



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

VIII SEMINARIO DE GRADUACIÓN

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA (M POR FTP) EN
TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES QUE ACUDEN
A LA FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA EN EL PERÍODO
FEBRERO- JULIO DEL 2011”.**

Requisito previo para optar el título de Licenciada de Terapia Física.

Autora: Martínez Gavilanes, Clara Judith

Tutor: Lcda. Latta Sánchez, María Augusta

Ambato-Ecuador

Marzo 2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación sobre el tema: **“MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA (M POR FTP) EN TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA EN EL PERÍODO FEBRERO- JULIO DEL 2011”**, de la estudiante Clara Judith Martínez Gavilanes , estudiante de la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Terapia Física; considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, Junio del 2012

.....

Lcda. María Augusta Latta S.

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA (M POR FTP) EN TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA EN EL PERÍODO FEBRERO-JULIO DEL 2011”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2012

.....
Clara Judith Martínez Gavilanes

180366806-8

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta proyecto o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este proyecto, 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, Junio del 2012

LA AUTORA

.....
Clara Judith Martínez Gavilanes

180366806-8

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe final de investigación, sobre el tema: **“MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA (M POR FTP) EN TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA EN EL PERÍODO FEBRERO- JULIO DEL 2011”** de la estudiante Clara Judith Martínez Gavilanes, alumna del viii seminario de graduación de la Carrera de Terapia Física de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2012

.....
PRESIDENTE

Lcda. Mg. Paola Mantilla García

.....
PRIMER VOCAL

Lcda. María Narciza Cedeño Z.

.....
SEGUNDO VOCAL

Lcda. María Gabriela Romero R.

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo a DIOS que me ha dado la vida, a mi FAMILIA, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles.

Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A todos espero no defraudarles y contar siempre con su valioso apoyo sincero e incondicional.

CLARITA

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento.

A mi tutora del proyecto la Lcda. MARÍA AUGUSTA LATTA, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A todas aquellas personas que me brindaron una palabra de aliento para seguir adelante y no detenerme hasta cumplir mi meta.

MIL GRACIAS A TODOS

CLARITA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Páginas
Portada	i
Aprobación del tutor de la tesis	ii
Autoría de la tesis	iii
Derechos del autor	iv
Aprobación de los Miembros del Tribunal de Grado	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice general de contenidos	viii
Resumen Ejecutivo	xiii
Introducción	1

CAPÍTULO I

CONTENIDO	PÀGINAS
1. EL PROBLEMA	2
1.1.Tema de investigación	2
1.2.Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis Crítico	5
1.2.3. Prognosis	5
1.2.4. Formulación del problema	6
1.2.5. Preguntas directrices	6
1.2.6. Delimitación del problema	7
1.3.Justificación	7
1.4. Objetivos	9
1.4.1. General	9
1.4.2. Específicos	9

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	10
2.1.Antecedentes investigativos	10
2.2.Fundamentación filosófica	11
2.3.Categorías fundamentales	15
2.4.Hipótesis	40
2.5.Señalamiento de variables	40

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA	41
3.1.Enfoque	41
3.2.Modalidad básica de la investigación	41
3.2.1. Investigación de campo	41
3.2.2. Investigación bibliográfica	42
3.3.Nivel o tipo de investigación	42
3.3.1. Investigación Exploratoria	42
3.3.2. Investigación Descriptiva	42
3.3.3. Asociación de variables	42
3.4.Población y muestra	43
3.5.Operacionalización de variables	44
3.5.1. Variable independiente	42
3.5.2. Variable dependiente	43
3.6.Recolección de la información	46
3.7.Procesamiento y análisis de la información	47

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	48
4.1.Análisis e interpretación de los resultados	48
4.2.Verificación de la hipótesis	58

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1.Conclusiones	59
5.2.Recomendaciones	60

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA	61
6.1.Datos informativos	61
6.2.Antecedentes de la propuesta	62
6.3.Justificación	63
6.4.Objetivos	64
6.4.1. Objetivo General	64
6.4.2. Objetivos específicos	64
6.5.Análisis de factibilidad	64
6.6.Fundamentación científica de la técnica	65
6.7.Modelo operativo	70
6.8.Administración de la propuesta	71
6.9.Plan de monitoreo de la propuesta	72
Bibliografía	73
Anexos	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Población de estudio	43
Tabla no. 2 Pregunta N° 1	48
Tabla no. 3 Pregunta N° 2	49
Tabla no. 4 Pregunta N° 3	50
Tabla no. 5 Pregunta N° 4	51
Tabla no. 6 Pregunta N° 5	52
Tabla no. 7 Pregunta N° 6	53
Tabla no. 8 Pregunta N° 7	54
Tabla no. 9 Pregunta N° 8	55
Tabla n° 10 encuesta final	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Categorías fundamentales	15
Gráfico No. 2 Aplicación en lesiones musculares	24
Gráfico No. 3 Aplicación en lesiones ligamentarias	25
Gráfico No. 4 Aplicación en lesiones tendinosas(tendón sin vaina)	26
Gráfico No. 5 Aplicación en lesiones tendinosas(tendón con vaina)	27
Gráfico No. 6 Tendinitis rotuliana	38
Gráfico No. 7 Tendinitis aquilea	39
Gráfico No. 8. De la tabla N°1	49
Gráfico No. 9. De la tabla N° 2	50
Gráfico No. 10. De la tabla N° 3	51
Gráfico No. 11. De la tabla N° 4	52
Gráfico No. 12. De la tabla N° 5	53
Gráfico No. 13. De la tabla N° 6	54
Gráfico No. 14. De la tabla N° 7	55
Gráfico No. 15. De la tabla N° 8	56
Gráfico No. 16. De la tabla N°9	58
Gráfico No. 17. Localización de la lesión	67
Gráfico No. 18. Posición de los dedos	67
Gráfico No. 19. Aplicación de la técnica	68
Gráfico No. 20. Tiempo de aplicación	68

RESUMEN EJECUTIVO

En este trabajo abordamos el tema de la tendinitis de miembro inferior por ser una lesión que día a día va ascendiendo debido al aumento de la práctica deportiva ya sea de manera competitiva o recreativa. En este trabajo también se describe con detalle lo que es la tendinitis de miembro inferior, sus causas, factores de riesgo, complicaciones y el tratamiento habitual que se lo realiza.

Además el objetivo de esta investigación es plantear a la movilidad por fricción transversa profunda como una alternativa de tratamiento ya que es aplicada en el lugar exacto de la lesión, brindando beneficios como estos: disminución del dolor, prevención de recidivas, mantiene el movimiento más normal en la estructura lesionada, inhibe la formación de tejido cicatrizal anormal, aumento del flujo sanguíneo local entre otros.

Una vez analizado los aspectos de la tendinitis de miembro inferior y determinar que la tendinitis rotuliana es la más frecuente dentro de estas se ha podido establecer como una alternativa de tratamiento fisioterapéutico a la Movilidad por Fricción Transversa Profunda.

PALABRAS CLAVES:TENDINITIS, FRICCION TRANSVERSA PROFUNDA, TEJIDO CICATRIZAL.

EXECUTIVE SUMMARY

In this paper we address the issue of lower limb tendinitis being an injury that goes up day by day due to the increase in sport either competitively or recreationally. This paper also describes in detail what is tendinitis of the lower limb, its causes, risk factors, complications and treatment as usual to the user.

Besides the objective of this research is to raise the deep transverse friction mobility as an alternative treatment as is applied in the exact location of the lesion, providing benefits like these: decreased pain, prevention of relapses, maintains more normal movement on the injured structure, inhibits the formation of abnormal scar tissue, increased local blood flow and others.

After analyzing the aspects of lower limb tendinitis and patellar tendinitis determine what is most frequent among these has been established as an alternative to physiotherapy Mobility Deep Transverse Friction.

WORD SKY: TENDINITIS, TRANSVERSE FRECTION MOBILITY, INJURED STRUCTURE.

INTRODUCCIÒN

La tendinitis es un proceso inflamatorio del tendón y es una causa común de dolor en el segmento corporal afectado. Los trastornos del tendón pueden ser el resultado de choque o como un hecho aislado de una lesión inflamatoria. Otras causas son secundarias a la sobrecarga. Aunque puede tener antecedentes traumáticos, habitualmente los pacientes no la relacionan con un traumatismo previo.

La tendinitis puede presentarse tanto en personas jóvenes como en adultas es decir q esta lesión no solo es típica de los deportistas. Aunque la comunicación de casos y series de casos no es el método adecuado para valorar la frecuencia real de este problema.

Desde el punto de vista clínico, en la consulta derehabilitación nos encontramos con relativa frecuencia con una tendinitis que presentan una limitación del recorrido articular más o menos importante dependiendo de variaciones individuales y del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas.

Como alternativa interesante al tratamiento tradicional se establece a la movilidad por fricción transversa profunda técnica que será aplicada en el lugar exacto de la lesión con la finalidad de producir microlesiones que nos ayuden a alcanzar una cicatrización ordenada e indolora, logrando así la movilidad normal del segmento corporal afectado.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1.-Tema:

“Movilización Transversa Profunda (M por FTP) en tendinitis de miembro inferior en pacientes que acuden a la Fundación Corazón de María en el período Febrero-Julio del 2011.”

1.2.-Planteamiento del problema

1.2.1.-Contextualización

Macro

A nivel Nacional en los últimos veinte años la incidencia de la tendinitis en miembro inferior ha aumentado significativamente sin que sea patrimonio exclusivo de los deportistas, sino también de personas sedentarias que adoptan bruscamente un determinado trabajo muscular no habitual, produciendo estrés sobre un tendón relativamente frágil, no entrenado, provocando lesión.

En deportistas la búsqueda insistente de la máxima capacidad de rendimiento del organismo y los errores del entrenamiento (frecuencia, duración, intensidad), son los hechos más relevantes que han hecho de la tendinitis de miembro inferior una patología tan frecuente en ésta población.

El 54% de las lesiones de los tejidos blandos en deportistas son debidas a sobreuso, correspondiendo el 85% a los hombres y el 15% restante a las mujeres. De éstas lesiones el mayor porcentaje se localiza en la unión músculo-tendinosa y la mayor incidencia entre deportistas está en el rango entre 20 y 30 años, cuando las exigencias del deporte son extremas y en los no atletas está entre los 30 y 40 años, momento en el cual el inicio del deterioro del tejido colágeno coincide con el gran estoicismo de un sujeto, con dificultad para aceptar la disminución del rendimiento de su organismo.

En el análisis de la incidencia por deportes, encontramos que el 80% corresponde a deportes de resistencia (atletismo, ciclismo) o en los cuales se realizan movimientos repetitivos (tenis, levantamiento de pesas).

Finalmente el segmento corporal más afectado son los miembros inferiores, correspondiendo el 28% a la rodilla y el 23% al tobillo.

<http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/v12e2a1.htm>

Meso

A Nivel Provincial el cuadro clínico del proceso inflamatorio de un tendón ha tenido un incremento espectacular en las últimas décadas. El número cada vez creciente de individuos practicantes de alguna disciplina deportiva, sea de manera recreativa, aficionada o competitiva es quizás en éste momento la causa más importante de la alta incidencia de éste problema.

Estas cifras también se explican en parte por el hecho de que cada vez son más los pacientes que consultan al médico por un problema de ésta índole.

Dentro del área de la Medicina del Deporte y más específicamente de la Traumatología del Deporte, la lesión por sobreuso es el motivo de consulta más

frecuente y a la vez uno de los mayores problemas que se le plantean al médico desde el punto de vista preventivo y terapéutico.

Pero si bien es cierto que éste es un problema difícil, también lo es el hecho que en las últimas décadas ha habido un aumento exponencial en el conocimiento de ésta patología, gracias en parte a los aportes hechos por la Medicina Deportiva, creando nuevas alternativas en el manejo de éste tipo de patologías y mejorando ostensiblemente el curso de la enfermedad.

<http://telesalud.ucaldas.edu.co/rmc/articulos/v12e2a1.htm>

Micro

En la ciudad de Pelileo se encuentra ubicada la Fundación Corazón de María donde se encuentra un número significativo de personas que presentan tendinitis de miembro inferior.

La tendinitis de miembro inferior se presenta en personas de todos los niveles y edades, al realizar un enfoque directo en la población que acude a la Fundación Corazón de María se pudo determinar que las causas que provocan éste alto índice de tendinitis de miembro inferior son microtraumatismos, movimientos repetitivos, edad, sobrepeso, errores en el entrenamiento, uso de calzado inadecuado, etc.

Tomando en cuenta que la tendinitis puede presentarse en diferentes partes del cuerpo como la muñeca, el codo, dedos de las manos es sin duda el miembro inferior el más afectado. Se proponen métodos para prevenir y enfrentar este factor causante de muchas molestias; así deberían evitarse movimientos repetitivos y el uso excesivo de una extremidad, realizar ejercicios de calentamiento lentos antes de una actividad agotadora, mantener todos los músculos fuertes y flexibles. Si la lesión es causada

por sobrecarga, se puede recomendar un cambio en los hábitos de trabajo para prevenir la reaparición del problema. *Menciona la Lcda. En Terapia Física de la Fundación Corazón de María*

1.2.2. Análisis crítico

Este proyecto está enfocado a todas las personas que presentan tendinitis de miembro inferior o que se interesan por conocer sus causas y cómo prevenirlas. La tendinitis de miembro inferior es la manifestación clínica de una lesión por sobreuso de un tendón que ha sobrepasado la capacidad de los mecanismos de reparación del organismo. El curso de la enfermedad depende del manejo que se le dé al problema

Con el aumento del número de practicantes de alguna forma de actividad física y por ende del número de lesiones de éste tipo, se ha obtenido un conocimiento más preciso de las tendinitis y de sus factores causales intrínsecos como mal-alineación de las extremidades, el pié plano, el pié cavo, el genu varo y las retracciones musculares entre otras y factores extrínsecos como gesto deportivo defectuoso, coordinación inadecuada, calzado inadecuado, movimientos repetitivos entre otros.

Estos problemas no son solamente reversibles sino también susceptibles de ser evitados, el punto fundamental aquí es la identificación de los factores de riesgo así como también el diagnóstico y el tratamiento.

1.2.3. Prognosis

Cuando escuchamos que alguien hace un comentario respecto a la tendinitis de miembro inferior, imaginamos que es una enfermedad exclusiva, y ajena a nosotros, que sólo puede afectar a deportistas.

Sin embargo, la tendinitis de miembro inferior puede afectar a cualquier persona, ya que no es otra cosa más que un problema de inflamación en el tendón, provocado por diversos factores, pero que tiene que ver con el uso constante de músculos y tendones. Ante esto, los pacientes pueden enfrentarse a tres estadios de la tendinitis, la cual puede ser aguda, subaguda o crónica. Todo depende de cómo vaya enfrentando el problema el paciente, pero, sin duda, el estado agudo es el más sencillo de resolver.

Pero sin embargo el no atender un primer síntoma de tendinitis de miembro inferior deriva en: rupturas del tendón, desgarres del músculo, problemas degenerativos acelerados, degeneración veloz de la articulación, intervención quirúrgica.

1.2.4. Formulación del problema

¿Cómo la Movilización Transversa Profunda (M por FTP) puede aliviar la tendinitis de miembro inferior en pacientes que acuden a la Fundación Corazón de María en el período Febrero –Julio del 2011?

1.2.5. Preguntas directrices

¿Qué es la tendinitis y cuáles son sus causas?

¿Qué signos y síntomas se presentan en una tendinitis de miembro inferior?

¿Qué efectos produce la Movilidad por Fricción Transversa Profunda?

¿Cuándo aplicar la Movilidad por Fricción Transversa Profunda?

1.2.6. Delimitación del problema

Delimitación en contenido

Campo: TERAPIA FÍSICA

Aspecto: MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA

Área: MASOTERAPIA

Espacio: FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA

Tiempo: FEBRERO-JULIO DEL 2011

1.3 Justificación

El problema de tendinitis de miembro inferior está afectando significativamente a la población de muchas ciudades y Pelileo no escapa de esta situación. Pues el incremento de personas que practican alguna disciplina deportiva, sea de manera recreativa, aficionada o competitiva es quizás en éste momento la causa más importante de la alta incidencia de éste problema.

Es necesario entonces dar a conocer a la población la importancia que tiene una atención adecuada para hacer frente a los signos y síntomas que se presentan, descartando así complicaciones mayores e irreversibles.

Es verdad que existen muchas alternativas de tratamiento pero porque no hablar de la Movilidad por Fricción Transversa Profunda, técnica que permite aplicar el tratamiento en el punto exacto en donde se encuentra la lesión.

Es factible ejecutar esta técnica porque como mencionamos anteriormente solo se requiere de la colaboración del fisioterapeuta y el paciente, por lo que no son necesarios equipos costosos, pues el trabajo lo realizan las manos del terapeuta, siendo esta la mejor forma de proporcionar un tratamiento.

La factibilidad económica no causa ningún impedimento en el desarrollo de esta técnica por que el costo de la misma no es significativo por lo mencionado anteriormente

.

La factibilidad política según las exigencias de la institución involucrada no causa ninguna problemática pues ésta trabaja con una visión de ayuda y solidaridad hacia los pacientes que en ella se recuperan.

Los beneficios que los pacientes van a obtener al ser tratados con esta técnica son: disminución del cuadro sintomático, disminución del índice de recidivas, una recuperación más rápida y eficaz.

1.4. Objetivos

1.4.1. General:

Establecer los beneficios de la Movilización Transversa Profunda en tendinitis de miembro inferior.

1.4.2. Específicos:

- Determinar las causas de la tendinitis de miembro inferior
- Identificar los signos y síntomas de la tendinitis de miembro inferior
- Establecer un plan de tratamiento mediante Movilidad por Fricción Transversa Profunda para tendinitis de miembro inferior.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

Edwin Roberto Paredes Altamirano menciona realizar un manejo adecuado de la tendinitis rotuliana para así mejorar la calidad de vida del paciente, analizar las técnicas de tratamiento de la tendinitis rotuliana, aplicar el tratamiento fisioterapéutico aplicando como el más eficaz y establecer el balance muscular como fundamento para prevenir la aparición de la tendinitis rotuliana.

Sonia Jimena Oyaza Amaguaña en su trabajo tratamiento fisioterapéutico en pacientes de 20 a 30 años que padecen tendinitis rotuliana subaguda menciona que el incremento de las actividades, del servicio militar y la exigencia en el deporte hace que las lesiones por sobreuso aumenten en la misma proporción..

En la actualidad las distintas técnicas de masaje se encuentran incluidas en los diferentes programas de rehabilitación con el fin de obtener efectos terapéuticos favorables sobre las estructuras musculo-esqueléticas.

2.2. Fundamentación filosófica

Este trabajo se ubica en el paradigma critico- propositivo por porque da mayor importancia a una idea de contexto para aplicar una técnica terapéutica, la misma que se relaciona directamente con el problema propuesto tratando de esta forma mejorar la calidad de vida del paciente. La filosofía es una ciencia vigente en cada una de las asignaturas por lo tanto constituye una fuente vital para la realización de una investigación.

Fundamentación ontológica

El ser humano es un mundo cambiante y dinámico lo que hace que las ciencias sus leyes y la verdad no sean absolutas sino relativas, perfectibles cuanto más se acerquen a la realidad. Por eso podemos decir que el texto está abierto a más investigaciones.

Fundamentación epistemológica

La tendinitis de miembro inferior es la inflamación, irritación e hinchazón de un tendón y puede ocurrir como resultado de una lesión, uso excesivo de esa parte o por el envejecimiento a medida que el tendón pierde elasticidad. Cualquier acción que ponga tensión repetitiva y prolongada en los músculos del miembro inferior puede causar tendinitis. Los síntomas más comunes de esta condición son el dolor, la sensibilidad y el incremento del dolor con el movimiento.

Fundamentación axiológica

La terapia física es una profesión liberal del área de salud, ésta tiene como objetivo servir a todas las personas que necesiten de ella en las diferentes condiciones. El profesional en esta rama debe hacer uso de las diferentes técnicas terapéuticas para brindar al paciente un tratamiento adecuado e integral. Dicho tratamiento se realiza mediante leyes reglamentos consideraciones y discreción que el profesional ofrecerá al paciente, para demostrar su profesionalismo garantizando así su integridad y recuperación en la patología que presente.

Cabe recalcar que la amabilidad, la paciencia, la sencillez, la humildad la confianza y el respeto son la clave primordial al momento de abordar a un paciente, dado que estos valores son los que determinan la ética profesional del Terapeuta Físico.

La meta del servicio siempre será mejorar la condición física del paciente así como su independencia, evitando de esta manera que el paciente sea una carga social.

2.3 Fundamentación legal

Ley de ejercicio y defensa ética y profesional de los fisioterapeutas

Profesión liberal del área de salud conformación superior cuyos sujetos de atención individuos familia y comunión

Artículo 1.- la fisioterapia: es una profesión liberal del área de salud con formación superior, cuyos sujetos de atención son los individuos, la familia y la comunidad.

Artículo 3. - Son funciones de los fisioterapeutas, entre otras, la aplicación de tratamientos con medios físicos que se prestan a los enfermos de todas las especialidades de medicina y cirugía donde sea necesaria la aplicación de dichos tratamientos, entendiéndose por medios físicos: eléctricos, térmicos, mecánicos, hídricos, manuales y ejercicios terapéuticos con técnicas especiales en: patologías respiratorias, parálisis cerebral, neurología y neurocirugía, reumatología y ortopedia, coronariopatías, lesiones medulares, ejercicios maternos pre y post parto y cuantas técnicas fisioterápicas puedan utilizarse en el tratamiento de enfermos o en la prevención y la promoción de la salud.

Estas funciones se desempeñaran en instituciones sanitarias, centros docentes, centros de servicios sociales, instituciones deportivas, consultorios de fisioterapia, centros de rehabilitación, gimnasios terapéuticos y domicilios de los usuarios.

Art. 5 El fisioterapeuta tendrá como principios dar atención y contribuir en la recuperación y bienestar de las personas, no implica alcanzar los resultados exitosos de una intervención profesional hacerlo constituye una falta de ética que debe ser sancionada de acuerdo con lo provisto a la ley.

Es su deber dar un servicio profesional y de sanidad y estará con los recursos disponibles y los acontecimientos de diverso orden existen en el medio dentro del cual desarrolle su actividad.

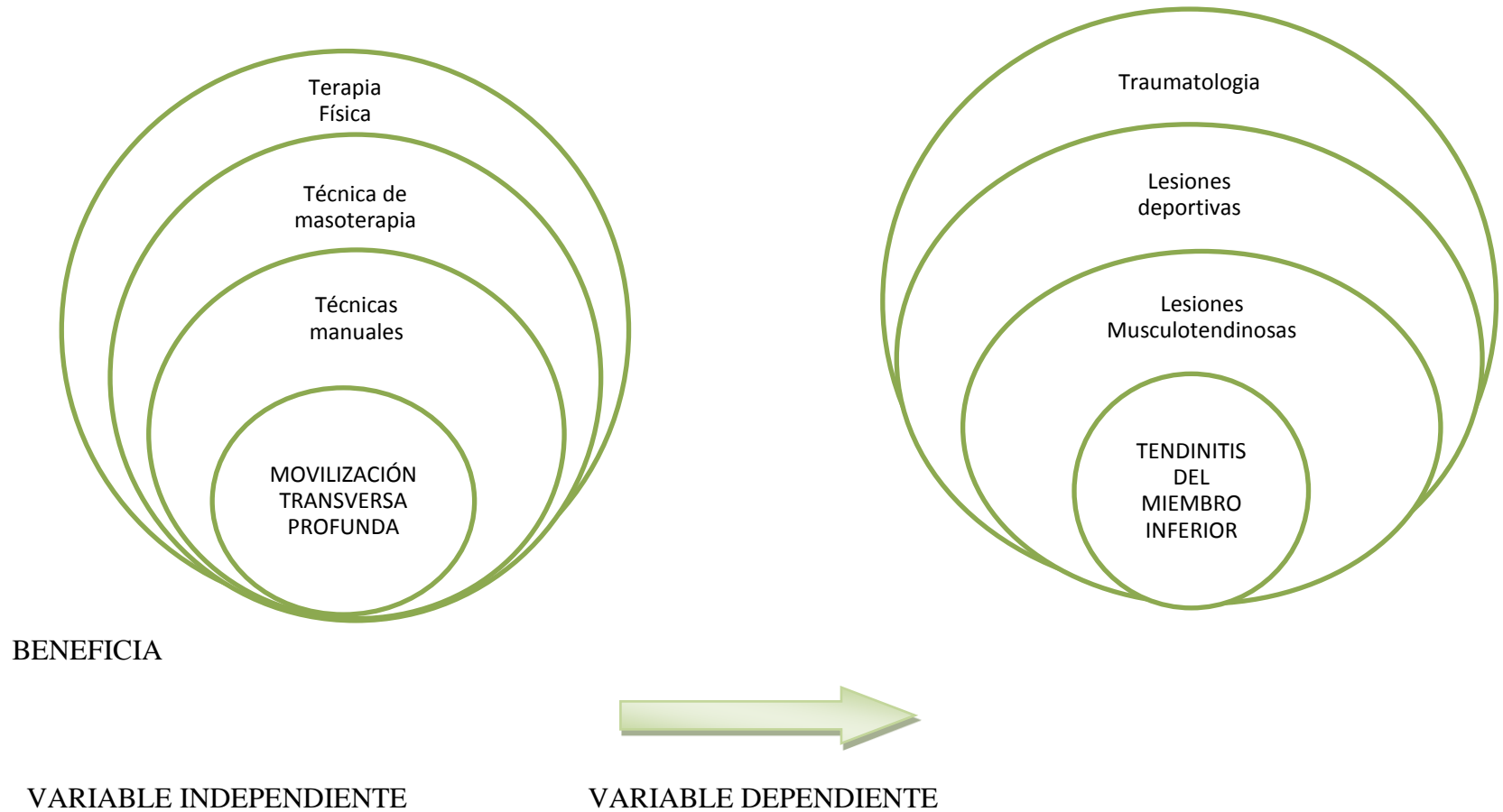
Artículo 11°. - El/la fisioterapeuta no prestará su nombre ni su firma a personas que ilegítimamente -sin la titulación y la preparación necesarias- realizan actos de

ejercicio profesional de la fisioterapia, y denunciará los casos de intrusismo que lleguen a su conocimiento.

Art. 16.- La práctica de la fisioterapia estará guiada por la mística de servicio al paciente, con profesionalismo dedicación y disciplina, en procura de lograr la excelencia como ética profesional.

Art. 18.- Es obligación del fisioterapeuta mantener un registro general, particular e institucional en la historia clínica de cada una de sus pacientes que contendrá la evaluación, diagnóstico, tratamiento e inventario de las intervenciones realizadas y circunstancias que crea importantes para respaldar su labor profesional.

2.4. Categorías fundamentales



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

TERAPIA FÍSICA.- es una de las ciencias de la salud dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano desde el punto de vista del movimiento corporal humano, se caracteriza por buscar el desarrollo adecuado de las funciones que producen los sistemas del cuerpo, donde su buen o mal funcionamiento, repercute en la cinética o movimiento corporal humano. Interviene cuando el ser humano ha perdido o se encuentra en riesgo de perder o alterar de forma temporal o permanente el adecuado movimiento y con ello las funciones físicas mediante el empleo de técnicas científicamente demostradas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la fisioterapia como: "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

MASOTERAPIA.- es una técnica propia e integrada dentro de la fisioterapia y se puede definir como el uso de distintas técnicas de masaje con fines terapéuticos para el tratamiento de enfermedades y lesiones.

El masaje es una serie de maniobras manuales que se realizan sobre una parte o superficie del cuerpo para conseguir una serie de efectos:

- Ascender la temperatura de la piel y de los tejidos bajo ella, para así incrementar la afluencia de sangre en la zona que masajeamos y mejorar el estado nutritivo de la piel y de los músculos.
- Limpiar la piel de detritus y desperdicios celulares.
- Aumentar el tono, la elasticidad y la capacidad de contracción del músculo.
- Relajar tanto física como psíquicamente.
- Dar una mayor capacidad de recuperación y rendimiento al músculo.
- Puede mejorar la resistencia al trabajo y alejar la sensación de cansancio.
- Romper adherencias.
- Puede tener una acción sedante o estimulante (dependiendo de la manera de aplicación).
- Acción analgésica.
- Disminuye edemas

Maniobras fundamentales

- Frotación, Rozamiento o masaje superficial
- Ficción
- Presión
- Amasamiento o Pellizcamiento (Pétrissage)
- Vibración
- Percusión

NIVELES DE PROFUNDIDAD DE LAS MANIOBRAS

Existen 3 niveles de profundidad de las maniobras:

1. Superficial: Afecta principalmente a la piel y tejido subcutáneo, con una intensidad mínima, pues se da a personas con musculatura débil (niños y ancianos).

2. Medio: Incide en la musculatura superficial y media, y se trabaja con mayor intensidad. Es el tratamiento más utilizado.

3. Profundo: Con él se trata de llegar al fondo de la musculatura, aportando el máximo de intensidad. Se utiliza de forma progresiva y principalmente en los tratamientos deportivos.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

- Esguinces,
- Contusiones
- Lesiones ligamentosas, tendinosas, musculares y nerviosas.
- Artritis,
- Periartritis
- Fibrosis
- Tendinitis
- Lumbalgias
- Relajación psicofísica
- Contracturas
- Pacientes psiconeuróticos.
- Mialgias y miosotis.
- Cicatrices.
- Edemas postraumáticos.
- Adherencias aponeuróticas
- Ligamentos y tendones adheridos.

CONTRAINDICACIONES

- Tromboflebitis
- Traumatismos recientes
- Fracturas no consolidadas
- Heridas
- Dermatitis
- Embarazo en los primeros meses de gestación. Y hasta 40 días tras el parto para el masaje general,
- Estados febriles
- Taquicardias e hipertensión.

TÉCNICAS MANUALES

Como su nombre indica las técnicas manuales se caracterizan por la utilización de las manos como herramienta de trabajo. La mano se convierte en un escáner que siente y palpa los diferentes tejidos, texturas, tensiones, calidad del movimiento, pulso, movimiento respiratorio primario. La base de las técnicas manuales está en la capacidad de sentir. El tacto se convierte en herramienta diagnóstica y terapéutica.

Tratamiento manual

Conjunto de maniobras que consiste en llevar la zona articular, muscular, tendinosa, ligamentosa, etc. a un equilibrio funcional y dinámico. Tenemos diferentes tipos de tratamiento manual así:

- Eflurage profundo

- Masaje del dermatoma
- Masaje con cremas
- Movilización Transversa Profunda

MOVILIZACION TRANSVERSA PROFUNDA

Es una técnica creada hace mas de 50 años por el Dr. James Cyriax, basada en aplicar el tratamiento en el punto exacto en donde se ha producido la lesión.

La fricción transversa profunda es la acción de realizar movimientos terapéuticos en una zona que ha sido dañada ante una lesión, logrando una cicatrización ordenada e indolora.

Pretende realizar una movilización tal, que los estiramientos pasivos o los ejercicios activos no logran conseguir. El propósito del masaje transverso profundo de Cyriax es ablandar la matriz fundamental o introducir pequeñas inflamaciones que activen la restauración del tejido conectivo.

La fricción debe realizarse en el lugar exacto de la lesión para lograr su efectividad, es por esto que es indispensable el conocimiento anatómico por parte del terapeuta. El objetivo de este masaje viene a ser la actuación sobre las partes blandas lesionadas del aparato locomotor, con el fin de recuperar su movilidad normal. Para ello el dedo del terapeuta y la piel del paciente se deslizarán, por medio del tejido celular subcutáneo, sobre elementos anatómicos profundos que se hallen lesionados.

Según Cyriax el tratamiento comprende tres principios:

- 1.- Todo dolor proviene de una lesión
- 2.- Todo tratamiento debe llegar a la lesión.
- 3.- Todo tratamiento debe ejercer un efecto beneficioso sobre la lesión.

Objetivos

Los objetivos del masaje transversal profundo de Cyriax son:

- Mantener una buena movilidad de los tejidos lesionados.
- Conservar el movimiento más fisiológico posible en el interior de la estructura lesionada.
- Inhibir la formación de cicatrices y tejidos cicatrizales anormales.
- Evitar la formación de adherencias entre las fibrillas y los distintos tejidos.
- Provocar una hiperemia local, en la zona de la lesión, con lo que disminuye el dolor y se eliminan sustancias alógenas.
- Facilitar la producción de tejido colágeno perfectamente orientado que resista el estrés mecánico.
- Estimular los sistemas mecanorreceptores que por medio del sistema nervioso inhiban el paso de mensajes aferentes nociceptivos.

EFECTOS

Los efectos más importantes de la fricción transversal profunda son de tipo mecánico y local. Su acción general sobre otros sistemas y partes blandas del organismo es nula.

Estos efectos se pueden enmarcar en dos grupos:

A) Mecánicos:

- Hiperemia traumática en el lugar de la lesión.
- Movimiento terapéutico fisiológico evitando la formación de adherencias, el exceso de tejido cicatrizal y la aparición de bridas cicatrízales.
- Estimulación de los mecanorreceptores.
- Aumento del flujo sanguíneo local.
- Aumento de la temperatura local.
- Salida de sustancias alógenas de la zona lesionada.

B) Químicos

Estos efectos químicos del masaje transversal profundo se encuentran en un plano secundario y son:

- Estimula la generación de péptidos morfínicos, endorfinas, encefalinas y pro-opio-melano-cortinas.
- Esta liberación de sustancias químicas generan analgesia y disminuyen el dolor.

INDICACIONES

- Esguince agudo (reciente).
- Secuelas de esguinces.
- Esguince crónico.
- Traumatismo muscular reciente.
- Secuelas de lesiones musculares.
- Cicatrices antiguas

- Lesiones tendinosas: Tenosinovitis y tendinitis.
- Periartralgias, rigideces post-traumáticas por componente tejidos blandos periarticulares.
- Capsulitis y pericapsulitis.
- Secuelas fascitis.
- Entesitis (pubalgias).
- Fibromiositis.
- Adherencias, cicatrices dolorosas, bridas, etc.
- Otras secuelas de lesiones del aparato locomotor.

CONTRAINDICACIONES

- Lesiones graves traumáticas en fase aguda: fracturas, fisuras, luxaciones.
- Roturas masivas: musculares, tendinosas, ligamentosas de las vainas fibrosas.
- Calcificaciones, osificaciones: tendinosas, ligamentosas y musculares.
- Bursitis.
- Artritis reumática, artropatías degenerativas.
- Neuritis, radiculitis.
- Compresión de los nervios periféricos: ciática, braquialgia.
- Zonas con paquete vásculo nervioso: axila, ingle, hueco poplíteo.
- Infecciones de origen bacteriano.
- Lesiones e infecciones de la piel

APLICACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN TRANSVERSA PROFUNDA

Esta técnica se puede aplicar en:

-Lesiones musculares

-Lesiones ligamentarias

-Lesiones tendinosas

1.-APLICACIÓN EN LESIONES MUSCULARES

La M por FTP a nivel muscular actúa liberando las adherencias que aparecen en el entorno a las fibras musculares lesionadas logrando con esto:

-Evitar la formación de adherencias.

-Mantener la capacidad contráctil.

-Favorecer al mantenimiento del movimiento.

Para realizar la M por FTP el músculo debe mantenerse en relajación



Gráfico N° 2. Aplicación en lesiones musculares

2.-APLICACIÓN EN LESIONES LIGAMENTARIAS

Lo que va lograr la M por FTP en el tratamiento de un ligamento es:

-Analgesia

-Movilidad al evitar formación de adherencias.

Esto permite que el segmento a tratar no se limite funcionalmente ya que acompañando de movimientos pasivos y activos hasta el límite de dolor, no se presente atrofia muscular.

La aplicación de la M por FTP en ligamentos se va realizar con el mismo en tensión.



Gráfico N° 3. Aplicación en lesiones ligamentarias

3.-APLICACIÓN EN LESIONES TENDINOSAS

En este caso es indispensable distinguir perfectamente los tendones con vaina o sin vaina, debido a que la M por FTP es diferencial en estos casos.

Tendón sin vaina (tendinitis)

La M por FTP en el tendón sin vaina reduce la formación de las adherencias que pueden formarse entre tendones y en los planos que los rodea.

Para realizar la M por FTP en este tendón este no tiene que estar en tensión, es decir tiene que permanecer en relajación.



Gráfico N° 4. Aplicación en lesiones tendinosas (tendón sin vaina)

Tendón con vaina (tenosinovitis)

La M por FTP se debe realizar con el tendón en franca tensión, lo que ayudara a facilitar el movimiento entre el tendón y la vaina sinovial.



Gráfico N°5. Aplicación en lesiones tendinosas (tendón con vaina)

TIEMPO Y POSICIÓN PARA REALIZAR LA MOVILIDAD POR FRICCIÓN TRANSVERSA PROFUNDA

El tiempo varía entre 3-5 minutos para lesiones agudas y 15-20 minutos para lesiones crónicas.

El tiempo promedio para obtener analgesia mediante la fricción es de 10 minutos.

Las sesiones se realizan en días alternos, se recomiendan de 6 a 12 sesiones de tratamiento.

El paciente se debe situar de manera que los dedos del fisioterapeuta alcancen la lesión.

TÉCNICAS DE APLICACIÓN

Para la aplicación de la fricción, el dedo ha de colocarse en una posición, de manera que el dedo que la ejecuta permanezca con la articulación metacarpo falángica en extensión, la interfalángica proximal en una flexión aproximada de 25-30 ° y la interfalángica distal en una flexión de unos 15-20°. El dedo de apoyo (índice o medio) se cruza sobre el do terapeuta con una ligera hiperextensión de la articulación metacarpo falángica, en flexión de 15° de la interfalángica proximal y de unos 45-50° de la interfalángica distal.

Habitualmente la fricción transversa profunda se realiza con el dedo índice apoyado por el medio o bien el dedo medio reforzado por el índice.

En ocasiones donde sea necesario realizar una mayor fuerza sobre determinadas zonas se utilizan el dedo pulgar oponiendo contrarresistencia con el resto de los dedos. Cuando la lesión es más intensa, especialmente a nivel muscular puede ser conveniente utilizar los tres o cuatro últimos dedos de las manos.

También es posible la utilización del nudillo de los dedos con el puño cerrado.

Es de suma importancia la posición de las manos y del miembro superior que ejecuta la fricción. Todos los músculos participan al igual que la articulación de la muñeca del codo y del hombro a fin de reforzar el movimiento y evitar la fatiga.

NORMAS DE APLICACIÓN

- Explicar al paciente que dado que la intención es romper la cicatriz de tejido, el tratamiento posiblemente sea doloroso. Y que tras él quizás este uno o dos días dolorido.
- Localización mediante un test funcional de la estructura exacta que queremos tratar. Pruebas Pasivas [Ligamentos, articulaciones, bursas, o sea, las estructuras pasivas] Pruebas Resistidas [Tendones y músculos, o sea, las estructuras contráctiles]
- Nos aseguraremos que el paciente adopte una posición adecuada y cómoda que asegure una tensión o relajación de la zona a tratar según la estructura lesionada, y que facilite al mismo tiempo el acceso. Debe sentirse cómodo: la presión de la FTP debe ser tolerable.
- Los dedos del terapeuta y la piel del paciente deberán moverse como una unidad, “como si hubiera una sola piel”. De esta forma conseguiremos una mayor penetración y evitaremos irritarla.
- Mueve toda la mano, no sólo los dedos, así evitaras sobrecargar los flexores de los mismos.
- Las uñas deben estar muy cortas.
- La fricción debe hacerse de modo transversal (perpendicular) a las fibras de la estructura dañada, nunca longitudinalmente.

- Aplica la movilización y presión en una sola dirección, “saltando” a través del tendón, ligamento o músculo, con el suficiente barrido (extensión) y sobre el lugar exacto. Como si tocases el contrabajo.
- La movilización debe actuar con la profundidad necesaria para que llegue al punto exacto de la lesión.
- Una presión excesiva produce dolor. Pero como se aplica sobre una zona dolorida es normal que provoque dolor o sea desagradable.
- No se aplicarán cremas, pomadas, geles (tanto es así que es aconsejable limpiar previamente la zona a tratar de posibles restos de pomada, gel e inclusive de la secreción sebácea) Inicialmente tampoco hielo (pues podría enmascarar la lesión).
- Los músculos deben mantenerse relajados y flácidos mientras se aplica la FTP lo que facilita al mismo tiempo el acceso por parte del terapeuta.
- Los tendones con vaina deben mantenerse tensos para facilitar el deslizamiento de la vaina sobre el cuerpo del tendón.
- Los tendones sin vaina deben mantenerse sin tensión.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

LATRAUMATOLOGIA.- es la parte de la medicina que se dedica al estudio de las lesiones del aparato locomotor.

En la actualidad esta definición es insuficiente, ya que la especialidad se extiende mucho más allá del campo de las lesiones traumáticas; abarca también el estudio de aquellas congénitas o adquiridas, en sus aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de investigación, y que afectan al aparato locomotor desde la niñez hasta la senectud.

CAMPO DE ACCION

La traumatología se ocupa de las lesiones traumáticas de columna y extremidades que afectan a:

- Huesos: fracturas, epifisiólisis, etc.
- Ligamentos y articulaciones: esguinces, luxaciones, artritis traumáticas, etc.
- Músculos y tendones: roturas fibrilares, hematomas, contusiones, tendinitis, etc.
- Piel: heridas, etc.

Tratamiento conservador

Los tratamientos conservadores se basan en:

- Las reducciones incruentas,
- Vendajes blandos (compresivos, tapings, Velpeau, Gillchrist, Robert-Jones),
- Colocación de férulas y yesos, y
- Tracciones blandas o esqueléticas.

Tratamiento quirúrgico

Los tratamientos quirúrgicos implican una acción sobre situaciones de mayor gravedad o que requieran cirugía como único medio de solución. Para ello se emplean: la reducción abierta, agujas de Kirschner y Steinmann, placas y tornillos de osteosíntesis, dispositivos clavo-placa y tornillo-placa, clavos intramedulares (Küntscher, Gross-Kempf, Ender, Russ), fijadores externos (Hoffman, Ilizarov, monolaterales), injerto óseo, cementos óseos y prótesis para reemplazos articulares.

LESIONES DEPORTIVAS

Al practicar cualquier actividad deportiva se puede sufrir alguna lesión a causa de un golpe directo, un estiramiento excesivo o, simplemente, por un movimiento repetitivo de alguna parte del cuerpo. El 80% de las lesiones sufridas durante la práctica del deporte afectan a los tejidos blandos, tales como músculos, tendones, ligamentos y articulaciones. Las fracturas o los daños a órganos internos sólo alcanzan un 20%. Las lesiones en el deporte se producen por un esfuerzo aislado externo que sobrepasa la posibilidad de carga de las estructuras sanas o ya lesionadas por microtraumatismos, lo cual provoca una lesión demostrable que limita el funcionamiento. Existen dos tipos de lesiones las musculoesqueléticas y musculotendinosas.

LAS LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS.- conocidas también como LMT corresponden a un término utilizado para denominar lesiones que ocurren luego de un período prolongado sobre un segmento corporal específico, tal como las lesiones y enfermedades desarrolladas en músculos, nervios, tendones, ligamentos, articulaciones, cartílagos y discos intervertebrales.

Los músculos y articulaciones afectadas sufren tensión y esfuerzo, los tendones se inflaman, puede haber atrapamiento de nervios, o se dificulta el flujo sanguíneo.

CONSECUENCIAS

De lo anterior se pueden desarrollar diversos cuadros de lesión, tales como:

- Tendinitis
- Síndrome del túnel del carpo
- Epicondilitis (codo de tenista),
- Tenosinovitis
- Sinovitis
- Tenosinovitisestenotante de los dedos
- Enfermedad de DeQuervian
- Lumbago
- Lesión del manguito de los rotadores
- Síndrome de extensión cervical (asociado a permanencia prolongada en cuello en flexión), etc.

TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR

Tendinitis de miembro inferior es el proceso inflamatorio de un tendón debido a una tensión externa. Los tendones transmiten la energía generada por los músculos para ayudar a mover una articulación. La tendinitis generalmente afecta sólo a una parte del cuerpo a la vez, esta puede ocurrir como resultado de una lesión, de sobrecarga o de la edad a medida que el tendón pierde elasticidad. También se puede observar en personas con enfermedades en todo el cuerpo (sistémicas), como la artritis reumatoide o la diabetes.

La mayoría de las tendinitis son inflamaciones suaves del tendón. Cuando la inflamación es severa, puede haber un deterioro de sus fibras. Esto causa dolor y dificultad para practicar deportes o actividad física. Las tendinitis severas pueden debilitar o hasta romper el tendón.

CAUSAS

La tendinitis de miembro inferior es causada por el exceso de uso de la unión músculo-tendón. Esto ocasiona que haya estiramientos repetidos de él. Eventualmente, el tendón no puede resistir este estiramiento y comienza a sufrir pequeños desgarres.

El exceso de uso puede deberse a cualquier actividad que se ejecuta en demasía, como:

- Practicar un deporte
- Trabajo físico
- Trabajo en casa

La tendinitis se puede desarrollar en casi todos los tendones del cuerpo. Sin embargo, los tendones del miembro inferior están involucrados con más frecuencia que otros debido al trabajo que se desarrolla con los mismos, a continuación mencionamos los más afectados:

- Tendón de Aquiles
- Tendón rotular - ligado a la rodilla
- Tendón de los músculos aductores
- Tendón de la pata de ganso

SÍNTOMAS

Los síntomas incluyen:

- Dolor, particularmente con una actividad
- Inflamación local
- Movilidad reducida en las articulaciones adyacentes

- Dolor y sensibilidad a lo largo de un tendón, generalmente cerca a una articulación
- Dolor en la noche

ESTADIOS

Estadio 1.-dolor después de la actividad, sin menoscabo funcional

Estadio 2.-dolor durante y después de la actividad, aunque el paciente sigue siendo capaz de llevar a cabo satisfactoriamente su deporte.

Estadio3.-dolor prolongado durante y después de la actividad, cada vez con mayor dificultad en el desempeño.

Estadio4.-ruptura completa del tendón.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es algo que incrementa la posibilidad de contraer una enfermedad o padecimiento.

- Inbalance muscular
- Flexibilidad reducida
- Sobrepeso
- Edad avanzada
- Sexo: Femenino

DIAGNÓSTICO

El doctor le preguntará respecto a sus síntomas e historial médico y realizará una exploración física. En particular, el médico lo interrogará respecto a sus actividades físicas y la ubicación del dolor.

Las pruebas podrían incluir:

Radiografías - para buscar depósitos de calcio en el tendón, una señal segura de tendinitis, aunque no esté presente en la mayoría de los casos.

MRI (Imagen de resonancia magnética) - para confirmar el diagnóstico y mostrar la cantidad de daño que sufre el tendón (tiende a ocurrir cuando los síntomas continúan a pesar del tratamiento)

TRATAMIENTO

El tratamiento depende de:

- La gravedad de los síntomas
- El tendón afectado
- El lapso de tiempo que los síntomas han durado

El tratamiento puede incluir:

- Reposar el tendón afectado
- Medicamentos antiinflamatorios
- Aplicar hielo después de la actividad
- Aplicar calor en el área afectada antes de la actividad
- Yeso o férula para inmovilizar el área afectada
- Inyecciones de cortisona dentro de la envoltura del tendón
- Un cabestrillo de contrafuerza sobre el tendón lastimado
- Zapatos ortóticos para alinear los problemas en los pies
- Estiramientos gentiles del tendón
- Estiramientos de los músculos implicados
- Cirugía

PREVENCIÓN

Para prevenir la tendinitis de miembro inferior:

- Gradualmente, usted mismo prepárese para realizar una nueva actividad.
- Cuando incremente la duración e intensidad de una actividad, hágalo gradualmente.
- Si usted tiene un tendón que le ha estado causando problemas, estírelo gradualmente.
- Estire los músculos adheridos al tendón.
- Si usted padece algún dolor, no lo ignore. El tratamiento a tiempo puede prevenir que el problema se torne más serio.
- Aprenda a mantenerse alejado de ciertas actividades si usted se cansa o no está acostumbrado a dicha actividad.

Existen numerosas tendinitis de miembro inferior las más conocidas describimos a continuación:

Tendinitis rotuliana (rodilla de saltador)

Inflamación de uno o varios de los tendones principales de la rodilla generalmente tras esfuerzos repetidos (deporte o trabajo) o tras un golpe directo sobre dicho tendón.

La rodilla de saltador se produce por la inflamación crónica del tendón rotuliano, que une la rótula con la tuberosidad anterior de la tibia.

Se produce en deportistas que realizan saltos o sprint explosivos como en fútbol o baloncesto.

El paciente sufre dolor de rodilla centrado justo por debajo de la rótula cuando hace movimientos de flexo-extensión de la rodilla como subir escaleras o saltar.



Gráfico N° 6. Tendinitis rotuliana

Tendinitis de la pata de ganso

La pata de ganso está formada por los tendones de los músculos sartorio, semitendinoso y grácil en la zona interna de la cara anterior de la rodilla.

El cuadro se produce por microtraumatismos o por un traumatismo directo y los pacientes se quejan de dolor en la zona que aumenta al rotar hacia fuera la rodilla y a la flexión. Es frecuente que el paciente presente la zona tumefacta y la acumulación de líquido en la bursa que rodea los tendones.

El tratamiento consiste en analgésicos y una rodillera para prevenir los traumatismos. El siguiente paso consiste en una infiltración con corticoides y anestésicos locales.

Tendinitis del Poplíteo

El tendón poplíteo atraviesa su hiato por la cara posterior del menisco externo hastallegar al epicóndilo lateral.

En su trayecto puede sufrir una inflamación que hace que los pacientes sufran dolor insidioso al iniciar el ejercicio impidiéndole continuar con el mismo.

Si presionamos el tendón por delante del ligamento lateral externo y por encima de la rodilla con la misma a 90° y el borde externo del pie apoyado sobre la otra rodilla se produce dolor.

El tratamiento consiste en el uso de antiinflamatorios, frío y reposo. Rara vez es necesario realizar otro tipo de intervención.

Tendinitis aquilea

Es cuando el tendón de Aquiles resulta inflamado, hinchado y duele a nivel del talón.

El tendón de Aquiles conecta los músculos de la pantorrilla al talón y se utiliza para caminar, correr y saltar.



Clinical Guide to Sports Injuries by Roald Bahr and Sverre Møhlum (Eds.)
Champaign, IL: Human Kinetics. ©Tommy Bolo/Gazette bok/NIMF 2002.
web: sportsinjuries.gazette.no

Gráfico N° 7. Tendinitis aquilea

Causas, incidencia y factores de riesgo

Hay dos músculos grandes en la pantorrilla: los gemelos (gastronomía) y el sóleo. Estos músculos generan la fuerza necesaria para empujar el pie o pararse en los dedos de los pies. El gran tendón de Aquiles conecta estos músculos al talón.

Dichos músculos son importantes para caminar. El tendón se puede inflamar, con mayor frecuencia como resultado de sobrecarga o artritis. La inflamación también puede presentarse a causa de lesión e infección.

La tendinitis debida a la sobrecarga es más común en personas jóvenes y puede ocurrir en caminantes, corredores u otros atletas. Deportes como el básquetbol, que implican saltar, ejercen mucha tensión sobre el tendón de Aquiles. Los saltos repetitivos pueden llevar a la tendinitis aquilea

2.5.- Hipótesis

La Movilización Transversa Profunda beneficia la tendinitis de miembro inferior en pacientes que acuden a la Fundación Corazón de María en el período Febrero-Julio del 2011.

2.6.-Senalamiento de variables.

VI: Movilización Transversa Profunda

VD: Tendinitis de miembro inferior

TR: Beneficia

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.- Enfoque investigativo

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo, puesto que persigue una indagación sobre las causas los signos y los síntomas de la enfermedad en sus diferentes presentaciones para poder determinar la técnica adecuada de tratamiento y a la vez evaluar la misma.

Los resultados de esta evaluación van a estar orientados a descubrir los beneficios de la técnica de movilización transversa profunda en la tendinitis de miembro inferior para de esta manera mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3.2.- Modalidad básica de la investigación

3.2.1.-Investigación de campo

El estudio de los hechos se realiza en el lugar que se produce, relacionándose el investigador directamente con la población afectada para obtener información referente al problema de estudio.

3.2.2.-Bibliográfica o documental

Recopila información escrita sobre un determinado problema con el propósito de conocer las contribuciones científicas anteriores y establecer relaciones y diferencias con el estado actual del conocimiento respecto al problema

3.3.- Niveles o tipos de investigación

En la metodología de la investigación se consideran los siguientes niveles:

3.3.1.-Exploratorio: Será de tipo exploratorio ya que se realizará una indagación completa en la fundación corazón de María para determinar cuál es la lesión más frecuente e identificar los fenómenos y situaciones que originan el problema.

3.3.2.-Descriptivo: una vez determinada la lesión más frecuente podemos plantear las dos variables de estudio para ampliar la información de la problemática y así poder llegar a dar una solución.

3.3.3.-Asociación de variables: al evaluar la relación entre las dos variables, podemos determinar el comportamiento de cada una de estas al realizar un seguimiento completo del paciente.

3.4. Población y muestra

Población: la totalidad de involucrados a investigar es la siguiente

N°	INVOLUCRADOS	CANTIDAD
1	PACIENTES	10
2	TERAPISTA FÍSICO	1
3	COORDINADOR	1
4	TUTOR	1
	TOTAL	13

Tabla No. 1 Población de Estudio

3.6.- Plan de recolección de la información

Los datos recogidos proceden con lo siguiente

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Para establecer los beneficios de la Movilización Transversa Profunda en tendinitis de miembro inferior.
2. ¿De qué personas u objetos?	Pacientes con tendinitis de miembro inferior
3. ¿Sobre qué aspectos?	Dolor Impotencia funcional Movimiento reducido Sensibilidad alterada Trabajo excesivo Estiramientos bruscos
4. ¿Quién?	Egresada Clara Martínez
5. ¿A quiénes?	A 10 pacientes con tendinitis de miembro inferior que acuden a la Fundación Corazón de María.
6. ¿Cuándo?	Febrero-Julio del 2011
7. ¿Dónde?	Fundación Corazón de María
8. ¿Cuántas veces?	Una vez
9. ¿Cómo?	Entrevista y Encuesta
10. ¿Con qué?	Cuestionario

3.7. Plan de procesamiento de la información

Los datos recogidos se transformaran según los siguientes procedimientos:

1. Revisión cuántica de la información recogida, es decir limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta, no pertinente y otras fallas.
2. Repetición de la recolección en ciertos casos para corregir fallas de contestación.
3. Tabulación según variable de la hipótesis.
4. Elaboración de cuadros estadísticos.
5. Presentación grafica de datos.
6. Análisis e interpretación de datos.

CAPTÍULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados (encuesta)

PREGUNTA N° 1

1. ¿Presenta usted dolor en el miembro inferior? SI NO

RESPUEST	TOTAL	FRECUENCIA %
SI	8	80
NO	2	20
	10	

Tabla No. 2

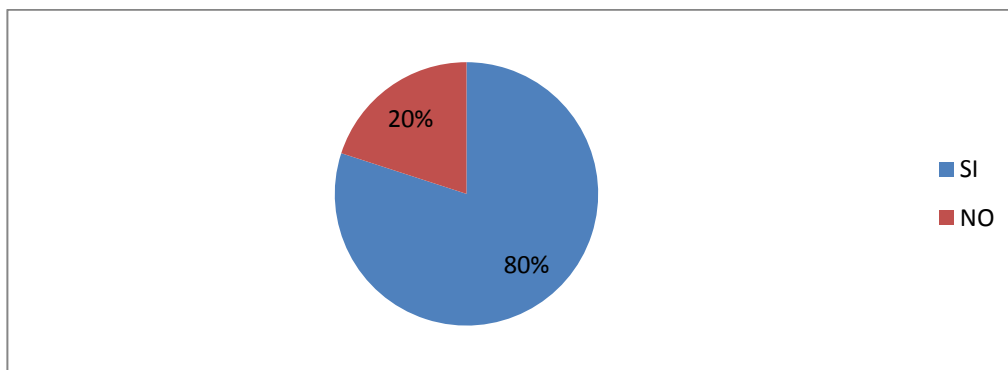


Gráfico No. 8 De la pregunta N° 1

ANÁLISIS.- como se puede apreciar en el gráfico el dolor de miembro inferior por diferente causa está afectando al 80% de la población quedando un 20% que no presenta dolor.

INTERPRETACIÓN.-De 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada el 80% que corresponde a 8 personas presenta dolor en el miembro inferior y el 20% restante que corresponde a 2 personas no lo presenta.

PREGUNTA N° 2

2. ¿En qué lugar se localiza el dolor?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
RODILLA	8	80
TOBILLO	1	10
PIE	1	10
	10	

Tabla No. 3

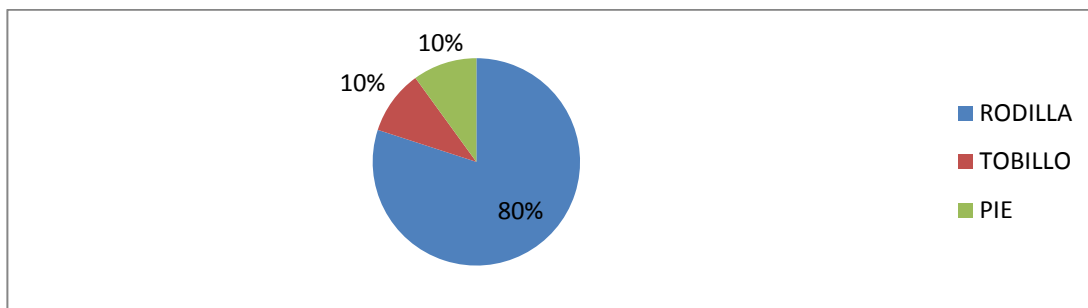


Gráfico N° 9. De la pregunta N° 2

ANÁLISIS.- como nos damos cuenta en el gráfico podemos decir que del miembro inferior la región más afectada es la rodilla representada por un 80%, seguido tenemos las lesiones del tobillo y pie con una representación total del 20%..

INTERPRETACIÓN.-de 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada el 80% que corresponde a 8 personas refiere dolor a nivel de la rodilla, y dos personas que corresponden al 20% restante manifiesta dolor a nivel de tobillo y pie.

PREGUNTA N° 3

3. ¿El dolor que Ud. presenta en cuál de las estructuras mencionadas considera que se localiza?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
HUESO	1	10
TENDÓN	8	80
MÚSCULO	1	10
	10	

Tabla No. 4

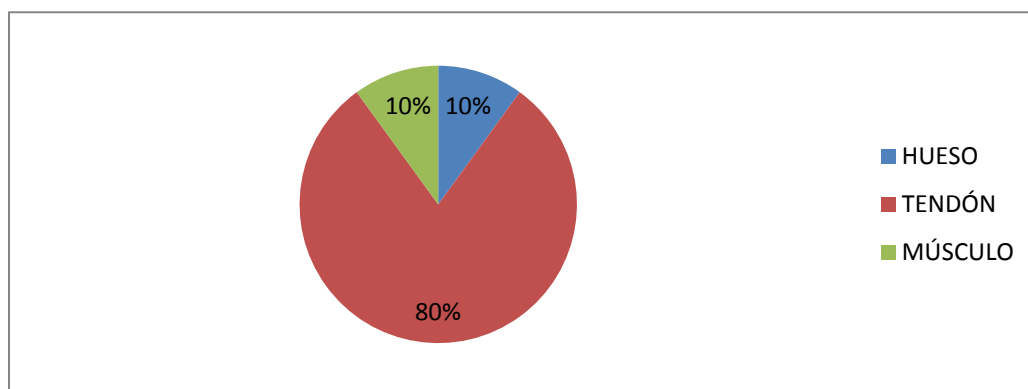


Gráfico N° 10. De la pregunta N° 3

ANÁLISIS.- como podemos ver en el gráfico al hacer un sondeo sobre cuál es la estructura afectada, vemos que la mayoría de la población investigada refiere que es el tendón pero cabe recalcar que también hay otras estructuras afectadas como el hueso, el músculo entre otros.

INTERPRETACIÓN.- de 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada el 80% que corresponde a 8 personas refiere dolor a nivel del tendón, y dos personas que corresponden al 20% restante manifiesta dolor a nivel del hueso y el músculo.

PREGUNTA N° 4

4.- ¿Señale el nivel de dolor actual que presenta?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
1-----3C	6	60
3-----7Sb	3	30
7-----10 A	1	10
	10	

TABLA N° 5

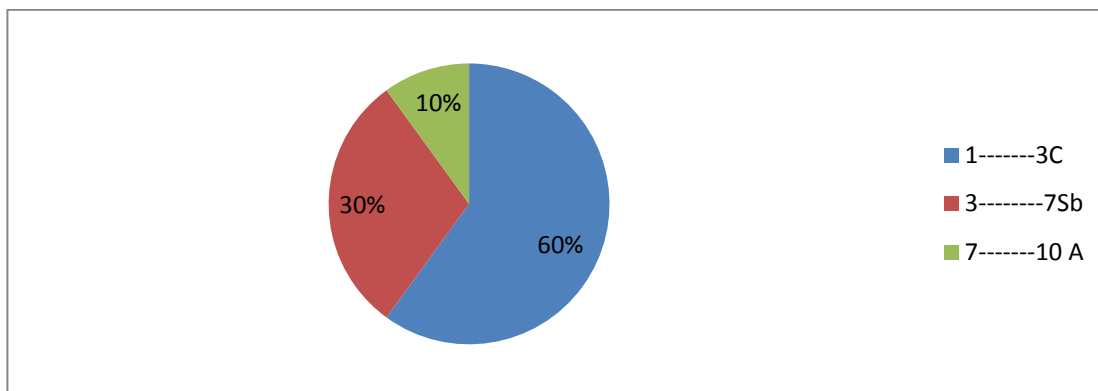


Grafico N° 11. De la pregunta N° 4

ANÁLISIS.-tomando en cuenta el umbral de dolor que presentan la población investigada podemos clasificarla en tres grupos importantes así: agudo, subagudo, crónico.

INTERPRETACIÓN.-de 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada, 6 que corresponden al 60% se encuentra en una etapa crónica, 3 personas que representan el 30% está en una etapa subaguda y una persona que corresponde al 10% se encuentra en etapa aguda.

PREGUNTA N°5

5. ¿Cuál cree usted que es la causa de su dolencia?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
SOBREUSO	5	50
CALZADO INADECUADO	2	20
OTROS	3	30
	10	

TABLA N° 6

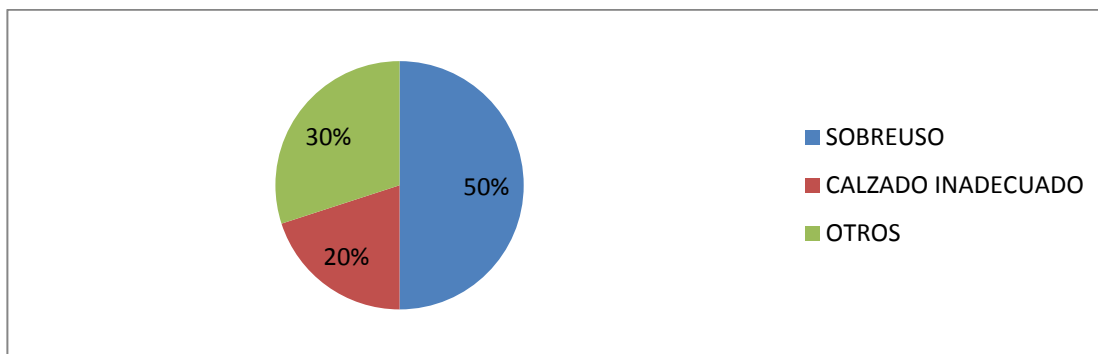


Gráfico N° 12. De la pregunta N° 5

ANÁLISIS.- considerando algunas de las causas del dolor de miembro inferior podemos decir que una de las principales es el sobreuso de la articulación, tomando en cuenta que existen otras causas como el calzado inadecuado.

INTERPRETACIÓN.- 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada el 50% que son 5 personas refieren que la causa de su dolencia es el sobreuso de dicha articulación, un 30% que corresponde a 3 personas dice que es el uso de calzado inadecuado, y el 20% que corresponde a 2 personas manifiesta que son otras causas.

PREGUNTA N° 6

6. ¿Realiza usted las actividades de la vida diaria con normalidad?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
SI	6	60
NO	4	40
	10	

TABLA N° 7

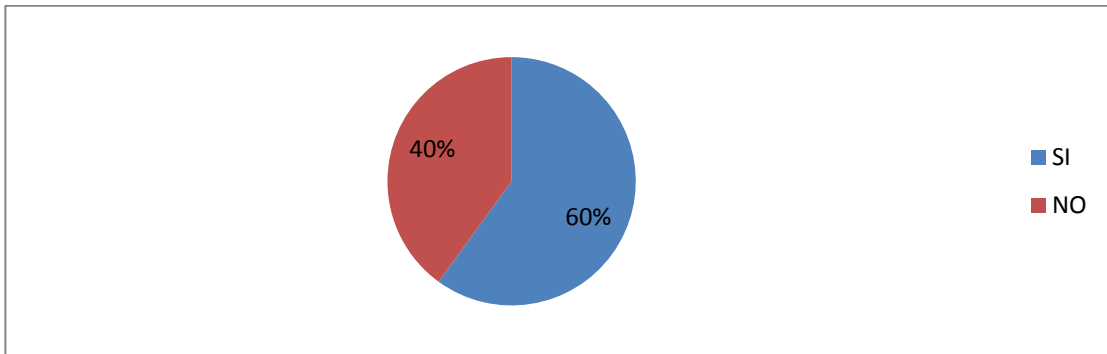


Grafico N° 13. De la pregunta N° 6

ANÁLISIS.- como se puede ver en el gráfico al sondear información sobre la realización de las actividades de la vida diaria muchas personas manifiestan que no presentan inconvenientes significativos en el desenvolvimiento de las mismas lo que quiere decir que la mayoría de la población se encuentra en un estado crónico de la lesión.

INTERPRETACIÓN.- de 10 personas que corresponden al 100% de la población investigada el 60% que corresponde a 6 personas manifiestan que si realizan sus actividades con normalidad mientras que el 40% que corresponde a 4 personas refiere no poder hacerlo debido al dolor que presentan.

PREGUNTA N° 7

7. ¿Al presentarse su dolencia se ha tratado con fisioterapia?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA %
SI	4	40
NO	6	60
	10	

TABLA N° 8

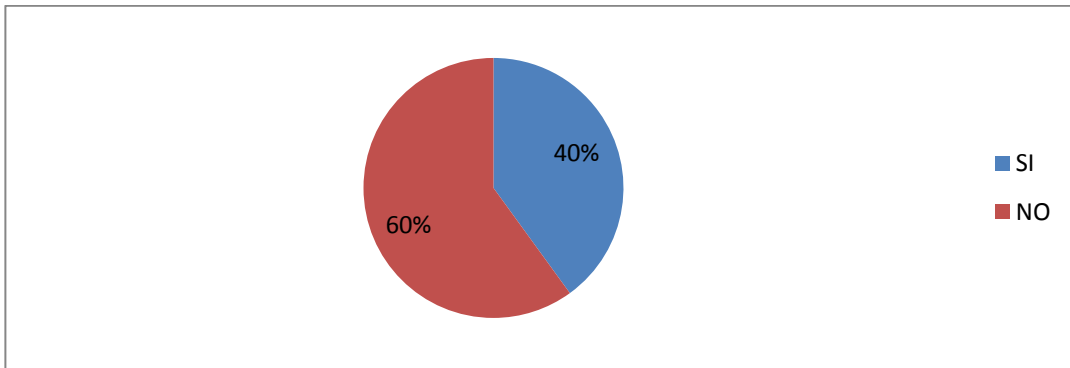


Grafico N° 14. De la pregunta N° 7

ANÁLISIS.- como nos damos cuenta en el gráfico la mayor parte de la población no acude inmediatamente a fisioterapia por su dolencia, sino mas bien prefiere probar con tratamientos caseros lo que empeora la lesión

INTERPRETACIÓN.- como podemos ver de 10 personas que corresponden al 100% de la población, 6 que representan el 60% no acude a fisioterapia, pero el 40% que representa a 4 personas si lo hace motivo por el cual se recuperan en menor tiempo.

PREGUNTA N° 8

8. ¿Estaría usted dispuesto a someterse a un tratamiento con movilidad por fricción transversa profunda?

RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA
SI	8	80
NO	2	20
	10	

TABLA N° 9

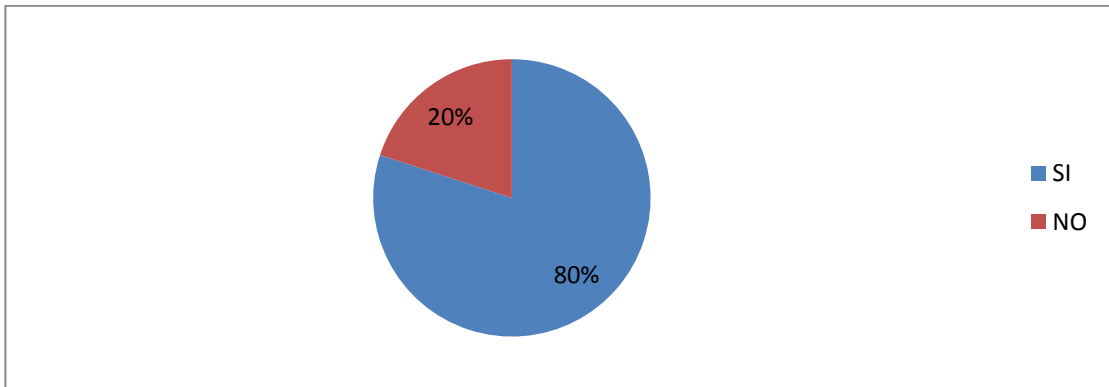


Gráfico N° 15. De la pregunta N° 8

ANÁLISIS.- al sondear a la población sobre un nuevo tratamiento a través de M por FTP contamos con la mayor parte de la población dispuesta a someterse a este tratamiento.

INTERPRETACIÓN.- del 100% de la población investigada que representa a 10 personas, 8 de ellas que es el 80% de la población está dispuesta a probar un nuevo tratamiento el 20% restante que serian dos personas dice no desearlo por que tienen algunas dudas.

ENCUESTA FINAL

DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON TENDINITIS DE MIEMBRO INFERIOR QUE ACUDEN A LA FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA

OBJETIVO: Detectar los beneficios de la Movilidad por Fricción Transversa Profunda en la tendinitis rotuliana.

INSTRUCTIVO:

- Procure ser lo más objetivo y veraz
- Seleccione una de las alternativas que se propone.

Después del tratamiento con la técnica de Movilidad por Fricción Transversa Profunda:

PREGUNTA	RESPUESTA	TOTAL	FRECUENCIA
PERSISTE EL DOLOR	SI	1	12,5
	NO	7	87,5
LOS EFECTOS SON VISIBLES EN MENOR TIEMPO	SI	8	100
	NO	0	0
CONTINUARIA CON EL TRATAMIENTO	SI	8	100
	NO	0	0

TABLA N° 10

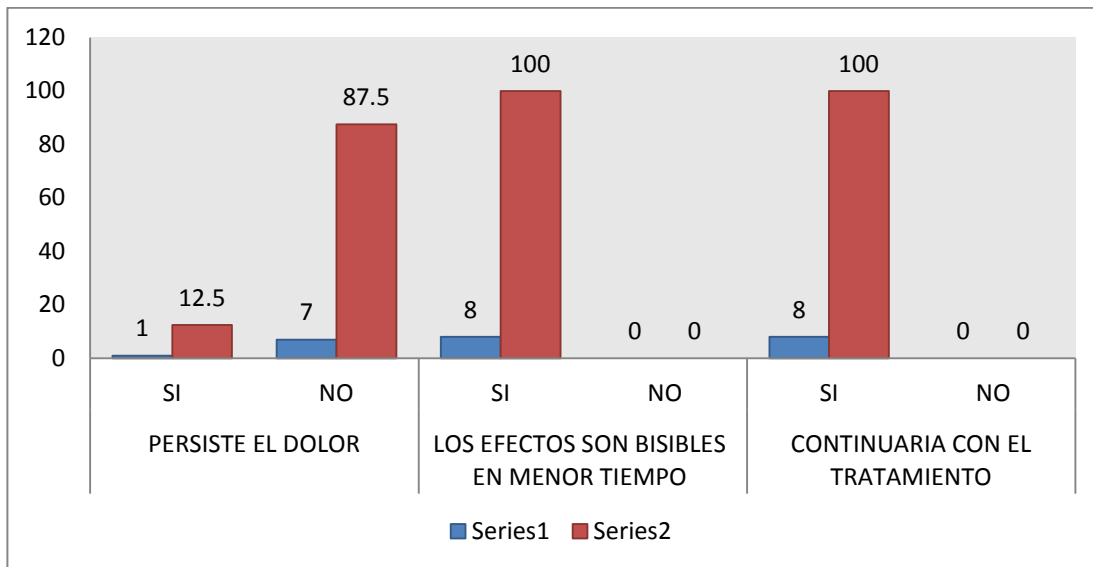


Gráfico N° 16. De la encuesta final

ANÁLISIS.- como podemos ver en el gráfico realizado después de haber aplicado el tratamiento con (M por FTP) las personas que fueron sujeto de investigación se encuentran muy conformes con los beneficios obtenidos.

INTERPRETACIÓN.- haciendo un resumen se puede decir que del 100% de la población investigada el 96% se encuentra satisfecho con los beneficios obtenidos y está dispuesto a continuar con el tratamiento mientras que un 4 % dice tener algunas dudas.

4.2.-Verificación de la hipótesis

Si es procedente realizar la propuesta en la hipótesis porque mediante las encuestas realizadas podemos ver que la mayoría de personas investigadas se encuentran conformes con los beneficios de la (M por FTP), pues son estos los que nos van a permitir mejorar la calidad de vida de los pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.-Conclusiones:

La tendinitis de miembro inferior es una de las lesiones más frecuentes, siendo la población más afectada aquella practicante de alguna disciplina deportiva pero también tenemos un porcentaje no despreciable no perteneciente a este grupo.

Dentro de las causas de la tendinitis de miembro inferior podemos decir que una de las principales es el sobreuso del tendón, el mismo que provoca incapacidad funcional.

La falta de conocimiento sobre la gravedad de la lesión hace que la población afectada acuda primero a tratamientos empíricos, para posteriormente dirigirse a un especialista, facilitando así el progreso de la lesión.

La M por FTP a beneficiado casi en un 100% esta dolencia, pues al ser aplicada en el lugar exacto de la lesión provoca microlesiones que facilitan la cicatrización ordenada de las fibras, evitando de esta manera las futuras recidivas.

5.2.-Recomendaciones:

Es importante dar a conocer a la población sobre los factores de riesgo que desencadenan una tendinitis de miembro inferior para que al momento de realizar sus actividades ya sean deportivas o de la vida cotidiana tomen precauciones.

Considerando al sobreuso del tendón una de las principales causas de la tendinitis de miembro inferior se recomienda a los deportistas y demás personas evitar actividades repetitivas que estresen o inflamen al tendón, ya que de esta manera se disminuirá la incapacidad funcional.

Que los pacientes con tendinitis de miembro inferior acudan al médico especialista al inicio de los síntomas de su dolencia para evitar posibles complicaciones como una tendinitis recidiva o en casos más graves la tan temida cirugía.

Difundir la información sobre: la definición, aplicación, los cuidados y los beneficios de la M por FTP en una tendinitis de miembro inferior, en los diferentes centros de rehabilitación para que sea tomada como una alternativa de tratamiento para este tipo de lesión.

CAPITULO VI

PROPUESTA

Título

Aplicación de la Movilización Transversa Profunda (M por FTP) en pacientes con diagnóstico de tendinitis rotuliana en etapa crónica que acuden a la Fundación Corazón de María.

6.1.- Datos informativos

Institución ejecutora

Fundación Corazón de María

Beneficiarios

Pacientes con tendinitis rotuliana

Ubicación

Ciudad de Pelileo

Tiempo estimado para la ejecución

Inicio: 1 de julio del 2011 Fin: 30 julio 2011

Equipo técnico responsable

Autora de la investigación: Clara Martínez

Tutora: Lcda. María Augusta Latta

Presupuesto

El presupuesto estimado para la siguiente propuesta es de: 28 dólares

6.2.-Antecedentes de la propuesta

La rodilla de saltador es, sin duda, uno de las lesiones tendinosas más comunes que afectan a atletas esqueléticamente maduros, y que se produce en el 20% de los atletas que practican el salto. En lo que respecta a la lesión tendinosa bilateral, hombres y mujeres se ven igualmente afectados. Con respecto a la lesión tendinosa unilateral, la proporción varón-mujer es de 2:1

Tomando en cuenta las características de la lesión y el desinterés de las personas afectadas en acudir a un especialista, nos hemos visto en la necesidad de implementar un tratamiento con M por FTP el mismo que es muy aceptado por la población investigada, tomando en cuenta que la población más expuesta a la lesión por sobreuso del tendón es aquella practicante de alguna disciplina deportiva, quedando un porcentaje no despreciable no perteneciente a este grupo.

Esta técnica de M por FTP debe ser dirigida por un profesional con amplios conocimientos en anatomía ya que el tratamiento será aplicado en el lugar exacto de la lesión.

Pues si bien es cierto la M por FTRha adquirido mala fama porque con frecuencia se ha aplicado en tejidos perfectamente sanos, donde se localiza el dolor y la sensibilidad reflejados y no en el lugar u origen exacto del dolor. En consecuencia corremos el riesgo de abandonar un método de tratamiento eficaz cuando se emplea correctamente.

6.3.- Justificación

El interés en la elaboración de un plan de tratamiento con M por FTP en pacientes con diagnostico de tendinitis rotuliana es para dar a conocer a todos los pacientes que acuden a este centro de rehabilitación los beneficios que se logran con esta técnica, puesto que mediante el mismo podemos rehabilitar al paciente de una forma natural es decir sin la utilización de agentes físicos como el agua el hielo o la electricidad sino simplemente con el uso y destreza de nuestras mano, evitando así ciertas complicaciones que se pueden ocasionar al utilizar los agentes físicos antes mencionados.

La propuesta está desarrollada tomando en consideración el incremento de la población practicante de alguna disciplina deportiva lo que hace que aumente el porcentaje de población afectada por este tipo de lesión. Esto hace que la propuesta sea factible y de extrema importancia, convirtiéndose en el medio esencial para el tratamiento de la tendinitis rotuliana.

6.4.-Objetivos

6.4.1.-General:

- ❖ Aplicar la Movilización Transversa Profunda en la tendinitis rotuliana crónica.

6.4.6.-Específico:

- ❖ Seleccionar el tipo de aplicación de la movilidad por fricción transversa profunda.
- ❖ Establecer los beneficios de la movilidad por fricción transversa profunda en la tendinitis rotuliana.

6.5.- Análisis de factibilidad

La colaboración de la Sra. presidenta de la Fundación Corazón de María ha permitido el exitoso desarrollo de este proyecto pues esta propuesta es factible porque se cuenta con la infraestructura adecuada, el personal capacitado y a más de esto se abordará a una población difícilmente atendida en otras instituciones. Pero cabe recalcar también la buena disposición de los pacientes para la aplicación de la técnica, el apoyo y supervisión de la Lcda. Ángela Campos en todo el tiempo de la realización de este proyecto

La factibilidad económica no es un impedimento para el desarrollo de la misma ya que la inversión va a ser mínima por parte de la autora de la propuesta debido a que

no es necesario equipos ni lociones costosas a mas de eso la institución donde se está realizando no se encuentra muy lejos.

6.6.-Fundamentación científica de la técnica

La M por FTP es una técnica creada hace mas de 50 años por el Dr. James Cyriax, basada en aplicar el tratamiento en el punto exacto en donde se ha producido la lesión.

La fricción transversa profunda es la acción de realizar movimientos terapéuticos en una zona que ha sido dañada ante una lesión, logrando una cicatrización ordenada e indolora.

El propósito del masaje transverso profundo de Cyriax es ablandar la matriz fundamental o introducir pequeñas inflamaciones que activen la restauración del tejido conectivo.

La fricción debe realizarse en el lugar exacto de la lesión para lograr su efectividad, es por esto que es indispensable el conocimiento anatómico por parte del terapeuta. El objetivo de este masaje viene a ser la actuación sobre las partes blandas lesionadas del aparato locomotor, con el fin de recuperar su movilidad normal. Para ello el dedo del terapeuta y la piel del paciente se deslizarán, por medio del tejido celular subcutáneo, sobre elementos anatómicos profundos que se hallen lesionados.

Según Cyriax el tratamiento comprende tres principios:

- 1.- Todo dolor proviene de una lesión
- 2.- Todo tratamiento debe llegar a la lesión.
- 3.- Todo tratamiento debe ejercer un efecto beneficioso sobre la lesión.

Objetivos

Los objetivos del masaje transversal profundo de Cyriax son:

- Mantener una buena movilidad de los tejidos lesionados.
- Conservar el movimiento más fisiológico posible en el interior de la estructura lesionada.
- Inhibir la formación de cicatrices y tejidos cicatrizal anormal.
- Evitar la formación de adherencias entre las fibrillas y los distintos tejidos.
- Provocar una hiperemia local, en la zona de la lesión, con lo que disminuye el dolor y se eliminan sustancias alógenas.
- Facilitar la producción de tejido colágeno perfectamente orientado que resista el estrés mecánico.
- Estimular los sistemas mecanorreceptores que por medio del sistema nervioso inhiban el paso de mensajes aferentes nociceptivos.

TIPOS DE APLICACIÓN

1. Aplicación en lesiones musculares
2. Aplicación en lesiones tendinosas
3. Aplicación en lesiones ligamentarias

APLICACIÓN EN LESIONES TENDINOSAS

En este caso es indispensable distinguir perfectamente los tendones con vaina o sin vaina, debido a que la M por FTP es diferencial en estos casos.

Tendón sin vaina (tendinitis)

La M por FTP en el tendón sin vaina reduce la formación de las adherencias que pueden formarse entre tendones y en los planos que los rodea.

Para realizar la M por FTP en este tendón este no tiene que estar en tensión, es decir tiene que permanecer en relajación.



Gráfico N°17. Localización del punto exacto de lesión



Gráfico N° 18. Posición de los dedos



Gráfico N° 19. Aplicación de la técnica



Grafico N° 20. Tiempo de aplicación de la técnica

Tiempo y Posición para realizar la Movilidad por Fricción Transversa Profunda

El tiempo varía entre 3-5 minutos para lesiones agudas y 15-20 minutos para lesiones crónicas.

El tiempo promedio para obtener analgesia mediante la fricción es de 10 minutos.

Las sesiones se realizan en días alternos, se recomiendan de 6 a 12 sesiones de tratamiento.

El paciente se debe situar de manera que los dedos del fisioterapeuta alcancen la lesión.

g6.7.- MODELO OPERATIVO

ETAPA	ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO	RESPONSABLES	TIEMPO
INTRODUCCIÓN	Charla	Trípticos	10 dólares	Autor: Clara Martínez Tutor: Lcda. María Augusta Latta	1 día
EVALUACIÓN	Eva Test muscular Test goniometrico	Ficha de evaluación	6 dólares		1 semana
APLICACIÓN	M por FTP en tendinitis rotuliana	Manos del fisioterapeuta	6 dólares		2semanas
EVALUACIÓN	Eva Test muscular Test goniometrico	Ficha de evaluación	6 dólares		1 semana

6.8.- Administración de la propuesta

La propuesta va a ser administrada por la Sra. Laura Urquiza Presidenta de la Fundación Corazón de María la misma que vela por el buen funcionamiento de dicha institución y además es quien realiza convenios con distintas dignidades tanto nacionales como extranjeras para las mejoras que requiere la institución.

También contaremos con el apoyo de la señorita secretaria quien es la encargada de tomar las citas de cada uno de los pacientes y personas que requieran algún servicio de la institución.

Pero la persona más importante en esta administración de la propuesta es quizá la Lcda. Ángela Campos quien está a cargo del departamento de fisioterapia de dicha institución pues al ser ella la persona con los conocimientos necesarios en la materia es quien guía y supervisa el desarrollo de la técnica antes mencionada.

6.9.- Plan de monitoreo de la propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1.- ¿Qué evaluar?	1.- Tendinitis rotuliana y la Movilidad por Fricción Transversa Profunda.
2.- ¿Por qué evaluar?	2.- porque hay dolor e incapacidad funcional
3.- ¿Para qué evaluar?	3.- para mejorar la calidad de vida de los pacientes
4.- ¿Con qué criterios?	4.- Eficacia de la Movilidad por Fricción Transversa Profunda en la tendinitis rotuliana
5.- Indicadores	5.- Cualitativos
6.- ¿Quién evalúa?	6.- Clara Martínez
7.- ¿Cuándo evaluar?	7.- Julio del 2011
8.- ¿Cómo evaluar?	8.- Encuesta
9.- Fuentes de información	9.- Internet, libros, personas
10.- ¿Con qué evaluar?	10.- Cuestionario

BIBLIOGRAFÍA

JAMES CYRIAX. (2001). Tratamiento por manipulación masaje e inyección. 11ava Edición. Editorial MARBAN LIBROS,S.L. Madrid España. Pag.13-22.

WALTER R. FRONTERA, STANLEY A. HERRING, LYLE J. MICHELI, JULIE K. SILVER. (2008). Medicina Deportiva Clínica. Editorial ELSEVIER España S.A. Pág. 432, 433.

MARC F. SWIONTKOWSKI. (2005).Manual de ortopedia y traumatología. 2ª Edición. Editorial MASSON, S.A. Barcelona (España). 332-335.

http://www.arthritis.org/espanol/disease-center.php?disease_id=54

<http://www.aurorahealthcare.org/yourhealth/healthgate/getcontent.asp?URLhealthgate=%22103671.html%22>

<http://www.dmedicina.com/enfermedades/musculos-y-huesos/tendinitis>

<http://www.estetica-natural.com/articulos/masoterapia.php>

<http://www.luisbernal.es/descargas/k/26msote.pdf>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001229.htm>

<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00461>

<http://html.rincondelvago.com/james-cyriax.html>

http://es.wikipedia.org/wiki/James_Cyriax

http://es.wikipedia.org/wiki/Masaje_transverso_profundo

<http://es.wikipedia.org/wiki/Tendinitis>

http://es.wikipedia.org/wiki/Traumatolog%C3%ADa_y_Ortopedia

CYNTIA C. HORKING AND D. JOYCE WHITE.(2006). Goniometría. Evaluación de la movilidad articular. Editorial MARBAN, S.L. Madrid España. Pág. 229, 230, 231, 232.

DANIELS-WORTHINGHAM'S. (1997). Pruebas funcionales musculares. 6ta Edición. Editorial MARBAN, S.L. Madrid. Pág. 202-210.

ANEXOS

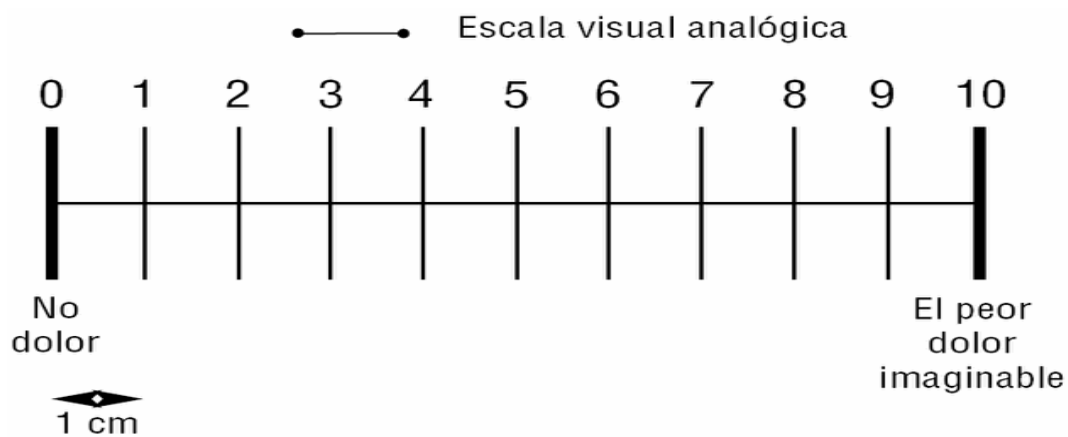
ANEXO N° 1

FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA

FICHA DE EVALUACIÓN

ACTOR: CLARA MARTÍNEZ

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR (EVA)



DOLOR	MIEMBRO INFERIOR DERECHO	MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
1.....3		
3.....7		
7.....10		

TEST DE VALORACIÓN MUSCULAR (DANIEL'S)

GRADOS		VALORACIÓN	
		MI DERECHO	MI IZQUIERDO
GRADO 5	El paciente ejecuta el movimiento completo frente a la máxima resistencia.		
GRADO 4	El paciente ejecuta el movimiento completo frente a una resistencia moderada.		
GRADO 3	El paciente ejecuta el movimiento completo sin ninguna resistencia, vence la fuerza de gravedad.		
GRADO 2	El paciente ejecuta el movimiento completo pero no vence la fuerza de gravedad.		
GRADO 1	Es posible percibir y palpar cierta actividad contráctil, pero no hay movimiento.		
GRADO 0	No se detecta actividad contráctil.		

TEST GONIOMETRICO

MOVIMIENTO	GRADOS	
	MI DERECHO	MI IZQUIERDO
FLEXIÓN DE RODILLA		
EXTENSIÓN DE RODILLA		

ANEXO N° 2

Técnica: entrevista

Instrumento: cuestionario

<p>N°.1 INSTITUCIÓN:Fundación Corazón de María ENTREVISTADO:Lcda. Ángela Campos ENTREVISTADOR: Clara Martínez LUGAR Y FECHA:PELILEO ,junio 23 del 2011</p>	
<p>PREGUNTA</p>	<p>INTERPRETACIÓN</p>
<p>1. ¿Que es la tendinitis de miembro inferior?</p> <p>2. ¿Cree Ud. que el aumento de la práctica deportiva es el motivo del aumento de pacientes con esta lesión?</p> <p>3. ¿Díganos lo que es la Movilidad por Fricción Transversa Profunda?</p> <p>4. ¿Cuáles son los beneficios de esta técnica en una tendinitis de miembro inferior?</p> <p>5. ¿Qué se debe tomar en cuenta para la aplicación de la técnica?</p>	

ANEXO N° 3

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

**ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA
FUNDACIÓN CORAZÓN DE MARÍA**

OBJETIVO: Analizar las causas y las complicaciones de la tendinitis de miembro inferior.

INSTRUCTIVO:

- ❖ Procure ser lo más objetivo y veraz
- ❖ Seleccione solo una de las alternativas propuestas

DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Presenta usted dolor en el miembro inferior? SI NO

2. ¿En qué lugar se localiza el dolor?

Tobillo Rodilla Pie

3. ¿El dolor que Ud. presenta en cuál de las estructuras mencionadas considera que se localiza?

Hueso Tendón Músculo

4. ¿Señale el nivel de dolor actual que presenta?

1-3 3-7 7-10

5. ¿Cuál cree usted que es la causa de su dolencia?

Sobreuso Calzado inadecuado Otros

6. ¿Realiza usted las actividades de la vida diaria con normalidad?

SI NO

7. ¿Al presentarse su dolencia se ha tratado con fisioterapia?

SI NO

8. ¿Estaría usted dispuesto a someterse a un tratamiento con movilidad por fricción transversa profunda?

SI NO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 4

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

ENCUESTA FINAL

OBJETIVO: Estipular la aceptación de la técnica de Movilidad por Fricción Transversa Profunda por parte de la población

INSTRUCTIVO:

- ❖ Procure ser lo más objetivo y veraz
- ❖ Seleccione solo una de las alternativas propuestas

DATOS ESPECÍFICOS

1. ¿Persiste el dolor?

SINO

2. ¿Los efectos son visibles en menor tiempo?

SI NO

3. ¿Continuaría con el tratamiento?

SINO

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN