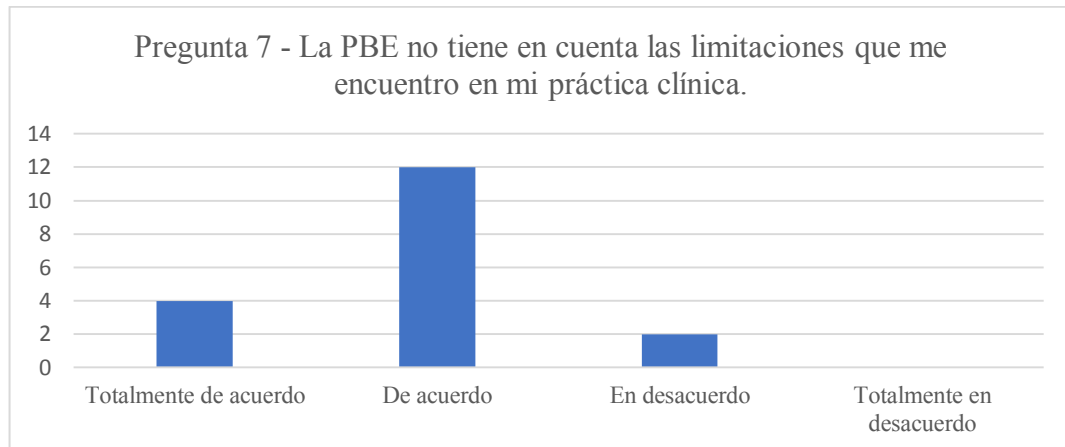


Gráfico 56: La PBE no tiene en cuenta las limitaciones que me encuentro en mi práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4(22.2%) están totalmente de acuerdo en que la PBE no tiene en cuenta las limitaciones que se encuentra en la práctica clínica, 12(66.6%) están de acuerdo con esto, mientras que 2(11.1%) están en desacuerdo.

Pregunta 8:

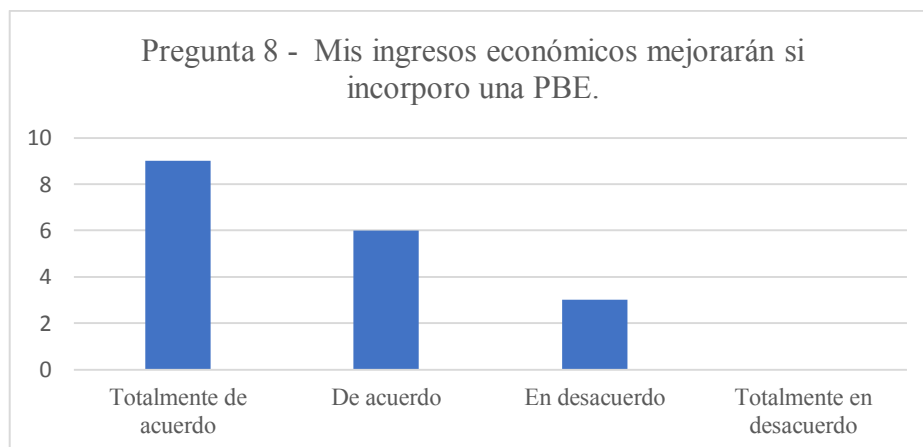


Gráfico 57: Mis ingresos económicos mejorarán si incorporo una PBE

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

9(50%) están totalmente de acuerdo en que sus ingresos económicos mejoraran si incorporan una PBE, 6(33.3%) reportaron que también están de acuerdo con esta pregunta, mientras que 3(16.6%) están en desacuerdo.

Pregunta 9:

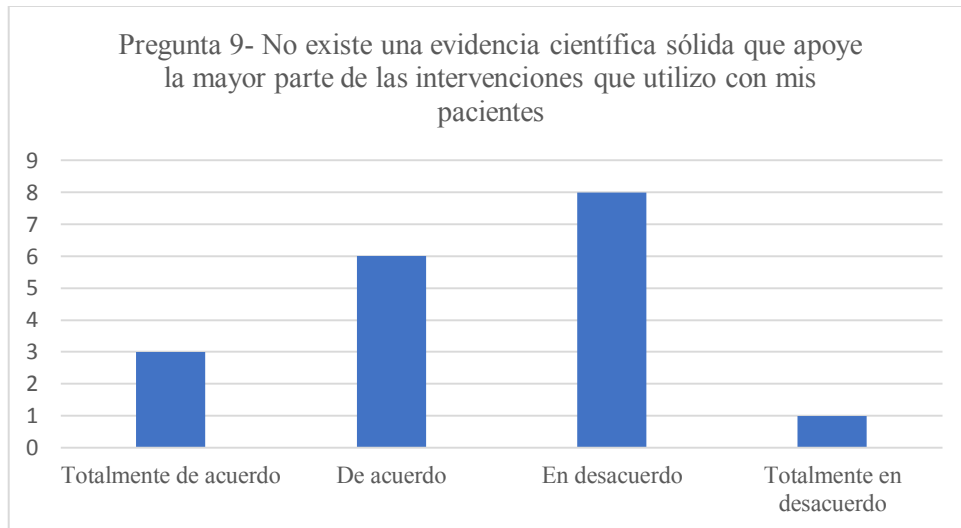


Gráfico 58: No existe una evidencia científica sólida que apoye la mayor parte de las intervenciones que utilizo con mis pacientes

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

3(16.6%) de los encuestados están totalmente de acuerdo y 6(33.3%) están de acuerdo en que no existe una evidencia científica sólida que apoye la mayor parte de las intervenciones que se utiliza con los pacientes, mientras tanto 8(44.4%) están en desacuerdo y 1(5.5%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 10:

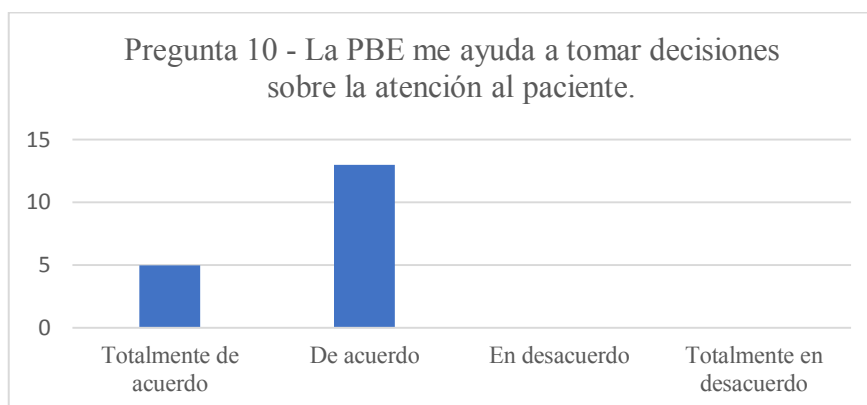


Gráfico 59: La PBE me ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De los 18(100%) de los encuestados, 5(27.7%) están totalmente de acuerdo y 13(72.2%) están de acuerdo en que la PBE les ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.

Pregunta 11:

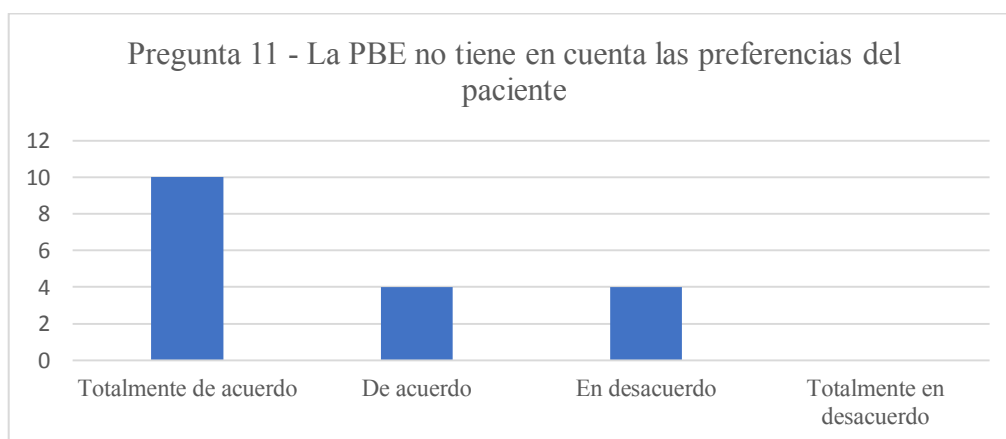


Gráfico 60: La PBE no tiene en cuenta las preferencias del paciente

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

10 (55.5%) están totalmente de acuerdo y 4(22.2%) están de acuerdo en que la PBE no tiene en cuenta las preferencias del paciente, mientras que 4(22.2%) reportaron que están en desacuerdo.

Pregunta 12:

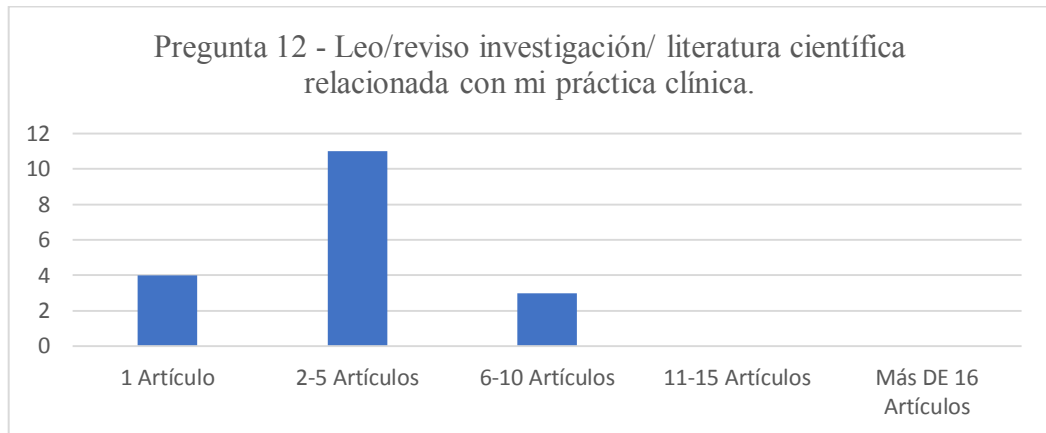


Gráfico 61: Leo/reviso investigación/ literatura científica relacionada con mi práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Los encuestados de las distintas unidades de salud pública de la Provincia de Chimborazo reportaron que 4(22.2%) lee/revisan un artículo científico relacionada con la práctica clínica que realizan, 11(61.1%) revisan de 2a5 artículos científicos y 3(16.6%) leen o revisan de 6a10 artículos científicos.

Pregunta 13:

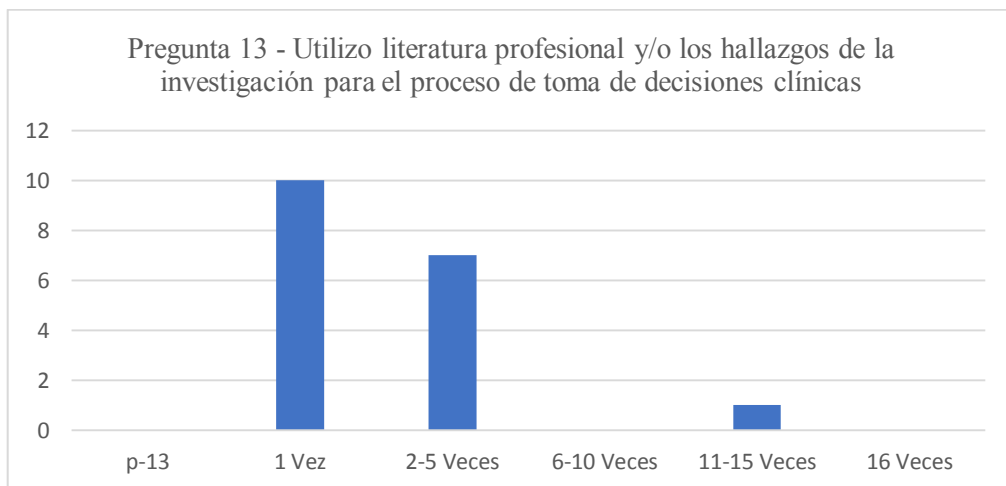


Gráfico 62: Utilizo literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

10(55.5%) utilizan una vez la literatura profesional y/o hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas, 7(38.8%) utilizan de 2 a 5 veces la literatura profesional, mientras que 1(5.5%) utilizan de 11 a 15 veces de la literatura profesional para la toma de decisiones.

Pregunta 14:

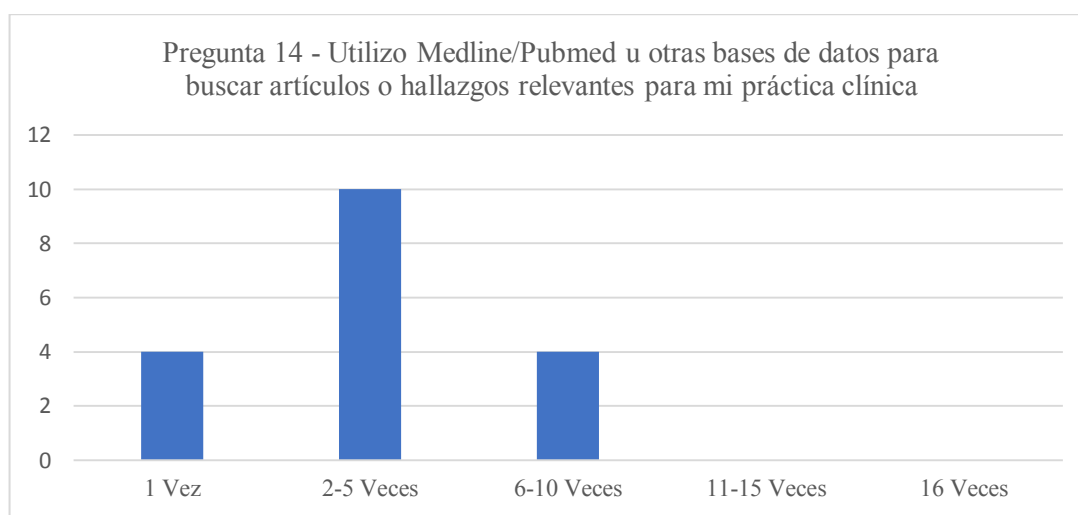


Gráfico 63: Utilizo Medline/Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4(22.2%) de los encuestados reportaron que han utilizado una vez alguna base de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para su práctica clínica, 10(55.5%) han utilizado de 2 a 5 veces una base de datos y 4(22.2%) han utilizado de 6 a 10 veces una base de datos para buscar artículos científicos para su práctica clínica.

Pregunta 15:

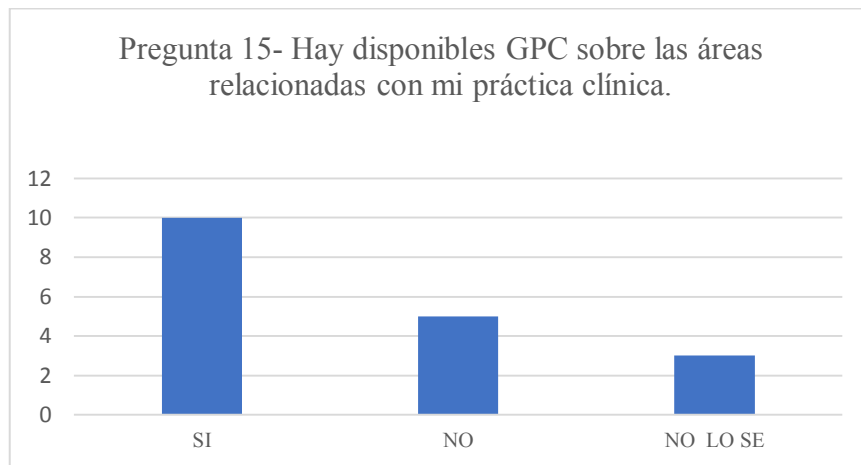


Gráfico 64: Hay disponibles GPC sobre las áreas relacionadas con mi práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

10(55.5%) de los encuestados reportaron que, si existen GPC disponibles sobre las áreas relacionadas con su práctica clínica, mientras que 5(27.7%) reportaron que no hay guías de práctica clínica y 3(16.6%) no sabe si hay disponibilidad de alguna guía de práctica clínica.

Pregunta 16:

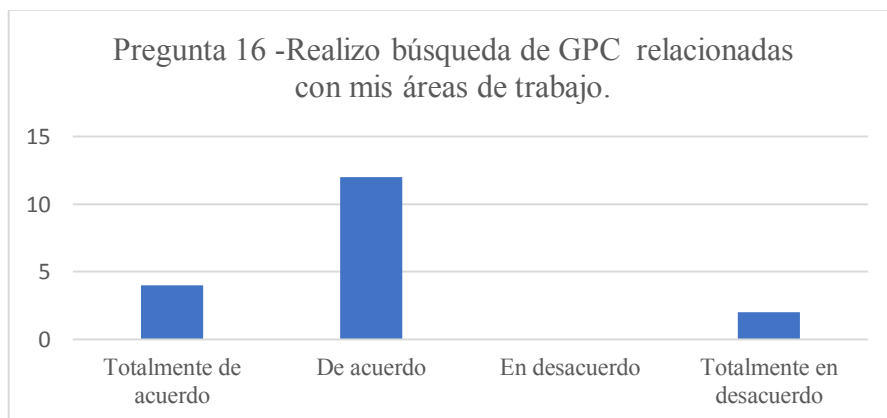


Gráfico 65: Realizo búsqueda de GPC relacionadas con mis áreas de trabajo.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4(22.2%) están totalmente de acuerdo y 12(66.6%) están de acuerdo en que realizan búsqueda de GPC relacionadas con sus áreas de trabajo, mientras que solo 2(11.1%) de los encuestados están totalmente en desacuerdo; es decir que no realizan ninguna búsqueda de GPC.

Pregunta 17:

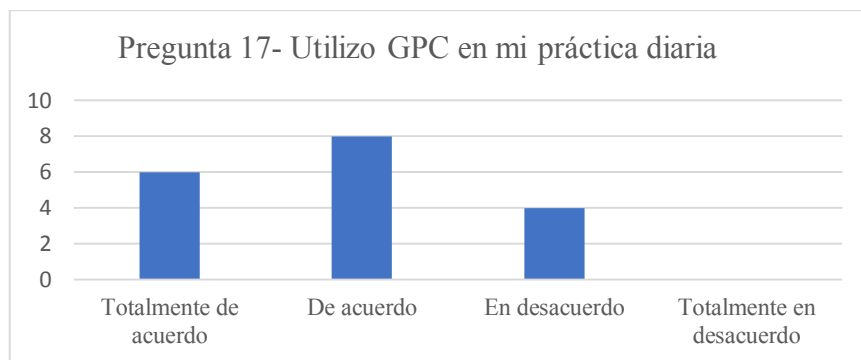


Gráfico 66: Utilizo GPC en mi práctica diaria

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

6(33.3%) de los encuestados están totalmente de acuerdo y 8(44.4%) están de acuerdo en que utilizan GPC en su práctica diaria, mientras que 4(22.2%) están en desacuerdo; es decir que no utilizan Guías de práctica clínica para su práctica diaria.

Pregunta 18:

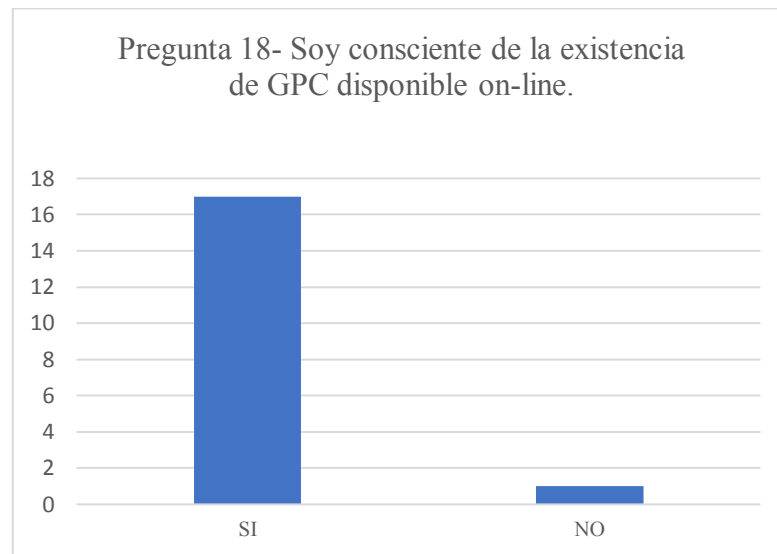


Gráfico 67: Soy consciente de la existencia de GPC disponible on-line.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16(88.8%) reportaron que si son conscientes de la existencia de Guías de práctica clínica disponibles On-line mientras que 1(5.5%) no son conscientes de que existe GPC disponibles On-line.

Pregunta 19:

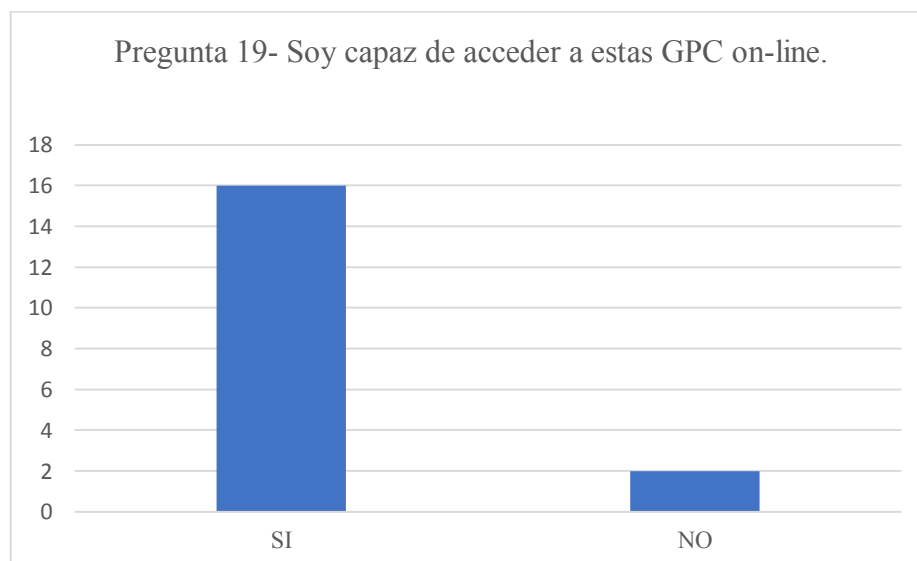


Gráfico 68: Soy capaz de acceder a estas GPC on-line.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16(88.8%) manifestaron que si son capaces de acceder a estas guías de práctica clínica on-line, mientras que 1(5.5%) no son capaces de acceder a GPC.

Pregunta 20:

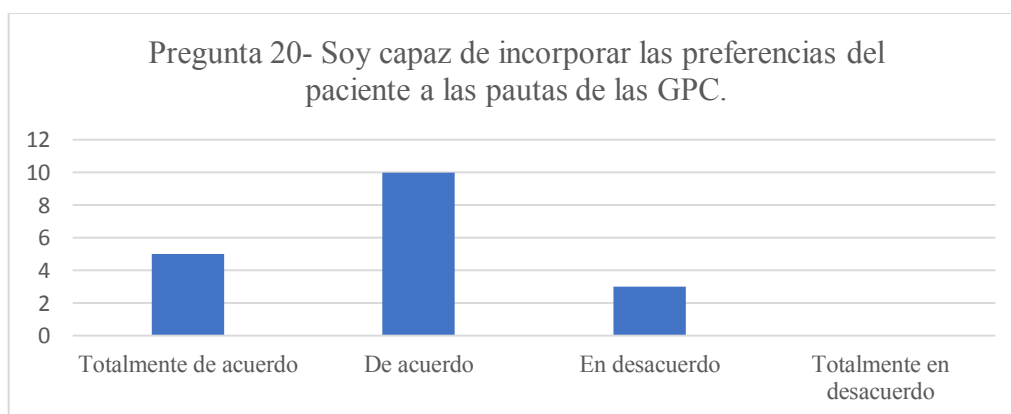


Gráfico 69: Soy capaz de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las GPC.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

5(27.7%) están totalmente de acuerdo, 10(55.5%) están de acuerdo en que son capaces de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las GPC y 3(16.6%) están en desacuerdo.

Pregunta 21:

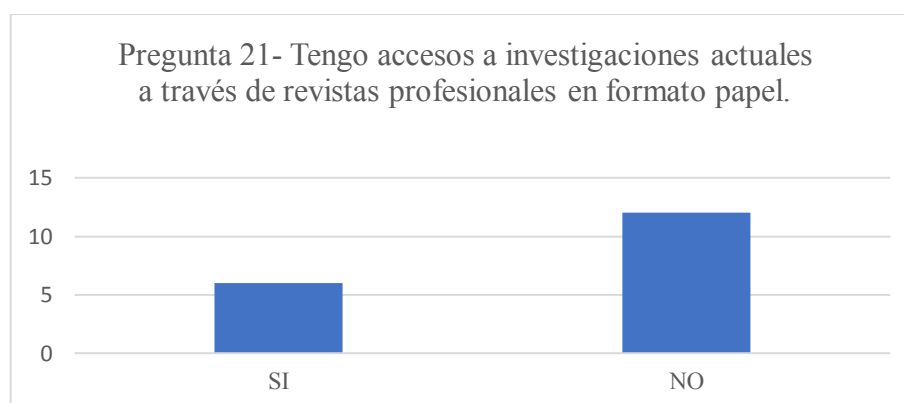


Gráfico 70: Tengo accesos a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

6 encuestados que representa (33.3%) reportaron que si tienen acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato de papel y 12 encuestados que representa el (66.6%) reportaron que no tienen acceso.

Pregunta 22:

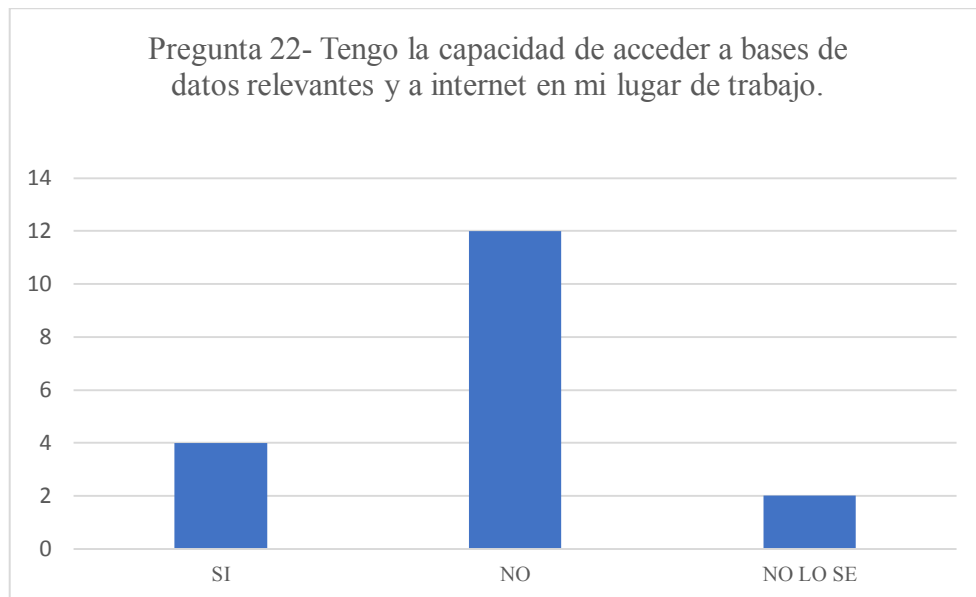


Gráfico 71: Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en mi lugar de trabajo.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4 personas encuestadas que representa (22.2%) reportaron que, si tienen la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en su lugar de trabajo, mientras que 12(66.6%) reportaron que no tienen acceso a base de datos en su trabajo y 2(11.1%) no lo saben.

Pregunta 23:

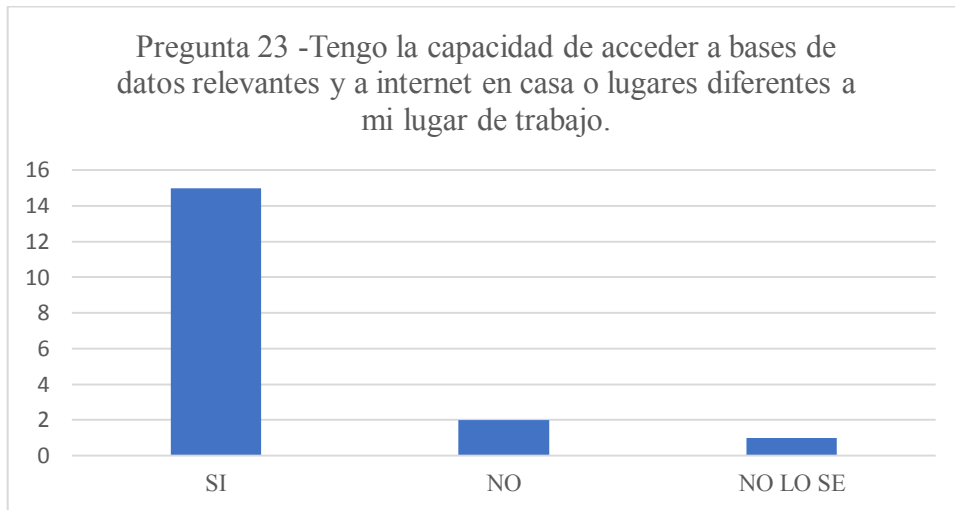


Gráfico 72: Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en casa o lugares diferentes a mi lugar de trabajo.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

15 de los encuestados que representa (83.3%) reportaron que, si tienen la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en sus casas o en su lugar de trabajo, 2 de los encuestados que representa (11.1%) reportaron que no tienen acceso a base de datos relevantes y 1 (5.5%) no lo sabe.

Pregunta 24:

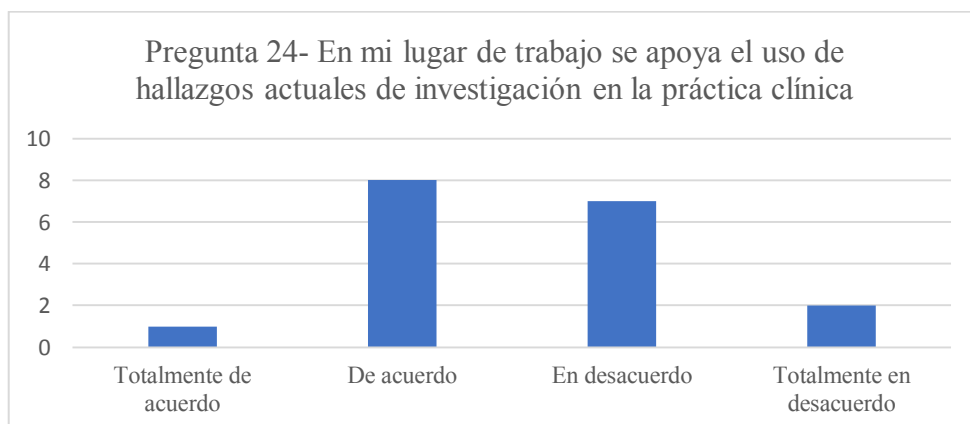


Gráfico 73: En mi lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1 de los encuestados que representa (5.5%) reportaron que están totalmente de acuerdo en que en su lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica, al igual que 8(44.4%) están de acuerdo, mientras que 7(38.8%) están en desacuerdo y 2(11.1%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 25:

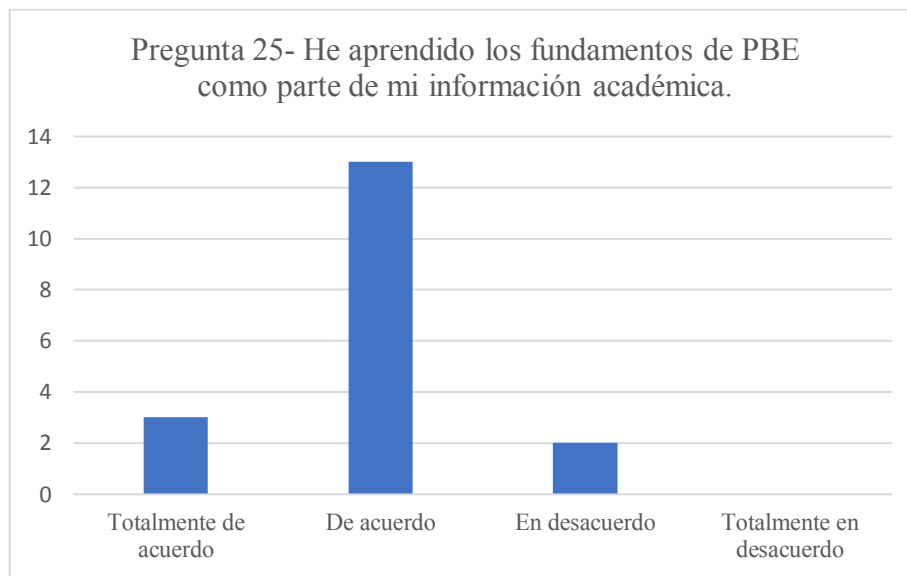


Gráfico 74: He aprendido los fundamentos de la PBE como parte de mi información académica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

2(11.1%) de los encuestados reportaron que están totalmente de acuerdo y 12(66.6%) están de acuerdo en que han aprendido los fundamentos de la Práctica basada en evidencia como parte de la información académica, mientras que 2 que representa el (11.1%) están en desacuerdo.

Pregunta 26:

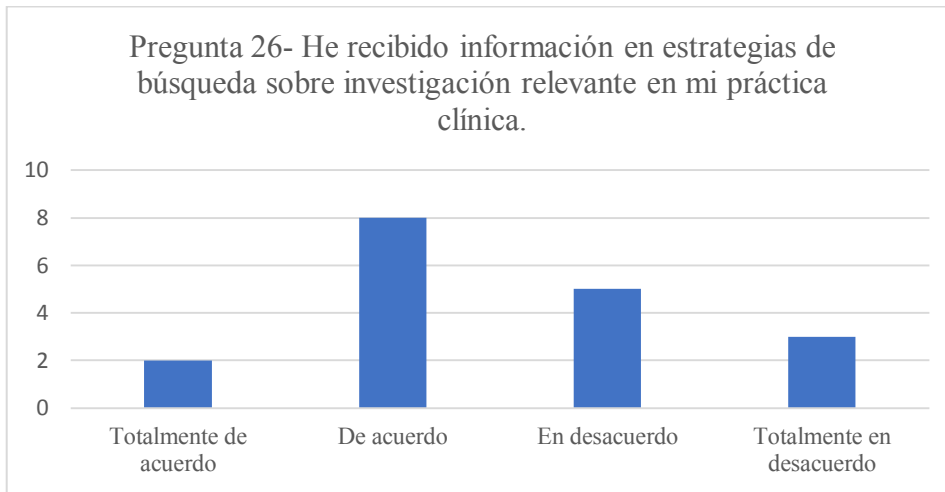


Gráfico 75: He recibido información en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en mi práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del 100% de los encuestados, 2(11.1%) están totalmente de acuerdo y 8(44.4%) también están de acuerdo en que han recibido información en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en su práctica clínica, mientras que 5(27.7%) están en desacuerdo al igual que 3(16.6%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 27:

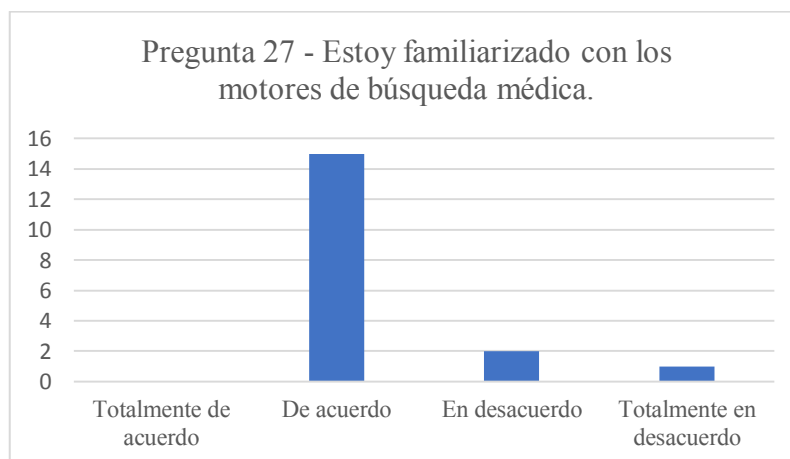


Gráfico 76: Estoy familiarizado con los motores de búsqueda médica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

15 de las personas encuestadas que representa el (83.3%) reportaron que si están familiarizados con los motores de búsqueda médica; mientras que 2(11.1%) están en desacuerdo y 1(5.5%) están totalmente en desacuerdo en que no están familiarizados con los motores de búsqueda médica.

Pregunta 28:

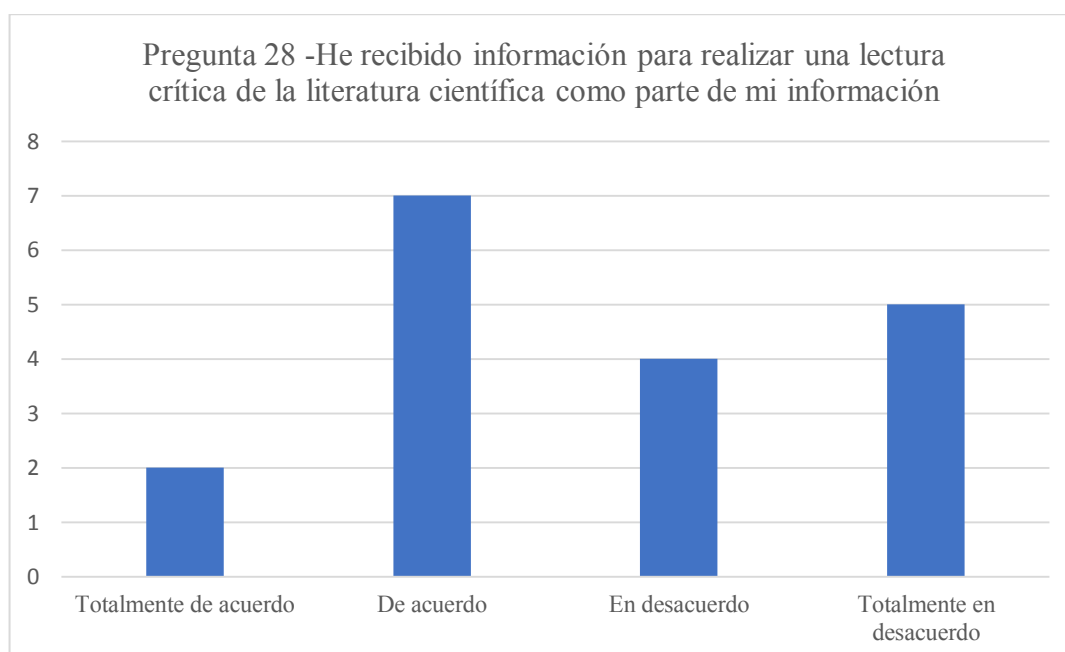


Gráfico 77: He recibido información para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de mi información.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del 100% de los encuestados, 2 que representa (11.1%) están totalmente de acuerdo y 7 que representa (38.8%) están de acuerdo en que han recibido información para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de su información, mientras que 4(22.2%) están en desacuerdo y 5(27.7%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 29:

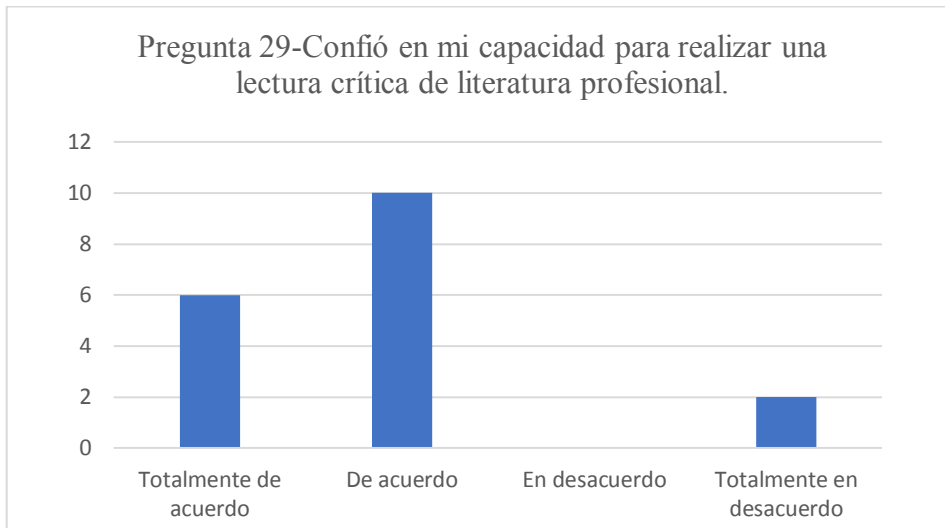


Gráfico 78: Confío en mi capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

6 encuestados que representa (33.3%) reportaron que están totalmente de acuerdo, al igual que 10 (55.5%) están de acuerdo en que confiaron en su capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional, mientras que solo 2 que representan (11.1%) están totalmente en desacuerdo.

Pregunta 30:

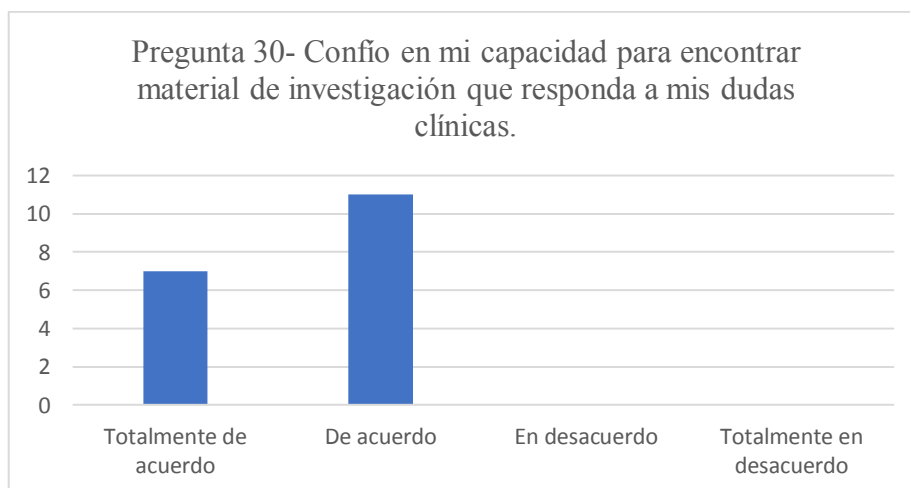


Gráfico 79: Confío en mi capacidad para encontrar material de investigación que responda a mis dudas clínicas.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del 100% de los encuestados 7 que representa (38.8%) están totalmente de acuerdo y 11 de los encuestados que representa (61.1%) están de acuerdo en que confía en su capacidad para encontrar material de investigación que respondan a sus dudas clínicas.

Pregunta 31:

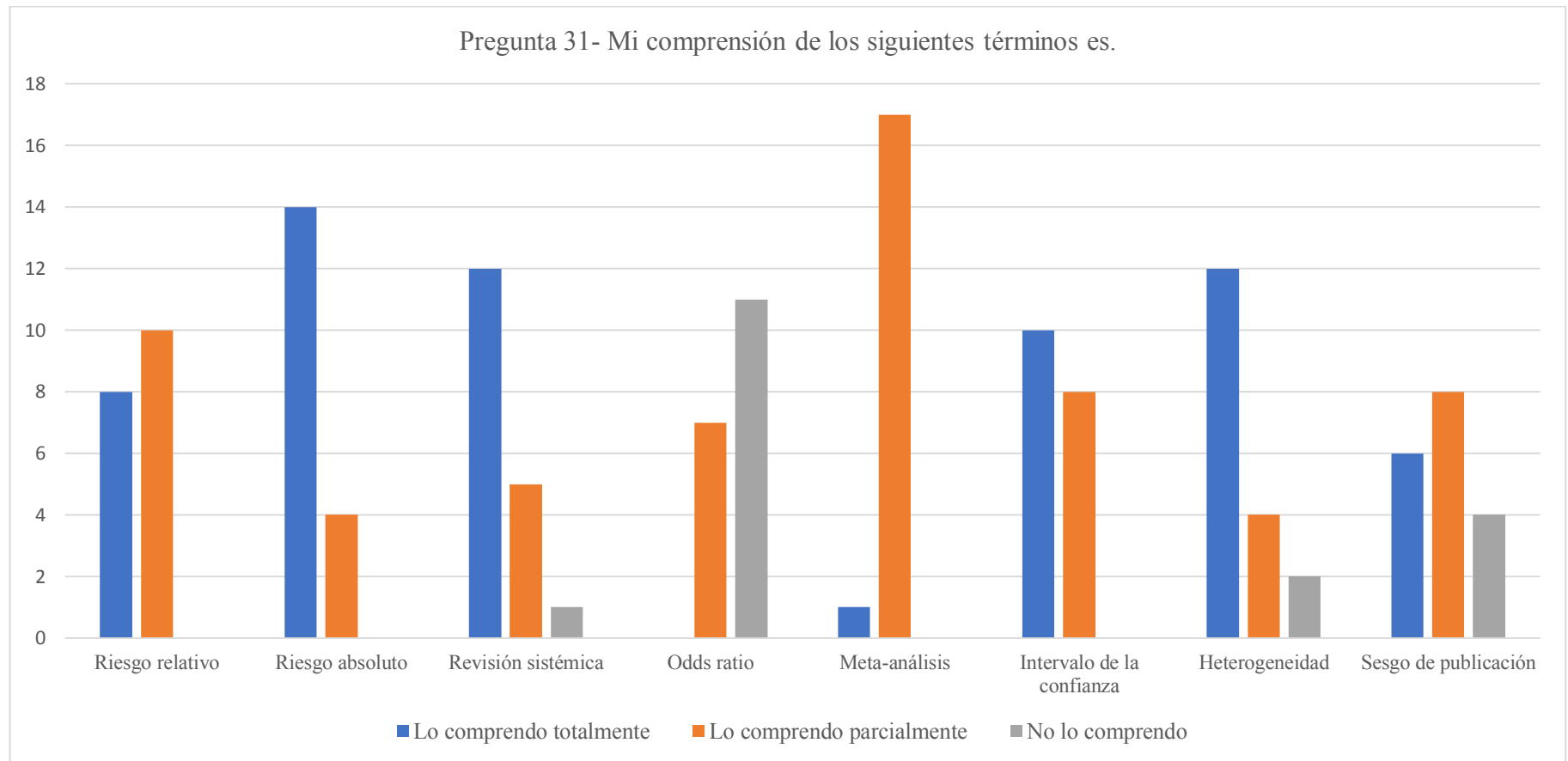


Gráfico 80: Mi comprensión de los siguientes términos es.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De las 18 personas encuestadas que representa el 100% de los encuestados acerca de la comprensión de los siguientes términos: Riesgo relativo: 8(44.4%) comprende totalmente este término, mientras que 10(55.5%) lo comprende parcialmente este término; en cuanto al término de Riesgo Absoluto 14 de los encuestados que representa (77.7%) lo comprende totalmente, mientras que 4 de los encuestados que representa (22.2%) lo comprenden parcialmente. El siguiente término de Revisión sistemática 12 de los encuestados que representa (66.6%) lo comprenden totalmente, 5(27.7%) lo comprende parcialmente y 1 que representa (5.5%) no lo comprende. El término Odds ratio 7 de los encuestados que representa (38.8%) lo comprende parcialmente, mientras que 11 (61.1%) no lo comprenden. El siguiente término Meta-análisis se reportaron que 1(5.5%) lo comprenden totalmente y 17 (94.4%) no lo comprenden. En cuanto a Intervalo de confianza 10 de los encuestados que representa (55.5%) lo comprenden totalmente, mientras que 8(44.4%) lo comprenden parcialmente. El término Heterogeneidad 12 de los encuestados que representa (66.6%) lo comprenden totalmente, 4(22.2%) lo comprenden parcialmente y 2(11.1%) no lo comprenden. El siguiente término Sesgo de publicación 6(33.3%) lo comprenden totalmente, 8(44.4%) lo comprenden parcialmente y 4(22.2%) no lo comprenden.

Pregunta 32:

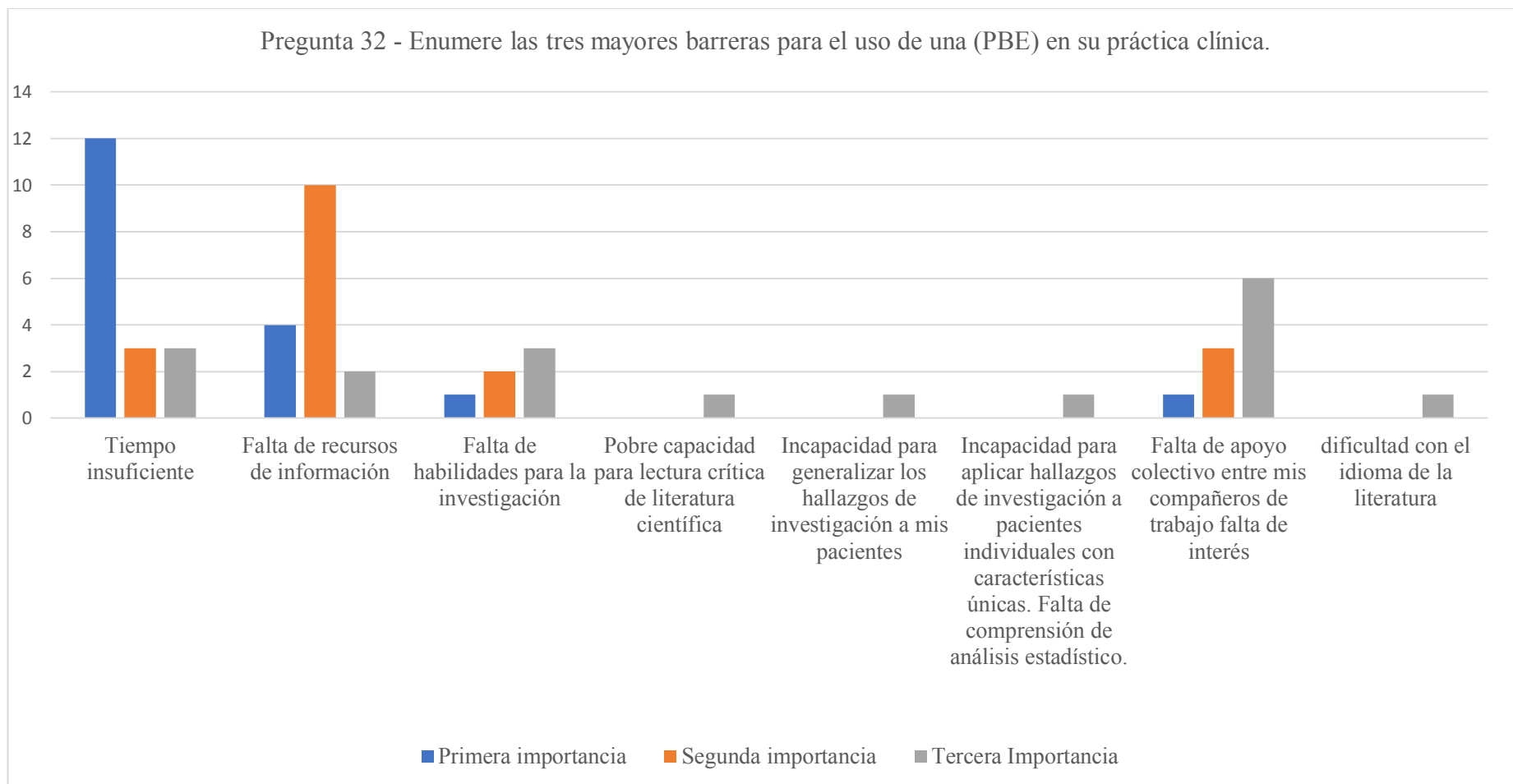


Gráfico 81: Enumere las tres mayores barreras para el uso de una (PBE) en su práctica clínica.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De las 18 personas encuestadas que representa el 100% de los encuestados acerca de las tres mayores barreras para el uso de una (PBE) en su práctica clínica, en Primera importancia reportaron: 12(52.17%) respondieron que no tienen el tiempo suficiente, 4(17.3%) respondieron falta de recursos de información, 1(4.3%) reportó falta de habilidades para la investigación, 1(4.3%) contestaron falta de apoyo colectivo entre sus compañeros de trabajo y falta de interés. En segunda importancia los encuestados reportaron: 3(13%) contestaron tiempo insuficiente, 10(43.4%) falta de recursos de información, 2(8.6%) contestaron falta de habilidades para la investigación y (13%) contestaron falta de apoyo colectivo entre sus compañeros de trabajo y falta de interés. En tercera importancia los encuestados respondieron: 3(13%) tiempo insuficiente, 2(8.6%) falta de recursos de información, 3(13%) falta de habilidades de investigación, 1(4.3%) Pobre capacidad para lectura crítica de literatura científica, 1(4.3%) Incapacidad para generalizar los hallazgos de investigación a mis pacientes, 1(4.3%) Incapacidad para aplicar hallazgos de investigación a pacientes individuales con características únicas, falta de comprensión de análisis estadísticos.6 (26%) contestaron por falta de apoyo colectivo entre sus compañeros de trabajo y falta de interés, y finalmente 1(4.3%) reportó dificultad con el idioma de la literatura.

Pregunta 33:

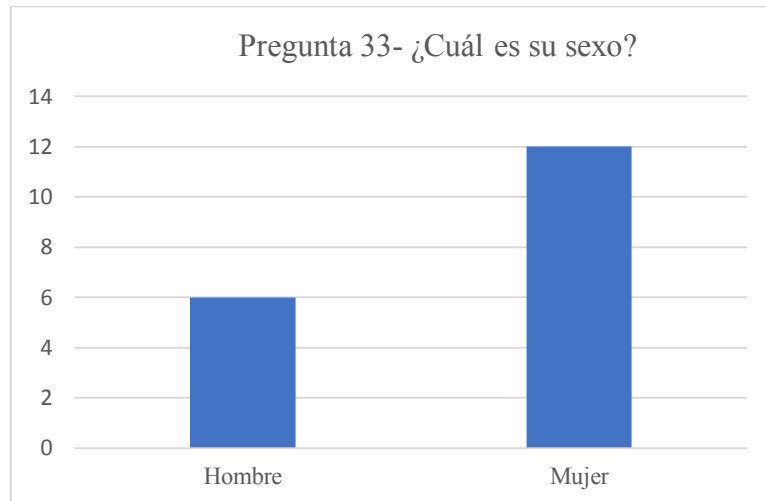


Gráfico 82: ¿Cuál es su sexo?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De los 18 participantes encuestados que representa el (100%), 6 que representa (33.3%) son del género Masculino y 12 (66.6%) son del género Femenino.

Pregunta 34:

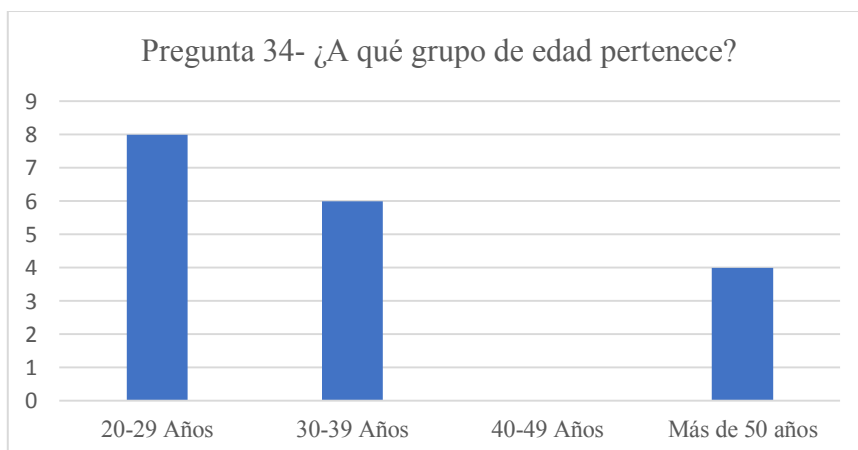


Gráfico 83: ¿A qué grupo de edad pertenece?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

8 de los encuestados que representa (44.4%) pertenecen al grupo de 20 a 29 años de edad, 6(33.3%) pertenecen al grupo de 30 a 39 años de edad y 4(22.2%) pertenecen al grupo de más de 50 años de edad.

Pregunta 35:

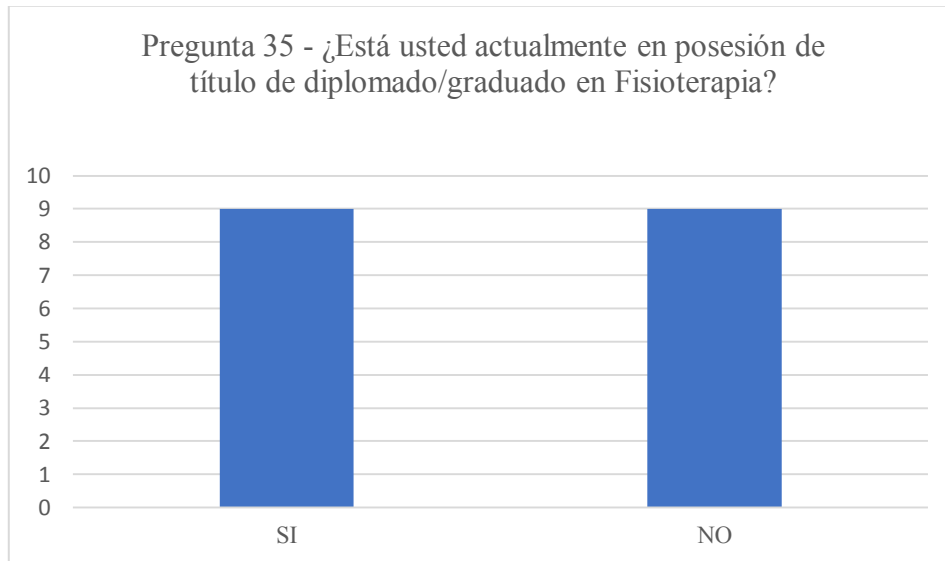


Gráfico 84: ¿Está usted actualmente en posesión de título de diplomado/graduado en Fisioterapia?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

9 de los encuestados que representa el (50%) actualmente si poseen un título de diplomado/graduado en Fisioterapia, mientras que el otro 9 (50%) no poseen un título de diplomado actualmente.

Pregunta 36:

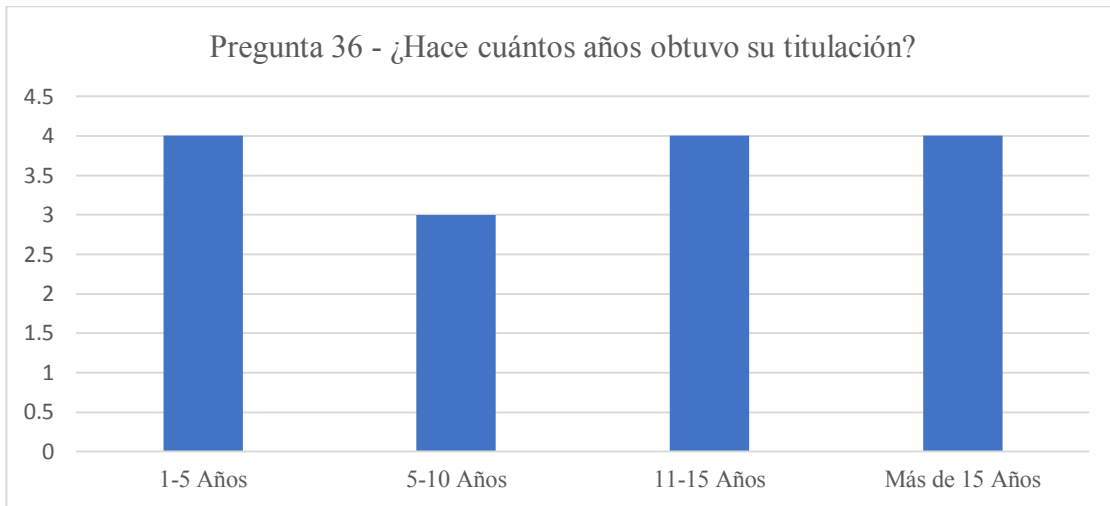


Gráfico 85: ¿Hace cuántos años obtuvo su titulación?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del (100%) de los encuestados, 4 que representa el (22.2%) se encuentran dentro del rango de 1 a 5 años de haber obtenido su titulación, 3 que representa (72.2%) se encuentra dentro del rango de 5 a 10 años, 4 (22.2%) se encuentra dentro del rango de 11 a 15 años y finalmente 4(22.2%) se encuentran dentro del rango de más de 15 años de haber obtenido su titulación.

Pregunta 37:

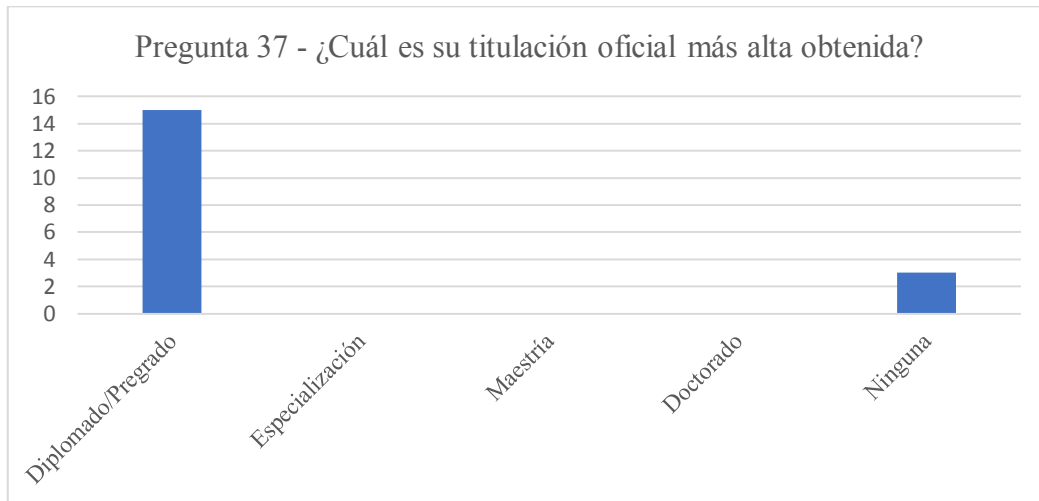


Gráfico 86: ¿Cuál es su titulación oficial más alta obtenida?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

15 de las personas encuestadas que representan el (83.3%) poseen un diplomado/pregrado como su titulación oficial más obtenida, mientras que 3 que representa el (16.6%) no posee ningún tipo de titulación por lo que son aun estudiantes.

Pregunta 38:

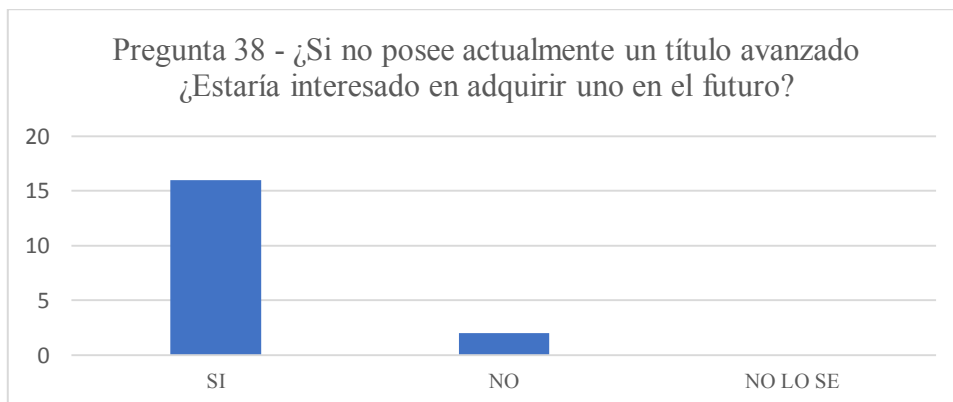


Gráfico 87: ¿Si no posee actualmente un título avanzado ¿Estaría interesado en adquirir uno en el futuro?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16 de los encuestados que representa el (88.8%) reportaron que si no poseen actualmente un título avanzado expresaron que, si estarían interesados en adquirirlo en un futuro, mientras que solo 2(11.1%) si no poseen actualmente un título reportaron que no están interesados en obtener un título en el futuro.

Pregunta 39:

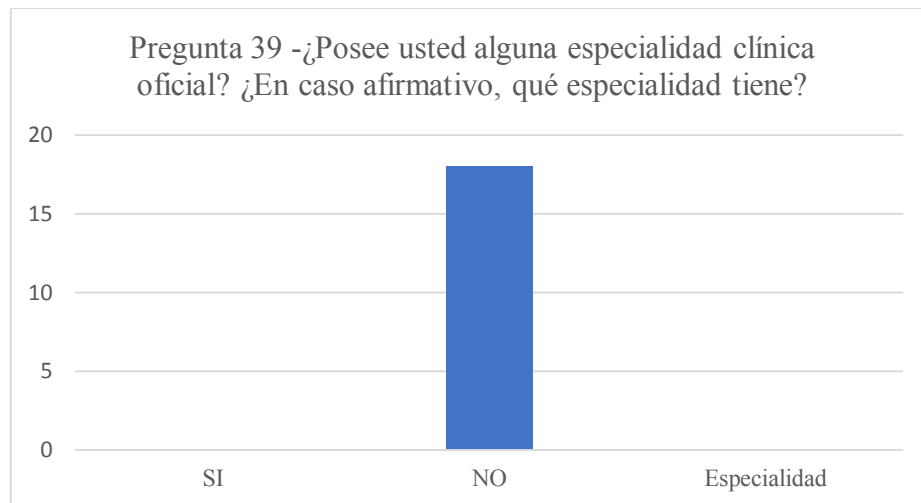


Gráfico 88: ¿Posee usted alguna especialidad clínica oficial? ¿En caso afirmativo, qué especialidad tiene?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

18 de las personas encuestadas en las distintas entidades públicas de la Provincia de Chimborazo que representa el (100%) reportaron que no poseen alguna especialidad clínica oficial.

Pregunta 40:

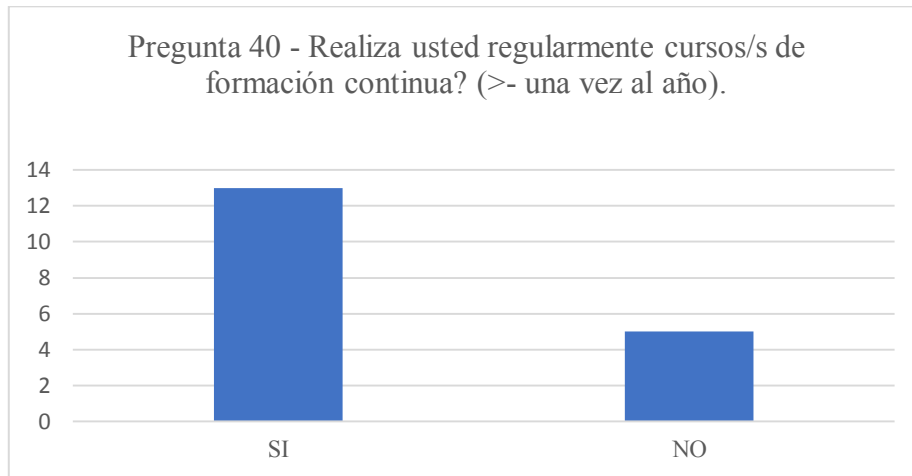


Gráfico 89: Realiza usted regularmente cursos/s de formación continua? (>- una vez al año).

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

13 de los encuestados que representa (72.2%) reportaron que, si realizan regularmente cursos de formación continua, mientras que 5(27.7%) reportaron que no lo realizan.

Pregunta 41:

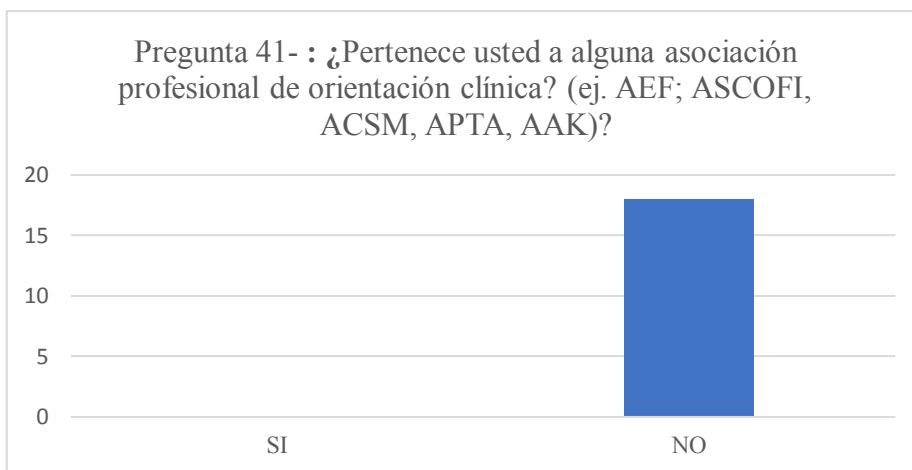


Gráfico 90: ¿Pertenece usted a alguna asociación profesional de orientación clínica? (ej. AEF; ASCOFI, ACSM, APTA, AAK)?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

18 que representa el (100%) de los encuestados reportaron que no pertenecen a alguna asociación profesional de orientación clínica.

Pregunta 42:

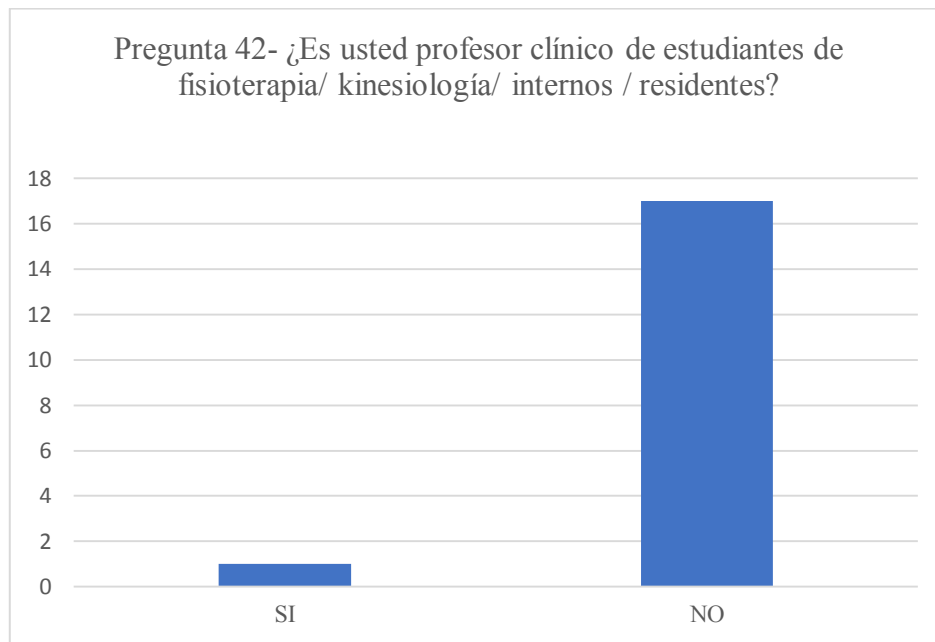


Gráfico 91: ¿Es usted profesor clínico de estudiantes de fisioterapia/ kinesiólogía/ internos / residentes?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

18 que representa el (100%), 17 que representa (94.4%) reportaron que no son profesores clínicos de estudiantes de fisioterapia, mientras que solo 1 que representa (5.5%) si lo es.

Pregunta 43:

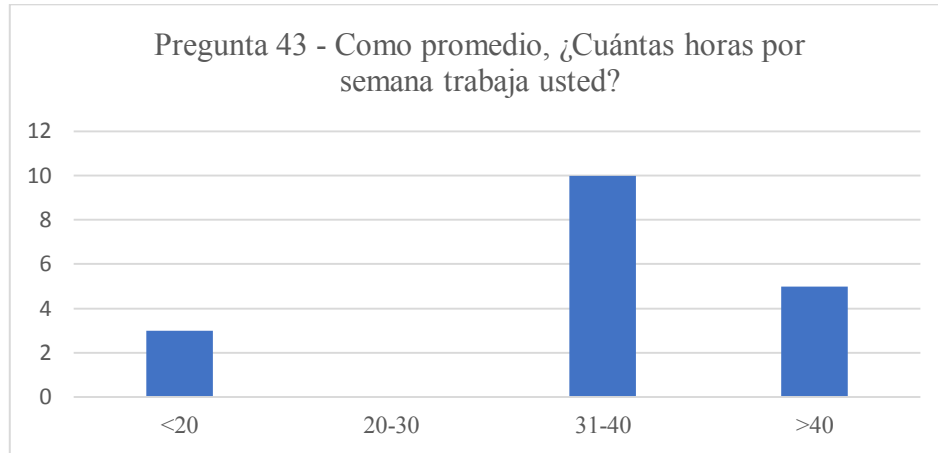


Gráfico 92: Como promedio, ¿Cuántas horas por semana trabaja usted?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

3(16.6%) de los encuestados reportaron que trabajan menos de 20 horas a la semana, 10(55.5%) trabajan de 31 a 40 horas a la semana y 5 que representa el (27.7%) trabajan más de 40 horas a la semana.

Pregunta 44:

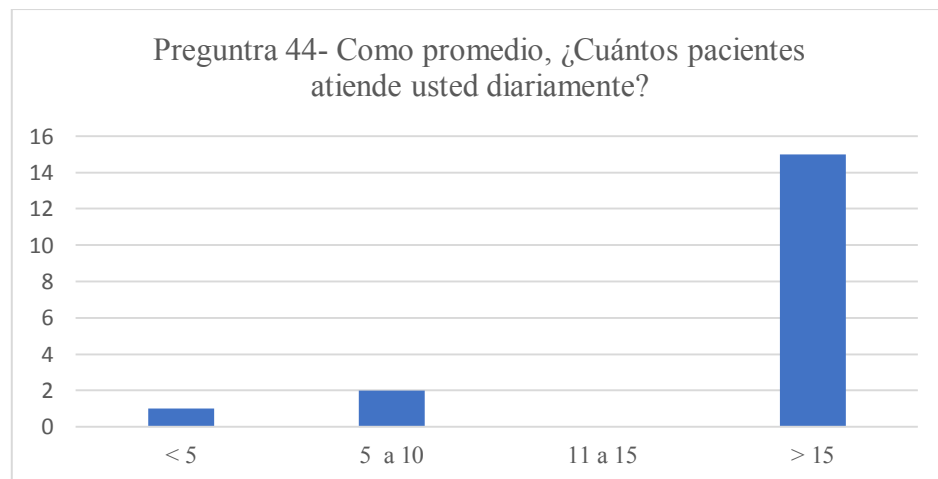


Gráfico 93: Como promedio, ¿Cuántos pacientes atiende usted diariamente?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1(5.5%) de los encuestados reportaron que atienden menos de 5 pacientes diariamente, 2(11.1%) reportaron que atienden de 5 a 10 pacientes diarios y 15 (83.3%) reportaron que atienden más de 15 pacientes a diario.

Pregunta 45:

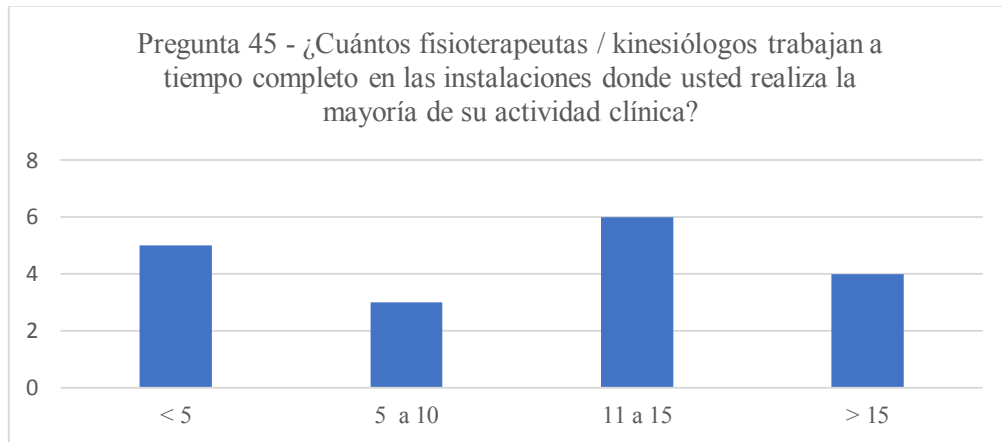


Gráfico 94: ¿Cuántos fisioterapeutas / kinesiólogos trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

5 de los encuestados que representa el (27.7%) reportaron que menos de 5 fisioterapeutas trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde realizan sus prácticas clínicas, 3(16.6%) reportaron que trabajan de 5 a 10 fisioterapeutas a tiempo completo, 6(33.3%) reportaron que de 11 a 15 fisioterapeutas trabajan a tiempo completo y 4(22.2%) reportaron que más de 15 fisioterapeutas trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde ellos realizan sus prácticas clínicas.

Pregunta 46:

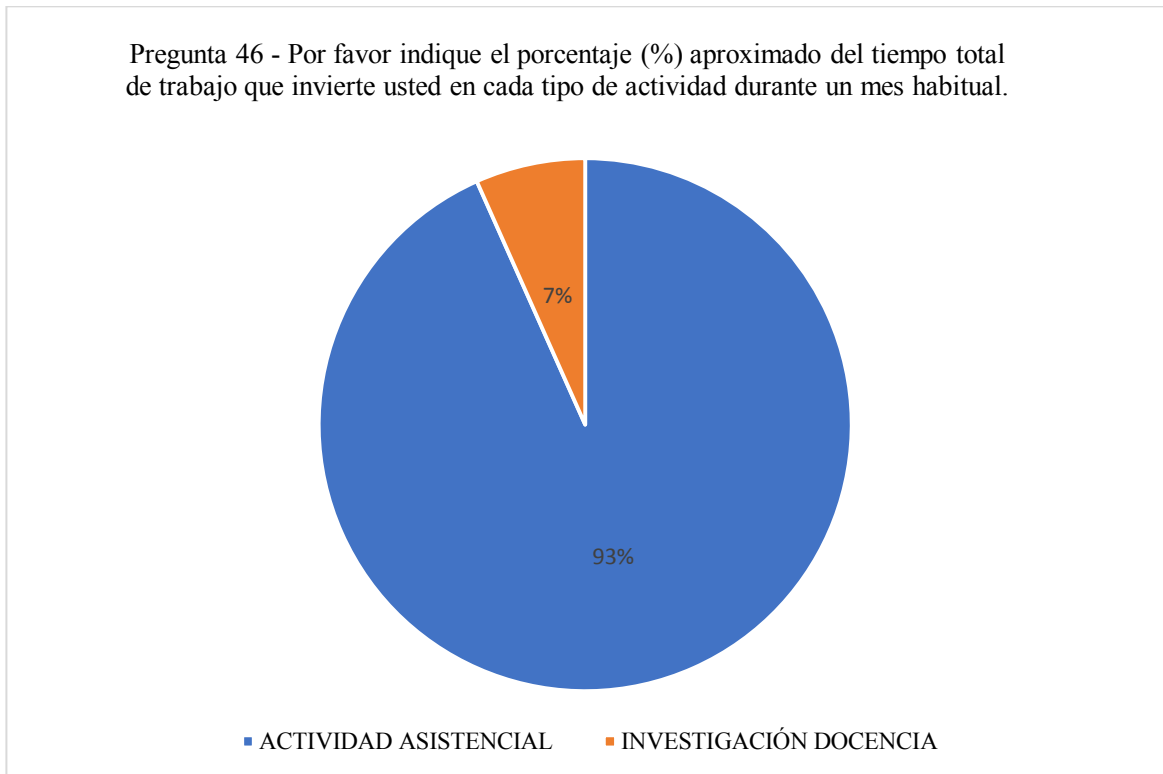


Gráfico 95: Por favor indique el porcentaje (%) aproximado del tiempo total de trabajo que invierte usted en cada tipo de actividad durante un mes habitual.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Del tiempo total utilizado por los fisioterapeutas en sus actividades profesionales, únicamente 7% del mismo está dedicado a la investigación o docencia, mientras que el 93% de su tiempo es invertido en su actividad asistencial.

Pregunta 47:

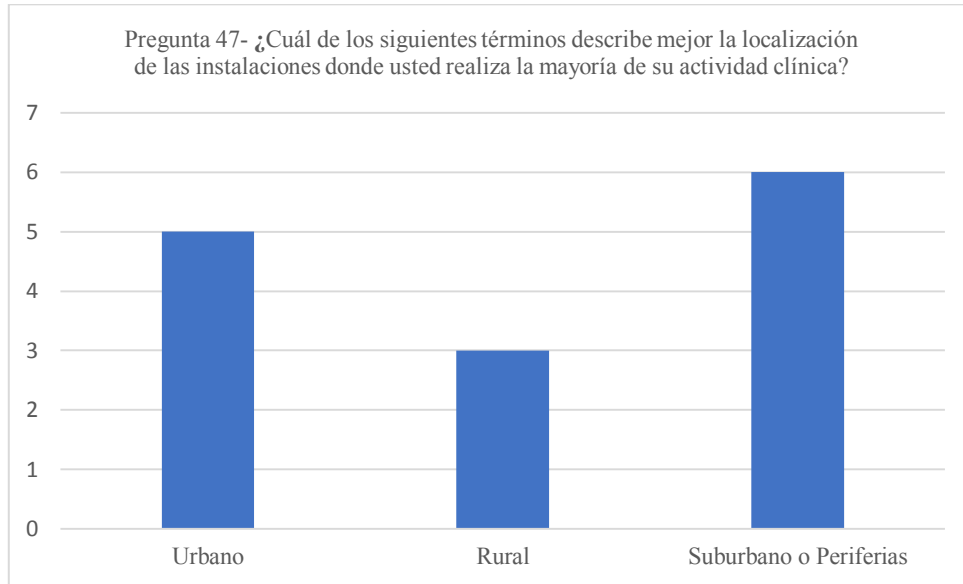


Gráfico 96: ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor la localización de las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Los términos que mejor describen mejor la localización de las instalaciones donde ellos realizan sus prácticas clínicas, 5 que representa el (27.7%) reportaron que su localización es urbana, 3(16.6%) refirieron que su localización es Rural y 6 (33.3%) reportaron que su localización donde realizan sus prácticas clínicas se encuentra en Suburbano o periferias.

Pregunta 48:

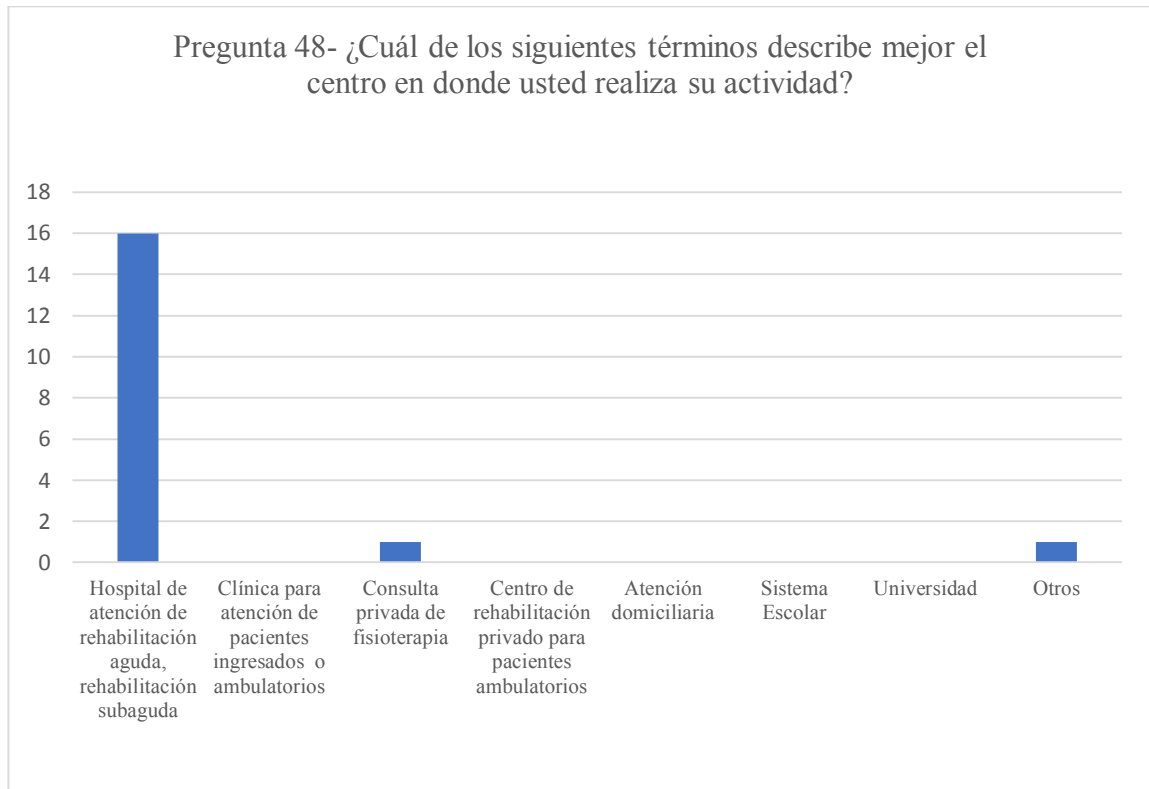


Gráfico 97: ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor el centro en donde usted realiza su actividad?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16 de los encuestados que representa el (88.8%) reportaron que el término que mejor describe el centro en donde realizan sus actividades es “Hospital de atención aguda de rehabilitación aguda (Atención primaria) Rehabilitación sub-aguda”. 1 que representa el (5.5%) refirieron que el término que mejor describe su centro es “Consulta privada de Fisioterapia/kinesiología para pacientes ambulatorios (en propiedad)” y 1 de los encuestados que representa el (5.5%) reportaron que el término que mejor representa su centro es “otros”.

Pregunta 49:

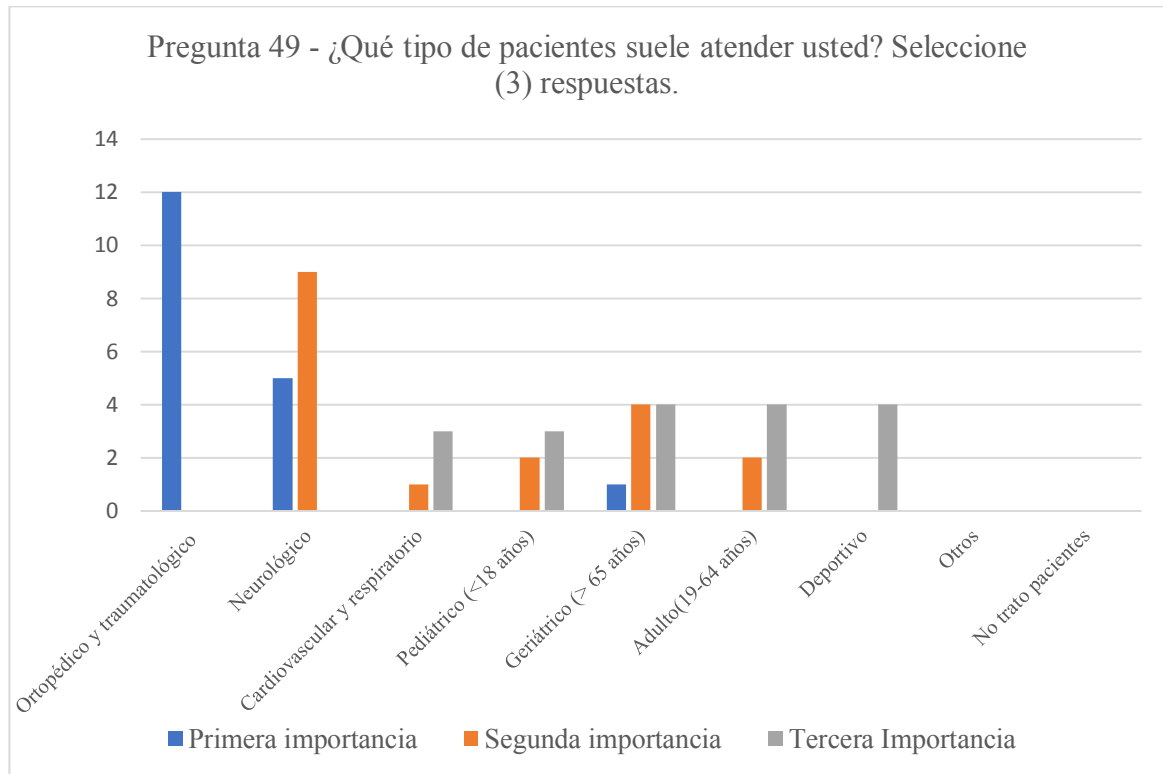


Gráfico 98: ¿Qué tipo de pacientes suele atender usted? Seleccione (3) respuestas.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

12 personas encuestadas que representa el (66.6%) reportaron que suelen atender pacientes ortopédicos, traumatológicos, 5(27.7%) reportaron que atienden pacientes neurológicos como primera importancia y 1 de los encuestados que representa el (5.5%) atienden pacientes geriátricos >65 años como de primera importancia, 9(50%) de los encuestados reportaron que atienden pacientes neurológicos como de segunda importancia, 1(5.5%) atienden pacientes cardiovasculares y respiratorios, 2(11.1%) pacientes pediátricos < de 18 años, 4(22.2%) atienden pacientes geriátricos > 65 años y 2(11.1%) atienden pacientes Adulto(19 a 64 años) como de segunda importancia, 3 que representa el (16.6%) atienden pacientes cardiovascular, respiratorio como de tercera importancia, 3(16.6%) atienden pacientes

pediátricos >18 años, 4 (22.2%) atienden pacientes geriátricos >65 años, 4(22.2%) atienden pacientes adultos de 19 a 64 años y 4 encuestados que representa el (22.2%) reportaron que atienden pacientes deportivos, clasificándolos como de tercera importancia.

CUESTIONARIO DE ATENCION AL CLIENTE

Con un total de 23 pacientes que representa el (100%) dentro de las 5 unidades de salud públicas de la provincia de Chimborazo.

Edad

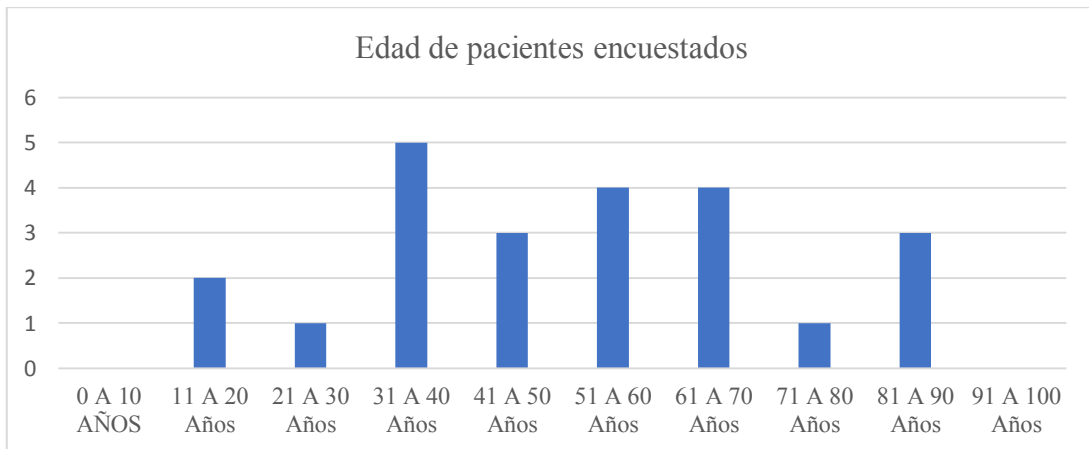


Gráfico 99: Edad de pacientes encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En todos los servicios de Fisioterapia y Rehabilitación en entidades públicas de la Provincia de Chimborazo, 23 pacientes encuestados que representan el 100%, 2 pacientes representan un 9%, pertenecientes al rango de edad entre 11 a 20 años, en el rango de edad correspondiente entre 21 a 30 años encontramos 1 paciente con un porcentaje del 4%, 5 pacientes que representan el 22 % que se encuentran en el rango de edad entre 31 a 40 años, 3 pacientes que representan el 13% pertenecen al rango de edad entre

41 a 50 años, mientras 4 pacientes que pertenecen al rango comprendido entre 51 a 60 años representan un 17%, 4 (17%) pertenecen al rango edad entre 61 a 70 años, en el rango de edad correspondiente entre 71 a 80 años encontramos 1 paciente con un porcentaje del 4% y finalmente encontramos que 3 pacientes representan el 13% correspondiente al rango de edad entre 81 a 90 años.

CIE 10

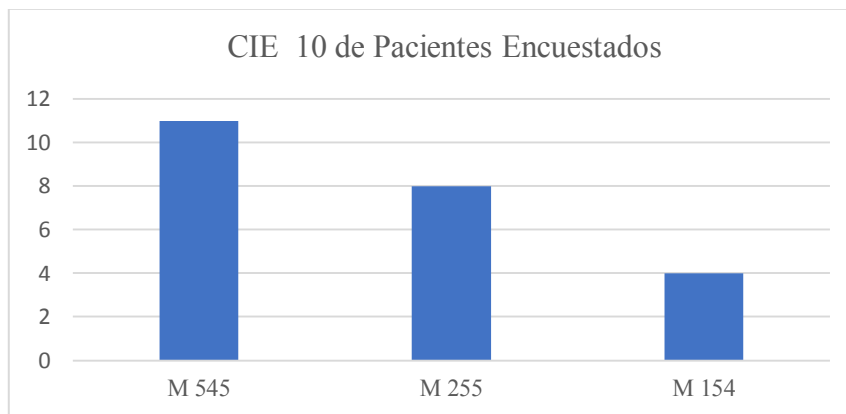


Gráfico 100: CIE 10 de Pacientes Encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En la Provincia de Chimborazo de acuerdo al estudio realizado en el servicio de Fisioterapia y Rehabilitación en entidades públicas, las patologías con más frecuencia que se atendieron según el CIE10 fueron lumbago inespecífico (M545) con un porcentaje de (47.8%) que representa a 11 pacientes, seguida del dolor articular (M255) con 8 pacientes los cuales representan el (34.7%)y finalmente poliartrosis (M154) se reportaron 4 pacientes que representan el (17.3%) de un total de 23 (100%) personas atendidas.

Sexo

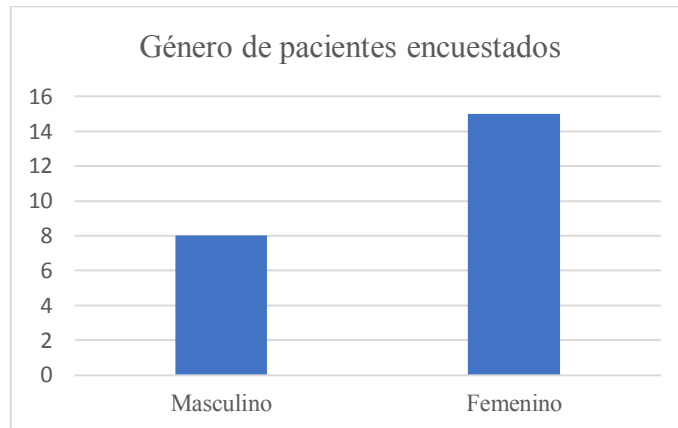


Gráfico 101: Género de pacientes encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En todos los servicios de Fisioterapia y Rehabilitación en entidades públicas de la Provincia de Chimborazo, 23 pacientes encuestados que representan el 100% de los cuales se clasifico por género encontrando que 8 (35%) pacientes pertenecen al género masculino, mientras que en el género femenino se encontró 15 (65%) de pacientes atendidos.

Estado Civil

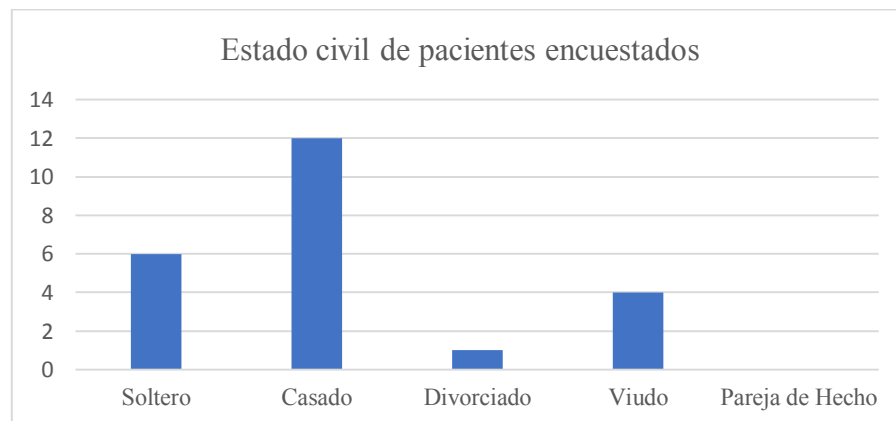


Gráfico 102: Estado civil de pacientes encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En la Provincia de Chimborazo de acuerdo con el estudio realizado en el servicio de Fisioterapia y Rehabilitación en entidades públicas, se clasifico según el estado civil de cada paciente reportándose así, 6(26%) son solteros, 12(52.1%) son casados, 1(4.3%) son divorciados y 4(17.3%) son viudos.

Nivel de Estudios

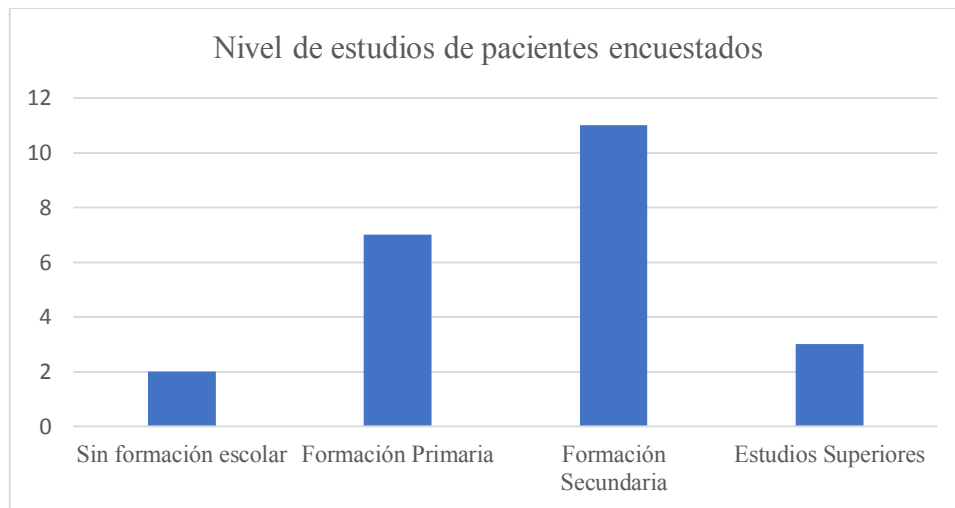


Gráfico 103: Nivel de estudios de pacientes encuestados

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De un total de 23 pacientes que representan el (100%) 2(8.6%) reportaron que no tienen formación escolar, 7(30.4%) tienen una formación primaria, 11(47.8%) tienen una formación secundaria y 3(13 %) tienen estudios superiores

Pregunta 1:

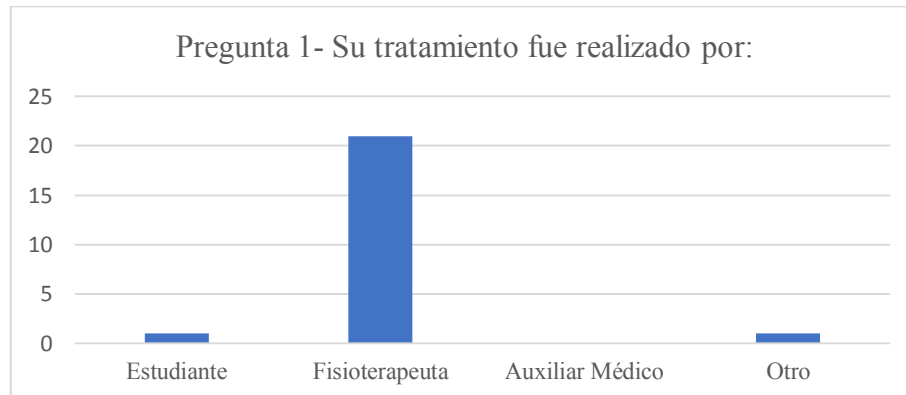


Gráfico 104: Su tratamiento fue realizado por:

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De 23 pacientes encuestados, 1(4.3%) de los pacientes contestaron que el tratamiento fue aplicado por un estudiante, mientras que 21 (91.3%) reportaron que su tratamiento fue realizado por un Fisioterapeuta y 1(4.3%) reportó que su tratamiento fue realizado por otros

Pregunta 2:

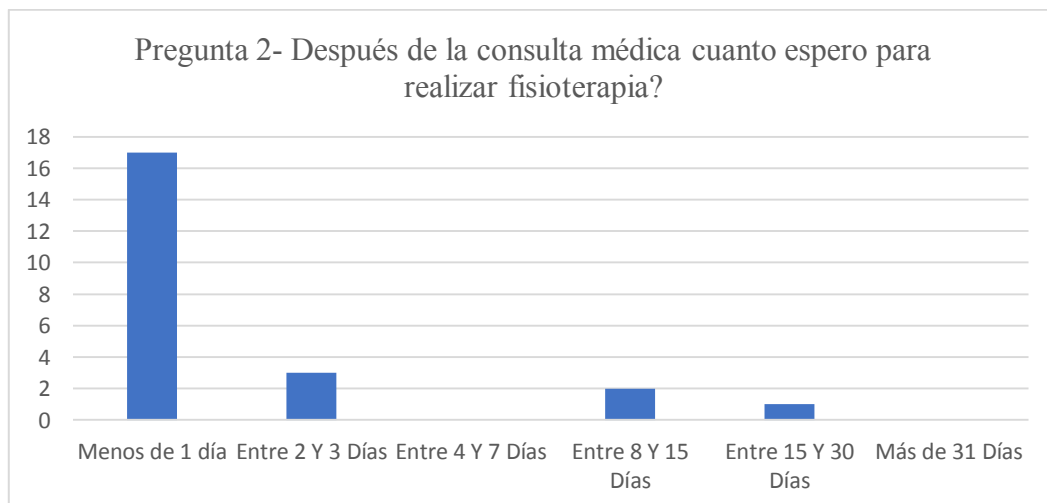


Gráfico 105: ¿Después de la consulta médica cuanto espero para realizar fisioterapia?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De un total de 23 pacientes atendidos que representa el (100%), 17 (73.9%) reportaron que esperaron menos de un día después de la consulta médica para realizar fisioterapia, 3(13%) refirieron que tuvieron que esperar entre 2 y 3 días para realizar su fisioterapia, 2(8.6%) reportaron que tuvieron que esperar entre 8 y 15 días, finalmente 1 (4.3%) reportó que tuvo que esperar entre 15 y 30 días después de la consulta médica para realizar su fisioterapia.

Pregunta 3:

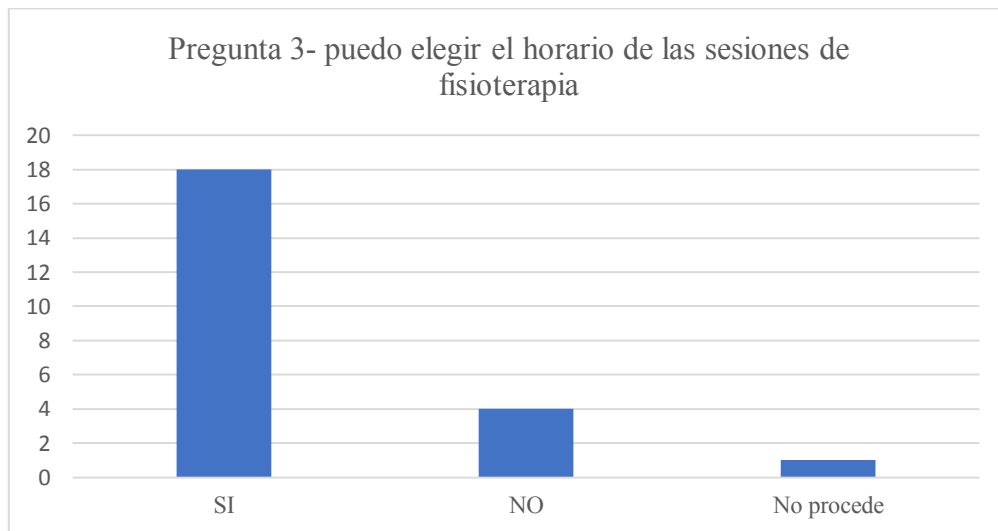


Gráfico 106: Puede elegir el horario de las sesiones de fisioterapia?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

18 de los encuestados que representa el (78.2%) reportaron que sí pudieron elegir el horario de sus terapias, mientras que 4(17.3%) no pudieron elegir el horario de sus sesiones y 1encuestado que representa el (4.3%) reportó que no procede.

Pregunta 4:

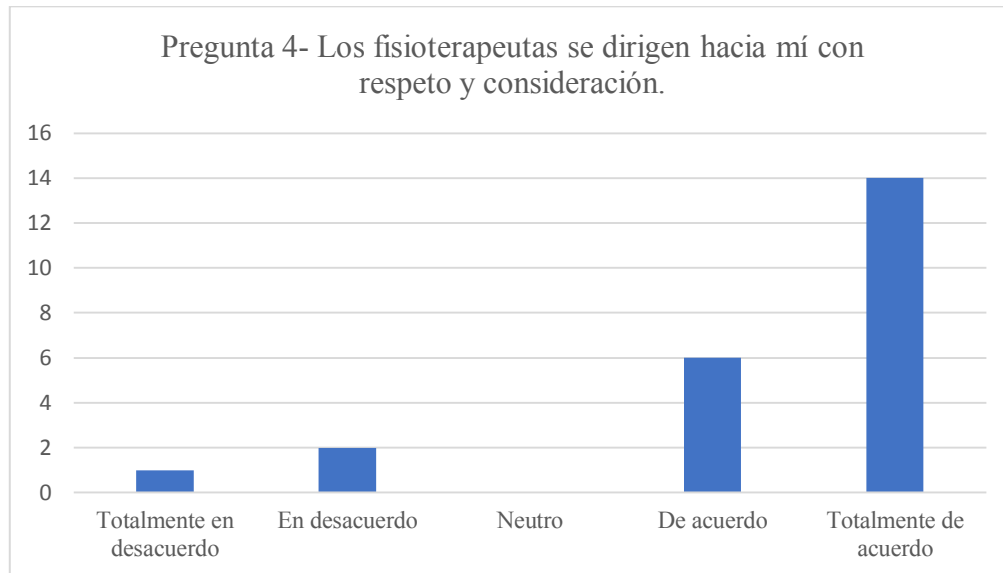


Gráfico 107: Los fisioterapeutas se dirigen hacia mí con respeto y consideración

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De 23 pacientes encuestados 1(4.3%) reportaron que están totalmente en desacuerdo y 2 (8.6%) están en desacuerdo en que los fisioterapeutas se dirigen hacia ellos con respeto y consideración, mientras que 6(26%) están de acuerdo y 14 (60.8%) están totalmente de acuerdo en que los fisioterapeutas se dirigen con respeto y consideración hacia ellos.

Pregunta 5:

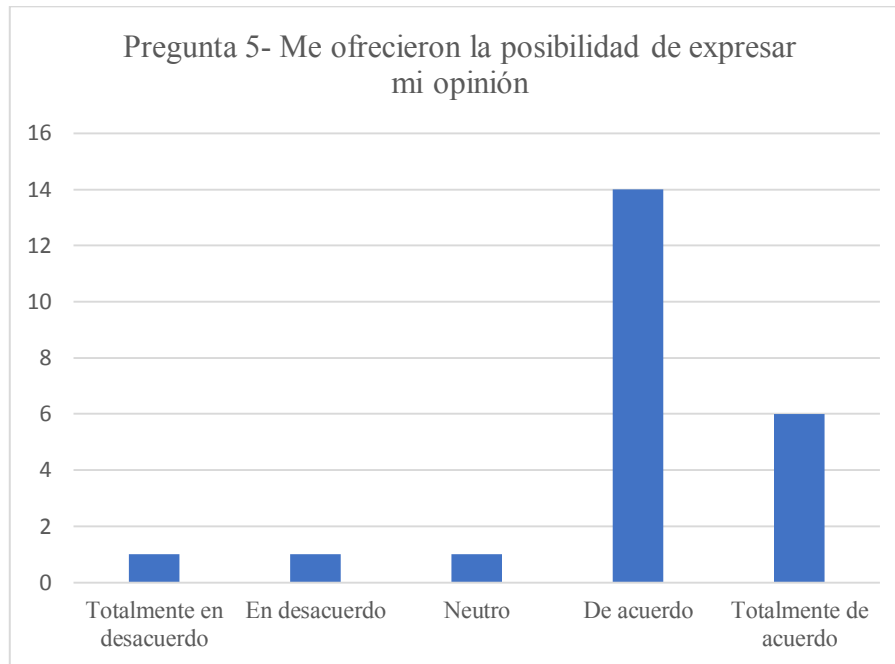


Gráfico 108: Me ofrecieron la posibilidad de expresar mi opinión.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De un total de 23 pacientes encuestados, 1(4.3%) reportaron que están totalmente en desacuerdo al igual que 1(4.3%) están en desacuerdo en que le ofrecieron la posibilidad de expresar su opinión acerca del tratamiento que se le va a realizar, 1(4.3%) refirió que está en neutro en cuanto a esta pregunta, sin embargo 14(60.8%) reportaron que están de acuerdo y 6(26%) reportaron que están totalmente de acuerdo en que les ofrecieron a los pacientes la oportunidad de poder expresar su opinión acerca del tratamiento que se le va a aplicar.

Pregunta 6:

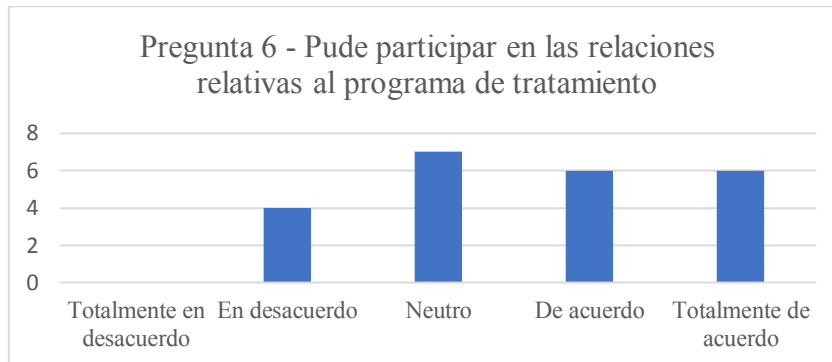


Gráfico 109: Pude participar en las relaciones relativas al programa de tratamiento

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De 23 pacientes encuestados, 4 que representa el (17.3%) manifestaron que están en desacuerdo en que pueden participar en las relaciones relativas al programa de tratamiento, 7(30.4%) expresaron no saber; es decir neutro, 6(26%) están de acuerdo y 6 pacientes que representan el (26%) están totalmente de acuerdo en que si pueden participar en las relaciones relativas del programa de tratamiento.

Pregunta 7:

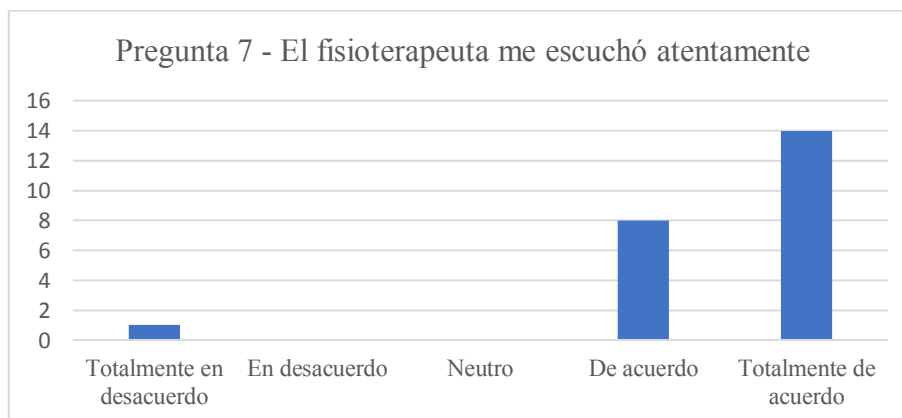


Gráfico 110: El fisioterapeuta me escuchó atentamente.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Con un total de 23 pacientes encuestados, 1 paciente que representa (4.3%) manifestó estar totalmente en desacuerdo en que el fisioterapeuta le escuchó atentamente, mientras que 8(34.7%) manifestaron estar de acuerdo y 14 pacientes que representan el (60.8%) manifestaron que están totalmente de acuerdo en que el fisioterapeuta los escuchó atentamente.

Pregunta 8: El fisioterapeuta me informó sobre los objetivos a alcanzar.

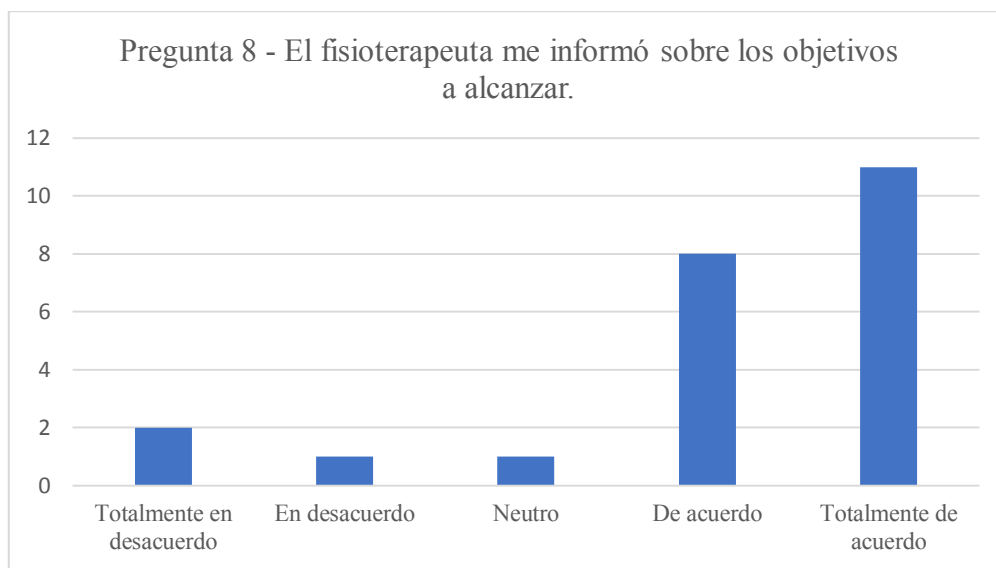


Gráfico 111: El fisioterapeuta me informó sobre los objetivos a alcanzar.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

2pacientes encuestados que representa el (8.6%) están totalmente en desacuerdo y 1(4.3%) están en desacuerdo en que el fisioterapeuta les informó sobre los objetivos a alcanzar, mientras que 8(34.7%) están de acuerdo y 11(47.8%) están totalmente de acuerdo en que el fisioterapeuta si les informó sobre los objetivos a alcanzar en su tratamiento.

Pregunta 9:

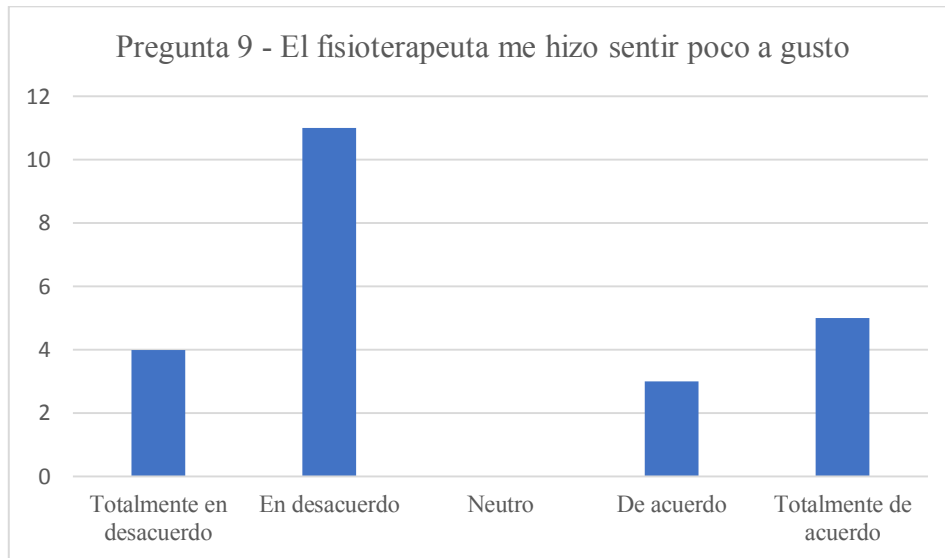


Gráfico 112: *El fisioterapeuta me hizo sentir poco a gusto.*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4(17.3%) de los pacientes encuestados manifestaron estar totalmente en desacuerdo y 11 pacientes que representa el (47.8%) están en desacuerdo en que el fisioterapeuta les hizo sentir poco a gusto, mientras que 3(13%) están de acuerdo y 5(21.7%) están totalmente de acuerdo en que el fisioterapeuta les hizo sentir poco a gusto.

Pregunta 10:

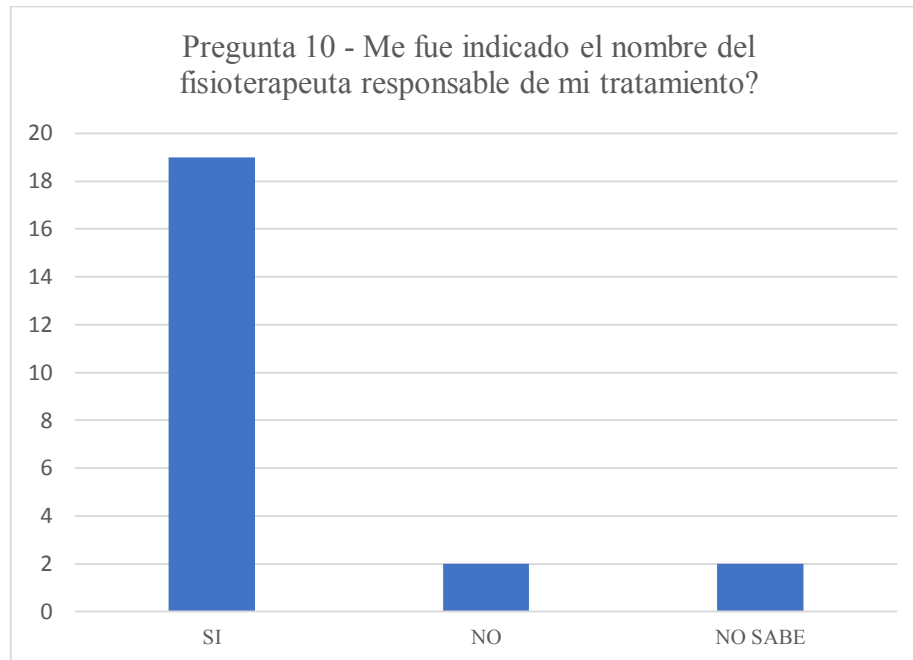


Gráfico 113: Me fue indicado el nombre del fisioterapeuta responsable de mi tratamiento?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

Con un total de 23 pacientes encuestados, 19 (82.6%) manifestaron que, si les fue indicado el nombre del fisioterapeuta responsable de su tratamiento, mientras que 2(8.6%) manifestaron que no les fue indicado el nombre del fisioterapeuta y 2 pacientes que representa el (8.6%) refirieron que no saben si fue o no indicado el nombre del fisioterapeuta a tratar.

Pregunta 11:

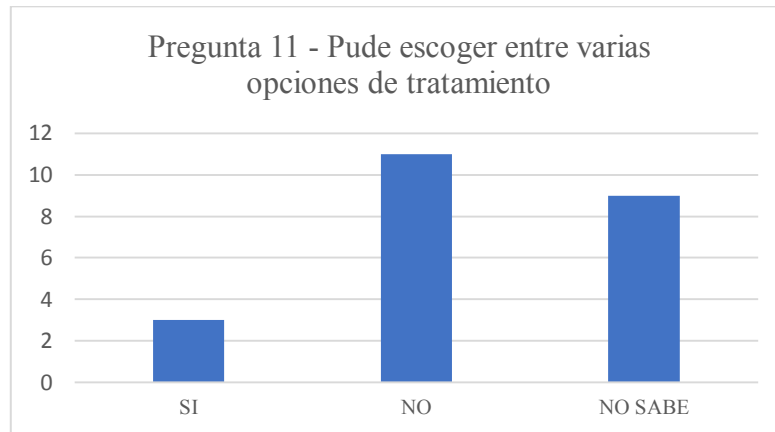


Gráfico 114: ¿Pude escoger entre varias opciones tratamiento?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

3 de los pacientes encuestados que representa (13%) manifestaron que sí pudieron escoger entre varias opciones de tratamiento, 11(47.8%) reportaron que no pudieron escoger entre varias opciones y 9 pacientes que representa (39%) manifestaron que no saben.

Pregunta 12:

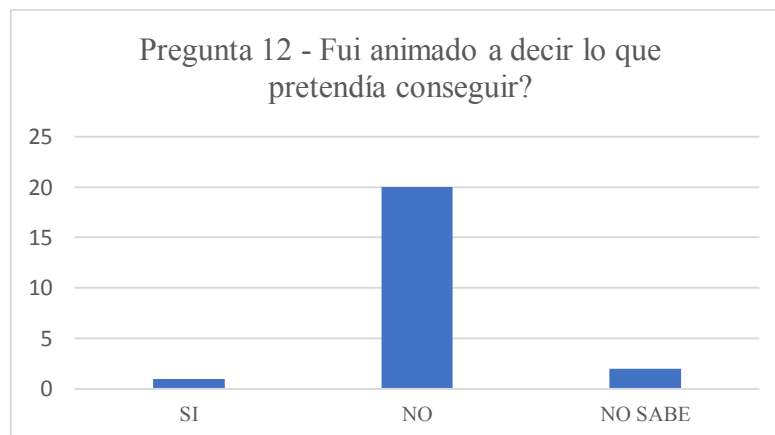


Gráfico 115: Fui animado a decir lo que pretendía conseguir?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1 de los pacientes encuestados que representa el (4.3%) manifestaron que sí fueron animados a decir lo que pretendía conseguir, mientras que 20(86.9%) reportaron que no fueron animados a decir lo que pretendían conseguir y finalmente 2 de los pacientes que representa el (8.6%) reportaron que no saben.

Pregunta 13:

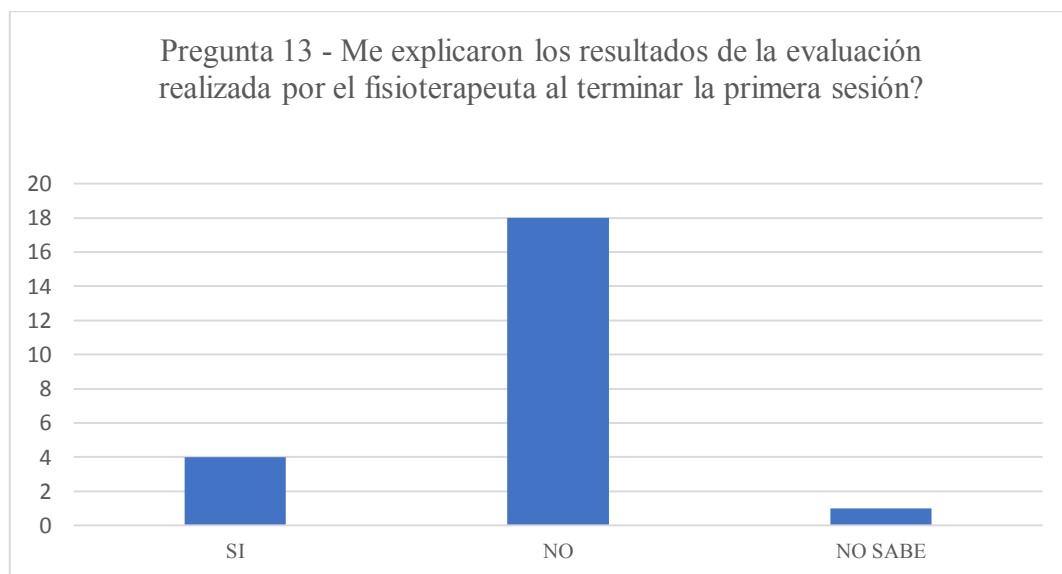


Gráfico 116: Me explicaron los resultados de la evaluación realizada por el fisioterapeuta al terminar la primera sesión?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

4 de los pacientes encuestados que representa el (17.3%) manifestaron que sí les explicaron los resultados de la evaluación realizada por el fisioterapeuta al terminar la primera sesión, 18(78.2%) reportaron que no les explicaron los resultados de la evaluación, mientras que 1(4.3%) manifestaron que no saben si les informaron o no.

Pregunta 14:

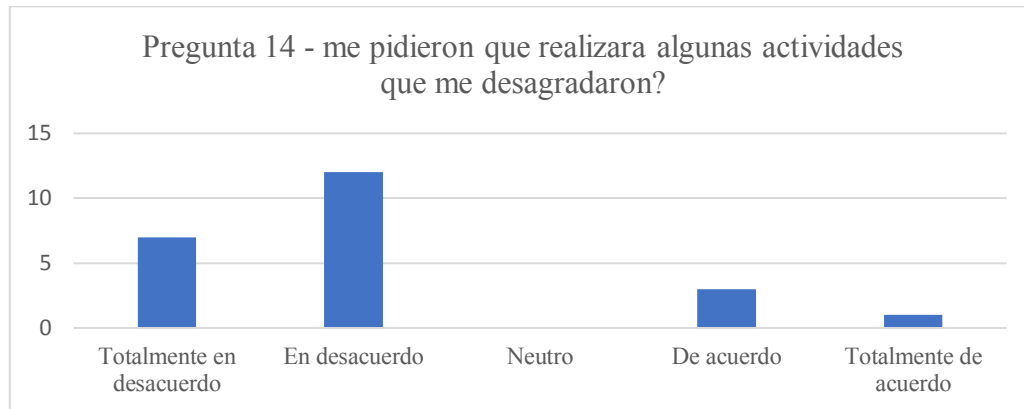


Gráfico 117: me pidieron que realizara algunas actividades que me desagradaron?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

En un total de 23 pacientes encuestados, 7(30.4%) de los pacientes contestaron estar totalmente en desacuerdo, 12(52.1%) manifestaron estar en desacuerdo en que los fisioterapeutas les pidieron realizar algunas actividades que les desagradaron, 3(13%) reportaron estar de acuerdo y 1(4.3%) manifestaron estar totalmente de acuerdo en que les pidieron realizar actividades que les desagradaron.

Pregunta 15:

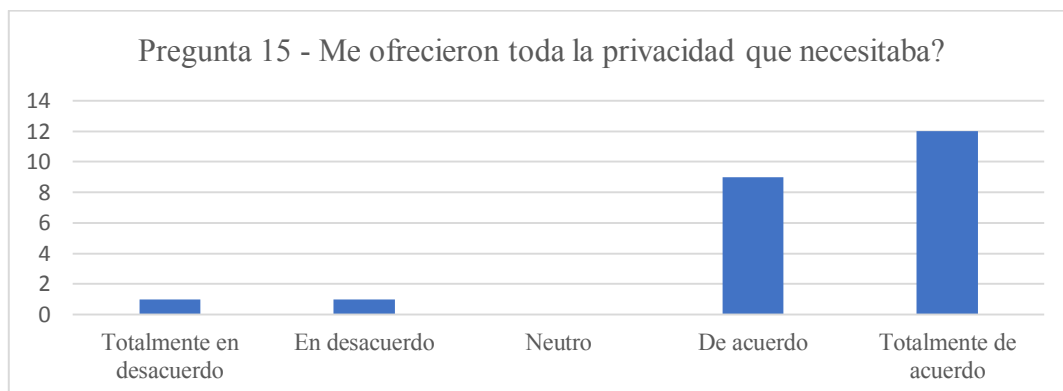


Gráfico 118: Me ofrecieron toda la privacidad que necesitaba?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1(4.3%) de los pacientes encuestados reportaron que están totalmente en desacuerdo al igual que 1(4.3%) manifestaron estar en desacuerdo en que les ofrecieron toda la privacidad que necesitaban al momento de la fisioterapia, 9(39%) manifestaron estar de acuerdo y pacientes que representa el (52.1%) reportaron estar totalmente de acuerdo en que si mantuvieron la privacidad durante su sesión de tratamiento.

Pregunta 16:

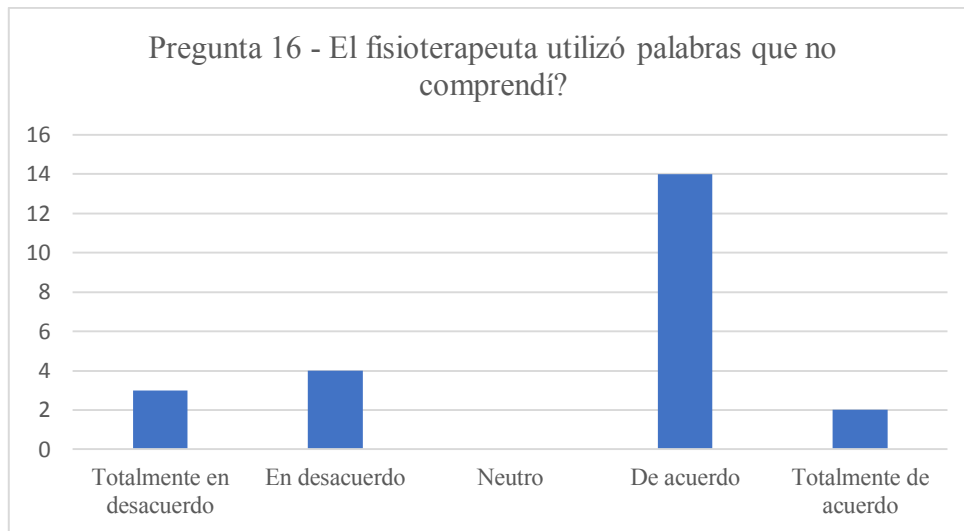


Gráfico 119: *El fisioterapeuta utilizó palabras que no comprendí?*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

3(13%) reportaron estar totalmente en desacuerdo, 4(17.3%) manifestaron estar en desacuerdo en que el fisioterapeuta utilizó palabras que no comprendió el paciente, mientras que 14 de los encuestados que representa (60%) están de acuerdo y 2(8.6%) están totalmente de acuerdo en que el fisioterapeuta si utilizó palabras que no comprendía el paciente.

Pregunta 17:

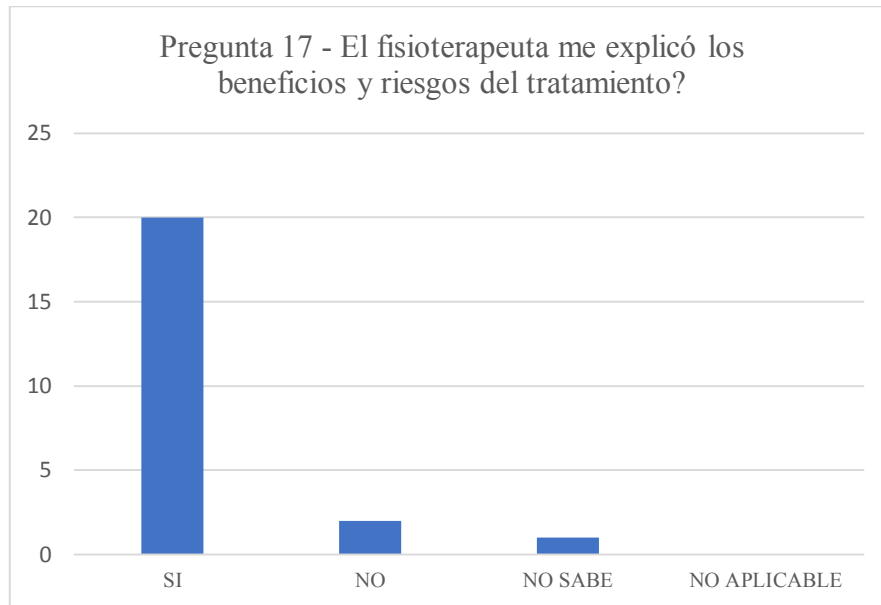


Gráfico 120: El fisioterapeuta me explicó los beneficios y riesgos del tratamiento?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De un total de 23 pacientes encuestados que es el (100%), 20(86.9%) reportaron que el fisioterapeuta sí explicó los beneficios y riesgos del tratamiento que se le va a aplicar, 2(8.6%) manifestaron que no les explicaron los beneficios y riesgos del tratamiento, mientras que solo un paciente que representa el (4.3%) manifestó que no sabe si le dijeron o no.

Pregunta 18:

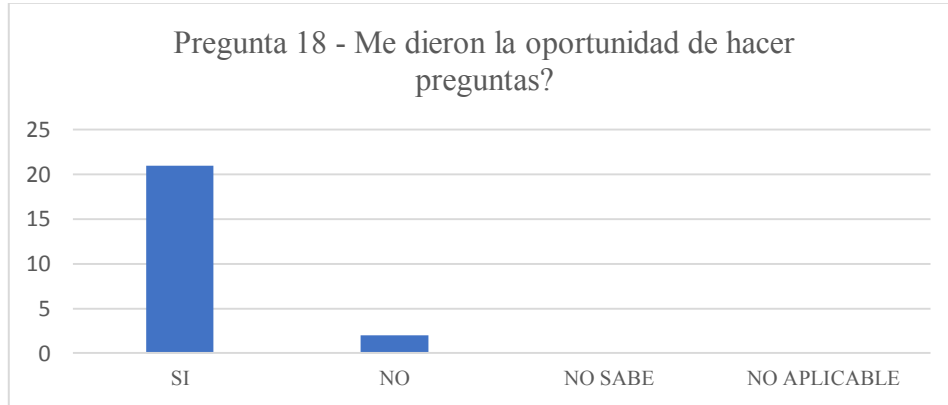


Gráfico 121: Me dieron la oportunidad de hacer preguntas?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

21(91.3%) de los pacientes encuestados manifestaron que sí les dieron la oportunidad de hacer preguntas a los fisioterapeutas, mientras que 2(8.6%) manifestaron que no les dieron la oportunidad de hacer preguntas.

Pregunta 19:

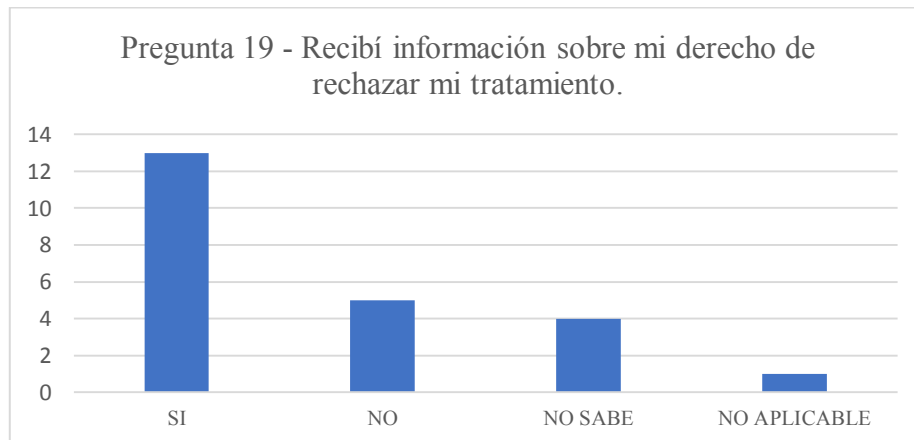


Gráfico 122: Recibí información sobre mi derecho de rechazar mi tratamiento.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De un total de 23(100%) pacientes encuestados, 13(56.5%) reportaron que sí recibieron información sobre su derecho a rechazar el tratamiento, mientras que 5(21.7%) manifestaron que no recibieron información acerca de esto y 1(4.3%) no lo sabe.

PREGUNTA 20:

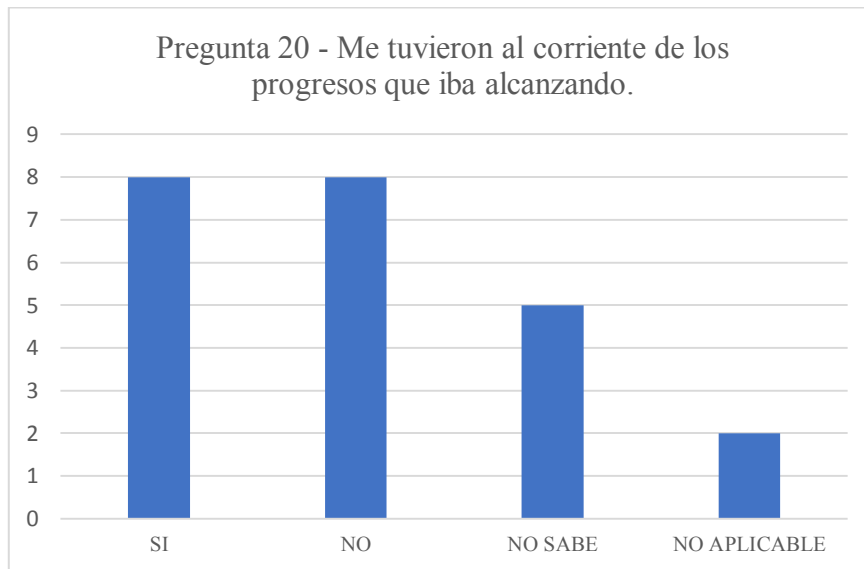


Gráfico 123: Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

8(34.7%) de los encuestados reportaron que sí le tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando, 8(34.7%) manifestaron que no les tuvieron al corriente de los progresos, mientras que 5(21.7%) respondieron que no saben y 2(8.6%) respondieron que no es aplicable.

Pregunta 21:

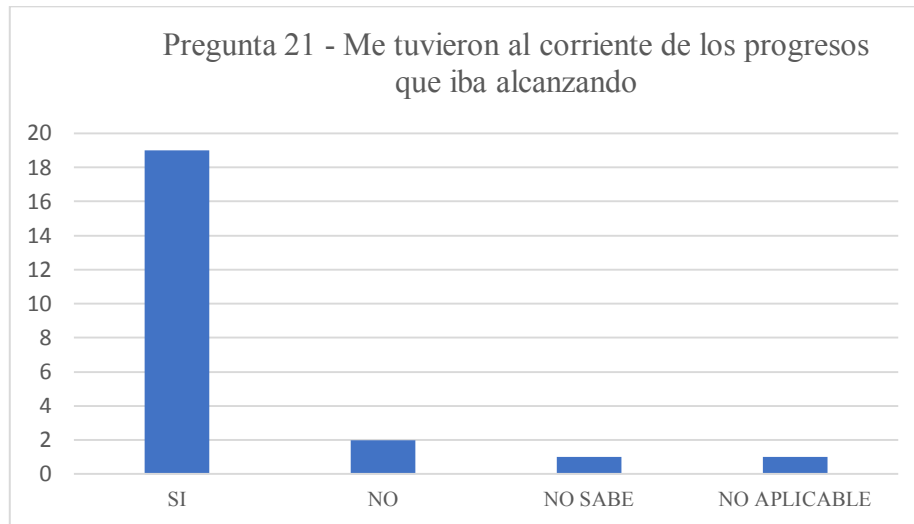


Gráfico 124: Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

19 de los pacientes encuestados que representa el (82.6%) respondieron que, si le tuvieron al corriente de los progresos que iban alcanzando, 2 (8.6%) respondieron que no, 1 (4.3%) respondieron que no saben y 1 (4.3%) respondieron que no es aplicable.

Pregunta 22:

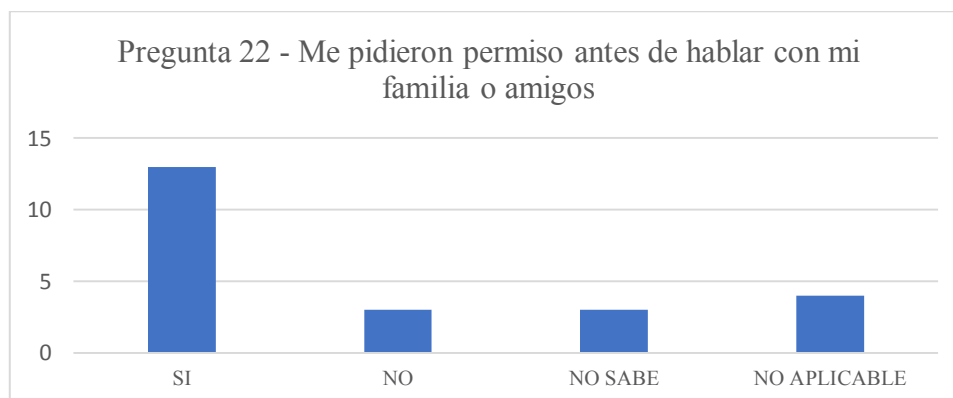


Gráfico 125: Me pidieron permiso antes de hablar con mi familia o amigos

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

13(56.5%) pacientes encuestados respondieron que, si les pidieron permiso antes de hablar con su familia o amigos, 3(13%) respondieron que no, 3(13%) respondieron que no saben, mientras que 4 pacientes que representa el (17.3%) respondieron que no es aplicable.

Pregunta 23:

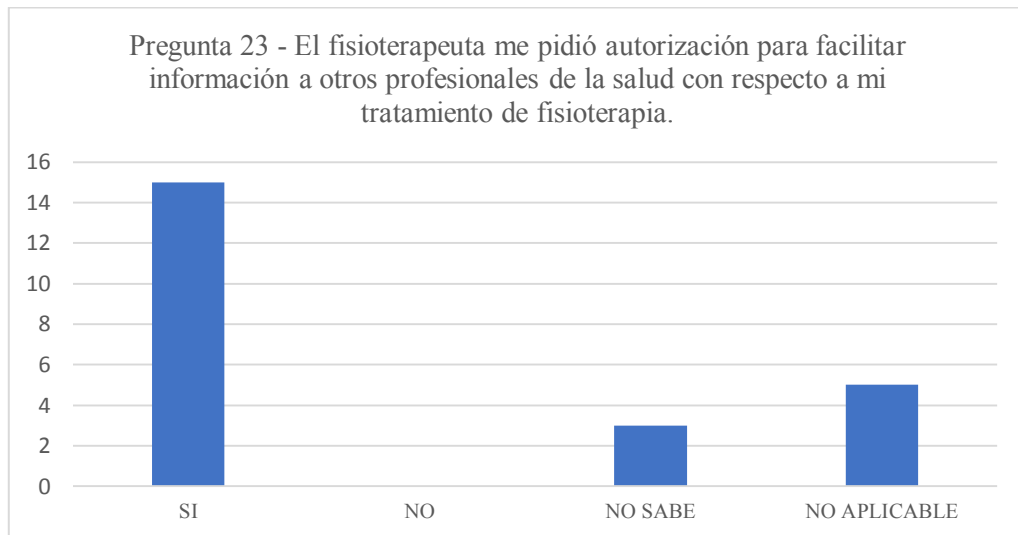


Gráfico 126: El fisioterapeuta me pidió autorización para facilitar información a otros profesionales de la salud con respecto a mi tratamiento de fisioterapia.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

15 pacientes encuestados que representa el (65.2%) reportaron que, el fisioterapeuta sí le pidió autorización para facilitar información a otros profesionales de la salud con respecto a su tratamiento de fisioterapia, mientras que 3(13%) respondieron que no y 5(21.7%) respondieron que no es aplicable.

Pregunta 24:

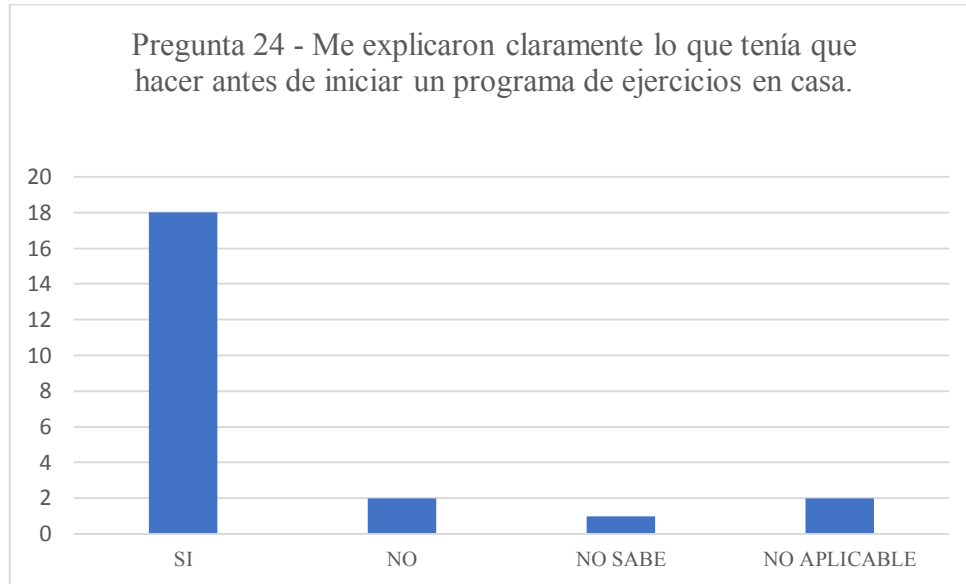


Gráfico 127: *Me explicaron claramente lo que tenía que hacer antes de iniciar un programa de ejercicios en casa.*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

18(78.2%)de los pacientes encuestados refieren que, sí les explicaron claramente lo que tenía que hacer antes de iniciar un programa de ejercicios en casa, mientras que 2(8.6%) contestaron que no les explicaron, 1(4.3%) manifestó que no sabe y 2(8.6%) respondieron que no es aplicable.

Pregunta 25:

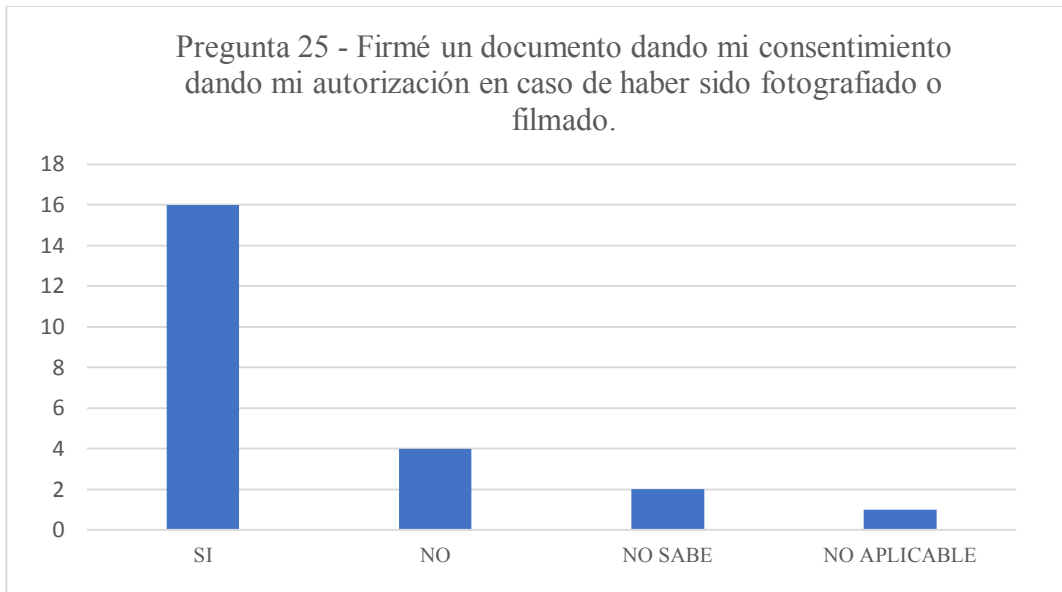


Gráfico 128: Firmé un documento dando mi consentimiento dando mi autorización en caso de haber sido fotografiado o filmado.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16 pacientes encuestados que representa el (69.5%) respondieron que, si firmaron un documento de su consentimiento dando su autorización en caso de haber sido fotografiado o filmado, 4(17.3%) manifestaron que no, mientras que 2(8.6%) respondieron que no saben y 1(4.3%) respondieron que no aplica.

Pregunta 26:

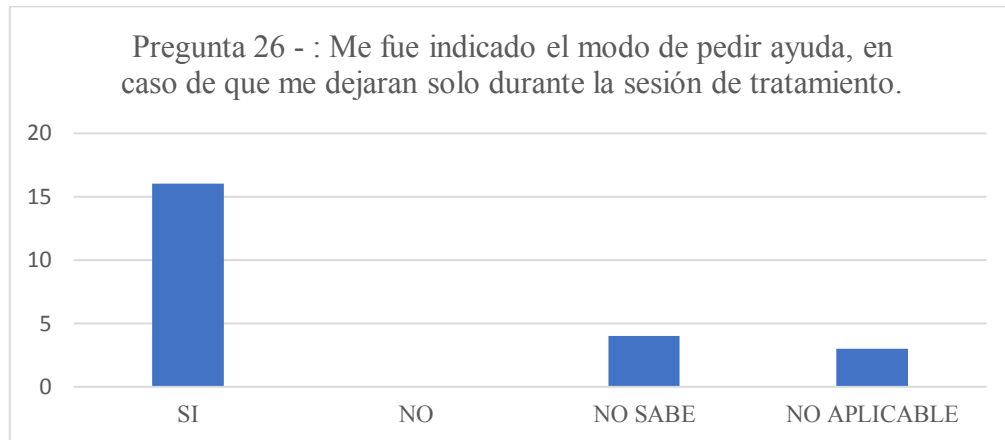


Gráfico 129: Me fue indicado el modo de pedir ayuda, en caso de que me dejaran solo durante la sesión de tratamiento.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

16 de los encuestados que representa el (69.5%) respondieron que, sí les fue indicado el modo de pedir ayuda, en caso de que les dejaran solos durante la sesión de tratamiento, mientras que 4(17.3%) respondieron que no les fue indicado esto y 3 pacientes encuestados que representa el (13%) respondieron que no aplica.

Pregunta 27:

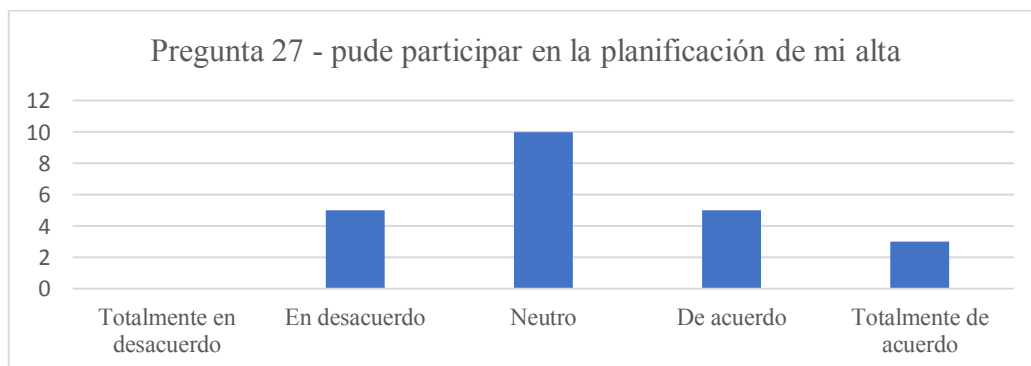


Gráfico 130: Pregunta 27 - pude participar en la planificación de mi alta

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

5 Pacientes encuestados que representa el (21.7%) contestaron que están en desacuerdo en que puede participar en la planificación de su alta, mientras que 10(43.4%) contestaron neutro; es decir que no saben si participan o no en la planificación de su alta, 5(21.7%) de los encuestados respondieron que están de acuerdo, así como 3(13%) respondieron que están totalmente de acuerdo.

Pregunta 28:

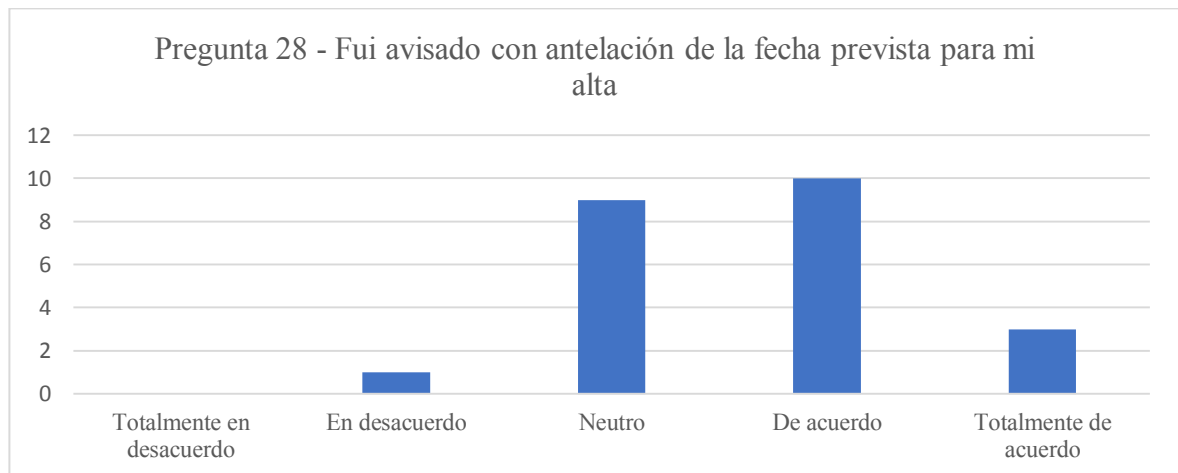


Gráfico 131: Fui avisado con antelación de la fecha prevista para mi alta.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1 paciente encuestado que representa el (4.3%) contestó que está en desacuerdo en que fue avisado con antelación de la fecha prevista de su alta, 9(39%) contestaron neutro, 10(43.4%) contestaron que están de acuerdo, así como 3(13%) contestaron que están totalmente de acuerdo en que si fueron avisados con antelación de la fecha prevista de su alta.

Pregunta 29:

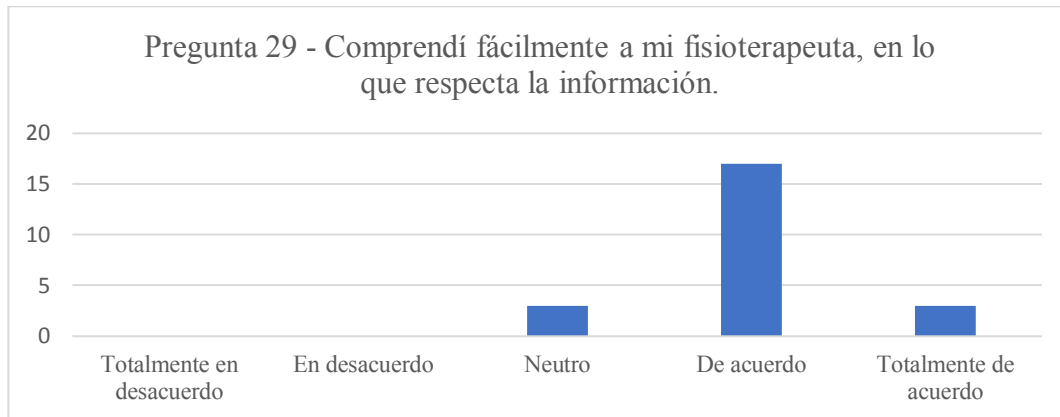


Gráfico 132: *Comprendí fácilmente a mi fisioterapeuta, en lo que respecta la información.*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

3(13%) de los pacientes manifiestan estar neutro en comprender fácilmente al fisioterapeuta cuando le proporcionan alguna información, mientras que 17(73.9%) contestaron estar de acuerdo y 3(13%) contestaron que están totalmente de acuerdo, respectivamente.

Pregunta 30:

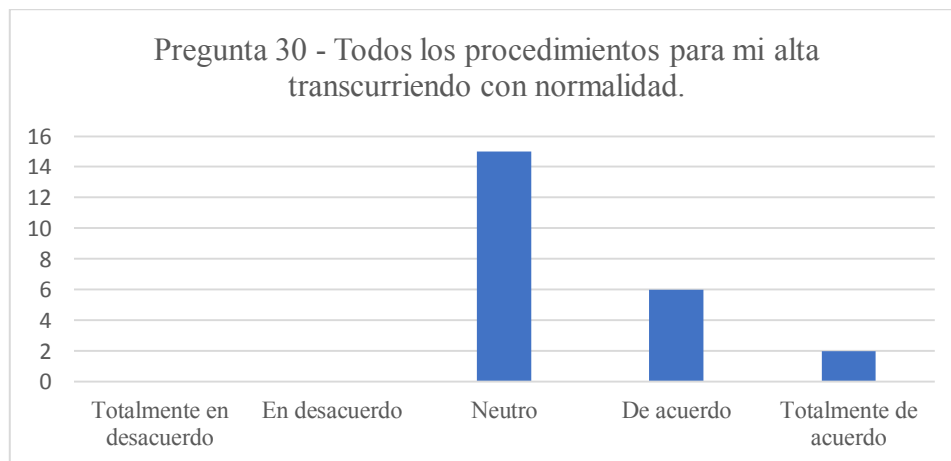


Gráfico 133: *Todos los procedimientos para mi alta transcurriendo con normalidad.*

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

15(65.2%) de los pacientes se mantienen en una posición neutra sobre los procedimientos de su alta, mientras que, 6(26%) está de acuerdo y 2(8.6%) están totalmente de acuerdo en que los procedimientos para su alta están transcurriendo con normalidad.

Pregunta 31:

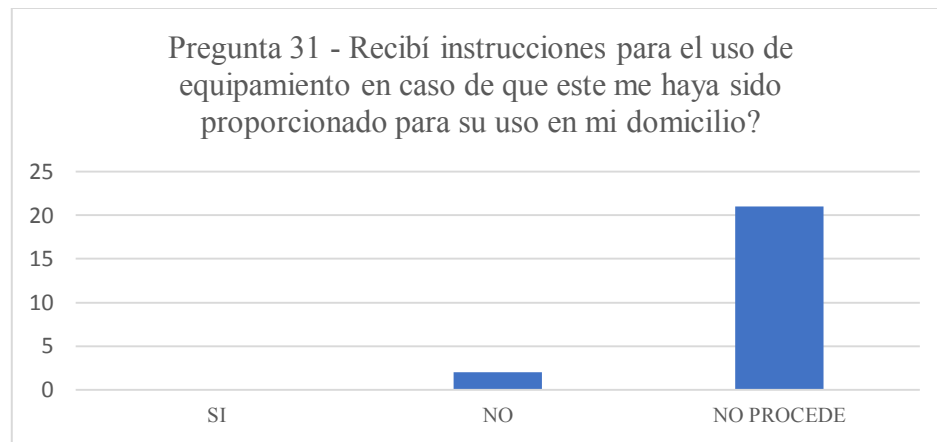


Gráfico 134: Recibí instrucciones para el uso de equipamiento en caso de que este me haya sido proporcionado para su uso en mi domicilio?

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

2(8.6%) de los pacientes encuestados reportaron que no recibieron instrucciones para el uso de equipamiento en caso de que este haya sido proporcionado para su uso en domicilio, mientras que 22 de los pacientes que representa el (95.6%) contestaron que no procede.

Impresiones generales

Pregunta 32:

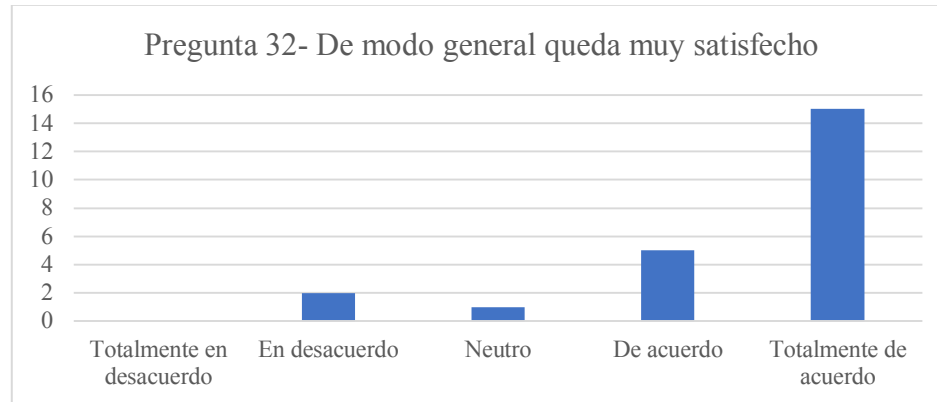


Gráfico 135: De modo general queda muy satisfecho

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De los 23 pacientes que es el (100%), 2(8.6%) contestaron estar en desacuerdo en que está muy satisfecho con la fisioterapia, 1(4.3%) se mantiene en una posición neutral, mientras que 5(21.7%) están de acuerdo, al igual que 15(65.2%) contestaron estar totalmente de acuerdo en que están muy satisfechos con el servicio de terapia y rehabilitación.

Pregunta 33:

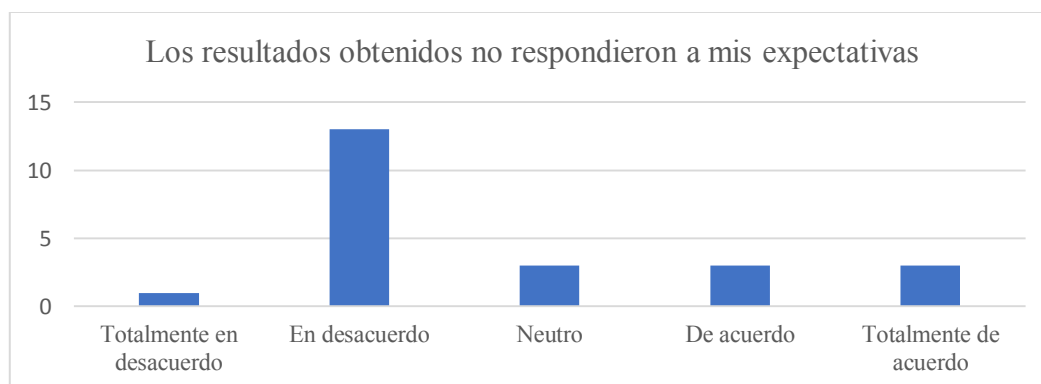


Gráfico 136: Los resultados obtenidos no respondieron a mis expectativas.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

1(4.3%) de los encuestados respondieron estar totalmente en desacuerdo, así como 13(56.5%) están en desacuerdo con los resultados obtenidos porque no respondieron a sus expectativas, 3(13%) se mantienen en una posición neutral, mientras que 3(13%) están de acuerdo y 3(13%) están totalmente de acuerdo en que los resultados de la terapia si respondieron a sus expectativas.

Pregunta 34:

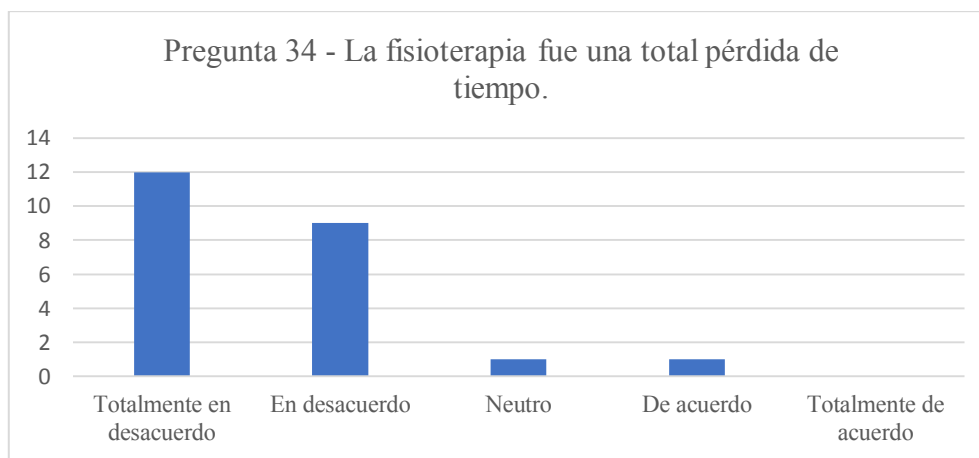


Gráfico 137: La fisioterapia fue una total pérdida de tiempo.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

12 Pacientes encuestados que representa el (52.1%) contestaron estar totalmente en desacuerdo, al igual que 9(39%) contestaron estar en desacuerdo en que la fisioterapia fue una total pérdida de tiempo, mientras que 1(4.3%) se mantiene en una posición neutral y finalmente solo un paciente que es el (4.3%) reportó que está de acuerdo en que la fisioterapia fue una pérdida de tiempo.

PREGUNTA 35:

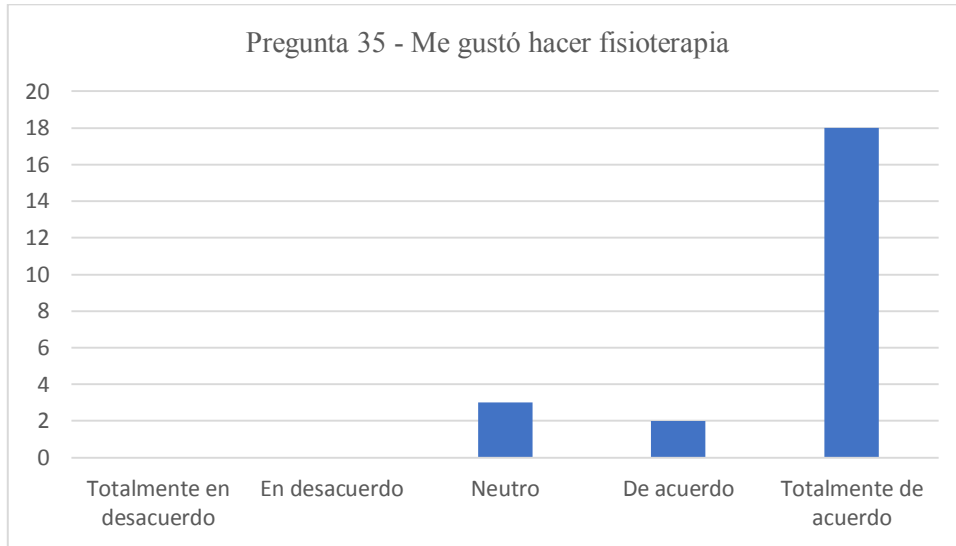


Gráfico 138: Me gustó hacer fisioterapia.

Elaborado por: Valeria Paredes

Análisis e interpretación

De los 23 pacientes encuestados que representan el (100%), 3(13%) encuestados se mantienen en una posición neutral, 2(8.6%) manifestaron que están de acuerdo, al igual que 18(78.2%) respondieron estar totalmente de acuerdo en que les gustó hacer Fisioterapia.

Conclusiones

- Mediante los resultados obtenidos en las encuestas realizadas, llegamos a la conclusión de que, el manejo fisioterapéutico de las tres patologías más relevantes si tiene relación con lo recomendado por la evidencia científica, tomando en cuenta que en este proyecto se puede apreciar el gran interés que despierta la PBE entre los fisioterapeutas de la provincia de Chimborazo, eso está comprobado al ver que el 100% de los encuestados afirmaron que el uso de la PBE es indispensable en la práctica clínica de fisioterapia. Además, todos los profesionales creen que es importante incrementar el uso de la PBE en su labor

habitual, por lo que se puede concluir que aún existe necesidad de aplicar los hallazgos relevantes de investigación a la práctica clínica.

Otro de los aspectos interesantes es que, de los encuestados, el 61.1% afirmó leer o revisar de 2 a 5 artículos científicos mensualmente, que puede considerarse una cifra baja, dado el interés que han manifestado. Esto puede deberse al desconocimiento de las fuentes de información, o la dificultad de acceso a las mismas; esto se ve reflejado en que 66.6% no tienen acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales, pero se les hace muy difícil el acceso a ediciones impresas de revistas científicas, lo que fue indicado por el 66.6% ya que muchos de ellos desconocen la fuente o base de datos para investigar. Un asunto que puede generar controversias es la falta de incentivo en las unidades de salud en la promoción de la PBE para la atención de los pacientes, ya que 43.4% de los encuestados afirma que por la falta de sus recursos de información y el 52.17% por el tiempo insuficiente en su lugar de trabajo no se da el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica, lo que puede ser la principal causa de que los profesionales conozcan los fundamentos de la aplicación de evidencia científica, pero no la utilicen cotidianamente.

- En la provincia de Chimborazo, la evaluación de los trastornos musculoesqueléticos en gran parte es realizada por profesionales médicos. Tomando como ejemplo el Lumbago no especificado, en el 40% de las unidades investigadas la evaluación es realizada por un médico general, al igual que el 40% es evaluada por fisiatras, mientras que en el 20% de las unidades de salud la evaluación es realizada por el traumatólogo, sumando un total de 100%. La misma frecuencia se repite para el dolor articular y Poliartrosis, siendo el principal motivo en que las unidades de salud poseen criterios estandarizados para la evaluación y diagnóstico de alteraciones musculoesqueléticas, por lo que la evaluación fisioterapéutica queda recluido al criterio y práctica de

los profesionales, por lo que no siempre es realizada. La evaluación, en el caso del Lumbago no especificado, la prueba que realizan principalmente en todas las unidades de salud investigadas es Lassege con un 45%, el 18% realizan palpación, el 9 % realizan otra prueba específica como grulla, 9% utiliza la escala de Eva y 9% realiza la revisión de exámenes radiológicos. La evaluación en el dolor articular la prueba que más se utiliza de las 5 entidades de salud que representan el 100%, 4 de ellas utilizan la palpación que representa el 80%, seguido de goniometría y escala de EVA con un 40% y solo en una entidad de salud pública aplican la prueba de movilidad articular representando un 20%. En la Poliartrosis la prueba de más se utiliza es la palpación y goniometría con un 80% y la Escala de EVA con un 40%. Sin embargo, y a pesar de lo descrito, el 40% de las unidades de salud afirmaron que el diagnóstico funcional se encuentra a cargo de los médicos generales, el otro 40% está a cargo de los especialistas Fisiatras y en 20% de las unidades el diagnóstico funcional es realizado por el traumatólogo. Estos resultados se repiten para todas las patologías tomadas en cuenta en la presente investigación.

- La intervención fisioterapéutica en las alteraciones musculoesqueléticas investigadas la provincia de Chimborazo en este estudio comprende un gran abanico de posibilidades, que abarcan desde la aplicación de agentes físicos hasta la realización de ejercicios en todos los casos. En el 80% de las unidades de salud afirman indicar la realización de 10 sesiones de fisioterapia para todas las patologías anteriormente mencionadas y solo el 20% de las unidades de salud realizan 15 sesiones. Tanto el diseño como la aplicación de las intervenciones en todas las unidades de salud está cargo de los fisiatras y fisioterapeutas. En el caso del Lumbago no especificado (M545), la intervención fisioterapéutica consiste principalmente en la aplicación de compresas químicas calientes, la realización de los ejercicios de

Williams con una representación de 100% de las unidades de salud. Para el dolor articular (M255), la intervención detallada por los profesionales de las áreas de fisioterapia y rehabilitación es similar, consistiendo, básicamente, en la aplicación de compresas química calientes en un 100%, masaje relajante y movilidad activa en un 60%, kinesioterapia 30%, crioterapia, reeducación de la marcha, fortalecimiento muscular 20% representando el de las unidades de salud. Finalmente, para la Poliartrosis (M154), en la intervención destaca la aplicación de compresa química caliente (100%), ejercicios isométricos, masaje relajante, movilidad activa, actividades de la vida diaria con un 40%, mientras que la mecanoterapia, hidroterapia, propiocepción, equilibrio, gimnasio y fortalecimiento solo lo realizan en el 20% de las entidades de salud investigadas.

- Es importante destacar que el 100% de las unidades de salud investigadas en la provincia de Chimborazo asegura realizar algún tipo de seguimiento a los pacientes posterior a su alta, sin embargo, no especifican la forma en que realizan dicho seguimiento. En el caso de las unidades de salud perteneciente a Chunchi, es necesario aclarar que el seguimiento se imposibilita debido a que los pacientes viven en zonas más lejanas y generalmente realizan su tratamiento cuando pueden. El seguimiento es realizado en el 40% de los casos por el médico especialista en fisiatría, 20% es realizado por el médico general, 20% traumatólogo y 20% ninguno lo realiza.
- En lo relacionado a la satisfacción de los pacientes de la provincia de Chimborazo por la atención brindada en los servicios de fisioterapia y rehabilitación, el 65% de los pacientes manifiesta estar satisfechos con la atención fisioterapéutica recibida, 21.7% señalan estar satisfechos, mientras que el 4.3% se encuentra en una posición neutral, y solo el 8.6% contestaron estar en desacuerdo con la satisfacción de la atención que se les ha proporcionado. Por lo que podemos considerar que la

calidad de atención de fisioterapia en la provincia de Chimborazo es buena y satisface las expectativas de los pacientes.

Recomendaciones

- A partir de los resultados obtenidos por esta investigación de gran relevancia, es importante que los profesionales de fisioterapia de la provincia de Chimborazo no sólo conozcan los métodos de revisión de evidencia científica, sino que esto se vea reflejado en el diseño y aplicación de las distintas intervenciones realizadas en su práctica cotidiana.
- Además, se recomienda mejorar la accesibilidad para la realización de proyectos de investigación similares, ya que algunos factores, como la falta de disponibilidad de tiempo y poca colaboración de los profesionales fueron impedimento para la obtención de resultados más contundentes.
- Todas las unidades de salud Pública que ofrecen el servicio de fisioterapia en la provincia de Chimborazo tanto en el sector urbano, como en el sector rural, es necesario realizar una supervisión por parte de la Zonal 3; ya que, en un hospital Básico, no contaban con Fisioterapeutas encargados en el área de Rehabilitación; sin embargo, existían estudiantes de prácticas que solo atendían en cierto Horario sin supervisión de un Fisioterapeuta.
- Se recomienda que en las Zonas Rurales exista este servicio de terapia y Rehabilitación, ya que es de gran importancia para el bienestar de la población.
- Se recomienda la implementación de equipos necesarios para las áreas de terapia física, terapia ocupacional y de lenguaje, que contribuyan en la intervención de las alteraciones musculoesqueléticas más frecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfonso VS. Dolor anterior de rodilla e inestabilidad rotuliana en el paciente joven. Ed. Médica Panamericana; 2003. 356 p. ³⁴
- Antonio J, García Jag. Fisioterapia. Bubok; 2012. 239 p. ¹⁴
- Azmani M. Manual De Acupuntura Del Deporte (Color). Editorial Paidotribo; 2007. 196 p. ³³
- Delavier F. MUJERES. Guía de los movimientos de musculación - descripción anatómica- (Color). Editorial Paidotribo; 2006. 146 p. ²²
- Gil JLM, Cañadas JM, Antón IF. Lesiones en el hombro y fisioterapia. Arán Ediciones; 2006. 252 p. ³⁷
- Kisner C, Colby Ia. Ejercicio terapéutico. Fundamentos y técnicas. Editorial Paidotribo; 2005. 632 p. ²⁴
- Lair CV. Las neuralgias: sus formas y su tratamiento. Imprenta Española; 1867. 308 p. ²⁵
- Lorås H, Østerås B, Torstensen TA, Østerås H. Medical Exercise Therapy for Treating Musculoskeletal Pain: A Narrative Review of Results from Randomized Controlled Trials with a Theoretical Perspective. *Physiother Res Int J Res Clin Phys Ther.* 2015 Sep;20(3):182–90. ¹¹
- Mestre DG. Ergonomía y psicología. FC Editorial; 2007. 680 p. ¹⁹
- Maigne J-Y. El Dolor De Espalda. Editorial Paidotribo; 1998. 160 p. ³⁰
- March L, Smith EUR, Hoy DG, Cross MJ, Sanchez-Riera L, Blyth F, et al. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014 Jun;28(3):353–66. ⁵
- March L, U.R. Smith E, G. Hoy D, J. Cross M, Sanchez-Riera L, Blyth F, et al. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. 2014;28(3):353–66. ³
- Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Ed. Médica Panamericana; 2009. 1244 p. ³⁵

- Reumatología SE de. Artrosis, Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Ed. Médica Panamericana; 2010. 580 p. ³¹
- Ruiz AG. Manual para la prevención de riesgos laborales en las oficinas. FC Editorial; 2003. 224 p. ²⁰
- Salinas N. Manual Para El Técnico De Sala De Fitness (Color). Editorial Paidotribo; 2005. 252 p. ³⁸
- Smith E, Hoy D, Cross M, Naghavi M, Buchbinder R, Woolf AD, et al. The global burden of other musculoskeletal disorders: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. 2014;73(8):1462–9. ⁴
- Sociedad EDR. Semiología de las enfermedades reumáticas. Ed. Médica Panamericana; 2006. 536 p. 27
- Woolf AD. Global burden of osteoarthritis and musculoskeletal diseases. BMC Musculoskelet Disord. 2015 Dec 1;16(1):S3. ¹

LINKOGRAFÍA

- About GBD [Internet]. [citado 2017 Sep 25]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/gbd/about> ²
- Artrosis: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado 2017 Oct 18]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4241/Artrosis.html> ²⁸
- Banco Mundial, Red de Desarrollo Humano U de W Institute for health metrics and evaluation. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. IHME 2013 [Internet]. Disponible en: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_FullReport_SPANISH.pdf ⁶
- BDDOC CSIC: Sumarios IME - Biomedicina - CIE-10. I: Introducción, historia y estructura general [Internet]. [citado 2017 Oct 18]. Disponible

en:

<http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=253125&bd=IME&tabla=docu> ²¹

- Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT). Conceptos de Fisioterapia [Internet]. Disponible en: <https://adofi.wordpress.com/codigo-de-etica/adofi/conceptos-de-fisioterapia/> ¹⁵
- Egresos y camas_2016 [Internet]. Tableau Software. [citado 2017 Sep 26]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/egresosycamas_2016/Historia1?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&publish=yes ⁷
- Laakso L., Cheing G., Leal Junior E., Baxter D., Bjordal JM. Uso basado en la evidencia de agentes electrofísicos para controlar el dolor musculoesquelético. Jun 2015 [Internet]. Jue 25 Jun;2. Disponible en: <http://www.wcpt.org/congress/fs/125> ⁸
- Laura. Neuritis: causas y tratamientos naturales [Internet]. Salud-Natural. 2014 [citado 2017 Oct 18]. Disponible en: <https://www.salud-natural.com/neuritis-causas-y-tratamientos-naturales/> ²⁶
- Ley de derechos y amparo al paciente en el Ecuador [Internet]. [citado 2018 Feb 3]. Disponible en: <http://leysdelpaciente.blogspot.com/> ³⁹
- Mechanisms of Action of Balneotherapy In Rheumatic Diseases: The Scientific Evidence (PDF Download Available) [Internet]. [citado 2017 Oct 25]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311784295_Mechanisms_Of_Action_Of_Balneotherapy_In_Rheumatic_Diseases_The_Scientific_Evidence ²⁹
- Nijs J., Smeets R., Bishop M., Moloney N. Terapia de ejercicios para el dolor crónico: reentrenar la mente y el cerebro. 2015 [Internet]. 2015 Jun 25; Disponible en: <http://www.wcpt.org/congress/fs/113> ⁹

- Tratamiento de rehabilitación | Fundela [Internet]. [citado 2017 Oct 18]. Disponible en: <http://www.fundela.es/ela/tratamiento-de-rehabilitacion/>¹⁸
- Wiebke Oswald, Nathan Hutting, Josephine A. Engels, J. Bart Staal, Maria W. G. Nijhuis-van der Sanden, Yvonne F. Heerkens. Work participation of patients with musculoskeletal disorders: is this addressed in physical therapy practice? [Internet]. PubMedCentral; 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28855953>¹²
- World Confederation for Physical Therapy. Diagnóstico [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.wcpt.org/node/47867>¹⁷
- Zona de Planificación 3 – Centro | Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Internet]. [citado 2017 Oct 25]. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/5799/>¹³

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASES DE DATOS UTA

- **BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD:** Gutiérrez JR, Luevano MAS, Rebollo MET. Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la ciudad de Zacatecas, México. Rev Asoc Dent Mex [Internet]. 2000 [citado 2017 Oct 18];57(6):218–21. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/lil-278319>¹⁶
- **SCIELO:** Garro Vargas K. Lumbalgias. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Oct 25];29(2):103–9. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152012000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=en²³
- **SCIELO:** Rumbaut Reyes M, Cañizares Betancourt D, Cuní Frontera R, Gafa U, Carlos J, García Fresnillo E. El strapping como coadyuvante en el tratamiento ortopédico de la fascitis plantar. Rev Habanera Cienc Médicas [Internet]. 2009 Jun [citado 2017 Oct 25];8(2):0–0. Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2009000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es³²

- **SCIENCEDIRECT:** Aguilera Bohorquez B, Caro F, Fredy J. Atrapamiento del nervio ciático por biopolímeros en glúteos. Reporte de un caso. Rev Colomb Ortop Traumatol [Internet]. [citado 2017 Oct 22];172–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120884516301080>
- **SCIENCEDIRECT:** Frau Escales P, Moret Vilar J, Igual Camacho C. La fisioterapia en atención primaria: estudio en la ciudad de Valencia. Fisioterapia [Internet]. 2011 Jul 1;33(4):166–72. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563811000575>

[10](#)

ANEXOS

Ficha de Unidad de Salud

Universidad Técnica De Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Terapia Física

FICHA UNIDAD DE SALUD RPIS ZONA 3 - ECUADOR			
Código:	MSP _____	IESS ____	Otros ____
Nombre:			
Nivel:			
Tipo:			
Ubicación:			
Distrito:			
Responsable del servicio:	Profesión:		
Profesionales del servicio:			
-	-		
-	-		
-	-		
-	-		
-	-		
-	-		
-	-		
-	-		
<hr style="width: 60%; margin: 0 auto;"/> FIRMA RESPONSABLE/DELEGADO (A)			

Fichas específicas de fisioterapia

Universidad Técnica De Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Terapia Física
Ficha Específica de Fisioterapia

Código: _____

Fecha: _____

Trastorno:

CIE 10: _____

Proveedor de información:

Indique quien realiza las siguientes actividades:

- Evaluación:

- Diagnóstico (Funcional):

- Intervención:

- Aplicación de la intervención:

- Seguimiento: Se realiza ____ No se realiza

Observaciones:

Nº de sesiones enviadas: _____

Frecuencia:

Evaluación / valoración:

Intervención:

- Equipos electrónicos utilizados (especificar la dosis)

Programa en casa:

Observaciones:

Anexos:

Proveedor de información

**Cuestionario sobre la Práctica Basada en la Evidencia de Jette et al.
traducción al castellano por Guerra et al.**

Cuestionario sobre Práctica Basada en la Evidencia en Fisioterapia

Este cuestionario está diseñado para recoger información y opciones sobre el uso de la práctica basada en la evidencia entre los Fisioterapeutas.

Esta sección del cuestionario indaga sobre actitudes personales, uso, beneficios percibidos y limitaciones hacia una práctica basada en la evidencia científica (PEB). Definida como un proceso cuyo objetivo es la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que se plantean en la práctica clínica.

Para los siguientes ítems, marque la casilla apropiada que indique su respuesta:

1. **El uso de una práctica basada en la evidencia es necesario en la práctica de la fisioterapia / Kinesiología.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
2. **La literatura y los hallazgos de la investigación son útiles en mi práctica diaria.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
3. **Necesito incrementar el uso de la evidencia en mi práctica diaria.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
4. **Adoptar una práctica basada en la evidencia científica supone una excesiva demanda para los fisioterapeutas / kinesiólogos.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
5. **Estoy interesado en aprender o mejorar las habilidades necesarias para incorporar una práctica basada en la evidencia mi práctica clínica diaria.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

6. **Una práctica basada en la evidencia mejora la calidad en la atención al paciente.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
7. **La práctica basada en la evidencia no tiene en cuenta las limitaciones que me encuentro en mi práctica clínica.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
8. **Mis ingresos económicos mejorarán si incorporo una práctica basada en la evidencia.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo En desacuerdo
 - c) Totalmente en desacuerdo
9. **No existe una evidencia científica sólida que apoye la mayor parte de las intervenciones que utilizo con mis pacientes.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
10. **La práctica basada en la evidencia me ayuda a tomar decisiones sobre la atención al paciente.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
11. **La práctica basada en la evidencia no tiene en cuenta las preferencias del paciente.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

Para los siguientes ítems, marque la casilla apropiada que indique su respuesta durante un mes habitual.

12. **Leo/reviso investigación/ literatura científica relacionada con mi práctica clínica.**
 - a) 1 artículo
 - b) 2-5 artículos
 - c) 6-10 artículos
 - d) 11-15 artículos
 - e) Más de 16 artículos

13. Utilizo literatura profesional y/o los hallazgos de la investigación para el proceso de toma de decisiones clínicas.

- a) 1 vez
- b) 2-5 veces
- c) 6-10 veces
- d) 11-15 veces
- e) 16 veces

14. Utilizo Medline/Pubmed u otras bases de datos para buscar artículos o hallazgos relevantes para mi práctica clínica

- a) 1 vez
- b) 2-5 veces
- c) 6-10 veces
- d) 11-15 veces
- e) 16 veces

La siguiente sección indaga acerca del uso y comprensión de las guías de la práctica clínica. Las guías de práctica clínica ofrecen una descripción de protocolos estándar de atención a pacientes con patologías específicas y son desarrolladas mediante un proceso formal y consensuado, que incorpora la mejor evidencia científica en cuanto a efectividad y la opinión experta disponible. Para los siguientes ítems, marque la casilla apropiada que indique su respuesta.

15. Hay disponibles guías de práctica clínica sobre las áreas relacionadas con mi práctica clínica.

- a) Si
- b) No
- c) No lo

16. Realizo búsquedas de guías de práctica clínica relacionadas con mis áreas de trabajo.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

17. Utilizo guías de práctica clínica en mi práctica diaria.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

18. Soy consciente de la existencia de guías de práctica clínica disponibles on-line.

- a) Si
- b) No

19. Soy capaz de acceder a estas guías de práctica clínica on-line

- a) Sí
- b) No

20. Soy capaz de incorporar las preferencias del paciente a las pautas de las guías de práctica clínica.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

La sección siguiente indaga sobre la disponibilidad de recursos de accesos a la información y las habilidades personales en el uso de esos recursos. Para los siguientes ítems, marque la casilla apropiada que indique su respuesta. En los artículos relativos a su "Lugar de trabajo", considere el lugar en que usted desarrolla la mayoría de su actividad clínica.

21. Tengo acceso a investigaciones actuales a través de revistas profesionales en formato papel.

- a) Sí
- b) No

22. Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en mi lugar de trabajo.

- a) Sí
- b) No
- c) No lo sé

23. Tengo la capacidad de acceder a bases de datos relevantes y a internet en casa o lugares diferentes a mi lugar de trabajo.

- a) Sí
- b) No
- c) No lo sé

24. En mi lugar de trabajo se apoya el uso de hallazgos actuales de investigación en la práctica clínica.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

25. He aprendido los fundamentos de la práctica basada en la evidencia como parte de mi formación académica.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

26. He recibido formación en estrategias de búsqueda sobre investigación relevante en mi práctica clínica.

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Totalmente en desacuerdo

- 27. Estoy familiarizado con los motores de búsqueda médica. (ej. MEDLINE/Pbmed,PEDRo)**
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
- 28. He recibido formación para realizar una lectura crítica de la literatura científica como parte de mi formación académica.**
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
- 29. Confío en mi capacidad para realizar una lectura crítica de literatura profesional.**
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
- 30. Confío en mi capacidad para encontrar material de investigación que responda a mis dudas clínicas.**
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

31. Mi comprensión de los siguientes términos es:

	Lo comprendo totalmente	Lo comprendo parcialmente	No lo comprendo
Riesgo relativo	Riesgo relativo Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Riesgo relativo Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Riesgo relativo No lo comprendo <input type="radio"/>
Riesgo absoluto	Riesgo absoluto Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Riesgo absoluto Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Riesgo absoluto No lo comprendo <input type="radio"/>
Revisión sistemática	Revisión sistemática Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Revisión sistemática Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Revisión sistemática No lo comprendo <input type="radio"/>
Odds ratio	Odds ratio Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Odds ratio Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Odds ratio No lo comprendo <input type="radio"/>
Meta-análisis	Meta-análisis Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Meta-análisis Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Meta-análisis No lo comprendo <input type="radio"/>
Intervalo de la confianza	Intervalo de la confianza Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Intervalo de la confianza Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Intervalo de la confianza No lo comprendo <input type="radio"/>
Heterogeneidad	Heterogeneidad Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Heterogeneidad Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Heterogeneidad No lo comprendo <input type="radio"/>
Sesgo de publicación	Sesgo de publicación Lo comprendo totalmente <input type="radio"/>	Sesgo de publicación Lo comprendo parcialmente <input type="radio"/>	Sesgo de publicación No lo comprendo <input type="radio"/>

Los siguientes ítems, clasifique sus tres (3) mejores elecciones numerando las casillas apropiadas para su respuesta (1=Las más importante).

32. Enumere las tres (3) mayores barreras para el uso de una práctica basada en la evidencia (PBE) en su práctica clínica.

- a) Tiempo insuficiente
- b) Falta de recursos de información
- c) Falta de habilidades para la investigación
- d) Pobre capacidad para la lectura crítica de literatura científica
- e) Incapacidad para generalizar los hallazgos de investigación a mis pacientes
- f) Incapacidad para aplicar hallazgos de investigación a pacientes individuales con características únicas. Falta de comprensión de análisis estadístico
- g) Falta de apoyo colectivo entre mis compañeros de trabajo Falta de interés
- h) Dificultad con el idioma de la literatura
- i) La siguiente sección indaga sobre la información demográfica personal. Para los siguientes ítems, marque la casilla apropiada que indique su respuesta.

33. ¿Cuál es su sexo?

- a) Hombre
- b) Mujer

34. ¿A qué grupo de edad pertenece?

- a) 20-29 años
- b) 30-39 años
- c) 40-49 años
- d) Más de 50 años

35. ¿Está usted actualmente en posesión de título de diplomado/graduado en Fisioterapia?

- a) Si
- b) No

36. ¿Hace cuantos años obtuvo su titulación?

- a) 1-5 años
- b) 5-10 años
- c) 11-15 años
- d) Más de 15 años

37. ¿Cuál es su titulación oficial más alta obtenida?

- a) Diplomado/pregrado
- b) Especialización
- c) Maestría
- d) Doctorado

38. Si no posee actualmente un título avanzado ¿Estaría interesado en adquirir uno en el futuro?

- a) Si
- b) No
- c) No lo sé

39. ¿Posee usted alguna especialidad clínica oficial? En caso afirmativo, ¿Qué especialidad tiene?

- a) Si
- b) No

Especialidad

- 40. ¿Realiza usted regularmente curso/s de formación continua? (\geq una vez al año)**
- Si
 - No
- 41. ¿Pertenece usted a alguna asociación profesional de orientación clínica? (ej. AEF, ASCOFI, ACSM, APTA, AAK)?**
- Si
 - No
- 42. ¿Es usted profesor clínico de estudiantes de fisioterapia/kinesiología/internos/residentes?**
- Si
 - No
- 43. Como promedio, ¿Cuántas horas por semana trabaja usted?**
- <20
 - 20-30
 - 31-40
 - >40
- 44. Como promedio, ¿Cuántos pacientes atiende usted diariamente?**
- <5
 - 5-10
 - 11-15
 - >15
- 45. ¿Cuántos fisioterapeutas/kinesiólogos trabajan a tiempo completo en las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?**
- <5
 - 5-10
 - 11-15
 - >15
- 46. Por favor indique el porcentaje (%) aproximado del tiempo total de trabajo que invierte usted en cada tipo de actividad durante un mes habitual.**
- Actividad asistencial
 - Investigación Docencia
- 47. ¿Cuál de los siguientes términos describe mejor la localización de las instalaciones donde usted realiza la mayoría de su actividad clínica?**
- Urbano
 - Rural
 - Suburbano o periferias
- 48.Cuál de los siguientes términos describe mejor el centro en donde usted realiza su actividad:**
- Hospital de atención aguda Rehabilitación aguda (Atención primaria) Rehabilitación sub-aguda
 - Clínica para atención de pacientes ingresados o ambulatorios
 - Consulta privada de fisioterapia/kinesiología para pacientes ambulatorios (en propiedad)
 - Centro de rehabilitación privado para pacientes ambulatorios
 - Atención domiciliaria
 - Sistema escolar
 - Universidad

h) Otros

49. ¿Qué tipo de paciente suele atender usted? Seleccione una respuesta

- a) Ortopédico y traumatológico
- b) Neurológico
- c) Cardiovascular y respiratorio
- d) Pediátrico (<18 años)
- e) Geriátrico (> 65 años)
- f) Adulto (19-64 años)
- g) Deportivo
- h) Otros
- i) No trato pacientes

La información suministrada en este cuestionario, será utilizada exclusivamente con fines académicos, su identificación permanecerá confidencial. Con relación a toda la información obtenida los investigadores declaran su acuerdo y compromiso con el investigado, en lo siguiente:

- 1)** No divulgar los datos personales e institucionales, que se han facilitado para el desarrollo del estudio
- 2)** A utilizar la información confidencial solo en forma, finalidad y condiciones establecidas para el cumplimiento del objetivo de la investigación
- 3)** No permitir a terceros el manejo de documentación resultante de la encuesta.

Cuestionario de atención al cliente

**Universidad Técnica De Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Terapia Física**

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

Edad: _____ años

Sexo:

Masculino

Femenino

Nivel de estudios

Sin formación escolar _____

Formación primaria _____

Formación secundaria _____

Estudios superiores _____

Estado civil:

Soltero _____

Casado _____

Divorciado _____

Viudo _____

Pareja de hecho _____

Describa quien le realizó las siguientes actividades:

- Examinación a su ingreso:

- Esquematización del tratamiento:

- Aplicación del tratamiento:

1. Su tratamiento fue realizado por:
 - a) Un estudiante de fisioterapia en prácticas
 - b) Un fisioterapeuta
 - c) Un auxiliar medico
 - d) Otro

Al recurrir a los cuidados de Terapia Física

2. ¿Después de la consulta médica cuanto espero para realizar fisioterapia?
 - a) Menos de 1 día
 - b) Entre 2 y 3 días
 - c) Entre 4 y 7 días
 - d) Entre 8 y 15 días

- e) Entre 15 y 30 días
 - f) Más de 31 días
3. Puedo elegir el horario de las sesiones de fisioterapia
- a) Si
 - b) No
 - c) No procede

Sesiones de fisioterapia

4. Los fisioterapeutas se dirigen hacia mí con respeto y consideración
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
5. Me ofrecieron la posibilidad de expresar mi opinión
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
6. Pude participar en las decisiones relativas al programa de tratamiento
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
7. El fisioterapeuta me escuchó atentamente
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
8. El fisioterapeuta me informo sobre los objetivos a alcanzar
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
9. El fisioterapeuta me hizo sentir poco a gusto
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo

- e) Totalmente de acuerdo
10. ¿Me fue indicado el nombre del fisioterapeuta responsable de mi tratamiento?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
11. ¿Pude escoger entre varias opciones de tratamiento?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
12. ¿Fui animado a decir lo que pretendía conseguir?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
13. ¿Me explicaron los resultados de la evaluación realizada por el fisioterapeuta al terminar la primera sesión?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe

Trato del fisioterapeuta

14. Me pidieron que realizara algunas actividades que me desagradaron
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
15. Me ofrecieron toda la privacidad que necesitaba
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
16. El fisioterapeuta utilizó palabras que no comprendí
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
17. El fisioterapeuta me explicó los beneficios y riesgos del tratamiento
- a) Si
 - b) No

- c) No sabe
 - d) No aplicable
18. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
19. Recibí información sobre mi derecho a rechazar el tratamiento
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
20. Me fue dada la opción de ser tratado por un fisioterapeuta cualificado, cuando me propusieron ser tratado por un estudiante en prácticas.
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
21. Me tuvieron al corriente de los progresos que iba alcanzando
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
22. Me pidieron permiso antes de hablar con mi familia o amigos
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
23. El fisioterapeuta me pidió autorización para facilitar información a otros profesionales de la salud con respecto a mi tratamiento de fisioterapia.
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
24. Me explicaron claramente lo que tenía que hacer antes de iniciar un programa de ejercicios en casa.
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable

25. Firme un documento dando mi consentimiento dando mi autorización en caso de haber sido fotografiado o filmado
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable
26. Me fue indicado el modo de pedir ayuda, en caso de que me dejaran solo durante la sesión de tratamiento.
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe
 - d) No aplicable

En el momento del alta de fisioterapia

27. Pude participar en la planificación de mi alta
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
28. Fui avisado con antelación de la fecha prevista para mi alta
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
29. Comprendí fácilmente a mi fisioterapeuta, en lo que respecta a la información relacionada con el alta
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
30. Todos los procedimientos para mi alta transcurrieron con normalidad
- a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo
31. ¿Recibí instrucciones para el uso de equipamiento en caso de que este me haya sido proporcionado para su uso en mi domicilio?
- a) Si
 - b) No
 - c) No procede

Impresiones generales

- 32. De modo general quede muy satisfecho
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

- 33. Los resultados obtenidos no respondieron a mis expectativas
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

- 34. La fisioterapia fue una total pérdida de tiempo
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

- 35. Me gusto hacer fisioterapia
 - a) Totalmente en desacuerdo
 - b) En desacuerdo
 - c) Neutro
 - d) De acuerdo
 - e) Totalmente de acuerdo

Sugerencias o comentarios que ayuden a mejorar los servicios ofrecidos

Consentimiento informado para Fisioterapeutas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPEUTAS

Esta investigación persigue la obtención clara y confiable de datos que permitan documentar el problema planteado: Diagnóstico situacional del manejo fisioterapéutico de trastornos musculoesqueléticos en la población ecuatoriana de la Zona 3. Está dirigido a fisioterapeutas que laboran en las Unidades Públicas de Salud pertenecientes al RPIS.

La información recolectada arrojará datos de línea base para desarrollar proyectos de investigación e innovación que podrán ser ejecutados a futuro por colegas de la profesión. Por esta razón, se le invita a participar en esta investigación ya que se requiere de su consentimiento, el cual contribuirá al éxito de esta investigación.

Esta investigación incluye una encuesta sobre la Práctica Basada en la Evidencia, y de ser el caso, una ficha sobre datos relacionados con la unidad de salud, y una ficha específica sobre la atención de fisioterapia en la unidad de salud.

Al participar en esta investigación, pueda que no obtenga ningún beneficio personal, pero es importante y beneficioso para dicha investigación su participación ya que aportará información valiosa, pudiendo ser de beneficio para los futuros colegas profesionales de la Fisioterapia.

Al participar en esta investigación usted no se expone a ningún riesgo de tipo físico y/o laboral.

Usted puede elegir si desea ser parte o no de esta investigación, así como puede interrumpir su participación en cualquier momento, siendo respetada su elección.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con la Srita. Valeria Estefanía Paredes Sánchez, al email yparedes7677@uta.edu.ec o al teléfono 0983835272, o a la MsC. Verónica Cobo Sevilla, docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud y tutora de la presente investigación al email vdla.cobo@uta.edu.ec o al teléfono 0996441319.

Firma: _____

C.I.: _____

Teléfono: _____

Consentimiento informado para Pacientes



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Esta investigación persigue la obtención clara y confiable de datos que permitan documentar el problema planteado: Diagnóstico situacional del manejo fisioterapéutico de trastornos musculoesqueléticos en la población ecuatoriana de la Zona 3. Está dirigido a pacientes que acuden a las Unidades Públicas de Salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud.

La información recolectada arrojará datos de línea base para desarrollar proyectos de investigación e innovación que podrán ser ejecutados a futuro por profesionales de la fisioterapia. Por esta razón, se le invita a participar en esta investigación ya que se requiere de su consentimiento, el cual contribuirá al éxito de esta investigación.

Esta investigación incluye un cuestionario sobre la Calidad de la atención que usted, como paciente, recibe en la unidad de fisioterapia y rehabilitación.

Al participar en esta investigación, pueda que no obtenga ningún beneficio personal, pero es importante y beneficioso para dicha investigación su participación ya que aportará información valiosa, pudiendo de ser de beneficio para la futura atención en el área de Fisioterapia y Rehabilitación.

Al participar en esta investigación usted no se expone a ningún riesgo de tipo físico y/o laboral.

Usted puede elegir si desea ser parte o no de esta investigación, así como puede interrumpir su participación en cualquier momento, siendo respetada su elección.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con la Srita. Valeria Estefanía Paredes Sánchez, al email vparedes7677@uta.edu.ec o al teléfono 0983835272, o a la MsC. Verónica Cobo Sevilla, docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud y tutora de la presente investigación al email vdla.cobo@uta.edu.ec o al teléfono 0996441319.

Firma: _____

C.I.: _____

Teléfono: _____

Autorizaciones y Permisos



COORDINACIÓN ZONAL 3 - SALUD

Oficio Nro. MSP-CZONAL3-2017-0859-O

Riobamba, 04 de diciembre de 2017

Asunto: UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO. SOLICITAN A USTED SE AUTORICE EL INGRESO A LOS ESTUDIANTES MENCIONADOS A CONTINUACION DE LA CARRERA DE TERAPIA FISICA

Señor Doctor
José Marcelo Ochoa Egas
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO- UTA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. UTA-FCS-2017-0264-O, mediante el cual solicita se autorice el ingreso a los estudiantes de la Carrera de Terapia Física con la finalidad de recolectar información en algunas unidades de salud de la Zona.

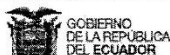
Al respecto me permito manifestar que en cumplimiento a lo que estipula la Norma Técnica de las Unidades Docentes Asistenciales se firmaron los Convenios Específicos con las diferentes Carreras relacionadas con salud, entre ellas la de Terapia Física en el cual en la Clausula Séptima en uno de los enunciados manifiesta "*Garantizar el acceso a las unidades asistenciales, a profesores y docentes universitarios, académicos e investigadores que no son funcionarios del MSP, con el fin de que realicen actividades académicas al interior de las UAD, se recalca que el acceso es para actividades docentes y de investigación en el marco de sus competencias*"

Por lo que se autoriza la petición realizada por la Universidad Técnica de Ambato para el ingreso a los estudiantes de la Carrera de Terapia Física a las unidades de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública en el la Zona. misma que será comunicada a los Directivos de los Distritos y hospitales para que brinden las facultades al respecto, los mismos que serán los responsables de hacer cumplir la normativa y directrices emitidas por el MSP en relación a las actividades de investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

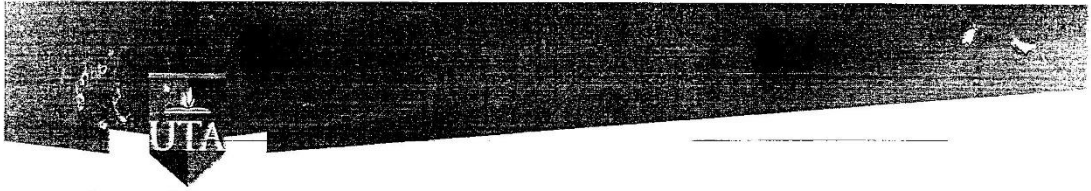
Ing. Jorge Alejandro Guevara Reyes
COORDINADOR ZONAL 3 - SALUD, ENCARGADO



* Documento generado por Quipux

Av. Humberto Moreano 20-69 y Av. Alfonso Villagómez
Código Postal: 060150 Teléfono: 593 (3) 2961-535 / 2961-891 / 2960-279 ext. 3601
www.salud.gob.ec

1/2



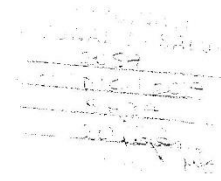
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2017-0264-O

Ambato, 28 de noviembre de 2017

Asunto: Autorización a tesisistas para recolección de datos en unidades de salud

Ingeniero
Jorge Alejandro Guevara Reyes
Coordinador Zonal 3 - Salud
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
En su Despacho

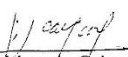


De mi consideración:

Por medio del presente me permito solicitar a usted se autorice el ingreso a los señores Italo de Oliveira, Joshua Ramos, Lenin Moposita y Valeria Paredes, estudiantes de la Carrera de Terapia Física de esta Unidad Académica; con la finalidad de recolectar la información del "Diagnóstico situacional del manejo fisioterapéutico de trastornos musculoesqueléticos en la Zona 3 del Ecuador" en las unidades de salud que se encuentran en el listado adjunto, información que se requiere, en virtud de que los estudiantes se encuentran realizando el trabajo de graduación con el tema del proyecto: "Programa de abordaje fisioterapéutico integral en las disfunciones físicas de origen musculoesquelético en la población ecuatoriana en la zona 3", coordinado por la Licenciada Verónica Cobo, Docente de esta Facultad.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Dr. José Marcelo Ochoa Egas
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Referencias:
- UTA-UOI-FCS-2017-0373-M

Anexos:
- oficio pfcs32-025-2017.pdf

DR. M.Sc. GAILO NARANJO LÓPEZ
RECTOR


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-CZ3-DZAF-2017-2057-E
Fecha : 2017-12-01 09:37:43 GMT -05
Recibido por : Delia Marisol Ramos González
Para verificar el estado de su documento ingrese a

Dirección: Av. Colombia y Ch...
Teléfono: (593) 2521134 / 0995662...
Ambato - Ecuador