



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

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR  
INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO  
DIRECTO”**

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

**Autora:** Caisa Yupangui, Ana Beatriz

**Tutor:** Dr. Mg. Córdova Velasco, Luis Ernesto

Ambato - Ecuador

Noviembre, 2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del análisis de caso clínico sobre el tema: **“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO”** de Ana Beatriz Caisa Yupangui, estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2016

## **EL TUTOR**

---

Dr. Mg. Córdova Velasco, Luis Ernesto

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el análisis de caso clínico **“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta de esquema de tratamiento son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2016

## **LA AUTORA**

---

Caisa Yupangui, Ana Beatriz

## **DERECHOS DE AUTOR**

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

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi caso clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mismo 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, Agosto del 2016

## **LA AUTORA**

---

Caisa Yupangui, Ana Beatriz

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico sobre el tema: **“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO”**, de Caisa Yupangui Ana Beatriz, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Noviembre del 2016

Para constancia firman

---

PRESIDENTE/A

---

1er VOCAL

---

2do VOCAL

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias de la Salud y en especial a la Carrera de Terapia Física quienes y junto a sus docentes me han impartido todos los conocimientos para mi vida profesional.

A mis padres María y Rafael quienes siempre me han acompañado a lo largo de toda mi vida estudiantil en mis fracasos y triunfos permitiendo que llegue a cumplir uno de mis sueños, y por hacer de mí una persona de bien.

A mis hermanos gracias por estar presentes en cada evento de mi vida apoyándome siempre y brindándome todo su cariño, su ayuda y sus consejos que han sido de gran ayuda para mí.

De manera especial mi agradecimiento al Patronato Municipal de Amparo Social de la Ciudad de Latacunga, al Hospital Provincial General Latacunga y al Hospital Básico San Agustín por la total apertura hacia sus instituciones y profesionales para la obtención de la información requerida, lo que hizo posible la realización del presente trabajo investigativo.

A mi Tutor el Dr. Luis Córdova Velasco un sincero agradecimiento por orientarme en el campo investigativo y guiar de la mejor manera para el desarrollo de mi trabajo investigativo, logrando que culmine en las mejores condiciones.

Ana B. Caisa Y.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a Dios, por haberme dado la oportunidad de haber llegado a este momento tan importante para mi vida personal y profesional.

A mis padres María y Rafael quienes han sido mi pilar fundamental en mi vida, quienes me han sabido apoyar en los más duros momentos de mi vida y a quienes les debo todo lo que hasta ahora he conseguido.

A mis hermanos quienes me han apoyado y acompañado en mí vivir diario, siempre presentes en mis triunfos y fracasos, en especial a mi ñaño, Viejito que ahora eres nuestro ángel que desde el cielo nos cuidas y nos proteges.

Ana B. Caisa Y.

## ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
DEDICATORIA .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
SUMMARY .....	xiv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
CASO CLÍNICO.....	3
1. TEMA:.....	3
2. OBJETIVOS .....	3
2.1.- Objetivo General:.....	3
2.2.- Objetivos Específicos: .....	3
3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE: .....	4
3.1. Descripción De Las Fuentes De Información .....	4
3.2. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE .....	4
4. DESARROLLO:.....	5
4.1. Descripción Cronológica Y Detallada Del Caso: .....	5



Presentación del caso: .....	5
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO: .....	13
4.2.1. Factores de riesgo biológicos: .....	13
4.2.2. Factores de riesgo por su actividad social:.....	13
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD .....	13
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta: .....	13
4.3.2. Acceso: .....	14
4.3.3. Características de la atención: .....	14
4.3.4. Oportunidades en la remisión:.....	15
4.3.5. Trámites administrativos: .....	15
4.4. Identificación de los puntos críticos:.....	15
4.4.1. Diagnóstico tardío .....	15
4.4.2. Falta de solicitud para la realización de exámenes complementarios .....	19
4.4.3. Incumplimiento de tratamiento por parte de la paciente .....	20
4.4.4. Infección sobre añadida .....	21
4.4.5. Demora en la obtención de un turno .....	22
4.4.6. Demora en la atención en el área de urgencias.....	22
4.4.7. Falta de valoración fisioterapéutica:.....	23
4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA: .....	25
4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO: .....	26
5.- CONCLUSIONES: .....	46
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	47
6.1. BIBLIOGRAFÍA: .....	47
6.2. LINKOGRAFÍA: .....	48
6.3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA:.....	50
ANEXOS .....	51

Anexo 1: Cuestionario para las entrevistas .....	51
Anexo 2: Transferencia .....	55
Anexo 3: Resultado de Resonancia Magnética .....	56
Anexo 4. Patología que se encuentra en los niveles de atención de acuerdo al triage para el servicio de emergencias.....	58
Anexo 5. Autorización para obtener la información .....	61
Anexo 6. Consentimiento informado .....	62
Anexo 7. Oficios de autorización para acceso a las historias clínicas .....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Ejercicios de movilización pasiva para flexo - extensión.....	29
Gráfico 2. Ejercicios de movilización pasiva para eversión e inversión.....	30
Gráfico 3. Ejercicio de contracción isométrica en eversión.....	31
Gráfico 4 Ejercicio de contracción isométrica en inversión. ....	31
Gráfico 5. Ejercicio de contracción isométrica en flexión plantar.....	32
Gráfico 6. Ejercicio de contracción isométrica en flexión dorsal. ....	33
Gráfico 7. Ejercicio recoger una toalla con los dedos.....	33
Gráfico 8. Descarga de peso 25% .....	34
Gráfico 9. Descarga de peso 50% .....	35
Gráfico 10. Descarga de peso del 100% .....	35
Gráfico 11. Ejercicio dinámico en eversión .....	36
Gráfico 12. Ejercicio dinámico en inversión.....	37
Gráfico 13. Ejercicio dinámico en flexión dorsal .....	38
Gráfico 14. Ejercicio dinámico en flexión plantar .....	39
Gráfico 15. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie regular.....	40
Gráfico 16. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular. ....	41
Gráfico 17. Ejercicio de elevación del talón o dedos.....	41
Gráfico 18. Ejercicio de marcha sobre talos y dedos .....	42

Gráfico 19. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios .....	43
Gráfico 20. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios y resistencia. ....	44
Gráfico 21. Ejercicio propioceptivo en apoyo monopodal sobre superficie regular con actividad dinámica.....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Tratamiento fisioterapéutico aplicado en el Patronato Municipal De Amparo Social Latacunga .....	7
TABLA 2. Diagnóstico encontrado en la historia clínica del Centro de Salud Tipo B Patutan. ....	8
TABLA 3. Diagnóstico y prescripción por parte de fisiatría. ....	12
TABLA 4. Reglas de Ottawa .....	19
TABLA 5. Triage en el servicio de emergencia. ....	23
TABLA 6. Oportunidades de mejora: .....	25
TABLA 7. Examen de valoración fisioterapéutica: .....	26

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**

**“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO”**

**Autora:** Caisa Yupangui, Ana Beatriz

**Tutor:** Dr. Córdova Velasco, Luis Ernesto

**Fecha:** Agosto, 2016

**RESUMEN**

El presente análisis de caso clínico, se realiza en una paciente de 24 años de edad que sufre un traumatismo en el tobillo derecho dos años atrás en un accidente de tránsito y fue intervenida quirúrgicamente donde se realiza plastia de ligamento peroneo astragalino anterior por inestabilidad crónica de tobillo.

La plastia tiene por objetivo modificar o reconstruir la estructura deformada, en este caso el ligamento, es un tratamiento quirúrgico poco utilizada para la inestabilidad de tobillo en pacientes que no son deportistas.

La inestabilidad del tobillo que sufre la paciente es una consecuencia de varios factores que contribuyeron a la producción de la misma: el factor biológico debido a una infección cutánea, sus actividades académicas que no permitieron que se realice un tratamiento adecuado, pero también debemos nombrar otros antecedentes que influyeron en la complicación de la patología como son el diagnóstico inadecuado, la falta de exámenes complementarios, la demora en la obtención de un turno para un especialista y sobre todo la falta de información hacia la paciente de la patología que padeció, así como no se realiza el tratamiento fisioterapéutico a tiempo y en forma adecuada.

Para dar un complemento al tratamiento quirúrgico de Plastia de ligamento peroneo astragalino anterior reforzado con el tendón del peroneo lateral corto, se ha propuesto un tratamiento fisioterapéutico basado en ejercicios que ayudarán a ganar mayor estabilidad y equilibrio en la articulación del tobillo.

**PALABRAS CLAVES:** PLASTIA \_ LIGAMENTO, PERONEO, ASTRAGALINO \_ ANTERIOR, ESGUINCE, INESTABILIDAD, TOBILLO, TRATAMIENTO, EJERCICIOS.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**PHYSICAL THERAPY CARRER**

**“PLASTIA LIGAMENT PREVIOUS PERONEAL TALAR ANKLE  
INSTABILITY DUE TO DIRECT TRAUMA”**

**Author:** Caisa Yupangui, Ana Beatriz

**Tutor:** Dr. Córdova Velasco, Luis Ernesto

**Date:** Agosto, 2016

**SUMMARY**

This analysis of clinical case is performed on a patient of 24 years suffering trauma in his right ankle two years ago in a car accident and underwent surgery where plasty fibular ligament anterior talus is by chronic instability ankle.

Plasty aims to modify or rebuild the deformed structure, in this case the ligament is rarely used surgical treatment for ankle instability in patients who are not athletes.

Ankle instability experienced by the patient is a consequence of several factors that contributed to the production of the same: the biological factor due to a skin infection, their academic activities that did not allow appropriate treatment is made, but we must also name other background that influenced the complication of the disease such as improper diagnosis, lack of complementary examinations, the delay in obtaining a turn to a specialist and especially the lack of information to the patient's pathology suffered and not the physical therapy is done on time and properly.

To give an adjunct to surgical treatment of plasty of anterior talar fibular ligament reinforced tendon peroneus brevis, it has proposed a physical therapy based on exercises that help you gain greater stability and balance in the ankle joint.

**KEYWORDS:** PLASTIA \_ LIGAMENT, PREVIOUS, PERONEAL \_ TALUS, SPRAIN, ANKLE, INSTABILITY, TREATMENT, EXERCISES.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por tema “Plastia de ligamento peroneo astragalino anterior por inestabilidad de tobillo a causa de un traumatismo directo”. Para lo cual se analiza el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 24 años de edad, que hace dos años sufrió un accidente de tránsito en donde se lesiona el tobillo derecho acude al servicio de emergencia de una Institución Pública de Salud donde le recetan analgésicos para el dolor y reposo. Al mes del accidente acude a un médico particular donde le diagnostica un esguince grado II y le prescribe fisioterapia, antiinflamatorios para el dolor y el uso de una órtesis (tobillera).

Siete meses posterior al accidente acude a una Institución Pública de Salud por persistir el dolor, inflamación e impotencia funcional del tobillo derecho, en donde se le diagnostica una diastasis tibioperonea, se le prescribe la utilización de un vendaje durante cinco días y fisioterapia por un mes.

Desde Julio del año 2015 recibe atención médica en una Institución Pública de Salud donde le diagnostican un esguince crónico de tobillo derecho, se le prescriben rehabilitación por un mes con el cual no se encuentra mejoría en la patología por lo que deciden realizarle exámenes complementarios, una Rx de tobillo y resonancia magnética en donde se identifica una distensión de los ligamentos laterales externos del tobillo derecho, junto con este resultado y la clínica que presenta la paciente se le diagnóstica como inestabilidad crónica de tobillo derecho por lo que se decide realizarle una plastia para corregir la inestabilidad.

La plastia es una intervención quirúrgica que tiene por objetivo modificar o reconstruir la estructura deformada, es poco utilizada para el tratamiento de la inestabilidad del tobillo en pacientes que no son deportistas, siendo esta su característica principal.

La investigación de este tema tiene por interés académico y profesional conocer la intervención médica y fisioterapéutica que recibió la paciente desde el episodio desencadenante del esguince de tobillo y por lo que se realiza la plastia, tomando en cuenta que la presentación clínica del esguince de tobillo generalmente es aguda y se la puede resolver con un adecuado tratamiento inicial.



El proceso investigativo propuesto, se caracteriza por ser una investigación exploratoria, con base en recolección de información de las historias clínicas y entrevistas hacia la paciente y el personal médico, cuya información será cualitativa y al mismo tiempo descriptiva y explicativa, porque se describirá cada serie de hechos que se dieron para que se produzca la plastia del ligamento peroneo astragalino anterior.

La limitación que se encontró en la investigación es la demora en la obtención de información de las historias clínicas y la información no detallada que se encuentran en las mismas.

## CASO CLÍNICO

### 1. TEMA:

“PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO”

### 2. OBJETIVOS

#### 2.1.- Objetivo General:

Analizar las razones para la realización de una plastia de ligamento peroneo astragalino anterior por inestabilidad crónica de tobillo producto de un traumatismo directo.

#### 2.2.- Objetivos Específicos:

- Determinar los criterios clínicos para la realización de una plastia del ligamento peroneo astragalino anterior.
- Identificar los puntos críticos que se encuentran en el desarrollo del presente caso.
- Proponer un tratamiento fisioterapéutico adecuado para la paciente con plastia de ligamento peroneo astragalino anterior.

### **3. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE:**

#### **3.1. Descripción De Las Fuentes De Información**

La información se obtuvo de las Historias Clínicas, con la respectiva autorización de la paciente, las mismas que me fueron facilitadas por el Hospital Provincial General de Latacunga, el Hospital Básico San Agustín, el Patronato Municipal de Amparo Social de Latacunga y el Centro de Salud Tipo B de Patutan.

En las historias clínicas se encontró información parcialmente detallada, por lo que se acude directamente a los servicios donde fue atendida la paciente durante su tratamiento tal es el caso del servicio de cirugía y el área de rehabilitación, en los cuales me fue facilitada la información respectiva.

#### **3.2. IDENTIFICACIÓN Y RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN NO DISPONIBLE**

Para la recopilación de información que no se encontraba detallada en las historias clínicas de la paciente, se realiza entrevistas con preguntas formuladas tanto para la paciente como para el equipo multidisciplinario. (Anexo 1)

Las entrevistas se realizan de forma verbal, basándose en preguntas planteadas por la investigadora para la obtención de datos importantes y relevantes; las cuales permitieron obtener información omitida o no detallada en las historias clínicas.

- Al realizar la entrevista a la paciente se obtiene información cronológica desde el inicio del esguince, mencionando también como fue la atención que recibió en cada una de las casas de salud, se encuentran datos importantes como es la transferencia que se le

realiza desde el Centro De Salud Tipo B de Patutan al Hospital Provincial General De Latacunga (Anexo 2) y el informe de la resonancia magnética (Anexo 3).

La paciente nos hace referencia que se demora seis meses en recibir atención en el Hospital Provincial General De Latacunga por la transferencia realizada desde el centro de salud y posterior a este tiempo la paciente tiene que salir fuera de la ciudad por sus actividades académicas por un periodo de seis meses, por lo que en realidad se demora un lapso de un año para recibir atención.

- En la entrevista realizada al médico tratante me supo manifestar que en el momento de la cirugía se evidenció que los ligamentos externos del tobillo se encontraban ya rotos por lo que la plastia de los ligamentos se las reforzó con el tendón del peroneo lateral corto, para ayudar a una mejor estabilidad del tobillo.
- En la entrevista al fisioterapeuta se halla información del estado físico en que la paciente empieza el tratamiento fisioterapéutico, como ha ido evolucionando y cuál es el estado actual de la paciente.

#### **4. DESARROLLO:**

##### **4.1. Descripción cronológica y detallada del caso:**

###### **Presentación del caso:**

El presente caso clínico, se trata de una paciente de 24 años de edad, nacida en la provincia del Cañar, residente de Latacunga en la Ciudadela Maldonado Toledo, de ocupación estudiante, estado civil soltera, instrucción de tercer nivel, lateralidad diestra, raza mestiza, tipo de sangre O Rh positivo, de religión católica.

Antecedentes patológicos personales: No refiere

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre con Hipertensión arterial

Hábitos:

- Alimentación: 3 veces al día, dieta equilibrada.
- Micción: 2 veces al día
- Defecación: 1 vez al día
- Tabaco: No refiere
- Alcohol: Bebedora social, sin llegar a la embriaguez.

Condición socio-económico: vivienda de construcción mixta, cuenta con tres habitaciones, una sala y un comedor, la misma que comparte con sus padres, cuenta con todos los servicios básicos, ingreso económico bajo, actualmente depende de sus padres.

Paciente refiere que el 24 de septiembre del 2013 sufre accidente de tránsito en el cual se lesiona el tobillo derecho, es revisada por el servicio de emergencia del sector, los cuales no encuentran ninguna lesión de importancia y deciden enviarla a su domicilio, el mismo día del accidente por la noche comienza con dolor e inflamación en el tobillo, impidiendo la deambulación, por lo que familiar (padre) decide llevar a la paciente al servicio de emergencia de una Institución Pública de Salud, donde es atendida después de dos horas de espera por el personal médico de turno donde envían analgésico (Ibuprofeno) por siete días y reposo.

El 07 de octubre del 2013 la paciente acude a un médico particular, debido a que persiste las molestias en el tobillo derecho, donde se le diagnostica con esguince de tobillo grado II, por lo que médico prescribe tobillera autoajustable, analgésicos y fisioterapia por un mes.

Paciente manifiesta que con la utilización de la tobillera su sintomatología mejora y siente mayor estabilidad en su tobillo por lo que no se realiza el tratamiento fisioterapéutico.

El 02 de diciembre del 2013 acude a cita médica en el servicio de traumatología de una Institución Pública de Salud, al examen físico presenta dolor, edema, hematoma y marcha antálgica, es diagnosticada con esguince de tobillo

derecho, donde se prescribe fisioterapia y la utilización de zapatos con taco magnolia y es remitida al Servicio de Rehabilitación de la misma institución al cual no acude debido a que el servicio solo atiende en la mañana y en ese momento la paciente se encontraba estudiando en la Universidad por lo que el horario no le permitía acudir.

El 03 de Abril del 2014 es valorada en el área de Rehabilitación de una Institución Pública de Salud, presentando al examen físico: marcha antálgica e inflamación en el maléolo externo, además se detecta la presencia de una infección cutánea (ojo de pescado) en la planta del pie en el tercio anterior y se recomienda que sea extraído por un especialista, después de su valoración se diagnostica con esguince crónico de tobillo derecho.

El tratamiento que recibe la paciente es la utilización de un vendaje durante cinco días, acudir a terapia durante 4 semanas las dos primeras semanas todos los días y los siguientes pasando un día.

El tratamiento fisioterapéutico que se le realiza a la paciente:

**TABLA 1.** Tratamiento fisioterapéutico aplicado en una Institución Pública de Salud.

<b>TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO APLICADO EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE SALUD</b>	
<b>FECHA</b>	<b>TRATAMIENTO</b>
03/04/2014	Compresa química caliente + ultrasonido + onda corta
07/04/2014	Compresa química caliente + laser + terapia especial
08/04/2014	Compresa química caliente + electroestimulación + onda corta
09/04/2014	Compresa química caliente + electroestimulación + ultrasonido
10/04/2014	Compresa química caliente + electroestimulación + gimnasio
14/04/2014	Compresa química caliente + onda corta
15/04/2014	Compresa química caliente + onda corta

16/04/2014	Compresa química caliente + laser
17/04/2014	Compresa química caliente + laser
21/04/2014	Compresa química caliente + gimnasio
24/04/2014	Compresa química caliente + ultrasonido
02/05/2014	Compresa química caliente + ultrasonido + magnetoterapia
05/05/2014	Compresa química caliente + ultrasonido + magnetoterapia
06/05/2014	Compresa química caliente + gimnasio
15/05/2014	Compresa química caliente + onda corta
21/05/2014	Compresa química caliente + terapia especial
23/05/2014	Hidromasaje + gimnasio

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

El 14 de Abril del 2014 acude a médico particular (dermatólogo) para la extracción de la lesión cutánea (ojo de pescado), que presentaba de 5mm de diámetro.

Desde el 16 de septiembre del 2014 acude al Centro De Salud al cual pertenece según su lugar de residencia:

Los diagnósticos encontrados en los registros de la historia clínica son:

**TABLA 2.** Diagnóstico encontrado en la historia clínica del Centro de Salud.

<b>DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS EN HISTORIA CLÍNICA</b>
---

FECHA	DIAGNOSTICO
16/09/2014	Cefalea (R52), Rinosinusitis (J01)
23/09/2014	Migraña (G43)
02/10/2014	Dolor crónico de muñeca (S60.2)
07/10/2014	Dolor crónico de muñeca (S60.2)
12/11/2014	Dorsalgia (M54.9), Contractura muscular (M674)
01/03/2015	Faringo amigdalitis Aguda (J039), Lumbalgia (M595), Micosis superficial (B36.9)
10/04/2015	Cefalea postraumática crónica (G443)

**Fuente:** Historias clínicas de la paciente

Como se observa en la tabla anterior en el centro de salud no se encuentra ningún diagnóstico relacionado con la patología de tobillo a pesar que la paciente refiere que si ha manifestado por varias ocasiones sus síntomas en el tobillo como son dolor e inflamación que se presenta por lo general en la noche o después de realizar sus actividades.

Al realizar la entrevista a la paciente se encuentra el informe de TRANSFERENCIA que se realiza el 23 de septiembre del 2014 desde el Centro De Salud hacia una Institución Pública de Salud para consulta externa en el área de Traumatología en el cual se refiere lo siguiente:

- Motivo de la referencia: Falta de profesional
- Resumen del cuadro clínico: Paciente que hace un año aproximadamente presenta accidente de tránsito tras lo cual presentó luxación de pie derecho acude a médico particular quien refiere ruptura de ligamento.
- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos: Pie derecho doloroso a la palpación.
- Diagnóstico: Trauma pie derecho.

La paciente nos hace referencia que se demora seis meses en recibir atención en una Institución Pública de Salud por la transferencia realizada desde el centro de salud y posterior a este tiempo la paciente tiene que salir fuera de la



ciudad por sus actividades académicas por un periodo de seis meses, por lo que en realidad se demora un lapso de un año para recibir atención.

Desde el 17 de Junio del 2015 recibe atención en una Institución Pública de Salud, en donde refiere que debido al accidente tiene constante dolor en tobillo derecho, se le prescribe Amitriptilina (21) 1tab c/12h + ibuprofeno 400 mg 1tab c/8h.

El 24 de junio del 2015 se realiza chequeo médico en el área de traumatología de una Institución Pública de Salud en donde refiere dolor de pie derecho, se le diagnóstica con esguince crónico de tobillo y se prescribe: 1.- Rx AP y lateral de tobillo derecho, 2.- Rx AP con varo forzado compensativo, 3.- Resonancia magnética de tobillo derecho.

El 30 de junio del 2015 acude al área de Rehabilitación física de una Institución Pública de Salud, donde describen lo siguiente: paciente de 23 años de edad que sufre de esguince de tobillo derecho por accidente de tránsito, realiza terapia en Patronato Municipal por 1 mes 15 días. Al momento refiere dolor, edema de pie en parte distal en peroneo. Es diagnosticada con esguince crónico de tobillo derecho y se prescribe: tobillera por 30 días con vendaje en 8, parafina, fortalecer músculos tibiales, rehabilitación por 10 días.

El 23 de julio del 2015 es atendida en el área de Traumatología de Institución Pública de Salud, acude con resultados de exámenes: Rx no se evidencia ninguna lesión y en la resonancia magnética presenta distensión de ligamentos externos (peroneo astragalino anterior y posterior, peroneo largo), con edema perilesional asociado. El diagnóstico es esguince crónico de tobillo, se le envía a realizar los siguientes exámenes: 1.- Exámenes de laboratorio BH, EMO, TP, TTP, Química sanguínea.

El 26 de agosto del 2015 acude a cita médica por consulta externa al área de Traumatología, acude con exámenes en donde no se presenta ninguna alteración. Con el cual se le realiza un parte operatorio e ingreso a traumatología.

La solicitud de internación para el servicio de Traumatología se lo realiza para el día 31 de Agosto del 2015, con el diagnóstico provisional de Inestabilidad de tobillo derecho.

En el chequeo pre quirúrgico: Paciente femenina de 23 años con diagnóstico de inestabilidad de tobillo derecho, al momento estable, no refiere antecedentes patológicos, alergias, la operación propuesta es plastia de peroneo lateral corto, sin riesgo para la cirugía.

El 01 de septiembre del 2015 a las 14h:15minutos paciente baja a quirófano, consiente, orientado, fascies rosadas, mucosas orales semi húmedas, abdomen suave a la palpación con insumos completos e historia clínica completa, se envía placas de Rx y resonancia magnética, se le realiza procedimiento quirúrgico de plastia de ligamentos externos reforzados con el tendón peroneo lateral corto.

El 3 de septiembre del 2015 es enviada a su domicilio con el alta médica: ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas por cuatro días, cefazolina 500 miligramos cada 6 horas vía oral por siete días, control médico en 15 días.

El 7 de septiembre del 2015 acude a cita médica a consulta externa de traumatología de una Institución Pública de Salud, paciente de 23 años, femenina que hace 8 días se realiza plastia de peroneo lateral corto, se evidencia en herida quirúrgica un punto necrótico y flictenas. El diagnóstico de inestabilidad de tobillo y su prescripción: 1.- Diclofenaco de 75 mg intramuscular en este momento, 2.- Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 5 días.

El 19 de octubre del 2015 se remite a la paciente a fisioterapia desde traumatología.

El 10 de noviembre del 2015 acude a cita médica por consulta externa al servicio de traumatología de una Institución Pública de Salud, presenta inflamación e infección a nivel de herida quirúrgica. Se prescribe 1.- Limpieza de herida quirúrgica, 2.- Suspensión temporal de rehabilitación hasta eliminar la infección, 3.- Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 5 días.

El 31 de diciembre del 2015 acude a cita médica en el servicio de Traumatología donde refiere: Paciente de 24 años que acude a control post

cirugía de tobillo. Diagnóstico: plastia de peroneo corto e inestabilidad de tobillo derecho. Prescripción: 1.- Continuar fisioterapia, 2.- Control en 1 mes, 3.- Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 7 días, 4.- Omeprazol 20 mg 1 diaria por 10 días.

La paciente acude al servicio de fisiatría de una Institución Pública de Salud en donde recibe los siguientes diagnósticos y prescripciones:

**TABLA 3.** Diagnóstico y prescripción por parte de Fisiatría.

<b>FECHA</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>PRESCRIPCIÓN</b>
<b>20/10/2015</b>	Rigidez postraumática de tobillo derecho por esguince crónico de tobillo operado.	Magneto Masajes Ejercicios
<b>06/11/2015</b>	Rigidez postraumática de tobillo derecho por fractura de maléolo peroneo operado	Parafina Masajes evacuativo Ejercicios
<b>30/11/2015</b>	Rigidez postraumática de tobillo derecho por fractura de maléolo peroneo operado	Laser Compresas Ejercicios
<b>15/12/2015</b>	Rigidez postraumática de tobillo derecho por fractura de maléolo peroneo operado	Parafina Masajes evacuativo Ejercicios
<b>06/01/2016</b>	Rigidez postraumática de tobillo derecho por fractura de maléolo peroneo operado	Parafina Ejercicios

**Fuente:** Historia clínica de la paciente

En el área de rehabilitación manifiestan que se le aplica el tratamiento de acuerdo a la prescripción por parte de fisiatría y de 10 sesiones por cada fecha que es enviada al servicio.

Actualmente la paciente ha sido dada de alta por parte del servicio de Rehabilitación y de Fisiatría de la Institución Pública de Salud.

## **4.2.DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO:**

### **4.2.1. Factores de riesgo biológicos:**

- La lesión cutánea tipo ojo de pescado que padeció la paciente durante el comienzo del proceso de esguince crónico de tobillo derecho, es un factor agravante para que se dé la patología, ya que influye en la marcha antálgica que presenta la paciente por el dolor que esta provocaba durante la misma.
- La infección de la herida que se dio después de la cirugía (al mes) y por lo que se suspende el tratamiento fisioterapéutico con lo cual se demoró la recuperación de la paciente.

### **4.2.2. Factores de riesgo por su actividad social:**

- Los viajes que la paciente realiza debido a sus actividades académicas las cuales impidieron que se realice un adecuado tratamiento para el esguince de tobillo y con lo cual se llegó a la complicación de una inestabilidad del mismo y por ende a la plastia de ligamento peroneo astragalino anterior.

## **4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:**

**Hospital Provincial General De Latacunga:** La paciente tuvo una atención mediata ya que tuvo que esperar dos horas para ser atendida por el servicio de emergencia el mismo día del accidente y una atención tardía debido a que esperó seis meses para que se le diera un turno para consulta externa en el área de traumatología, por la transferencia que fue realizada desde el Centro de Salud Tipo B Patutan.

**Hospital Básico San Agustín:** La paciente tuvo una atención inmediata por ser una consulta privada.

**Patronato Municipal De Amparo Social De Latacunga:** La paciente tuvo una atención oportuna por los turnos obtenidos para las interconsultas que fueron otorgados para el mismo día.

**Centro de Salud tipo B Patutan:** La paciente tuvo una atención inmediata ya que el turno se lo obtuvo por el Call Center y le dieron para el siguiente día.

#### **4.3.2. Acceso:**

Sin dificultad alguna para el acceso a las diferentes casas de salud, contando con el transporte y una llegada inmediata.

#### **4.3.3. Características De La Atención:**

**Hospital Provincial General De Latacunga:** Paciente refiere que la atención fue demorada en el servicio de emergencia tuvo que esperar dos horas para ser valorada y la atención fue de mala calidad debido a que el médico que le atendió no le brinda la información adecuada y necesaria, no se le realizó exámenes complementarios.

**Hospital Básico San Agustín:** La paciente califica la atención como excelente, expone haber sido recibida por médico especialista en traumatología, quien solicitó los exámenes pertinentes según la lesión e inmediatamente se le dio un diagnóstico y tratamiento adecuado.

**Patronato Municipal De Amparo Social De Latacunga:** La paciente refiere haber tenido una atención excelente en la consulta, fue atendida por el médico especialista quien le da una atención amable refiere sobre todo a que le dieron la información necesaria.

La atención en el área de rehabilitación de esta institución es calificada por la paciente como excelente, refiere haber recibido una mejoría física y emocional por el buen ambiente de atención que se percibía en el centro.

**Centro de Salud tipo B Patutan:** La paciente refiere una buena atención por parte del médico general, ya que al valorarla se dio cuenta que la paciente necesitaba de un especialista y de exámenes complementarios que no se disponen en el centro de salud por lo que decide darle la transferencia al Hospital Provincial General De Latacunga.

#### **4.3.4. Oportunidades en la remisión:**

- En primera instancia no se cumple ya que no es remitida a un médico especialista ya sea un traumatólogo o fisiatra quienes le hubiesen realizado una valoración integral y exámenes complementarios que ayuden a un diagnóstico acertado con un tratamiento oportuno. Después de la cirugía del tobillo no se le remite inmediatamente al área de rehabilitación por lo que demora la recuperación de la paciente.

#### **4.3.5. Trámites administrativos:**

Los trámites administrativos de transferencia desde el Centro de Salud Tipo B Patutan hacia el Hospital Provincial General De Latacunga fueron demorados para agendar el turno demorándose seis meses para la obtención del mismo.

Los trámites de hospitalización en el área de traumatología fueron oportunos y rápidos, no tuvo inconvenientes en recibir los papeles que le fueron solicitados, la atención fue buena por parte del personal de esta área.

### **4.4. Identificación de los puntos críticos:**

#### **4.4.1. Diagnóstico tardío**

El pie y el tobillo sufren frecuentemente lesiones, que conllevan a la morbilidad a largo plazo, presentándose con mayor frecuencia en deportistas jóvenes, en caídas o accidentes de tráfico, que muchas veces pasan desapercibidas.

Según el Ministerio de Salud Pública, los protocolos de atención establecidos para el manejo por emergencias médicas en pacientes que han sufrido traumatismo en sus extremidades son los siguientes:

**4.4.1.1 Anamnesis:** Se evalúa la cinemática del trauma.

**4.4.1.2 Examen Físico:**

- Inspección: Se observara si existen laceraciones, edema, equimosis, heridas, hematomas, exposición de fractura, deformidad, contusiones, angulación, acortamiento, presencia de crepitación, espasmos musculares (pueden no aparecer en pacientes en coma o con lesión medular), hemorragia de intensidad variable. Es fundamental el color y la perfusión de la extremidad a la hora de valorar la viabilidad de la piel y los tejidos. (5)
- Palpación: Se identificará aplastamiento, endurecimientos, crepitaciones, pero sin ejercer una palpación brusca que empeore la lesión. (5)
- En extremidades, palpar todos los huesos largos y los pulsos periféricos. La exploración neurológica y de la sensibilidad nos indicará la posibilidad de una lesión neurológica concomitante. (5)
- Exploración del movimiento: Se tendrá en cuenta el movimiento activo y pasivo; no forzar un movimiento que el paciente no pueda ejecutar por sí mismo. (5)

- Condiciones ambientales: Se tomará el tiempo y grado de exposición a calor o frío, quemaduras, abrasiones, ahogamiento, factores contaminantes, ropas rotas o intactas. (5)
- Hallazgos en el lugar del accidente: Se verificará la posición en la que se encontró al paciente, hemorragia o sangre, deformidad, luxación, movilidad espontánea de extremidades. (5)

#### **4.4.1.3. Exámenes complementarios:**

Según los protocolos de medicina de urgencias y emergencias en los pacientes que han sufrido un trauma y para ayudarse en el diagnóstico se basa en los siguientes exámenes:

- Radiografías: AP y lateral
- Ecos
- Tomografía computarizada
- Resonancia Nuclear Magnética

#### **4.4.1.4. Bajo supervisión del Especialista: Se administrará analgésicos morfínicos siempre y cuando no existan contraindicaciones y el dolor sea muy intenso. (5)**

- Alinear en el eje de la extremidad e inmovilizar el miembro con el fin de reducir el dolor y evitar lesiones ulteriores más graves. Utilice férulas rígidas (cartón, tablillas o yeso) que inmovilicen tanto la articulación proximal y la distal. (5)
- Si el pulso distal es ausente, alinear en el eje e inmovilizar. La adecuada inmovilización puede restaurar el pulso a la extremidad, siempre y cuando el vaso sanguíneo no esté seccionado. (5)
- En caso de luxación o fractura-luxación, se debe traccionar y alinear solo en caso de ausencia de pulso



distal. Esto puede devolver el flujo a los tejidos distales (en traslados prolongados, realizar bajo consulta con especialista de hospital receptor). (5)

#### 4.4.1.5 Tratamiento:

Jiménez Murillo (2015) describe el siguiente tratamiento

- Ortopédico: “Se indicará reposo, elevación del miembro afectado, hielo, vendaje elástico o enyesados y en ocasiones analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos.” (6)
- Según el grado de esguince:
  - “**Grado I.-** Vendaje elástico más hielo, permitiendo a los 3 – 4 días el apoyo progresivo del pie, durante 2 semanas.
  - Grado II.-** Férula enyesada hasta que ceda el edema; posteriormente bota enyesada o strapping (vendaje funcional realizado con tiras de material adhesivo), se mantiene por 3 semanas. Se permite la deambulaci3n con la ayuda de muletas, en funci3n del dolor.
  - Grado III.-** Bot3n de yeso durante 4 semanas. Una vez transcurrido los primeros 10 d3as se permite el apoyo con muletas.” (6)
- Quir3rgicos: “Indicados en deportistas de alta competici3n o en j3venes activos con esguince grado III.” (6)

“La inmovilizaci3n de la extremidad debe diferirse hasta tratar las lesiones que ponen en peligro la vida, pero debe realizarse antes de un traslado”. (6)

“El personal de salud responsable del 3rea de emergencia debe regirse al protocolo establecido tomando en cuenta todos y cada uno de los puntos a seguir, para de esta manera evitar complicaciones a largo o corto plazo,

proporcionando una atención de calidad, un diagnóstico acertado y posteriormente un tratamiento definitivo según el tipo de traumatismo y lesión que presenten”. (6)

#### 4.4.2. Falta de solicitud para la realización de exámenes complementarios

Según los protocolos de medicina de urgencias y emergencias en los pacientes que han sufrido un trauma y para ayudarse en el diagnóstico se basa en los siguientes exámenes:

- Radiografías: AP y lateral
- Ecos
- Tomografía computarizada
- Resonancia Nuclear Magnética

Cuando hablamos de un trauma a nivel de tobillo como es el esguince se debe tomar en cuenta las reglas de Ottawa:

**TABLA 4.** Reglas de Ottawa

<b>Dolor en la zona maleolar y uno o más de los siguientes datos:</b>
Dolor a la palpación a lo largo de los 6cm, distales del borde posterior de la tibia o la punta del maléolo medial.
Dolor a la palpación a lo largo de los 6cm, distales del borde posterior del peroné o la punta del maléolo lateral.
Incapacidad de soportar el propio peso (dar 4 pasos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.
<b>Dolor en la región media del pie y uno o más de los siguientes datos:</b>
Dolor a la palpación de la base del quinto metatarsiano
Dolor a la palpación del hueso navicular

Incapacidad de soportar el propio peso (dar 4 pasos sin ayuda) inmediatamente tras el traumatismo y en urgencias.

**Fuente:** Guía de práctica clínica, diagnóstico y manejo de esguince de tobillo (7)

En los pacientes que cumplan con los criterios de las reglas de Ottawa, el médico debe solicitar radiografías en proyección anteroposterior, lateral y anteroposterior con rotación medial en el tobillo lesionado, según lo revisado en la descripción del caso clínico la paciente cumplía con estos criterios.

#### **4.4.3. Incumplimiento de tratamiento por parte de la paciente**

Al realizar la revisión del caso clínico se encuentra ya con un diagnóstico de esguince de tobillo grado II para lo cual se prescribe analgésicos, rehabilitación y la utilización de una órtesis (tobillera).

A la prescripción de rehabilitación la paciente no lo realiza debido a que con la utilización de la tobillera se mejoraron todos los síntomas y le permitía tener una deambulación normal, también nos hace referencia a que tenía desconocimiento de la patología y que no tuvo la información necesaria de la misma para realizarse el tratamiento fisioterapéutico; es decir que no fue informada por parte de los profesionales del tratamiento específico que debía haber realizado con la cual se podría haberse evitado la inestabilidad y en sí la plastia del ligamento peroneo astragalino anterior, por lo que la paciente continuo con sus actividades normalmente.

Se argumenta este punto crítico al basarnos en el artículo 5 de derecho a la información que tiene el paciente por parte del profesional de salud:

**Art. 5.- Derecho a la información.-** “Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros

responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia”. (8)

#### **4.4.4. Infección sobre añadida**

La infección sobre añadida que padeció la paciente en el proceso de su patología fue una lesión cutánea de ojo de pescado.

El ojo de pescado conocido también como clavo o heloma, es una forma de presentación del callo plantar, posee el aspecto de una tachuela con una cabeza amplia y una punta central.

Produce por una reexaltación del tejido muerto, crecen endofíticamente debido a la presión que ejerce el peso del cuerpo, se encuentran rodeadas por un collar hiperqueratósico doloroso a la presión central, presentan un color blanco – amarillento con zonas hemorrágicas, dolorosas a medida que van creciendo.

En algunos casos llega a ser muy dolorosa, llegando incluso a dificultar o impedir la deambulación, pueden llegar a ser causa de mal formaciones del aparato locomotor.

El tratamiento que se aplica en la lesión cutánea es eliminar o reducir las causas que los origina es decir reducir la presión a través de la modificación de la biomecánica, utilización de calzado cómodo, en los casos que persista la infección será necesario realizar una extracción quirúrgica.

#### **4.4.5. Demora en la obtención de un turno**

Según el ministerio de Salud Pública, nos dice que el “Reglamento general para el procedimiento de agendamiento de citas médicas de consulta externa” se lo ha definido al agendamiento como un procedimiento por el cual se programa y planifica de manera ordenada la atención requerida en un establecimiento de salud.

Los turnos programados solo requieren un registro (agenda, organizador diario, cuadernos por especialidad, etc.), una persona que los asigne, y un mecanismo para que la población pueda solicitarlos, la cita se lo debe realizar para el día siguiente, o se lo asignara máximo para dentro de una semana o de un mes.

El mecanismo con que actualmente cuenta el MSP es el Call Center a través del cual se agenda las citas de consulta externa del primer nivel. La meta de Agendamiento es de 90% del tiempo médico agendado y 10% de demanda espontanea.

Mediante lo establecido en el Capítulo III. Artículo 4.- De la Agenda Médica y Capacidad Instalada.- Todo establecimiento de salud del Ministerio de Salud Pública, contará con la agenda médica y capacidad instalada, elaborada y actualizada sobre la base de los lineamientos y políticas establecidas por el nivel nacional, que deberá reportarse mensualmente a su respectiva Dirección Distrital de Salud.  
(12)

#### **4.4.6. Demora en la atención en el área de urgencias**

“Nivel de respuesta para urgencias y emergencias: Cada día las Salas de Emergencias/urgencias de los servicios de salud Centros de Salud

y Hospitales, reciben un gran número de usuarios con distintas necesidades de atención en salud. Por esto es indispensable que exista un sistema de ordenamiento, que asegure la atención a los usuarios en función de una priorización clínica y no solamente por orden de llegada, para lo cual se usa el Triage”. (12)

“Triage es un término francés utilizado para seleccionar, escoger o priorizar; es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de clasificación preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias, contribuye a que la atención otorgada al paciente sea eficaz, oportuna y adecuada, procurando con ello limitar el daño y las secuelas, y en una situación de saturación del servicio o de disminución de los recursos de los pacientes más urgentes sean tratados primero. (12)

El triage que se utilizará es el siguiente”:

**TABLA 5.** Triage en el servicio de emergencia.

ESTADO	TIEMPO MÁXIMO	COLOR	PATOLOGIAS
Crítico (Nivel 1)	0 minutos	Rojo	Anexo No 4.1
Emergencia (Nivel 2)	10 minutos	Naranja	Anexo No 1.2
Emergencia (Nivel 3)	1 hora	Amarillo	Anexo No 1.3
Estándar (Nivel 4)	120 minutos	Verde	Anexo No 1.4
No urgente (Nivel 5)	240 minutos	Azul	Anexo No 1.5

**Fuente:** Manual operativo red nacional integrada de servicios de salud red pública integral de salud- red privada complementaria (12)

Las patologías que establecen en cada uno de los niveles se encuentran detalladas en el anexo 4. (12)

#### 4.4.7. Falta de valoración fisioterapéutica:

Al realizar la descripción del caso clínico se pudo determinar que no se le realizó a la paciente un examen físico fisioterapéutico, lo cual es de gran importancia como profesionales, la misma permite identificar en qué condición física empieza él o la paciente la terapia y qué tratamiento o ejercicios se le puede aplicar. Con la valoración inicial hacemos referencia para valorar la evolución de la paciente.

**4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA:**

**TABLA 6.** Oportunidades de mejora:

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>
Atención en el servicio de emergencia	Que se aplique el tiempo de espera de acuerdo al estado clínico que presenta el paciente al momento que acude al servicio de emergencia. Para el cual se debe aplicar el triage que se encuentra establecido por el Ministerio de Salud Pública.
Prescripción inmediata de exámenes Radiológicos previos a una impresión diagnóstica.	Desarrollo de un protocolo de pruebas complementarias en el proceso de recepción de un paciente en el área de emergencia, previa a la valoración del mismo.
Información por parte del profesional hacia él/la paciente.	Informar al paciente acerca del diagnóstico, patología, tratamiento y complicaciones que se pueden presentar, despejando dudas existentes por parte del mismo.
Conocimiento y cumplimiento de los protocolos de atención en el servicio de emergencia.	Hacer uso de los manuales de protocolos de atención del Ministerio de Salud Pública, en los servicios de emergencia de cada unidad de salud, para el beneficio tanto del paciente como del médico de turno.
Falta de profesionales	Debe existir el personal necesario en cada uno de los centros de salud de acuerdo a la demanda de pacientes.
Agendamiento de citas médicas para consulta externa.	Que se cumpla el tiempo establecido para agendar un turno según el Ministerio de Salud Pública, que no debe sobrepasar del mes para la cita solicitada.



Valoración integral del paciente	En todas las áreas que sean atendidos los pacientes se debe realizar un examen físico general para determinar un diagnóstico específico y con ello aplicar un tratamiento adecuado.

**FUENTE:** Ana Caisa – Investigadora

#### 4.6. PROPUESTA DE TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

##### **Propuesta de tratamiento:**

En el análisis del caso se determinó que la paciente presenta una inestabilidad de tobillo tanto mecánica como funcional por que presenta una lesión a nivel de ligamentos laterales externos lo que desemboca una insuficiencia en el funcionamiento de los mecanismos que proporcionan el control neuromuscular a la articulación del tobillo.

Para que se produzca la inestabilidad crónica de tobillo existe una alteración a nivel de la propiocepción, respuesta refleja muscular, equilibrio postural, fuerza en músculos. Estas alteraciones limitan la dinámica y protección del tobillo por lo que llegan a predisponer a esguinces a repetición.

Antes de proponer el tratamiento fisioterapéutico se realiza la valoración a la paciente:

**TABLA 7.** Examen de valoración fisioterapéutica:

<b>Observación:</b>	Presenta cicatriz quirúrgica en la parte lateral de tobillo derecho de +/- 8cm de longitud.
<b>Palpación</b>	No dolor No edema
<b>Goniometría</b>	Flexión plantar: 48° Flexión dorsal: 18° Inversión: 35° Eversión: 23°
<b>Test muscular</b>	Gemelos y soleo: 3 Tibial anterior: 3

	Tibial posterior: 3 Peroneo lateral y corto:4
<b>Equilibrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• STAR EXCURSION BALANCE TEST (SEBT) – Escala de valoración de equilibrio dinámico - Positivo</li> <li>• Prueba de equilibrio flamenco – Escala de valoración estática – positivo.</li> </ul>

**FUENTE:** Ana Caisa – Investigadora

La presente propuesta de tratamiento va enfocado a ganar arcos de movilidad articular, recuperar fuerza muscular, mejorar el control motor y equilibrio en la articulación del tobillo el cual se logrará con la aplicación de ejercicios adecuados para cada uno.

El plan de tratamiento se lo ha dividido en tres fases y se lo realizará en 12 semanas.

Objetivos a corto plazo – Fase I (1 - 2 semanas)

- Disminuir el dolor.
- Relajar la musculatura peronea.
- Reducir la inflamación.
- Mantener la función de las articulaciones no lesionadas.

1. Se minimizará la formación de edema a través de:

- R: Reposo
- H: Hielo
- C: Compresión
- E: Elevación

2. Aplicar de forma periódica compresas frías durante 10 a 30 minutos por 24 a 72 horas.

3. La prevención de una lesión se realizará con la utilización de una tobillera se la utilizará hasta que la paciente sienta seguridad con la articulación del tobillo.

4. La utilización de muletas para la deambulacion con la cual se evitará cargar peso en el tobillo afectado.

5. Laser: Se aplicarán en días alternos, de 8 – 12J/cm<sup>2</sup>, de 15 – 20 seg en cada punto doloroso.

6. Masaje de la musculatura peronea mediante roces superficiales, amasamiento y fricción longitudinales profundos con la cual relajaremos la musculatura.
7. Movilización activas de las articulaciones no lesionadas mediante:
  - Movilizaciones activas de cadera y rodilla: flexión y extensión.

Objetivos a mediano plazo – Fase II (3 – 7 semanas)

- Disminuir el dolor y la inflamación.
  - Favorecer reparación tisular.
  - Recuperar arcos de movilidad y la flexibilidad de la articulación de tobillo.
  - Recuperar control neuromuscular.
  - Restablecer la fuerza y resistencia muscular.
  - Restablecer la función propioceptiva, la agilidad y la coordinación.
1. Se mantendrá la tobillera o el vendaje funcional, durante el día y se lo retira por las noches, se utilizará hasta que la paciente se sienta seguro en la deambulacion.
  2. Termoterapia: compresa química caliente por 15 minutos para relajar musculatura, aumentar vasodilatación y con esto contribuir a la reparación tisular.
  3. Laser: Se aplicarán en días alternos, de 8 – 12J/cm<sup>2</sup>, de 15 – 20 seg en cada punto.
  4. Ejercicios para aumentar arcos de movilidad:
    - a. Ejercicios de flexión dorsal y plantar.

### **Ejercicio 1**

- Posición del paciente: En decúbito supino con los miembros inferiores en extensión y el pie en posición neutra.
- Posición del fisioterapeuta: En bipedestación en posición de paso al pie de la camilla.
- Técnica: El fisioterapeuta toma con su mano próxima por detrás del tobillo y con su mano distal toma el dorso del pie, se le pedirá al paciente que extienda su pie y el fisioterapeuta ayudará a completar

el movimiento; para la flexión dorsal la toma distal se realizará en la planta del pie, se pedirá al paciente que lleve el pie hacia arriba mientras el fisioterapeuta ayudará a completar el movimiento.

**Repeticiones:** Se lo realizará 3 series, de 10 repeticiones y de 2 a 3 veces al día, el límite del movimiento es el dolor.



**Gráfico 1. Ejercicios de movilización pasiva para flexo – extensión**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

b. Ejercicios de eversión e inversión

### **Ejercicio 2**

- Posición del paciente: En decúbito supino con la pierna a tratar extendida y el pie en posición neutra y la pierna contralateral semiflexionada.
- Posición del fisioterapeuta: En bipedestación al final de la camilla en posición de paso, toma con su mano proximal el tobillo del paciente y con su mano distal en el borde externo del pie.
- Técnica: Se le pide al paciente que lleve el pie hacia adentro hasta donde lo pueda realizar, posteriormente el fisioterapeuta ayudará a completar el movimiento manteniendo esta posición por 5 – 10 segundos. Para la eversión de cambia la posición de las manos del fisioterapeuta y se le pedirá que lleve su pie hacia afuera.

**Repeticiones:** se realizará en 5 series de 10 repeticiones, el límite del movimiento será el dolor, de 2 a 3 veces al día.



## **Gráfico 2. Ejercicios de movilización pasiva para eversión e inversión**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

5. Movilización activa de la articulación mediante:
  - a. Movilización pasiva – activas de flexión plantar y dorsal según la tolerancia del paciente.
  - b. Ejercicios isométricos a diversos arcos de movilidad y sin dolor para fortalecer:

### **Ejercicios De Fortalecimiento**

#### **1. Ejercicio de contracción isométrica en eversión**

- Posición del paciente.- Descalzo, sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y los pies apoyados en el piso, ligeramente separados entre sí. El borde externo del pie afectado está colocado junto a la pata de una camilla. Mantiene ambas manos sobre cada lado del asiento.
- Técnica.- Manteniendo el talón en el suelo, el paciente realiza una ligera flexión dorsal. Desde esta posición empuja contra la pata de la mesa con la parte externa del pie manteniendo esta posición durante unos 5 - 10 segundos. (13)



**Gráfico 3. Ejercicio de contracción isométrica en eversión**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

## **2. Ejercicio de contracción isométrica en inversión.**

- Posición del paciente.- Descalzo, sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y los pies apoyados en el piso, ligeramente separados entre sí y paralelos uno respecto al otro. El borde externo del pie afectado está colocado junto a la pata de una camilla. Mantiene ambas manos sobre cada lado del asiento.
- Técnica.- Manteniendo el talón del pie afectado en el suelo el paciente empuja contra la pata de la camilla con la parte interna del pie manteniendo esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 4 Ejercicio de contracción isométrica en inversión.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

## **3. Ejercicio de contracción isométrica en flexión plantar**

- Posición del paciente.- Descalzo, sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90°, el tobillo afectado se colocará en el bozú y el otro se colocará en el piso. Mantiene ambas manos sobre cada lado del asiento.
- Técnica. La paciente empuja con su antepié el bozú hacia abajo intentando realizar una ligera flexión plantar del tobillo sin despegar el talón, manteniendo esta posición durante unos 5- 10 segundos. (13)



**Gráfico 5. Ejercicio de contracción isométrica en flexión plantar**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

#### 4. Ejercicio de contracción isométrica en flexión dorsal

- Posición del paciente.- Descalzo sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y con la planta del pie afectado dirigido hacia delante, apoyada en el suelo. La cara plantar del antepié del lado contralateral queda colocada sobre el dorso del pie afectado. Mantiene ambas manos sobre cada lado del asiento.
- Técnica.- El paciente empuja con el dorso del pie afectado contra la cara plantar del antepié sano, sin despegar la planta del pie del suelo, manteniendo esta posición durante unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 6. Ejercicio de contracción isométrica en flexión dorsal.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**5. Ejercicio recoger una toalla con los dedos.**

- Posición del paciente.- Descalzo, sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y los pies apoyados en el piso, ligeramente separados entre sí y paralelos uno respecto al otro.
- Técnica - Se colocará una toalla en el piso y manteniendo el talón en el suelo, el paciente recoge una toalla con los dedos de los pies, realizar el ejercicio por unos 5-10 segundos. (13)

**Repeticiones.-** Todos los ejercicios se realizan, 5 series de 10 repeticiones, de 2 a 3 veces al día.



**Gráfico 7. Ejercicio recoger una toalla con los dedos.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

6. Pedaleo en bicicleta estática por 15 a 20 minutos.



## 7. Ejercicios isotónicos:

- a. Carga de peso progresivo en la articulación afectada

El paciente descarga peso en su tobillo afectado comenzando con un 25 %, es decir que va a comenzar a pisar al momento de la deambulación.

### **Ejercicio de descarga de peso (25%):**

Posición del paciente.- En bipedestación, frente a una camilla o mesa y con sus manos apoyadas en la misma.

Técnica.- Paciente realiza poco a poco un movimiento basculante lateral del cuerpo.



**Gráfico 8. Descarga de peso 25%**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

En el 50% de carga de peso ya se le retira la una muleta del lado afectado de la articulación.

### **Ejercicio de descarga de peso (50%):**

- Posición del paciente.- En bipedestación, frente a una camilla o mesa y con sus manos apoyadas en la misma.
- Técnica.- Paciente realiza movimientos circulares lentos del cuerpo para ir cargando peso en la parte anterior, anterior externa, anterior interna, posterior, posterior interna y posterior externa.



**Gráfico 9. Descarga de peso 50%**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

En el 100% ya se dejará de utilizar las muletas completamente.

**Ejercicio de descarga de peso (100%):**

- Posición del paciente.- En bipedestación en las paralelas.
- Técnica.- Paciente camina en una línea recta hacia adelante y hacia atrás.



**Gráfico 10. Descarga de peso del 100%**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**Repeticiones.-** Todos los ejercicios se realizan, 3 - 5 series de 10 repeticiones, de 2 a 3 veces al día. El límite de estos ejercicios es el dolor.

b. Ejercicios de fortalecimiento dinámico con bandas elásticas: (13)

**1. Ejercicio dinámico en eversión**

- Posición del paciente.- Descalzo sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y los pies apoyados en el piso ligeramente separados entre sí. Se coloca una banda elástica alrededor del antepié del lado afectado, rodeando su borde externo con la parte media de la banda. Con la planta del otro pie se mantiene la banda pegada al suelo mientras la mano del lado sano sujeta sus dos extremos procurando que la parte superior de la banda quede perpendicular a la apoyada en el suelo. La banda debe colocarse de modo que mantenga una ligera tensión. La otra mano se mantiene sobre la parte lateral del asiento.
- Técnica.- El paciente, manteniendo el talón apoyado en el suelo, realiza un movimiento de eversión contra la resistencia ofrecida por la banda elástica. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 11. Ejercicio dinámico en eversión**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**2. Ejercicio dinámico en inversión**

- Posición del paciente.- Descalzo sentado en una silla sin reposabrazos con las caderas y las rodillas flexionadas 90° y la planta del pie afectado, dirigido hacia delante, apoyada en el suelo. Se coloca una banda elástica alrededor del antepié del lado afectado, rodeando su borde interno con la parte media de la banda. La banda debe colocarse

de modo que mantenga una ligera tensión. La otra mano se mantiene sobre la parte lateral del asiento.

- El fisioterapeuta sostiene la banda elástica.
- Técnica.- El paciente, manteniendo el talón apoyado en el suelo, realiza un movimiento de inversión contra la resistencia ofrecida por la banda elástica. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 12. Ejercicio dinámico en inversión**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

### **3. Ejercicio dinámico en flexión dorsal**

- Posición del paciente: Descalzo sentado cerca del borde anterior del asiento de una silla sin reposabrazos. La rodilla del lado afectado se coloca en extensión y el talón se apoya en el suelo. El tobillo se mantiene en unos 10° de flexión plantar. La cadera y la rodilla de la extremidad inferior no afectada se mantienen flexionadas 90° y la planta del pie apoyada en el suelo. Alrededor del antepié se dan dos vueltas con la parte media de una banda elástica y sus dos extremos quedan unidos mediante una lazada a un objeto fijo y seguro colocado frente al paciente, por delante de la posición del pie. La banda debe colocarse de modo que mantenga una ligera tensión. Mantiene ambas manos sobre cada lado del asiento.

- Técnica.- La paciente realiza un movimiento de flexión dorsal del tobillo contra la resistencia ofrecida por la banda elástica. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 13. Ejercicio dinámico en flexión dorsal**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

#### **4. Ejercicio dinámico en flexión plantar**

- Posición del paciente.- Descalzo sentado cerca del borde anterior del asiento de una silla sin reposabrazos. La rodilla del lado afectado se coloca en extensión y el talón se apoya en el suelo. El tobillo se mantiene en posición de flexo - extensión neutra. La cadera y la rodilla de la extremidad inferior no afectada se mantienen flexionadas 90° y la planta del pie apoyada en el suelo. Con la mano del lado afectado se sujeta una banda elástica por sus dos extremos cuya parte media queda colocada en la cara plantar de la zona media del antepié. La banda se sujeta de modo que mantenga una ligera tensión.
- Técnica.- La paciente realiza un movimiento de flexión plantar del tobillo mientras se ofrece resistencia al tirar con las manos, en sentido contrario, de los dos extremos de la banda elástica. Mantiene esta posición durante unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 14. Ejercicio dinámico en flexión plantar**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**Repeticiones.-** Todos los ejercicios se realizan, 3 - 5 series de 10 repeticiones, de 2 a 3 veces al día. El límite de estos ejercicios es el dolor, se irán progresando de poco a poco la resistencia. (13)

a. Ejercicios de propiocepción:

**1. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie regular.**

- Posición del paciente.- Descalzo y en bipedestación, con ambas rodillas en extensión y las plantas de los pies ligeramente separados entre sí y dirigidos hacia delante. Ambos miembros superiores permanecen colgando, relajados, junto al cuerpo con las palmas de las manos orientadas hacia cada muslo.
- Técnica.- Se flexiona la rodilla del lado no afectado unos 50°, despegando el pie del suelo, sin flexionar ni extender la cadera. La rodilla del lado afectado queda extendida y el pie permanece apoyado. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 15. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie regular.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**2. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular.**

- Posición del paciente.- Descalzo y en bipedestación, con ambas rodillas en extensión y las plantas de los pies, ligeramente separados entre sí y dirigidos hacia delante, apoyadas sobre una superficie irregular, colocada sobre un bozú. Ambos miembros superiores permanecen colgando, relajados, junto al cuerpo con las palmas de las manos orientadas hacia cada muslo.
- Técnica.- Se flexiona la rodilla del lado no afectado unos 50°, despegando el pie del suelo, sin flexionar ni extender la cadera. La rodilla del lado afectado queda extendida y el pie permanece apoyado. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos. (13)



**Gráfico 16. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

#### **b. Ejercicio de elevación del talón o dedos**

- Posición del paciente.- Descalzo y en bipedestación, al frente de la camilla o al frente de las paralelas.
- Técnica.- Se pondrá en talones, elevando los dedos de los pies, posterior cambiaremos a pasar sobre los dedos, elevando los talones. Mantiene esta posición unos 5-10 segundos, en cada una de las posiciones. (13)



**Gráfico 17. Ejercicio de elevación del talón o dedos**  
**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora



c. Ejercicio: Marcha sobre talones y dedos

- Posición del paciente.- Descalzo y en bipedestación.
- Técnica.- Se pondrá en talones, elevando los dedos de los pies, posterior cambiaremos a pasar sobre los dedos, elevando los talones, en cada una de las posiciones el paciente caminará en línea recta de 5 a 10 pasos. (13)



**Gráfico 18. Ejercicio de marcha sobre talos y dedos**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**Repeticiones:** Cada uno de los ejercicios se realizará 2 series de 10 repeticiones por 2 a 3 veces al día, el número de repeticiones y el tiempo en mantener la posición se irán aumentando de acuerdo a la resistencia del paciente y el límite del movimiento será el dolor (13)

8.- Crioterapia: Se aplicará una compresa fría después de las actividades realizadas, por 5 minutos.

Objetivos a largo plazo – Fase III (8 – 12 semanas)

- Prevenir la lesión posterior.
  - Mejorar la fuerza, resistencia y potencia muscular.
  - Incrementar la función propioceptiva, la agilidad y la coordinación.
  - Mejorar las habilidades funcionales. (13)
1. Se puede utilizar el vendaje funcional para ayudar en la fuerza para que el paciente se sienta seguro al realizar la actividad.
  2. Ejercicios de perturbaciones:

El objetivo de estos ejercicios es progresar en el entrenamiento del equilibrio y coordinación (13)

**1. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios.**

- Posición del paciente.- Descalzo en apoyo monopodal sobre el miembro inferior afectado, que mantiene la rodilla en extensión y está colocado sobre una superficie irregular o sobre un bozú. El pie está dirigido hacia delante. La rodilla del lado no afectado está flexionada unos 50° mientras que la cadera está en posición neutra. El miembro superior correspondiente al lado afectado se mantiene con el codo extendido y con el hombro en una posición de ligera abducción y flexión. En esa mano sujeta una pesa de 1 a 3 kilos o una liga. La extremidad superior contralateral permanece relajada, colgando al lado del tronco con la palma de la mano orientada hacia el muslo.
- Técnica.- Paciente mantiene el apoyo monopodal sobre el miembro inferior afectado y se pasa varias veces de una mano a otra, por detrás y por delante del cuerpo, la pesa que sujeta o si está sujetando la liga en fisioterapeuta sostiene el otro extremo con el cual inestabiliza al paciente . (13)



**Gráfico 19. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**2. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios y resistencia.**

- Posición del paciente.- Descalzo en apoyo monopodal sobre el miembro inferior afectado que está colocado sobre una superficie irregular, puede ser sobre un cojín colocado en el suelo, con una ligera flexión de rodilla y de cadera. El pie está dirigido hacia delante. La rodilla no afectada está extendida y el pie apoya en el suelo, también dirigido hacia delante. Alrededor del tobillo no afectado se coloca una banda elástica cuyos dos extremos quedan unidos, a un objeto fijo y seguro, colocado por detrás del paciente. La banda se sujeta de modo que mantenga una ligera tensión. Los miembros superiores están colocados perpendicularmente al suelo, colgando a los lados del tronco con las palmas de las manos dirigidas hacia el muslo.
- Técnica.- Paciente desplaza la extremidad no afectada hacia delante, flexionando ligeramente la cadera y la rodilla, venciendo la resistencia que ofrece la banda elástica para colocar la pierna no afectada a la altura de la que apoya sobre el cojín. Mientras se produce el movimiento la pierna del lado afectado se debe mantener bien apoyada sobre la superficie irregular, sin desplazarse. Los brazos se pueden desplazar ligeramente hacia delante para ayudar al movimiento. (13)



**Gráfico 20. Ejercicio propioceptivo con apoyo monopodal sobre una superficie irregular con desequilibrios y resistencia.**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

### **3. Ejercicio propioceptivo en apoyo monopodal sobre superficie regular con actividad dinámica**

- Posición del paciente.- Descalzo, colocado frente una pared (aproximadamente un metro de distancia de ella), en bipedestación

monopodal con el miembro inferior afectado apoyado sobre el suelo. La rodilla del lado afectado está en extensión y el pie dirigido hacia delante. La rodilla del lado no afectado está flexionada unos 50°, con la cadera en posición neutra, de modo que el pie de ese lado no se apoye sobre el suelo. Sujeta entre las manos, junto al pecho, un balón.

- Técnica.- Paciente realiza lanzamientos repetidos del balón contra la pared y lo recoge mientras mantiene el apoyo monopodal sobre la extremidad afectada. (13)



**Gráfico 21. Ejercicio propioceptivo en apoyo monopodal sobre superficie regular con actividad dinámica**

**Fuente:** Ana Caisa – Investigadora

**Repeticiones.-** Se realizará 2 series de 10 repeticiones por 2 a 3 veces al día, el número de repeticiones se irá aumentando de acuerdo a la resistencia del paciente y el límite del movimiento será el dolor. (13)

En el último ejercicio se realizan 2 a 3 veces al día efectuando 5-10 lanzamientos en cada ocasión.

## **5.- CONCLUSIONES:**

- Los factores que contribuyeron para que se produzca la inestabilidad son: la lesión cutánea (ojo de pescado) que padeció la paciente durante el proceso de esguince

crónico de tobillo, el poco tiempo dedicado al tratamiento fisioterapéutico por los diversos viajes académicos.

- Al analizar el caso clínico se determina que la causa principal para la realización de la plastia fue la inestabilidad crónica de tobillo, complicación que se produjo por la ruptura de los ligamentos laterales externos del mismo debido a que la paciente sufrió un traumatismo directo en el tobillo hace dos años, al cual no se realiza un tratamiento adecuado por lo que se presenta dicha complicación.
- Dentro de los puntos críticos encontramos: el diagnóstico tardío, una infección sobreañadida en el proceso de la patología y sobre todo el incumplimiento del tratamiento fisioterapéutico de la paciente, el mismo que se da por falta de información por parte de los profesionales de la salud hacia la ella.
- El tratamiento fisioterapéutico propuesto para este caso clínico se la divide en tres fases en las cuales los principales objetivos fueron recuperar los arcos de movilidad, fortalecer la musculatura, recuperar equilibrio y estabilidad de la articulación del tobillo para lo cual se propuso una rutina de ejercicios para 12 semanas, los mismos son realizados solo por el paciente bajo la supervisión del fisioterapeuta.

## **6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

### **6.1. BIBLIOGRAFÍA:**

- Arenas. Dermatología atlas, diagnóstico y tratamiento capitulo 165, pag: 803 – 810.. 4th ed. Colombia – santa Fe: Mc Graw Hill; 2009.(9)

- Estrada Malacón C, García Estrada G, Montoya López H. Inestabilidad lateral crónica de tobillo con tratamiento mínimo invasivo con peroneo lateral corto. *Ortopédica Mexicana*. 2013 May; 27(3).(4)
- Guarda. *Dermatología esencial*, pag: 48 – 52. 1st ed. Santiago – Buenos Aires: Mediterraneo; 2010.(10)
- Jiménez Murillo. *Medicina de urgencias y emergencias guía diagnóstica y protocolos de actuación urgencias traumatológicas*, capítulo 171, pag 868 – 869. 5th ed. España: el servier; 2015.(6)
- López D, Agrazar C, Bautista A, Alvarez C. Application of cantharidin, podophyllotoxi, and salicylic acid. *Gac Med Mex*. 2015 Jan; 14(8).(11)
- Paniego, Bilbao , Carrasco , Sotelano , Solari , Miguez. Inestabilidad lateral del tobillo. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 2015 Mar; 1(2).(3)
- Rincón Cardozo DF, Camacho Casas JA, Rincón Cardozo PA, Sauza Rodríguez. Abordaje del esguince de tobillo para el médico general. *Rev. Univ. Ind. Santander*. 2015 Abril; Salud vol.47(1).(2)
- Sánchez Monzó C, Fuertes Lanzuela , Ballester Alfaro JJ. Inestabilidad Crónica de Tobillo. Actualización. *Rev. S. And. Traum. y Ort*. 2015 Jul; 33(19). (1)
- Sedenema. *Guía de Práctica Clínica GPC diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda en el primer nivel de atención*. 1st ed. México, D. F: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud ; 2013.(7)

## 6.2. LINKOGRAFÍAS:

- Alcántara Bumbiedro. bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para la inestabilidad crónica del tobillo. [online].; 2013 [cited 2016 05 3. available from: <http://www.sermeff-ejercicios.org/webprescriptor/bases/basesCientificasEsguinceTobillo.pdf>.(13)

- Congreso Nacional. Ley de derechos y amparo del paciente. [online]. quito; 2006 [cited 2016 06 13. available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.(8)
- 12. msp. red nacional integrada de servicios de salud. [online].; 2013 [cited 2016 05 1. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/07/docbasered100613.pdf>.(12)
- MSP. Protocolos de atención prehospitolaria para emergencias médicas. [Online].; 2011 [cited 2016 05 03. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/protocolos%20de%20atenci%3%93n%20prehospitolaria%20para%20emergencias%20m%3%89dicas.pdf>.(5)

### **6.3. CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA:**

- **PROQUEST:** Van der Windt DAWM, Van der Heijden GJMG, Van den Berg SGM, Ter Riet G, De Winter AF, Bouter LM Tratamiento con ultrasonido para el esguince agudo de tobillo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca



Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). from <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001250>

- **SCIENCEDIRECT:** Bauer T, Hardy P. Aparato Locomotor. Esguinces de tobillo. Elsevier Masson SAS. Vol. 14:792 (2012) 1-11 DOI: 10.1016/S1286-5X(12)60821-Disponible  
en:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1286935X12608211>
- **PROQUEST:** Sanz, D. R. (2008). Incidencia de lesiones en categoría benjamín en una escuela de fútbol/Incidence of injuries in benjamin category in a school of soccer. *Revista Internacional De Ciencias Podológicas*, 2(1), 7-11. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/274191908?accountid=36765>
- **PROQUEST:** Medrano, A. S., Del Pozo, María Del, Carmen P., Fuertes, A. V., & Boix, C. M. (2009). Fijación externa en el pie: Revisión/External fixation in the foot: Review. *Revista Internacional De Ciencias Podológicas*, 3(2), 27-34. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/274151667?accountid=36765>
- **EBSCO:** Ramírez, H., Peñaloza, J., Nieto, E., & Castillo, V. (2008). Estudio Anatómico del Ligamento Deltoideo de la Articulación del Tobillo. (Spanish). *Informe Medico*, 10(5), 15-19.

# ANEXOS

## Anexo 1: Cuestionario para las entrevistas



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**  
**ENTREVISTA AL PACIENTE**



La siguiente entrevista forma parte de una investigación que pretende recolectar datos importantes acerca de la atención y tratamiento efectuado durante el proceso de la patología.

La información recibida será confidencial y de único uso para el investigador del Análisis del caso clínico.

Tiene hábito de consumo de:

Alcohol:

Sí                      No                      Frecuencia: \_\_\_\_\_

Drogas:

Sí                      No                      Frecuencia: \_\_\_\_\_

Tabaco:

Sí                      No                      Frecuencia: \_\_\_\_\_

Ejercicio:

Si                      No                      Frecuencia: \_\_\_\_\_

Qué tipo de ejercicio realiza: \_\_\_\_\_

Ha tenido anteriormente antecedentes de traumatismo de tobillo?

\_\_\_\_\_

Hace que tiempo comenzaron las molestias y cuales son:?

\_\_\_\_\_

Como fue el mecanismo de lesión del tobillo?

\_\_\_\_\_

Conocía su diagnóstico?

\_\_\_\_\_

Como fue su tratamiento en relación a su diagnóstico?

\_\_\_\_\_

Utilizó aparatos ortopédicos y por cuanto tiempo los utilizó?

---

Por cuánto tiempo se realizó el tratamiento fisioterapéutico antes y después de la cirugía?

Antes: \_\_\_\_\_

Después: \_\_\_\_\_

Le explicaron cuál era su cuadro clínico motivo por el cual ingresó al Hospital?

---

Que exámenes le realizaron y cuando le realizaron?

---

Cómo se siente con el tratamiento de fisioterapia recibido hasta el momento actual?

---

Conocía las consecuencias de no realizarse adecuadamente en tratamiento de esguince de tobillo?

---

Cómo fue el trato de todos los profesionales que le atendieron en las diferentes casas de salud?

---

Cuánto tiempo se demoró para agendar los turnos en los diferentes centros que se hizo atender?



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**  
**ENTREVISTA AL MÉDICO TRATANTE**



La siguiente entrevista forma parte de una investigación que pretende recolectar datos importantes acerca de la atención y tratamiento que se le dio a la paciente con diagnóstico de inestabilidad de tobillo.

La información recibida será confidencial y de único uso para el investigador del Análisis del caso clínico.

En qué condiciones ingreso la paciente al servicio de traumatología?

---

Qué pruebas de valoración se le realizó a la paciente con inestabilidad de tobillo?

---

Cuál fue el diagnóstico inicial?

---

Cuál fue el tratamiento inicial que recibió la paciente?

---

En que circunstancia se realiza: plastia de ligamento peroneo astragalino anterior?

---

Qué procedimiento quirúrgico se le realizo a la paciente?

---

En qué porcentaje se da la plastia de ligamento peroneo lateral corto en el servicio de traumatología y en que paciente se presenta más?



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FÍSICA**  
**ENTREVISTA AL FISIOTERAPÉUTA**



La siguiente entrevista forma parte de una investigación que pretende recolectar datos importantes acerca del plan de tratamiento efectuado durante las sesiones de fisioterapia de la paciente con diagnóstico de “Plastia de ligamento peroneo astragalino anterior por inestabilidad de tobillo”.

La información recibida será confidencial y de único uso para el investigador del Análisis del caso clínico.

En qué condiciones ingresó la paciente al servicio de rehabilitación?

---

Qué pruebas de valoración se le realizó a la paciente?

---

Cuál fue el diagnóstico inicial?

---

Cuál fue el tratamiento inicial que recibió la paciente?

---

En cuantas sesiones comienza a encontrar alivio el paciente con esguince de tobillo?

---

Porqué se llega a dar una inestabilidad de tobillo?

---

Que aparatos ortopédicos se recomiendan para la recuperación del paciente con esguince de tobillo y por qué?

---

## **Anexo 2: Transferencia**

En el informe de TRANSFERENCIA se detalla lo siguiente:

- Motivo de la referencia: Falta de profesional

- Resumen del cuadro clínico: Paciente que hace un año aproximadamente presenta accidente de tránsito tras lo cual presentó luxación de pie derecho acude a médico particular quien refiere ruptura de ligamento.
- Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos: Pie derecho doloroso a la palpación.
- Diagnóstico: Trauma pie derecho.

### **Anexo 3: Resultado de Resonancia Magnética**

Al revisar los resultados del examen se encuentra el siguiente informe:

Se realizan cortes sagitales y coronales en secuencias T1, T2 Y DP FAT SAT, observándose:

Configuración y posición normales de los componentes óseos de la articulación del tobillo con su pinza maleolar desarrollada correctamente.

Señal de la médula ósea normal, con trama trabecular regular. Líneas epifisarias e interlínea articular normales.

Cortical de grosor adecuado y contorno liso, especialmente a nivel de las superficies articulares de la tibia y el astrágalo.

Según trayecto e intensidad de la emisión de señal, representación correcta de los ligamentos internos. Las articulaciones astrágalo – calcánea y astrágalo – escafoides son normales.

Ligamento peroneo astragalino posterior hipointenso con liquido perilesional.

Ligamento peroneo astragalino anterior hipointenso y engrosado.

Ligamento peroneo largo hipointenso y tortuoso, sin señales de ruptura.

El tendón de Aquiles es normal según su trayecto, grosor y emisión de señal. El tejido graso preaquíleo está libre.

### **CONCLUSIÓN:**

Distensión de ligamentos externos (peroneo astragalino anterior y posterior, peroneo largo), con edema perilesional asociado.



## Anexo 4. Patología que se encuentra en los niveles de atención de acuerdo al triage para el servicio de emergencias.

### Anexo No 4.1

#### LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación – Shock Trauma.

1. Paro Cardiorespiratorio.
2. Dolor Torácico Precondial de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
3. Dificultad respiratoria (evidenciada por polipnea, taquipnea, tiraje, sibilantes, estridor, cianosis)
4. Shock (Hemorrágico, cardiogénico, distributivo, obstructivo)
5. Arritmia con compromiso hemodinámico de posible origen cardiogénico con o sin hipotensión.
6. Hemorragia profusa.
7. Obstrucción de vía respiratoria alta.
8. Inestabilidad Hemodinámica (hipotensión / shock / crisis hipertensiva).
9. Paciente inconsciente que no responde a estímulos.
10. Paciente con trauma severo como:
  - Víctima de accidente de tránsito.
  - Quemaduras con extensión mayor del 20%.
  - Precipitación.
  - Dos o más fracturas de huesos largos proximales.
  - Injurias en extremidades con compromiso neurovascular.
  - Herida de bala o arma blanca.
  - Sospecha de traumatismo vertebro medular.
  - Evisceración.
  - Amputación con sangrado no controlado.
  - Traumatismo encéfalo craneano.
11. Status Convulsivo.
12. Sobredosis de drogas o alcohol más depresión respiratoria.
13. Ingesta de órgano fosforados, ácidos, álcalis, otras intoxicaciones o envenenamientos.
14. Signos y síntomas de abdomen agudo con descompensación hemodinámica.
15. Signos y síntomas de embarazo ectópico roto.
16. Signos vitales anormales:
  - **ADULTO**
    - Frecuencia Cardíaca < 50 x min.
    - Frecuencia Cardíaca > 150 x min.
    - Presión Arterial Sistólica < 90 mmHg.
    - Presión Arterial Sistólica > 220 mmHg.
    - Presión Arterial Diastólica > 110 mmHg ó 30 mmHg por encima de su basal.
    - Frecuencia Respiratoria > 35 x min.
    - Frecuencia Respiratoria < 10 x min.
  - **PEDIÁTRICO**
    - **Lactante**
      - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
      - Frecuencia Cardíaca ≥ 200 x min.
      - Presión Arterial Sistólica < 60 mmHg.
      - Frecuencia Respiratoria ≥ a 60 x min. (hasta los 2 meses).
      - Frecuencia Respiratoria ≥ a 50 x min (desde los 2 meses al año)
      - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.
    - **Pre Escolar**
      - Frecuencia Cardíaca ≤ 60 x min.
      - Frecuencia Cardíaca ≥ 180 x min.
      - Presión Arterial Sistólica < 80 mmHg.
      - Frecuencia Respiratoria > a 40 x min. (sin fiebre).
      - Saturación de oxígeno ≤ a 85%.
17. Suicidio frustrado.
18. Intento suicida.
19. Crisis de agitación psicomotora con conducta heteroagresiva.
20. Problemas específicos en pacientes pediátricos.
21. Intoxicaciones por ingesta o contacto.
22. Períodos de apnea.
23. Cambios en el estado mental: letargia, delirio, alucinaciones, llanto débil.
24. Deshidratación con Shock: Llenado capilar mayor de tres segundos.
25. Sangrado: Hematemesis, sangrado rectal, vaginal, epistaxis severa.
26. Quemaduras en cara o más del 10% de área corporal.
27. Quemaduras por fuego en ambiente cerrado.
28. Acontecimiento de aspiración u obstrucción con cuerpo extraño.
29. Status convulsivo.
30. Status asmático.
31. Hipertermia maligna.
32. Trastornos de sensorio.
33. Politraumatismo.
34. Herida por arma de fuego.
- 35.
36. Cualquier otro caso que amerite atención inmediata en la Sala de Reanimación.

## ANEXO No 4.2

### LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizar en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Consultorios de Emergencia

1. Frecuencia respiratoria  $\geq$  de 24 por minuto.
  2. Crisis asmática con broncoespasmo moderado.
  3. Diabetes Mellitus Descompensada.
  4. Hemoptisis.
  5. Signos y síntomas de Abdomen Agudo.
  6. Convulsión reciente en paciente consciente.
  7. Dolor torácico no cardiogénico sin compromiso hemodinámico.
  8. Arritmias sin compromiso hemodinámico.
  9. Sangrado gastrointestinal, con signos vitales estables.
  10. Paciente con trastornos en el sensorio.
  11. Hipotonía, flacidez muscular aguda y de evolución progresiva.
  12. Descompensación Hepática.
  13. Herida umbilical o inguinal lacerada.
  14. Signos y síntomas de descompensación tiroidea.
  15. Contusiones o traumatismos con sospecha de fractura o luxación.
  16. Herida cortante que requiere sutura.
  17. Injuria en ojos perforación, laceración, avulsión.
  18. H Desprendimiento de retina.
  19. Fiebre y signos inflamatorios en articulaciones.
  20. Síntomas y signos de cólera.
  21. Deshidratación Aguda sin descompensación hemodinámica.
  22. Hematuria macroscópica.
  23. Reacción alérgica, sin compromiso respiratorio.
  24. Síndrome febril o Infección en paciente Inmunosuprimido (Ejemplo: Paciente diabético con infección urinaria).
  25. Pacientes Post-Operados de Cirugía altamente Especializada o pacientes en programa de Hemodiálisis, con síntomas y signos agudos.
  26. Coagulopatía sin descompensación hemodinámica.
  27. Sobredosis de drogas y alcohol sin depresión respiratoria.
  28. Cefalea con antecedentes de trauma craneal.
  29. Síndrome Meningeo.
  30. Síntomas y signos de enfermedades vasculares agudas.
  31. Cólico renal sin respuesta a la analgesia mayor de 06 horas.
  32. Retención urinaria.
  33. Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol.
  34. Cuerpos extraños en orificios corporales.
  35. Cuerpos extraños en esófago y estómago.
  36. Pacientes con ideación suicida.
  37. Pacientes con crisis de ansiedad.
  38. Pacientes con reagudización de su cuadro psicótico sin conducta suicida ni agitación psicomotora fuera de control.
  39. Cuadro de demencia con conducta psicótica.
  40. Esguinces.
  41. Contusiones o traumatismos leves sin signos o síntomas de fractura o luxación.
  42. Enfermedad Inflamatoria de la pelvis.
  43. Coagulopatía.
  44. Flebitis o Tromboflebitis.
  45. Herpes Zoster ocular.
  46. Enfermedad eruptiva aguda complicada.
  47. Cefalea mayor de 12 horas.
  48. Problemas específicos en pacientes Obstétricas
    - Hemorragia de cualquier trimestre del embarazo.
    - Aborto provocado no terapéutico o intento fallido de aborto.
    - Amenaza de parto prematuro.
    - Gestante de 2º y 3º trimestre que reporta ausencia de movimiento fetal.
    - Sangrado post-parto.
    - Hipertensión que complica el embarazo.
    - Signos y síntomas de toxicemia severa.
    - Bradicardia (menor de 120 x min.) y taquicardia ( $>$  de 160 x min.) Fetal.
    - Traumatismo Abdominal.
    - Deshidratación por hiperémesis.
    - Cefalea.
    - Epigastralgia.
    - Edema Generalizado.
  49. Problemas Específicos en pacientes Pediátricos.
    - Prematuridad/Bajo peso, Sepsis
    - Cualquier enfermedad en niños menores de 3 meses.
    - Dolor Abdominal.
    - Trauma craneano sin cambios en el estado mental o fracturas obvias.
    - Niños con fiebre y petequias o púrpura.
    - Niños menores de 3 meses con  $T^{\circ} \geq$  que  $38^{\circ} C$ .
    - Niños menores de 2 años con  $T^{\circ} \geq$  que  $39^{\circ} C$ .
    - Niños con síntomas de infección urinaria.
    - Convulsiones recientes, síncope o mareos.
    - Cefalea / epistaxis no controlada.
    - Quemaduras en menos del 10% de área corporal.
    - Trauma ocular no penetrante.
    - Laceración que requiere sutura con sangrado activo.
    - Niños que han sufrido agresión física.
    - Odontalgia.
    - Otalgia.
- Cualquier otro caso que a criterio del Médico tratante considere necesario la atención en algún Tópico de Emergencia.

**ANEXO No 4.3**  
**LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad III**

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el Tópico de Emergencia III, teniendo prioridad la atención de casos I y II.

1. Dolor abdominal leve con náuseas, vómitos, diarrea, signos vitales estables.
2. Herida que no requiere sutura.
3. Intoxicación alimentaria.
4. Trastornos de músculos y ligamentos.
5. Otitis Media Aguda.
6. Deshidratación Hidroelectrolítica leve.
7. Osteocondropatía aguda.
8. Sinusitis aguda.
9. Hiperémesis gravídica sin compromiso metabólico.
10. Urticaria.
11. Fiebre  $\geq$  de 39° sin síntomas asociados.
12. Síndrome vertiginoso y trastorno vascular.
13. Celulitis o absceso con fiebre.
14. Funcionamiento defectuoso de colostomía, ureterostomía, tala vesical u otros similares.
15. Lumbalgia aguda.
16. Broncoespasmo leve.
17. Hipertensión arterial leve no controlada.
18. Signos y síntomas de Depresión.
19. Crisis de Ansiedad o Disociativas.
20. Signos y síntomas de infección urinaria alta.
21. Pacientes con neurosis de ansiedad.
22. Pacientes Sicóticos con reagudización de sus síntomas pero aún sin conducta psicótica.

Cualquier otro caso que el Médico tratante considere que la atención puede ser postergada sólo con relación a las anteriores prioridades de atención.

**ANEXO No 4.4**  
**LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad IV**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata, se tratan síntomas y se refieren para ser atendido en Consulta Externa de Primer nivel o especializada en el mismo Hospital de acuerdo a caso.

1. Faringitis aguda.
2. Amigdalitis aguda.
3. Enfermedades diarreica aguda sin deshidratación o vómitos.
4. Absceso sin fiebre.
5. Sangrado vaginal leve en no gestante, con funciones vitales estables.
6. Enfermedades crónicas no descompensadas

**ANEXO No 4.5**  
**LISTA DE DAÑOS SEGÚN PRIORIDAD- Prioridad V**

Pacientes sin compromiso de funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata y que deben ser atendidos en consulta externa de primer nivel. Sólo tratamiento sintomático hasta que aista a cita.

1. Fiebre sin síntomas asociados.
2. Resfriado común.
3. Dolor de oído leve.
4. Dolor de garganta sin disfagia.



## Anexo 6. Consentimiento informado

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Soy estudiante de la Universidad Técnica de Ambato de la carrera de Terapia Física, como parte de la obtención para mi título de Licenciada en Terapia Física realizaré el análisis de un caso clínico, tomando en cuentas los antecedentes de su historia clínica me noté con gran interés en estudiar y analizar su caso clínico con el objetivo de conocer el manejo que se le realizó a usted como paciente.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad en el cual su nombre ni fotografías serán utilizados.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, es preciso recalcar que el estudio no conlleva ningún riesgo y no recibirá compensación por participar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 0998619058.

**Investigadora:** Ana Beatriz Caisa Yupangui.

He leído el procedimiento descrito y la investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy el consentimiento para que realice el análisis de mi caso clínico y me comprometo en participar activamente facilitando la información requerida.

.....

.....

Firma del Paciente:

Fecha: 04 - Mayo - 2016

CI:

## Anexo 7. Oficios de autorización para acceso a las historias clínicas

**TERAPIA FÍSICA**

**FCS  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD**


FCS-TF-0448  
Ambato, 22 de abril de 2016


Doctor  
Guido Molina  
Gerente  
Hospital Básico San Agustín  
Latacunga

De mi consideración:

Muy comedidamente solicito de usted se sirva autorizar a la señorita Ana Beatriz Caisa Yupangui con C.C. 0503137689, estudiante de Décimo Nivel de la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica de Ambato, el desarrollo de su trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso bajo el tema "PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO LATERAL CORTO POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO", en su distinguida institución,


Atentamente,


  
Lda. Mgs. Andrea Pellaíel Luna  
Coordinadora Carrera Terapia Física (e)



Anexo: solicitud y fotocopia de la Resolución CD-F-0695

Ana C.



 UNIVERSIDAD  
TÉCNICA DE AMBATO Cds. Ingabaco Teléfono (07) 7 790 268 Ext. 5217 [fc.terapiafisica@uta.edu.ec](mailto:fc.terapiafisica@uta.edu.ec)  
[www.uta.edu.ec](http://www.uta.edu.ec)

**TERAPIA FÍSICA**

FCS  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

FCS-TF-0449  
Ambato, 22 de abril de 2016

*Recibido 03 de mayo de 2016*  
*14h17*  


Doctor  
Hugo Arguello  
Director  
Hospital General Provincial  
Latacunga

De mi consideración:

Muy comedidamente solicito de usted se sirva autorizar a la señorita Ana Beatriz Caisa Yupangui con C.C. 0503137689, estudiante de Décimo Nivel de la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica de Ambato, el desarrollo de su trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso bajo el tema "PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO LATERAL CORTO POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO", en su distinguida institución.

Atentamente,

  
Licda. Mg. Ana María Penafiel Luna  
Coordinadora Carrera Terapia Física (e)



Anexo: solicitud y fotocopia de la Resolución CD-P-0695

Ano C.



*Permitido  
por Traumatología  
y Fisioterapia  
a favor de los  
Autorizados.  
2016*



## TERAPIA FÍSICA

FCS  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

FCS-TF-0447  
Ambato, 22 de abril de 2016

Abogada  
Andrea Sánchez  
Presidenta  
Patronato Municipal de Amparo Social  
Latacunga

De mi consideración:

Muy comedidamente solicito de usted se sirva autorizar a la señorita Ana Beatriz Caisa Yupangul con C.C. 0503137689, estudiante de Décimo Nivel de la Carrera de Terapia Física de la Universidad Técnica de Ambato, el desarrollo de su trabajo de titulación modalidad Análisis de Caso bajo el tema "PLASTIA DE LIGAMENTO PERONEO LATERAL CORTO POR INESTABILIDAD DE TOBILLO A CAUSA DE UN TRAUMATISMO DIRECTO", en su distinguida institución.

Atentamente,



Lcda. Mg. Andrea Peñaflor Luna  
Coordinadora Carrera Terapia Física (e)



Anexo solicitud y fotocopia de la Resolución CD-P-0893

Ara C.

*Adm. Municipal*

