	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 1 de 44

INSTITUCIÓN	TERAPIAS CTJ
DOCUMENTO	MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERPIA
TEMA	ESTANDAR - PROCESOS PRIORITARIOS
FECHA DE ELABORACIÓN	18/01/2023
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	18-01-2024


PATOLOGIAS MAS FRECUENTES PARA ATENDER EN EL SERVICIO DE FISOTERAPIA TABLA DE

CONTENIDO

1. CERVICALGIA - DORSALGIA
2. DESGARROS MUSCULARES
3. ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR
4. EPICONDILITIS
5. ESGUINCE DE CUELLO DE PIE
6. FASCITIS PLANTAR
7. FRACTURA
8. LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR
9. LUMBALGIA
10. PARÁLISIS FACIAL
11. SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR
11. SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO
12. VERTIGO
13. ARTROSIS DE CADERA

OBJETO DEL PROTOCOLO

Especificar las guías de manejo para atención de pacientes en TERAPIAS CTJ; quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral. Bajo las especificaciones y adopción Del Ministerio De La Protección Social. Tomadas de revistas especializadas nacionales e internacionales y publicaciones científicas certificadas., específicamente bajo el modelo de La Asociación Americana de Fisioterapia (APTA).

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 2 de 44

OBJETIVO PRINCIPAL

Lograr que el paciente disminuya el dolor y se pueda reincorporar a sus actividades de la vida diaria. *Para la realización y aplicación de cada uno de los presentes Protocolos / Guías de manejo, tanto el paciente y/o acudiente como el profesional de la salud (terapeuta) deberán diligenciar el formato de **CONSENTIMIENTO INFORMADO** diseñado por **TERAPIAS CTJ** para la autorización de la realización del mismo.*

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Se partirá del diagnóstico médico tras la orden para el servicio de fisioterapia. Se inicia con la recepción del paciente en una valoración inicial que incluye la anamnesis contemplando antecedentes patológicos, familiares, personales, farmacológicos y quirúrgicos, con observación de las imágenes diagnósticas que el paciente aporta. Se inicia la valoración por sistemas contemplado bajo la referenciación de La Asociación Americana de Fisioterapia (APTA) con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de los individuos avanzando el ejercicio de la fisioterapia, la educación, la investigación, la concientización y entendimiento de la función de la fisioterapia en el sistema de salud. Se categoriza el movimiento y la alteración correspondiente según las categorías de movimiento del APTA, con las escalas correspondientes según la alteración del sistema y las categorías comprometidas de acuerdo a la patología. Finalmente, según corresponda la evolución del paciente se ordenan más fisioterapias, consulta con el médico tratante o se entrega plan casero.

TIEMPO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA


SE REALIZA UNA VALORACION ICIAIL DE 15 MINUTOS, donde el terapeuta examina mediante la aplicación de técnicas a la observación, palpación y movimiento las cualidades físicas del movimiento, posterior a ellos se da inicio a las sesiones bajo la orden médica y concepto del fisioterapeuta encargado, cada sesión dura aproximadamente entre 30 a 40 minutos.

MEDIOS FÍSICOS UTILIZADOS PARA LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Para la intervención – tratamiento de los pacientes en **TERAPIAS CTJ**, se cuenta con insumos como medios físicos y medios cinéticos; aparatología, parafina, balones, goniometría y elementos mecánicos que contribuyen a la especificidad de cada tratamiento según la patología a atender, a continuación, se mencionan algunos de los medios físicos utilizados.

- ✓ Calor húmedo
- ✓ Crioterapia
- ✓ Contrastes
- ✓ Infrarrojo
- ✓ Corrientes de mediana frecuencia (electroterapia)
- ✓ Ultrasonido
- ✓ Masajeador terapéutico
- ✓ Cinesiterapia
- ✓ Mecanoterapia
- ✓ Multifuerza
- ✓ Estación de theraband, balancín y tubos elásticos
- ✓ Barras paralelas
- ✓ Técnicas específicas aplicadas para cada patología según corresponda el tratamiento (Rood, Bobath, kabath, Perfetti...)


¹ <http://www.fisioshop.com.py/apta/>

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 3 de 44

PRUEBAS ESPECIFICAS – VALORACION INICIAL.

Se realizan los test específicos para cada patología según corresponda la valoración inicial, intermedia o final, las cuales de acuerdo a la patología corresponden a:

- **Cervicalgia – Dorsalgia:** Test De Estabilidad En Tracción, Test De Seguridad- Estabilidad Y Movilidad De Columna Cervical Y Dorsal, escala visual analoga. Y como complemento se observan las imágenes diagnosticas que el usuario aporte a la valoración TAC, Resonancia Magnética Nuclear, radiografía y ecografía.
 - **Efermedad Cerebro Vascular:** se encuentran como pruebas específicas a la observación las sinergias que presente el paciente y el signo de glabella. Así como también como complemento se observan los exámenes de Tomografía computarizada (TC),Imagen por resonancia magnética (IRM), Angiografía por TC o RM, Ultrasonido de carótida, Ultrasonido Doppler transcraneal (DTC), Electroencefalograma (EEG), Electrocardiograma (ECG o EKG).
 - **Epicondilitis:** se realizan pruebas de varo y valgo forzado, Thompson, Tinel, la prueba de la silla. Adicional se puede apoyar la valoración con exámenes de electromiografías, radiografías o TAC.
 - **Esguince De Cuello De Pie:** pruebas si presenta pie plano pie cavo, hallux valgus. Y claramente radiografía o TAC como imágenes diagnósticas.
 - **Fascitis Plantar:** test de torno o test de fascitis plantar. Apoyado en imágenes diagnosticas como radiografías o RMN.
 - **Fractura:** principalmente se apoya en las imágenes diagnosticas que se evidencian a la observación, así como las características de la piel, si hay presencia de inflamación, ruborosis y/o desplazamiento
 - **Lesión De Ligamento Cruzado Anterior:** prueba de cajón anterior, prueba de Lachman, prueba de pivote o desplazamiento anterior, genu varum, genu valgum. Y todas las imágenes diagnosticas que el paciente pueda portar RMN, radiografía con vista Antero Posterior o lateral, TAC de rodilla.
 - **Lumbalgia:** test de Williams, test de fuerza de abdominales, escala visual análoga. Y como complemento se observan las imágenes diagnosticas que el usuario aporte a la valoración TAC, Resonancia Magnética Nuclear, radiografía y ecografía.
 - **Parálisis Facial:** para esta patología se determina como paso fundamental en la evaluación el grado bajo la ESCALA HOUSE BRACKMAN, contemplando:
 - Grado I: función normal en todos los territorios.
 - Grado II: disfunción leve. Lígera o leve debilidad de la musculatura, apreciable tan sólo en la inspección meticulosa. En reposo simetría normal. No sincinesias, ni contracturas ni espasmos faciales.
 - Grado III: disfunción moderada. Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante. Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos. En reposo simetría y tono normal.
 - Grado IV: disfunción moderadamente severa. Debilidad y/o asimetría desfiguradora. En reposo simetría y tono normal. No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial.
 - Grado V: disfunción severa. Tan sólo ligera actividad motora perceptible. En reposo asimetría.
 - Grado VI: parálisis total. No hay movimiento facial. Pérdida total del tono.
- Adicional si el paciente tiene imágenes diagnosticas como TAC, o electromiografía.
- **Síndrome De Manguito Rotador:** se realizan pruebas específicas de arco doloroso, signo de Neer, prueba del infraespino, prueba de Speed, signo de Yergason. Y demás imágenes diagnosticas como radiografías y RMN.
 - **Síndrome Del Túnel Del Carpo:** Pruebas Específicas De Signo De Tinel, Phalen Y Electromiografía.
 - **Vértigo:** se realizan pruebas específicas como el test de Romberg, babinsky weill, Prueba de Barré, Test de Fuduka unterberger, Test de sacudida de la cabeza, Test de Dix-Hallpike, Test de los índices de Bárány, Reflejo vestibulo-ocular

	TERAPIAS C.T.J. MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 4 de 44

Adicionalmente es importante tener en cuenta que en la actualidad existen diferentes escalas que permiten evaluar el riesgo de caídas de una persona atendiendo a distintos criterios. Este es el caso de la escala de Downton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas. Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

Entre los factores que se analizan figuran los siguientes:


- **Caídas previas:** Sí (1).
- No (0)
- **Medicación:**
- Ninguna (0).
- Tranquilizantes o sedantes (1).
- Diuréticos (1).
- Hipotensores no diuréticos (1).
- Antiparkinsonianos (1).
- Antidepresivos (1).
- Otros medicamentos (1).
- **Déficit sensoriales:** Ninguno (0).
- Alteraciones de la vista (1).
- Alteraciones auditivas (1).
- Alteraciones de las extremidades causadas, por ejemplo, por haber sufrido un ictus, una enfermedad neurológica, etc. (1).
- **Estado mental:**
- Orientado (0).
- Confuso (1).
- **Deambulaci3n:**
- Normal (0).
- Segura con ayuda (1).
- Insegura con o sin ayuda (1).
- Imposible (1)

Una vez realizada la evaluaci3n del riesgo de caídas mediante la escala de Downton existen protocolos de actuaci3n que contemplan la asignaci3n del paciente a un grupo de bajo o alto riesgo y la adopci3n de medidas preventivas b3sicas en el primer caso y de otras específcas en el segundo, en funci3n de los factores de riesgo que presente. Adem3s, se realiza tambi3n la educaci3n del propio paciente, de sus familiares o de la persona que actúa como cuidadora para que asegure el seguimiento de estas medidas. Tambi3n se deben notificar las caídas que se puedan producir y se debe proceder a la reevaluaci3n del paciente en el caso de que se haya producido una caída o de se produzcan cambios clínicos relacionados con su enfermedad.

VALORACI3N INTERMEDIA DURANTE LA INTERVENCI3N FISIOTERAPÉUTICA

Se registra en la historia en cada cita de control número de sesi3n, diagnostico fisioterapéutico y médico, evoluci3n del dolor, mejoría de retracciones y fuerza muscular, si realizo lo indicado en la casa.

- Conductas: se registra en orden lo realizado en cada sesi3n, tiempo y áreas tratadas, se especifica si se presentó un efecto adverso en caso de haberlo continuar con el protocolo
- de reacci3n frente a los eventos adversos o se indica que salió en buen estado.
- Señales de alarma: si los hubiera se registran, o no aplica.
- Recomendaciones; si se entregó alg3n plan casero en físico o fueron verbales las recomendaciones, pausas activas.
- Control: se registra si es interdiario o cuando tiene la siguiente sesi3n.
- C3digo de diagnóstico: Siguiendo diagnóstico médico y fisioterapéutico si lo hubiere.

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 5 de 44

VALORACIÓN FINAL FISIOTERAPÉUTICA

Se valoran los ítems de la valoración inicial, de ser necesario se programa nuevas Citas, o se da de alta.


PLAN CASERO DURANTE Y DESPUES DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Sera entregado a los usuarios el formato que se tenga en la unidad o recomendaciones que se le den al paciente para manejo de dolor, ejercicios específicos de estiramientos o fuerza muscular con su debida prescripción, y recomendaciones generales según el caso, todo con el fin de que el usuario continúe su rehabilitación en casa; esto quedaran asentado en la historia.

CONFIDENCIAL

Bibliografía

- F. M. Kaltenborn; Fisioterapia Manual: Columna; Editorial McGraw-Hill-Interamericana; 2ª Edición (Barcelona - 2003)
 - Hansen, J. T. y Lambert, D.R.; Setter: Anatomía clínica; Editorial Masson; 1ª Edición (Barcelona – 2006)
 - Josua Cleland; Netter. Exploración clínica en ortopedia; Editorial Masson 1ª edición (2006 Barcelona)
 - Michael Shacklock; Neurodinámica clínica; Editorial Elsevier 1ª Edición (2007 Madrid)
- V. Sanchís Olmos, F. León Vázquez; La mecánica del aparato locomotor y su exploración funcional; Publicaciones del Hospital Provincial de Madrid (Librería científico-médica, 1959)
 - Alan Stoddard; Manual de técnica de la Quiropraxia; Editorial Jims (1982, Barcelona)

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 6 de 44

CERVICALGIA – DORSALGIA

Objeto Del Protocolo

Especificar el manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnostico medico de síndrome de cervicodorsalgia, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral.

Población Objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de usuarios en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de cervicodorsalgia.

Definición

La dorsalgia es menos frecuente que el dolor en región cervical y lumbar, pero es frecuente que exista juntamente con éstos. Es importante considerar que muchos dolores dorsales son referidos, es decir, son manifestación de patología existente en órganos torácicos y abdominales (Hogg-Johnson S, 2008; Mulero Mendoza J, 2005). El dolor cervical es muy frecuente con una prevalencia puntual entre el 10-13%, apareciendo en algún momento de la vida hasta en el 70% de la población. Ocasiona entre 11-14% de bajas laborales (Calvo Gutiérrez J, 2013).

La cervicodorsalgia es uno de los dolores que sufre el hombre con mayor frecuencia en la actualidad. Demás esta señalar la importancia anatómica de este corto cilindro que es el cuello y por donde transcurren o asientan importantes estructuras y órganos vasculares, respiratorios, endocrinos y nerviosos. El dolor cervical localizado o cervicalgia que habitualmente se extiende a hombros o región dorsal (cervicobraquialgia o cervicodorsalgia), tiene varias etiologías que comprenden desde las más simples hasta las más graves.

Etiología


²“El dolor cervical es una causa frecuente de consulta médica. Se estima que más de la mitad de la población padece cervicalgia en algún momento de su vida, afecta en torno a un 10% de la población cada año, más del 50% de los pacientes relatan mejoría en 2 a 4 semanas, y un 80% asintomáticos al tercer mes, en su mayoría no precisan estudios radiológicos o analíticos. Existe en torno al 20% de pacientes presentan síntomas que exceden en su duración de los 6 meses o son recidivantes”. Las principales causas pueden ser:

- Enfermedades inflamatorias y degenerativas
- Traumas
- Malas posturas
- Enfermedades congénitas como la enfermedad de Scheurman
- Espasmos, tendinitis
- Por causas tumorales

Signos Y Síntomas

- Dolor unilateral o bilateral en zona dorsal
- Limitación funcional de la espalda o MMSS
- Alteración de la postura
- Puntos gatillos en paravertebrales dorsales, trapecio medio, dorsal ancho, romboides, oblicuos del abdomen.

² Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)

	TERAPIAS C.T.J. MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 7 de 44

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos, se realiza desde columna cervical hasta área lumbosacra en paravertebrales.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa de espinales bajos y altos, extensores de espalda, abdominales, paravertebrales dorsales.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de espinales bajos y altos, abdominales rotadores de cadera, y se incluirán grupos musculares de miembros superiores o inferiores según valoración. Utilizando como referencia Daniel's Worthingham's pruebas funcionales musculares.
- **Postura y actitud postural:** Determina si hay, cifosis dorsal, alineamiento escapular y de miembros superiores, actitud postural al caminar, protrusión abdominal.


Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

³“Cuando el dolor cervical o dorsal persiste o es crónico, su médico puede recomendarle un programa de rehabilitación, que incluye ejercicios y varios tipos de fisioterapia, para quitarle el dolor y evitar que vuelva a tenerlo. Los ejercicios que estiran el cuello pueden ayudar a relajar los músculos y prevenir la rigidez”.

Es recomendable tonificar la musculatura del cuello, y la espalda dorsal y mejorar su movilidad, realizando ejercicios diarios de movilización. También se pueden realizar tracciones cervicales, generalmente en centro de Rehabilitación y a veces en casa. Debe ejercerse la tracción en ligera flexión cervical, e irá desapareciendo el dolor en 1 o 2 semanas; si por el contrario aumenta el dolor, deberá consultar a su médico.

OBJETIVO	INDICACIONES	TRATAMIENTO
Disminuir dolor por medio de los diferentes medios físicos que se le coloquen.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procesos inflamatorios: artritis reumatoide o espondilitis anquilosante. ✓ Trastornos estáticos congénitos: costilla suplementaria o vértebra supernumeraria o cuneiforme situada hacia D1-D2-D3 	Termoterapia superficial: Método: paquete caliente Duración: 20 minutos Intensidad: tolerancia del paciente. Frecuencia: 3 veces por semana. TENS: Se va a comenzar a trabajar 100Hz a nivel de los músculos paravertebrales y para los puntos gatillos le trabajamos 3 Hz para disminuirlos.


³ https://sogacot.org/Documentos/Montero_Cervical.pdf

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 8 de 44

Mejorar la flexibilidad de los músculos de la espalda.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alteraciones de la estática adquiridos: cifolordosis o dorso plano. ✓ Factores mecánicos: traumatismos directos o indirectos, esfuerzos, movimientos que no se ejecutan con la coordinación precisa, posturas incorrectas. ✓ Factores fisiológicos: alteraciones vasculares. ✓ Factores psíquicos: hacer una sobrevaloración de este dolor. 	<p>Este le va ayudar a disminuir el dolor y la inflamación producida por el estrés muscular debido a la lesión.</p> <p>Ultrasonido <u>Modo de emisión:</u> continuo <u>Intensidad:</u> 0.5 w/cm² Frecuencia: 3 MHz <u>Duración:</u> 5 minutos.</p> <p>Electroterapia: <u>Dolor bioquímico:</u> Tipo corriente: continuo Tipo de onda: triangular o cuadrada. Metodología: continua Tiempo total de sesión: 15 – 30 minutos. Colocación electrodo: (-) zona algia y (+) zona alejada. <u>Musculo sano:</u> Tipo corriente: galvánica Tipo de onda: cuadrada o rectangular Metodología: trenes o ráfagas Tiempo total de sesión: 30 minutos. Colocación de electrodo: punto motor.</p> <p>Estiramientos: Tipo: aeróbico Intensidad: umbral de dolor Duración: 20 segundos cada uno. Serie: 3 Repeticiones: 5 Frecuencia: 3 veces al día Método: activo</p>
--	--	--

Bibliografía

- MALAGON, CastroValentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
 - <http://ortopedia.rediris.es>
 - https://sogacot.org/Documentos/Montero_Cervical.pdf
 - Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)
- American Physical Therapy association. (2003). Phisycal Therapist Practice. Alexandria Virginia, EE. UU.: American Physical Therapy association.
 - Braddom RL, "Perils and pointers in the evaluation and management of back pain. Semin Neurol, 1998; 18: 197-210.
- Manning DC, Rowlingson JC. Back pain and the role of neural blockade. En: Cousins (ed) Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain. 3º ed. Philadelphia 1998; 879.

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 9 de 44

DESGARROS MUSCULARES

Objeto Del Protocolo

Brindar un manejo apropiado, oportuno y funcional a pacientes con diagnostico medico de Desgarro Muscular.

Población Objeto

*Esta guía de manejo se aplicará a pacientes con diagnostico medico de desgarro muscular que soliciten los servicios de **TERAPIAS CTJ***

Definición

“Un desgarro muscular o tirón muscular es una rotura parcial o completa de las fibras musculares a causa de un fuerte impacto (lesión traumática)”. Además de verse afectadas las fibras musculares, también pueden verse afectadas las estructuras circundantes como el tejido conjuntivo que rodea los vasos sanguíneos.

Grados:

- Grado 1 o leve: existe un estiramiento o rotura de alguna fibra muscular. La persona experimenta una molestia ligera y una tumefacción mínima, se mantiene una movilidad completa.
- Grado 2 o moderado: en este grado existe una rotura moderada de fibras del músculo y del tendón. La palpación en la zona afectada es dolorosa, tumefacción y una pérdida de movilidad.
- Grado 3 o grave: en este grado presenta la rotura completa del vientre muscular, de la unión miotendinosa o de la inserción del tendón. A la palpación se aprecia un defecto notable y amplio en la fibra muscular.

Etiología

“No solo las fibras musculares se ven afectadas sino también todo lo que lo rodea como el tejido conjuntivo que rodea los vasos sanguíneos:

- Un mal esfuerzo o una fatiga muscular muy intensa, es causada cuando en la práctica de deportes se excede el uso del músculo.
- Sedentarismo, en las personas que tienen una vida sedentaria, se les debilitan las fibras musculares dejándolas más expuestas a sufrir un desgarro.
- Una de las principales causas es el traumatismo, fundamentalmente en deportes de contacto.
- La desnutrición, esta debilita la capacidad contráctil de las fibras musculares.
- La mala circulación sanguínea (que puede ser tanto venosa como arterial), causa que el músculo no reciba durante el ejercicio el aporte suficiente de flujo sanguíneo por lo tanto que las sustancias de desecho no se eliminan adecuadamente; esto implica una probable intoxicación del músculo.
- Ciertas enfermedades, como por ejemplo la diabetes.

⁴ Geiderman Jm. General Principles Of Orthopedic

⁵ <https://fisioterapiakine.com/desgarro-muscular-tratamiento/>

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran, es importante determinar la ubicación del desgarro siendo las zonas más frecuentes espalda y cuello de pie, por ello es necesario incluir la valoración de la categoría de postura. Así también se debe tener muy presente el grado del desgarro, el mecanismo de lesión, la palpación en la zona y si produce inestabilidad ligamentaria o articular.

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa de espinales bajos y altos, extensores de espalda, abdominales, paravertebrales dorsales.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de espinales bajos y altos, abdominales rotadores de cadera, y se incluirán grupos musculares de miembros superiores o inferiores según valoración. Utilizando como referencia Daniel's.
- **Marcha locomoción y balance:** evaluar las fases de la marcha, el equilibrio dinámico y estático.
- **Características antropométricas:** evaluar los diámetros según donde se ubique la lesión y hacerlo comparativo para determinar la inflamación.
- **Postura y actitud postural:** se evalúa a la observación en los distintos planos de movimiento para detectar compensaciones musculares.


Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

⁶⁴ El tratamiento más común y el más aplicado para desgarros musculares, es la terapia que se conoce como RICE, (del inglés rest, ice, compression, elevation), consiste en reposar, aplicar hielo al producirse la lesión, comprimir con venda y elevar del miembro". Para las lesiones en cuello de pie. La duración de cada una de las etapas es variable y depende de la gravedad del desgarro. Para el tema de columna en primer lugar se debe manejar el dolor y la inflamación en la zona.


En este tipo de tratamiento la duración de cada etapa varía dependiendo la gravedad del desgarro.

OBJETIVOS	1.Disminuir el dolor e inflamación para mejorar la funcionalidad. 2.mejorar flexibilidad 3.favorecer el desempeño muscular Mantener o aumentar arcos de movilidad
INDICACIONES	Este tratamiento va dirigido a pacientes con diagnóstico médico de desgarro muscular que puedan presentar estos síntomas: Dolor al movimiento o a la palpación Inflamación Tumefacción

⁶ <https://fisioterapiakine.com/desgarro-muscular-tratamiento/>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 11 de 44


<p>TRATAMIENTO</p> <p>Depende del tiempo de evolución del paciente</p>	<p><u>Dolor:</u> Crioterapia -Método: paquete o hielo directo -frecuencia: 2 días por semana -duración: 5-7 min -intensidad: a tolerancia del paciente Tens: Dolor crónico Tipo de corriente: directa Frecuencia: 50 hz Duración de pulso: 90 mls Intensidad: a tolerancia del paciente Dolor agudo Tipo de corriente: directa Frecuencia: 90 hz Duración de pulso: 120 mls Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p><u>Flexibilidad y arcos de movimiento</u> Estiramientos Tipo: oxidativo -Método: activo -frecuencia: todos los días -duración: 25-30 sg -intensidad: a tolerancia del paciente Movilidad articular: Tipo: oxidativo -Método: activo -frecuencia: todos los días -duración: 2 Series: 3 Repeticiones: 10 -intensidad: a tolerancia del paciente <u>Desempeño muscular</u> Isométricos: Tipo: oxidativo -Método: activo -medio: balón -frecuencia: todos los días -duración: Series: 3 Repeticiones: 5 -intensidad: a tolerancia del paciente Isotónicos -Tipo: oxidativo -Método: activo -medio: theraband -frecuencia: 3 veces por semana -duración: Series: 3 Repeticiones: 5 -intensidad: a tolerancia del paciente</p>
---	---

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 12 de 44

	-rimo de progresión: inicial <u>Propiocepcion y kinestecia</u> Apoyo bipodal con traslado de peso -Método activo -frecuencia:4 repeticiones -duracion:10sg Ritmo de progresion:inicial. Apoyo unipodal -Método activo -frecuencia:4 repeticiones -duracion:10sg -Ritmo de progresion:inicial Trabajo en balancín -Método activo -frecuencia:4 repeticiones -duracion:10sg -Ritmo de progresion:inicial
--	---

Bibliografía

- Miller Rh li, Dlabach Ja. Shoulder And Elbow Injuries. In: Canale St, Beatty Jh, Eds. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th Ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007:Chap 44.
- Cailliet, R. Síndromes Dolorosos: Dorso. Df: Manual Moderno, 1971: 38-134.
De Palma, A. Disco Intervertebral. Barcelona: Jims, 1981: 69-99.
- Krabak Bj, Baima J. Ankle Sprain. In: Frontera, Wr, Silver Jk, Eds. *Essentials Of Physical Medicine And Rehabilitation*. 2nd Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008:Chap 75.
- Geiderman Jm. General Principles Of Orthopedic Injuries. In: Marx J, Ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts And Clinical Practice*. 6th Ed. St Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2006:Chap 46

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 13 de 44

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR E.C.V

Objeto Del Protocolo

Brindar un manejo apropiado, oportuno y funcional a pacientes con diagnóstico médico de ECV en las diferentes etapas en que se desarrolla la patología.

Población objeto

Esta guía de manejo se aplicará a pacientes con diagnóstico médico de ECV que soliciten los servicios de fisioterapia en **TERAPIAS CTJ**

Definición

Las enfermedades cerebro vasculares (ECV) comprenden un conjunto de trastornos de la circulación cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de forma transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona pequeña o focal.

El ECV trae como consecuencia procesos isquémicos o hemorrágicos, causando o no la subsecuente aparición de sintomatología o secuelas neurológicas.


“La Enfermedad Cerebrovascular (ECV), es el resultado final de un heterogéneo grupo de procesos patológicos que afectan la vasculatura del sistema nervioso, produciendo isquemia y alteración del metabolismo neuronal, y que tienen como presentación una amplia gama de síndromes, cada uno con sus características particulares. El estudio de la ECV ha progresado durante las últimas décadas, gracias a varios factores: en primer lugar, está el avance en los conocimientos acerca del comportamiento fisiopatológico del tejido nervioso ante la isquemia y la hipoxia, que ha permitido desarrollar un nuevo arsenal de medidas preventivas y de tratamiento. En segundo lugar, el gran desarrollo técnico de la imagenología del Sistema Nervioso Central (SNC), y de las técnicas de ultrasonido para el estudio del sistema cardiovascular. Estos adelantos permiten que los individuos puedan ser mejor estudiados, facilitando un abordaje preventivo, y en los casos de lesión neurológica, reducir al mínimo el daño neuronal y las secuelas”.

Clasificación

Isquémico: aterotrombótico de grandes, mediano pequeños vasos (lacunar), embólico a partir del corazón o de arterias extra o intracraneales (carótidas o vertebrales) y hemodinámico, cuando factores que comprometen la perfusión local o sistémica generan isquemia cerebral.

Accidente isquémico transitorio: Es cuando los síntomas de la localización neurológica se recuperan en menos de 24 horas sin secuelas, de inicio súbito que por lo general dura menos de 15 minutos

⁷ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/acv.pdf>

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 14 de 44

Hemorrágico: este genera cuando se rompe una arteria en el cerebro y la sangre pasa al tejido circundante perturbando el suministro de sangre y el equilibrio químico delicado que las neuronas requieren para funcionar ya sea por hemorragia subaracnoidea o hemorragia intracerebral espontánea.

Etapas del ECV

Etapa flácida

- Estado de confusión y desorientación
- Sensaciones diferentes procedentes de los hemicuerpos
- Temor a caer por falta de equilibrio de sostén
- No soporte de peso en el lado afectado

Se adopta postura en cama; flexión lateral hacia el lado afectado, hombro y brazo retraído, codo en extensión y pronación de antebrazo, MM II en rotación externa, tobillo en plantiflexión y un poco supinado.

Etapa espástica

- Aumenta la espasticidad
- Se instaura la espasticidad en sinergia flexora
- El paciente controla tronco
- Se tiene equilibrio en sedente
- Aun no soporta peso en miembro inferior afectado
- El equilibrio es aún insuficiente


Recuperación relativa

- No todos los pacientes llegan a esta etapa
- Son pacientes que no tuvieron un impacto mayor de la patología
- Caminan con o sin ayuda
- Usan el brazo afectado para sostener y empuñar objetos
- Mejoría en marcha y equilibrio
- Uso de pinzas y agarres lentos
- Corrección de patrón de marcha
- Se mejora la destreza agilidad y coordinación

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran y una vez se evalúa la etapa en la que se encuentra el paciente se inicia el tratamiento:

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 15 de 44

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Integridad refleja:** se evalúan los reflejos patológicos presentes, el tono muscular mediante la palpación y movimiento con la escala de Ashworth, y a la observación el patrón de sinergia que presente el paciente si esta hacia la flexión o a la extensión.
- **Integridad tegumentaria:** se valoran las características tróficas, mecánicas e histológicas de la piel sobre todo en el hemicuerpo comprometido.
- **Postura y actitud postural:** se identifica a la observación el patrón de sinergia que presente el paciente.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa se evalúan los músculos del hemicuerpo comprometido, pero es importante intervenir funcionalmente al paciente.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de espinales bajos y altos, abdominales rotadores de cadera, y se incluirán grupos musculares de miembros superiores o inferiores según valoración. Utilizando como referencia Daniel's. Y por screening de movimiento para el hemicuerpo comprometido.
- **Marcha locomoción y balance:** evaluar las fases de la marcha, el equilibrio dinámico y estático. Según la etapa en la que se encuentre el paciente.


Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

⁸“La rehabilitación de la persona con enfermedad cerebrovascular pretende desarrollarle al máximo las capacidades físicas, psicológicas, sociales y vocacionales. Para el logro de esta aproximación integral se requiere la participación de un equipo interdisciplinario, entendido como un grupo de profesionales de la salud de diferentes disciplinas que comparten un objetivo en común, equipo conformado por un médico fisiatra quien hace las veces de coordinador, por terapeutas físicos, del lenguaje y ocupacionales, por enfermeras con entrenamiento en rehabilitación, por psicólogos y trabajadores sociales. Este equipo se encargará de realizar una evaluación integral de la persona y luego de determinar qué procesos deben llevarse a cabo para buscar la mayor independencia funcional de la persona, prevenirle complicaciones, mejorar su calidad de vida y lograr su reintegro familiar, social y laboral. Los procesos de rehabilitación deben iniciarse durante la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular y continuarse hasta que la persona logre la mayor recuperación funcional e independencia. Es importante conocer las definiciones de términos que permiten clasificar las alteraciones que presenta una persona así : La deficiencia, que es la pérdida o anormalidad de una función fisiológica, psicológica o anatómica, la discapacidad, que es la restricción o pérdida de la habilidad para desarrollar una acción o actividad en una forma considerada normal para las personas, y la minusvalía, que es la desventaja que para un individuo determinado ocasionan la deficiencia o la discapacidad y que le impide desempeñar un papel normal como persona en la sociedad”.


Etapa flácida:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	1. Inhibir el control postural anormal facilitando movimientos automáticos y voluntarios más normales y efectivos. 2. Modular el tono muscular para favorecer movimiento 3. Promover la integración de los hemicuerpos para que haya un reconocimiento del lado afectado 4. Evitar contracturas hombro doloroso y retracciones de cintura escapular y pélvica.
------------------------------	---

⁸ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/acv.pdf>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 16 de 44


	5. Mejorar la función motora a través de patrones de movimiento a través de la secuencia de desarrollo trabajando en la etapa de control motor pertinente.
INDICACIONES	Tratamiento va dirigido a pacientes con diagnóstico médico de ecv que estén pasando por esta etapa.
TRATAMIENTO	<p><u>Patrón de inhibición refleja</u> Los siguientes patrones se utilizan según el estado del paciente y la sinergia que presente. Movimiento de cabeza: -en extensión; facilita la extensión de todo el cuerpo -flexión de cabeza y hombros; inhibe hiperactividad extensora</p> <p>Tronco -rotación de tronco inhibe tanto tono flexor como tono extensor y facilita patrones funcionales de cambio de decúbito y levantarse. -extensión columna: inhibe flexión de cadera y sinergia flexora de MM II</p> <p>MM SS -Rotación interna inhibe extensión -rotación externa inhibe flexión -Abd horizontal o extensión diagonal inhibe flexión de cuello brazos y manos y patrón de tijera en miembro inferior -elevar el brazo por encima de cabeza ayuda a extensión cadera y tronco -elevar hombro y cintura escapular y estirar flexores laterales de tronco disminuye espasticidad. -metodo: pasivo-activo asistido -Medio: cojines en diferentes formas -Duración: durante toda la terapia -Frecuencia: se debe aplicar a diario</p> <p><u>Tono muscular-</u> movilizaciones articulares: -Tipo: oxidativo -Método: pasivo -Duración: Series:3 Repeticiones:10 -Frecuencia: todos los días -Intensidad: tolerancia del paciente</p> <p>Estiramientos mantenidos -Tipo: oxidativo -Método: pasivo (rangos submaximos) -Duración: 25 sg -Frecuencia: todos los días -Intensidad: tolerancia del paciente</p> <p>Masaje: se debe realizar en el vientre muscular. -Método: pasivo -Duración: 5 min -Frecuencia: 1 vez por día -Intensidad: tolerancia del paciente</p>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 17 de 44


	<p><u>Integración de hemicuerpos</u></p> <p>Cruce de la línea media: elevación de MMM SS con codos extendidos entrelazando manos y levantando brazos</p> <p>Patrones de movimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Llevar mano a hombro contralateral Llevar mano hacia la frente <ul style="list-style-type: none"> -técnica: iniciación rítmica -diagonal: d1 flexión -frecuencia: 1 vez por día <p><u>Función motora</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -realizar desplazamientos de supino a decúbito lateral -adopción de sedente desde supino a borde de la cama -acostarse desde sedente -realizar transferencia de peso en MM II <p>Realizar puente; elevación de pelvis</p> <p>Trabajo en sedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transferencia de peso sobre cadera y antebrazo . -Manejar equilibrio en sedente <p>Transferencia de peso sobre antebrazo.</p>
--	---

Etapas espásticas:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inhibir el control postural anormal facilitando movimientos automáticos y voluntarios más normales y efectivos. 2. Modular el tono muscular para favorecer movimiento 3. Promover la integración de los hemicuerpos para que haya un reconocimiento del lado afectado 4. Evitar contracturas hombro doloroso y retracciones de cintura escapular y pélvica. 5. Mejorar la función motora a través de patrones de movimiento a través de la secuencia de desarrollo trabajando en la etapa de control motor pertinente.
INDICACIONES	Tratamiento va dirigido a pacientes con diagnóstico médico de ecv que estén pasando por esta etapa
TRATAMIENTO	<p><u>Patrón de inhibición refleja</u></p> <p>Los siguientes patrones se utilizan según el estado del paciente y la sinergia que presente.</p> <p>Movimiento de cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> -en extensión; facilita la extensión de todo el cuerpo -flexión de cabeza y hombros; inhibe hiperactividad extensora <p>Tronco</p> <ul style="list-style-type: none"> -rotación de tronco inhibe tanto tono flexor como tono extensor y facilita patrones funcionales de cambio de decúbito y levantarse. -extensión columna: inhibe flexión de cadera y sinergia flexora de MM II <p>MM SS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rotación interna inhibe extensión -rotación externa inhibe flexión -Abd horizontal o extensión diagonal inhibe flexión de cuello brazos y manos y patrón de tijera en miembro inferior -elevar el brazo por encima de cabeza ayuda a extensión cadera y tronco

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 18 de 44

	<p>-elevar hombro y cintura escapular y estirar flexores laterales de tronco disminuye espasticidad.</p> <p>-método: pasivo-activo asistido</p> <p>-Medio: cojines en diferentes formas</p> <p>-Duración: durante toda la terapia</p> <p>-Frecuencia: se debe aplicar a diario</p> <p><u>Tono muscular-</u></p> <p>movilizaciones articulares:</p> <p>-Tipo: oxidativo</p> <p>-Método: pasivo</p> <p>-Duración:</p> <p>Series:3 Repeticiones:10</p> <p>-Frecuencia: todos los días</p> <p>-Intensidad: tolerancia del paciente</p> <p>Estiramientos mantenidos</p> <p>-Tipo: oxidativo</p> <p>-Método: pasivo (rangos submaximos)</p> <p>-Duración:25 sg</p> <p>-Frecuencia: todos los días</p> <p>-Intensidad: tolerancia del paciente</p> <p>Masaje: se debe realizar en el vientre muscular.</p> <p>-Método: pasivo</p> <p>-Duración:5 min</p> <p>-Frecuencia: 1 vez por día</p> <p>-Intensidad: tolerancia del paciente</p> <p><u>Integración de hemicuerpos</u></p> <p>Cruce de la línea media: elevación de MMM SS con codos extendidos entrelazando manos y levantando brazos.</p> <p>Practicar la flexo-extensión de codo con manos entrelazadas</p> <p>Desplazamiento lateral del brazo con manos entrelazadas</p> <p>Patrones de movimiento:</p> <p>Llevar mano a hombro contralateral</p> <p>Llevar mano hacia la frente</p> <p>-técnica: iniciación rítmica</p> <p>-diagonal: d1 flexión</p> <p>-frecuencia:1vez por día</p> <p><u>Función motora</u></p> <p>Trabajo en sedente:</p> <p>-entrenar equilibrio en silla</p> <p>-transferencia de peso en cadera: sentado entre dos sillas trasladarse transfiriendo peso sobre cadera afectada.</p> <p>-Soportar peso en MM II: soportar peso en posición bípeda en miembro afectado</p> <p>-Flexo-extensión en rodilla sin que el talón se despegue del piso</p> <p>Trabajo en bípedo:</p> <p>-entrenar bípedo desde silla con bloqueo por parte del fisioterapeuta.</p> <p>-entrenamiento de sedente desde posición bípeda</p> <p>-transferencia de peso en bípedo simulando marcha o con apoyo unipodal</p> <p>Trabajo en cuadrúpedo:</p> <p>-traslados de peso en cadera</p>
--	--

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 19 de 44

	-adoptar semiarrodillado con pierna sana adelante y extender el brazo para sostenerse y equilibrarse -promover cuadrúpedo para mejorar equilibrio
--	--


Etapas de recuperación relativa

OBJETIVOS ESPECIFICOS	1.seguir con los objetivos anteriormente descritos en términos de mantenimiento y potencializarían de los mismos 2. potencializar la función motora en cuanto a la motricidad gruesa como lo es la marcha y motricidad fina (funcionalidad de la mano)
INDICACIONES	Este tratamiento va dirigido a pacientes con diagnóstico médico de ECV que lleguen a esta etapa.
TRATAMIENTO	<u>Marcha</u>

CONFIDENCIAL

Bibliografía

- Bamford J. Clinical examination in diagnosis and subclassification of stroke. Lancet 1992; 339: 400-402. Uribe CA. Enfermedad Cerebrovascular Oclusiva.
 - Neurología Fundamentos de Medicina, Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. CIB. 1191; 352-371.
 - Bonita R. Epidemiology of Stroke. Lancet 1992; 339: 344- Lai SM, Alter M, Friday G, Sobel
- Multifactorial Analysis of RiskFactors for recurrence of Ischemic Stroke. Stroke 1994; 25: 958-962. Marmot MG, Poulter NR. Primary Prevention of Stroke. Lancet 1992; 339: 344-347.
- Bronner LL, Kanter DS, Manson JE. Primary Prevention of Stroke. New England Journal of Medicine 1995; 333: 1392-1400. Hart R. Cardiogenic Embolism to the Brain. Lancet 1992; 339: 589-594
- Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años. Minsalud 2015.guia 54-

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 20 de 44

EPICONDILITIS

Objeto Del Protocolo

Brindar un manejo apropiado, oportuno y funcional a pacientes con diagnóstico médico de Epicondilitis según la etapa en la que se encuentre la evolución de la patología.

Población objeto

Esta guía de manejo se aplicará a pacientes con diagnóstico médico de Epicondilitis que soliciten los servicios de fisioterapia en **TERAPIAS CTJ**

Definición:

Está definida como la degeneración hialina de las inserciones tendinosas del músculo extensor del codo, donde existen cambios histológicos correspondientes a una tendinosis, sin células inflamatorias. La aparición de una tendinitis está en relación sobre todo con movimientos repetidos de una articulación o de un tendón, más que con un esfuerzo único. Por tanto, no es correcto responsabilizar la aparición de una tendinitis a una actividad realizada aisladamente, sino más bien a la repetición de movimientos o esfuerzos.

“La epicondilitis medial es una patología que compromete la porción proximal de los músculos que se originan en la parte medial del codo, comúnmente conocidos como músculos flexo pronadores, que orientados de radial a ulnar se organizan así: pronator teres (PR), flexor carpiradialis (FCR), palmarislongus (PL), flexor digitorum superficialis (FDS) y flexor carpi ulnaris¹. El origen de esta masa muscular en el epicóndilo medial del húmero se organiza formando una V invertida (vértice proximal y expansión distal) conformada por PT del lado radial, el FCR centralmente y el PL más el FDS del lado cubital, estructuras que se originan de un tendón conjunto (TC) en el epicóndilo”.

Clasificación:

Según el tiempo de evolución:

- a. Dolor agudo- dolor que se prolonga por lo menos 6 semanas
- b. Dolor crónico- dolor que sobrepasa las 12 semanas a 3 meses
- c. Dolor sub agudo- dolor con duración de un lapso de tiempo entre estos dos periodos


Etiología:

La epicondilitis es una de las patologías que con mayor frecuencia genera síntomas dolorosos en el codo. También es llamada epicondialgia, tendinosis del codo o tendinopatía del codo en gran medida es causada por una alteración en los orígenes músculo-tendinosos en los cóndilos humerales.

Signos y síntomas:

- Dolor en la parte externa del codo, sobre el epicóndilo.
- Dolor e impotencia funcional con los movimientos de extensión de la muñeca y supinación del antebrazo.
- Dolor a la palpación de la zona epicondilea y con acciones simples como elevar una botella una jarra o tomar una taza de café, también en deportes, por ejemplo, al ejecutar el golpe de revés en el tenis o badminton.
- El dolor suele ceder durante la noche y con el reposo.

⁹ <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v18n4/v18n4a05.pdf>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 21 de 44

- En ocasiones puede llegar a cronificarse y convertirse en un proceso crónico que requiere cirugía.
- No suelen referir clínica acompañante de origen neurológico, pero al dolor puede irradiarse hacia el brazo y el antebrazo.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de los grupos musculares de miembros superiores. Utilizando como referencia Daniel's. se evalúa la funcionalidad de las manos capacidad para hacer agarres; Flexión palmar: capacidad para empuñar objetos
- **Postura:** determinar posición de epicóndilo valgo o varo de codo
- **Integración sensorial:** Test Sensitivo: Sensibilidad en cada dermatoma de brazo afectada.
- **Integridad y movilidad articular:** aplicación de pruebas específicas como Prueba de la silla y Pivot shift para el codo
- **Integridad refleja:** presencia de reflejos patológicos del codo

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica


Establecer un procedimiento de intervención para el manejo adecuado en pacientes que presentan epicondilitis remitidos a la unidad de fisioterapia de **TERAPIAS CTJ**, mejorando así sus condiciones físicas muscular esqueléticas, con la aplicación de un apropiado método de intervención, como tratamiento fisioterapéutico para recuperar o mantener su funcionalidad corporal para el desempeño en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

Aunque existen varios tipos de tratamientos como los médicos o farmacéuticos existen otro tipo de tratamientos que son menos invasivos y proporcionan una solución a largo tiempo que constituyen el tratamiento de la fisioterapia en la epicondilitis.

¹⁰ Hay que tener en cuenta que este tipo de lesión debe ser manejada en toda la zona de brazo y antebrazo para relajar todo el territorio y obtener una mejoría más rápida y eficaz". Este tipo de tratamiento consiste en disminuir la inflamación y el dolor en el codo a través de la aplicación de diversas técnicas de Fisioterapia. Cuando el dolor disminuya se realizarán ejercicios de fortalecimiento de esta parte del cuerpo para evitar repeticiones de la lesión en el futuro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de dolor - Disminuir inflamación - Mejorar retracciones musculares, fuerza muscular de flexores y extensores de muñeco - pronadores. - Corregir hábitos inadecuados y movimientos repetitivos - Disminuir complicaciones - Reintegrar al paciente a sus actividades en la vida diaria
------------------------------	--


¹⁰ <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-epicondilitis>

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 22 de 44

INDICACIONES	Indicado en pacientes cuya ocupación incluya movimientos repetitivos y carga para miembros superiores, que presenten mialgia y artralgia en codo, pacientes con limitación de arcos de movilidad articular en codo y miembros superiores.
TRATAMIENTO	<p>Crioterapia: este es otro de los tratamientos que consiste en la aplicación de frío de diversas maneras: compresas frías, hielo, etc. sobre la musculatura afectada y sobre el tendón la fisioterapia con frío busca siempre disminuir la inflamación y el dolor.</p> <p>Método: hidroterapia o cubo de hielo Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 3 veces por día Tiempo: 5 a 10 minutos</p> <p>Ultrasonido: el tratamiento con ultrasonidos es uno de los tratamientos más efectivos en la epicondilitis, mejorará la movilidad y el dolor.</p> <p>Tipo: Ultrasonido continuo Intensidad: 1.0 w/cm Frecuencia: 1.5 hz Duración: 5 minutos</p> <p>TENS: Por medio de un tipo especial de corriente puede conseguir efectos muy potentes calmantes del dolor y a bajas frecuencia también logra mejorar la circulación local y por tanto disminuir la inflamación.</p> <p>Tipo: corriente tipo TENS Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 80 - 100 hz Amplitud de pulso: 120mlseg Duración: 10 minutos</p> <p>Ejercicios: Una vez recuperado nuestro paciente debemos enseñarle los ejercicios que permitan un aumento de la resistencia y fuerza en la musculatura afectada, sin olvidar los ejercicios de flexibilización, todos estos tratamientos de Fisioterapia logran una mejora progresiva y evitarán posibles recaídas.</p> <p>Realizar trabajo de fuerza muscular.</p> <p>Tipo: oxidativo Método: isométricos Intensidad: según RM Frecuencia: 3 series 15 repeticiones Tiempo: 15 minutos Densidad: 15 seg Ritmo de progresión: inicial</p>

Bibliografía:

- Ciccotti MG, Ramani MN. Medial Epicondylitis. Sports Med Arthrosc. Review 2003;11(1):57-62. 2. Nirschl RP, Pettrone FA.
- Tennis elbow: The surgical treatment of lateral epicondylitis. J Bone Joint Surg Am 1979;61:832-839. 3. Ciccotti MG, Ramani MN.
- Medial Epicondylitis;Tech Hand Up ExtremSurg 2003;7(4):190-196. 4.
- Dlabach JA, Baker CL.
- Lateral and Medial Epicondylitis in the Overhead Athlete. Operative Techniques in Orthopaedics 2001;11(1):46-54. 5. Rineer C.
- Elbow tendinopathy and tendon ruptures: epicondylitis, biceps and triceps ruptures; J Hand Surg 2009;34A:566-576.
- MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
- REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
- <http://ortopedia.rediris.es>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 23 de 44

ESGUINCE DE CUELLO DE PIE

Objeto Del Protocolo

Especificar la guía de manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico médico de esguince de cuello de pie, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de usuarios de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de esguince de cuello de pie.

Definición:

Un esguince es la lesión de los ligamentos que unen los dos huesos que forman una articulación. Si la lesión es tan importante que el ligamento deja de poder sujetar los huesos en su posición y éstos se separan, se diagnostica una luxación.

Esencialmente al forzar el límite máximo de movimiento de la articulación. Los mecanismos más habituales por los que se produce son:

- Los movimientos bruscos y excesivos, en los que se sobrepasa la amplitud de movimiento que permite la articulación, de forma que se distiende o desgarran el ligamento que mantiene unidos ambos huesos.
- Los accidentes, típicamente de coche, en los que se combinan movimientos extremos con fuerzas externas.

En algunas articulaciones, existen músculos potentes que fijan las articulaciones, contribuyendo a la labor de los ligamentos. Así pues, una musculatura potente y bien entrenada protege a los ligamentos, así si se exagera el movimiento se distiende antes el ligamento que el músculo, y su contracción refleja evita que la articulación exceda su límite máximo de movimiento.

La mayoría de los esguinces se producen en la columna cervical, pues es la parte más móvil de la columna vertebral y la que tiene una musculatura comparativamente menos potente.

Según la gravedad de la lesión, los **esguinces** pueden ser de distintos tipos:

- Grado I: distensión parcial del ligamento (tratamiento).
- Grado II: rotura parcial o total del ligamento (tratamiento conservador o quirúrgico, en función de la lesión).
- Grado III: rotura total del ligamento con arrancamiento óseo (tratamiento quirúrgico).

El tobillo lo forma la articulación tibioperoné-astragalina. Formado por los huesos inferiores o distales de la pierna (tibia y peroné) y por el hueso del pie (Astrágalo). La tibia y el peroné encierran y coaptan al astrágalo en forma de "mortaja". El Astrágalo conecta por debajo con el calcáneo (articulación subastragalina). También representa importancia la articulación entre el escafoide y el Cuboides (articulación de Chopart) ya que interviene en los movimientos de pronosupinación del pie.

¹¹El ligamento sirve como estabilizador de una articulación, en este caso el tobillo se tuerce hacia un lado u otro produciéndose una rotura de ligamentos o esguince. El mecanismo de inversión forzada del pie produce lesiones por tracción, sobre todo cuando existe una lesión del complejo ligamentoso externo, pero no es el único mecanismo lesión al existente, ya que puede asociarse también lesiones por contusión que provocan lesiones directas sobre el ligamento.


Etiología

Se presenta en el 80% de los casos por traumas en inversión (caídas, torceduras).

Signos y síntomas

- Dolor
- Inflamación

¹¹ <https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-esguince-tobillo>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 24 de 44

- Equimosis alrededor del tobillo
- Dolor que empeora al caminar
- Estar de pie o al presionar
- Limitación funcional
- Crepitación al movimiento

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial


Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de los grupos musculares de miembros superiores. Utilizando como referencia Daniel's.
- **Integridad y movilidad articular:** El examen clínico también incluirá una serie de maniobras para producir stress en determinadas áreas del tobillo con el fin de poder un diagnóstico más exacto del tipo de lesión:
 - Prueba del cajón anterior. Con el pie en posición neutra, la rodilla en flexión de 90°, se tracciona con una mano desde la parte posterior del calcáneo, en sentido posteroanterior, mientras con la otra mano se mantiene fija la tibia en su tercio distal. Buscamos laxitud comparando con la misma maniobra exploratoria realizada en el tobillo sano. La percepción de que el recorrido realizado por el tobillo enfermo es mayor, sugiere la existencia de laxitud articular, lesión capsular y del LPAA.
 - Prueba de la inversión forzada. Con el pie en flexión de 10°-20° y la rodilla en flexión de 90° realizaremos muy lentamente la inversión del tobillo, sujetando el medio pie por la región plantar y fijando el tercio distal de la tibia; observaremos la existencia o no de «tope» al movimiento y la posible aparición de un surco bajo el talo, como si la piel quedase succionada por la región infraperonea («prueba de la succión»); la existencia de estos signos sugieren una lesión en el LPAA y en el LPC.
 - Clunk test prueba de la rotación externa forzada. Esta maniobra explora la sindesmosis. Con la rodilla flexionada 90° y la tibia fija en su tercio distal, el mediopié se mueve en sentido medial y lateral, evitando cualquier movimiento de inversión o de eversión. La aparición de dolor en la sindesmosis sugiere lesión de la misma (recordemos que hasta un 11% de los esguinces afectan a la sindesmosis, con el consiguiente riesgo de apertura de la mortaja).
 - **Marcha locomoción y balance:** evaluar las fases de la marcha, el equilibrio dinámico y estático.
 - **Características antropométricas:** evaluar los diámetros según donde se ubique la lesión y hacerlo comparativo para determinar la inflamación.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

Una vez que ya tenemos el diagnóstico clínico, podremos comenzar el tratamiento. El tratamiento irá encaminado a evitar la inestabilidad de tobillo, ya que podría evolucionar a inestabilidad crónica si no está bien tratado.

En fase aguda el tratamiento básico consiste en:

	<p align="center">TERAPIAS C.T.J</p> <p align="center">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 25 de 44

- Hielo: El frío producido por el hielo provoca una vasoconstricción localizada, con lo que la zona dañada tendrá privada el riego sanguíneo.
- Elevación: Evitará mayor inflamación y descarga tensión en el tobillo.


Posteriormente se da inicio al trabajo de fortalecimiento en los músculos implicados en la eversión (músculos peroneos, tibial anterior y extensor largo de los dedos) Restaurar la fuerza entre la inversión y eversión. Realización de ejercicios isométricos e isotónicos concéntricos. Combinando con ejercicios de cadena cinética abierta y cerrada. Algunos autores dan mucha importancia al fortalecimiento muscular, ya que la fatiga muscular lleva a una disminución de la calidad en la recepción y posterior respuesta al estímulo y, por tanto, al deterioro de la estabilidad dinámica.

Se realizarán ejercicios de propiocepción:

- Apoyo unipodal
- Apoyo unipodal con ojos cerrados
- apoyo unipodal sobre plataforma inestable
- apoyo sobre punta de los pies.
- realizar disequilibrios externos y ejercicios con pelota.

A continuación, la prescripción específica de las modalidades físicas y cinéticas:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	<p>Conocer la condición física de movimiento del usuario, buscando un diagnostico fisioterapéutico veraz.</p> <p>Prevenir la progresión de la patología, combatiendo los factores de riesgo.</p> <p>Tratar de manera eficaz las dolencias del usuario a través del manejo fisioterapéutico.</p>
INDICACIONES	<p>Indicado en pacientes con inflamación local posterior a trauma osteomuscular.</p> <p>Indicado en pacientes con edema posterior a trauma osteomuscular.</p> <p>Indicado en pacientes con dolor posterior a trauma osteomuscular</p> <p>Indicado en pacientes con debilidad muscular y disminución de rangos de movilidad articular localizado.</p>
TRATAMIENTO	<p>Realizar movilidad articular y estiramiento como parte de la calistenia.</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Intensidad: a tolerancia del usuario</p> <p>Frecuencia: 3 series 3 repeticiones</p> <p>Tiempo: 30 seg – 15 min</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Realizar trabajo de fuerza muscular.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: estabilización de cuello de pie, activos libres.</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 series 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Propiocepcion, kinestesia y entrenamiento de marcha.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo asistido</p>


	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 26 de 44

	<p>Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 3 series 15 repeticiones Tiempo: 15 minutos</p> <p>crioterapia Método: hidroterapia o cubo de hielo Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 3 veces por día Tiempo: 5 a 10 minutos</p>
--	---

CONFIDENCIAL

Bibliografía

- MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academica ioc y de investigación Española.2002.
 - <http://ortopedia.rediris.es>
 - <https://www.efisioterapia.net/articulos/tratamiento-esquinca-tobillo>
 - De Felipe J. A., Tratamiento funcional del esguince de tobillo. Toledo: MAPFRE. 1999
- Salcedo Joven, I. Sánchez González. A. ad col. Esguince de tobillo. Valoración en Atención Primaria. Medicina Integral. Madrid. IDEPSA 2000. 36(2): 15-24

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 27 de 44

FASCITIS PLANTAR

Objeto del protocolo

Especificar la guía de manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico médico de Fascitis plantar, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de usuarios de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de Fascitis Plantar.

Definición

La fascia plantar es una banda de tejido —muy parecida a un tendón— en la planta del pie. Comienza en el talón y va a lo largo de la planta del pie. Se une a cada uno de los huesos que forman la eminencia metatarsiana ("bola del pie"). La fascia plantar actúa como una banda de caucho entre el talón y la eminencia metatarsiana para formar el arco de su pie. Si la banda es corta usted tendrá un arco alto, y si es demasiado larga usted tendrá un arco bajo o lo que alguna gente llama pie plano. Una capa de grasa en su talón cubre la fascia plantar para ayudarle a absorber la fuerza del golpe generado al caminar. La lesión en la fascia plantar puede causar dolor en el talón. La fascitis plantar suele provocar un dolor punzante que generalmente se produce al dar los primeros pasos del día. Luego de levantarte y comenzar a moverte más, el dolor suele disminuir, pero puede volver luego de estar parado durante mucho tiempo o luego de levantarte de tu asiento.

La fascitis plantar es más común en los corredores. Además, las personas con sobrepeso y aquellas que utilizan calzado que no brinda un apoyo adecuado corren un mayor riesgo de sufrir fascitis plantar.

Etiología

- Debilidad muscular
- La mala sujeción del calzado
- Aumento repentino de la actividad física o del peso.

Signos y síntomas


El síntoma principal de esta lesión es el dolor que se produce en la zona interna del talón, la parte en la que se inserta la fascia plantar, y que suele manifestarse más intensamente por las mañanas debido a la rigidez matutina de la fascia, que por la noche se acorta. El dolor suele ir acompañado de **hinchazón leve, enrojecimiento y sensibilidad** en la parte inferior del talón.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo de los grupos musculares de miembros superiores. Utilizando como referencia Daniel's.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas.
- **Marcha locomoción y balance:** evaluar las fases de la marcha, el equilibrio dinámico y estático.
- **Características antropométricas:** evaluar los diámetros característicos de la inflamación
- **Propiocepción y kinestesia:** evaluación de la alteración para esta categoría.

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 28 de 44

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica


¹²El tratamiento inicial suele consistir en la combinación de antiinflamatorios con diferentes tratamientos de fisioterapia dirigidos a aliviar la inflamación de la fascia en la fase aguda de este trastorno¹².

OBJETIVOS ESPECIFICOS	<p>Conocer la condición física de movimiento del usuario, buscando un diagnóstico fisioterapéutico veraz.</p> <p>Prevenir la progresión de la patología, combatiendo los factores de riesgo.</p> <p>Tratar de manera eficaz las dolencias del usuario a través del manejo fisioterapéutico.</p>
INDICACIONES	<p>Indicado en pacientes con sobrepeso.</p> <p>Indicado en pacientes cuya ocupación requiera de estar la mayor parte de tiempo en bípedo o recorrer largas distancias. Indicado en pacientes con problemas con el arco del pie (tanto pie plano como pie con arcos altos)</p> <p>Tendón de Aquiles (el tendón que conecta los músculos de la pantorrilla al talón) muy tenso.</p>
TRATAMIENTO	<p>Realizar movilidad articular y estiramiento como parte de la calistenia.</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Intensidad: a tolerancia del usuario</p> <p>Frecuencia: 3 series 3 repeticiones</p> <p>Tiempo: 30 seg – 15 min</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Realizar trabajo de fuerza muscular.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: estabilización de cuello de pie, activos libres.</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 series 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Propiocepción, kinestesia y entrenamiento de marcha.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 series 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p> <p>crioterapia</p> <p>Método: hidroterapia o cubo de hielo</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 veces por día</p> <p>Tiempo: 5 a 10 minutos</p>

Bibliografía

- Babcock MS, Foster L, Pasquina P, Jabbari B. Treatment of pain attributed to plantar fasciitis with botulinum toxin a: a short-term, randomized, placebo-controlled, double-blind study. Am J Phys Med Rehabil. 2005;84(9):649–654.
- Digiovanni BF, Nawoczenski DA, Malay DP, Graci PA, Williams TT, Wilding GE, et al. Plantar fasciaspecific stretching exercise improves outcomes in patients with chronic plantar fasciitis. A prospective clinical trial with twoyear follow-up. J Bone Joint Surg. 2006;88(8):1775–1781.
- Furey J. Plantar fasciitis. J Bone Joint Surg Am. 1975;57:672-673.

¹² <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-del-pie/fascitis-plantar.html>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 29 de 44

FRACTURA

Objeto del protocolo

Especificar la guía de manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico médico de **fractura**, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de **Fractura**.

Definición

Una fractura es la solución de continuidad del tejido óseo en cualquier hueso del cuerpo se produce como consecuencia de un esfuerzo excesivo que supera la resistencia del hueso, es decir es la consecuencia de una sobrecarga única o múltiple y se produce en milisegundos. Los extremos fracturados producen una lesión de las partes blandas lo que se aumenta por el proceso de implosión de la fractura.

Tipos

Existe una clasificación más específica que se clasifica según su localización. Los huesos largos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales: la diáfisis, las epífisis y las metáfisis.

- La diáfisis es la parte más extensa del hueso, que corresponde a su zona media.
- Las epífisis son los dos extremos, más gruesos, en los que se encuentran las superficies articulares del hueso. En ellas se insertan gran cantidad de ligamentos y tendones, que refuerzan la articulación.

Las metáfisis son unas pequeñas zonas rectangulares comprendidas entre las epífisis y la diáfisis. Sobre ellas se encuentra el cartílago de crecimiento de los niños.

Así, las fracturas pueden ser, según su localización:

- Epifisarias (localizadas en las epífisis). Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas articulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares.
- Cuando la fractura epifisaria se produce en un niño e involucra al cartílago de crecimiento, recibe el nombre de epifisiólisis.
- Diafisarias (localizadas en la diáfisis). Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.
- Metafisarias (localizadas en la metáfisis). Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.

Según el trazo de la fractura:


- Transversales: la línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- Oblicuas: la línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- Longitudinales: la línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- En «ala de mariposa»: existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre sí y delimitan un fragmento de forma triangular.
- Conminutas: hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.

En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura:

- Incurvación diafisaria: no se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las pequeñas trabéculas óseas que conforman el hueso, dando como resultado una incurvación de la diáfisis del mismo.
- En «tallo verde»: el hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.

Según la desviación de los fragmentos

- Anguladas: los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo.
- Con desplazamiento lateral: las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 30 de 44

- Acabalgadas: uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.
- Engranadas; uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.

Según el mecanismo de producción

- Traumatismo directo. La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- Traumatismo indirecto. La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos

¹³Las manifestaciones clínicas suelen ser dolor, tumefacción, e impotencia funcional en relación a un traumatismo. Pero lo peor de estas lesiones son las complicaciones, que pueden ser muy variadas:

- Relacionados con el daño de los tejidos: hemorragia externa, infección en las lesiones abiertas...
- Por la inmovilización en decúbito prolongada: úlceras, trombosis venosa profunda, atrofiás musculares, descalcificación ósea...
- De la anestesia y cirugía cuando se requieran: atelectasis, neumonías, hemorragias que determinan anemia o shock, infección de la herida...
- Propias de las fracturas son los trastornos de la velocidad y calidad de la consolidación: falta consolidación, es tardía, consolida en mala posición y cierre epifisario traumático.
- Rigidez articular por adherencias, restricciones mecánicas, artrosis...
- Atrofia de Südeck, que no se reconoce hasta que se retira el yeso y se observa edema de la mano y los dedos, se observa además la piel caliente, rosada y lustrosa; hay restricción de los movimientos y sensibilidad difusa.
- Necrosis avascular del hueso por alteraciones en la irrigación.
- Miositis osificante, masa calcificada en los tejidos cercanos a la articulación, determinando restricción de los movimientos.
- Complicaciones neurológicas, vasculares y viscerales¹³.

Etología

la ruptura total o parcial de un hueso puede pasar por diversas causas; lo más común es que se deba a un accidente, una caída fuerte o una lesión deportiva. La fractura provoca un dolor intenso y dependiendo de la gravedad puede necesitar cirugía para recomponer el hueso.

Síntomas

- Deformación de la zona.
- Hinchazón, hematoma o sangrado en la zona afectada.
- Entumecimiento y hormigueo.
- Movimiento limitado o incapacitado.
- Fiebre: en algún caso que aparece hematoma o sobreinfección.


PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.

¹³ <https://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-las-fracturas>

	<p>TERAPIAS C.T.J.</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 31 de 44


- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas y material de osteosíntesis.
- **Marcha locomoción y balance:** evaluar las fases de la marcha, el equilibrio dinámico y estático. Si corresponde.
- **Características antropométricas:** evaluar los diámetros características si hay presencia de inflamación
- **Propiocepción y kinestesia:** evaluación de la alteración para esta categoría.
- **Integridad tegumentaria:** valorar las características tróficas, mecánicas e histológicas de la piel post material de osteosíntesis e inmovilización.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

¹⁴Durante la inmovilización Se debe lograr que las articulaciones no incluidas en la inmovilización sigan funcionando para evitar una rigidez posterior. Ello se consigue con movilizaciones activas, nunca pasivas ni con masajes. Después de la inmovilización Una vez retirada la inmovilización, se debe procurar la recuperación funcional de los músculos, que generalmente, debido al tiempo de inactividad, estarán hipotrofos. Se indicarán ejercicios propios en cada caso".

Objetivo	<p>Buscar una rápida consolidación ósea.</p> <p>Sensibilizar la zona de dolor.</p> <p>Recuperar sensibilidad muscular.</p> <p>Aumentar la fuerza muscular para mejorar estabilidad.</p>
Indicaciones	<p>Personas con traumatismo</p> <p>Antecedentes de una caída</p> <p>Inflamación</p>
Tratamiento	<p><u>EN CASO DE NO TENER MATERIAL DE OSTEOSINTESIS</u></p> <p>ULTRASONIDO:</p> <p>Lo aplicamos para la reparación ósea.</p> <p><u>Frecuencia de emisión:</u></p> <p>1 Mhz, ya que a menor frecuencia mayor intensidad, y mejor penetración.</p> <p><u>Modo de emisión:</u> pulsado</p> <p><u>Intensidad:</u> 1 W/ cm²</p> <p><u>Tiempo:</u> 3 minutos</p> <p><u>Frecuencia:</u> 3 veces a la semana</p> <p>ELECTROTERAPIA:</p> <p><u>Dolor mecánico:</u></p> <p>Tipo corriente: galvanizo</p> <p>Tipo de onda: triangular o cuadrada.</p> <p>Metodología: trenes</p> <p>Tiempo total de sección: 5 – 15 minutos.</p> <p>Colocación electrodo: zona algia.</p> <p><u>EN CASO DE TENER MATERIAL DE OSTEOSINTESIS</u></p> <p>crioterapia</p> <p>Método: hidroterapia o cubo de hielo</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 veces por día</p> <p>Tiempo: 5 a 10 minutos</p>


¹⁴ <https://www.efisioterapia.net/articulos/generalidades-las-fracturas>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 32 de 44

	<p><u>Trabajo cinético según corresponda el área de fractura:</u></p> <p>Realizar movilidad articular y estiramiento como parte de la calistenia.</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Intensidad: a tolerancia del usuario</p> <p>Frecuencia: 3 series 3 repeticiones</p> <p>Tiempo: 30 seg – 15 min</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Realizar trabajo de fuerza muscular.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: estabilización de cuello de pie, activos libres.</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 series 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p> <p>Densidad: 15 seg</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Medio: balón, digiflex.</p> <p>Theraband: Stand de theraband para el trabajo de fuerza en miembros inferiores</p> <p>Tipo: aeróbico</p> <p>Frecuencia: 2 veces al día Serie: 2</p> <p>Repeticiones: 5 con contracciones mantenidas de 20 segundos cada uno.</p> <p>Método: activo – resistido</p> <p>Medio: theraband amarillo y se va aumentando poco a poco, según evolución del paciente.</p> <p>Propiocepción, kinestesia y entrenamiento de marcha.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 series 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 15 minutos</p>
--	---

Bibliografía

- Fracturas en adultos y niños. Rockwood and Green's. Sexta edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins. 2. Cirugía Ortopédica Campbell's. Novena edición. Editorial Mosby.
- Fracturas y Luxaciones. Zuckerman, Koval, Egol. Cuarta edición. Editorial Lippincott Williams & Wilkins.

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 33 de 44

LESIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Objeto del protocolo

Establecer un procedimiento de intervención para el manejo adecuado en un paciente que presente lesión de ligamento anterior remitidos a la unidad de fisioterapia de **TERAPIAS CTJ**, mejorando así sus condiciones físicas musculoesqueléticas, con la aplicación de un apropiado método de intervención, como tratamiento fisioterapéutico para recuperar o mantener su funcionalidad corporal para el desempeño en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de lesión de ligamento cruzado anterior.

Definición

BIOMECANICA DE LA RODILLA: Es la articulación más grande del esqueleto, está unido por tres huesos exterior inferior fémur y exterior superior de la tibia y la rótula, es una estructura biauricular compuesta por la articulación tibio femoral y femoro rotuliana, tiene el brazo de palanca más largo del cuerpo (fémur y tibia). El ligamento colateral medial controla el movimiento de valgo y el LCL controla el movimiento en varo LCA controla desplazamiento anterior de la tibia LCP controla el desplazamiento posterior de la tibia. LCA evita que la tibia se deslice hacia afuera frente al fémur y brinda estabilidad rotacional de la rodilla, estos se cruzan dentro de la rodilla formando una X es por eso que se les denomina cruzados

Clasificación

Al igual que otros tipos de esguinces, lesiones del LCA está sometido al siguiente sistema de clasificación:

- a) Grado I - Una lesión leve que sólo provoca las lágrimas microscópicas en la ACL. A pesar de estos pequeños desgarramientos pueden estirar el ligamento a cabo de forma, que no afectan a la capacidad global de la articulación de la rodilla para soportar su peso
- b) Grado II - Una lesión moderada en la que el LCA es parcialmente roto. La rodilla puede ser algo inestable y Puede recuperarse periódicamente al ponerse de pie o caminar
- c) Grado III - Una lesión grave en la que el LCA es completamente desprendido y la rodilla se siente muy inestable.

Etiología

Estiramiento o ruptura del ligamento cruzado anterior (puede ser parcial o completo).

Cuando el ligamento cruzado anterior se desgarró al mismo tiempo que el LCM Y menisco medial más frecuente en los futbolistas y los esquiadores En un golpe realizado en un lado de la rodilla.

Una parada rápida combinada con un cambio de dirección mientras se está corriendo, girando, aterrizando, de un salto o extendiendo demasiado la articulación de la rodilla llamada rodilla hiperextendida.


Síntomas

- a. Los síntomas de una lesión del LCA pueden incluir:
- b. Sientes un tronido en el interior de la rodilla cuando se produce la ruptura del LCA
- c. Hinchazón significativa la rodilla y la deformidad en unas pocas horas después de la lesión
- d. Severo dolor en la rodilla que le impide que siga participando en su deporte (más común en los desgarramientos parciales del ligamento cruzado anterior)
- e. No hay dolor en la rodilla, especialmente si la LCA ha sido completamente rota y no hay tensión en el ligamento lesionado
- f. Una decoloración de negro y azul alrededor de la rodilla, debido a la sangría del interior de la articulación de la rodilla
- g. Una sensación de que su rodilla lesionada falla o cede si intenta ponerse de pie

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Después de la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:


	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 34 de 44

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa en MMII.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura de MMII.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas en MMII. Y pruebas específicas como cajón anterior, test de lachman, pirot shift. se califica en grados con goniómetro en flexión y extensión de rodilla.
- **Propiocepción y kinestesia:** evaluación de la alteración del equilibrio estático y dinámico.
- **Marcha locomoción y balance:** Se evalúa la marcha con muletas y se da progresión en el tratamiento. se valora según la capacidad para caminar en punta y talón y con aditamentos como bastón o muletas.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

La guía de tratamiento y rehabilitación después de una ruptura del LCA o de su respectiva reparación, es hecha por el fisioterapeuta y el médico a cargo, dependiendo por supuesto de cada caso y de características como edad, grado de lesión, tiempo transcurrido, técnica usada para la reparación quirúrgica del daño, etc. Sin embargo, existen algunos ejercicios comúnmente usados para la rehabilitación del LCA.


OBJETIVOS	<p>Manejo de dolor</p> <p>Mejorar retracciones musculares, fuerza los cuádriceps y isquiotibiales, gemelos y tibiales</p> <p>Manejo de marcha en muletas</p> <p>Corregir postura en marcha</p> <p>Disminuir complicaciones</p> <p>Regresar al paciente a su vida diaria</p>
INDICACIONES	Pacientes con lesión de cruzado anterior
TRATAMIENTO	<p>Crioterapia: método: paquete frío duración: 7 minutos intensidad :a tolerancia del paciente</p> <p>Estiramientos: Método: activo - asistido Frecuencia 2 veces al día Duración: 20 segundos Ritmo de progresión: inicial Intensidad : tolerancia del paciente.</p> <p>Fortalecimiento de musculatura de MMII. <u>Método:</u> isométricos para cuádriceps. <u>Descripción del ejercicio:</u> en camilla o en colchoneta con la ayuda de un balón o almohada ubicarlo debajo de la pierna y pedirle que lo oprima <u>Intensidad:</u> tolerancia del paciente. <u>Series:</u>3 <u>Repeticiones:</u>5 <u>Duración :</u>10sg c/u <u>Frecuencia:</u> una vez en el día.</p> <p>Movilidad articular: Tipo: oxidativo Método: activo asistido Frecuencia 2 veces al día Series:3 Repeticiones: 5 Ritmo de progresión: inicial</p>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 35 de 44

	<p>Intensidad : a tolerancia del paciente</p> <p>Ejercicios en cadena cinética cerrada</p> <p><u>Método:</u> activo</p> <p><u>Descripción:</u> realizar sentadilla de baja complejidad En apoyo bipodal traslados de peso talon dedos</p> <p><u>Serie:</u> 3 <u>Repeticiones:</u> 5 (Ir progresando en las series)</p> <p>Stand de theraband para el trabajo de fuerza en miembros inferiores</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo resistido de acuerdo al color de theraband</p> <p>Frecuencia 2 veces al día</p> <p>Serie:3</p> <p>Repeticiones: 5</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p>
--	---

Bibliografía

- Kirkendall DT, Garrett WE Jr. The anterior cruciate ligament enigma. Injury mechanisms and prevention. Clin Orthop Relat Res 2000; 372: 64-68
- Silvers HJ, Mandelbaum BR. Prevention of anterior cruciate ligament injury in the female athlete. Br J Sports Med 2007; 41 (Suppl.) 1: S52-S59
- Ekdahl M, Wang JH, Ronga M, Fu FH. Graft healing in anterior cruciate ligament reconstruction. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2008; 16: 935-947.
- <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180519034007.pdf>
- www.terapia-fisica.com/ligamento-cruzado-anterior.html

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 36 de 44

LUMBALGIA

Objeto del protocolo

Establecer un procedimiento de intervención para el manejo adecuado en pacientes que presentan lumbalgia remitidos a la unidad de fisioterapia de **TERAPIAS CTJ**, mejorando así sus condiciones físicas musculoesqueléticas, con la aplicación de un apropiado método de intervención, como tratamiento fisioterapéutico para recuperar o mantener su funcionalidad corporal para el desempeño en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de dolor lumbar o lumbalgia.

Definición

El dolor localizado en la parte baja de la espalda (región lumbar). Generalmente se presenta en forma brusca, luego de realizar un esfuerzo por levantar objetos pesado o realizar movimientos bruscos. A la lumbalgia también se le conoce con el nombre de Lumbago, dolor lumbar. o Lumbodinia.

Afecta principalmente a la zona lumbar y la causan alteraciones de las diferentes estructuras que forman la columna vertebral como ligamentos, músculos, discos vertebrales y vértebras, según la Sociedad Española de Reumatología. La columna lumbar es el segmento final de la columna vertebral y la zona que soporta más peso. Por ello, las lesiones son más frecuentes.

1. Vértebras: su parte más sensible es el periostio.
2. Articulaciones: la articulación intervertebral produce dolor sólo cuando existe una sobrecarga mecánica que se transmite a las estructuras vecinas. Ligamentos: la presión sobre el ligamento común posterior produce dolor, lo que ocurre cuando existe una degeneración discal o cuando el núcleo pulposo abomba hacia atrás.
3. Raíces nerviosas: conforman el plexo lumbar y lumbosacro (nervio ciático L4-L5-S1-S2-S3). Su compresión puede provocar dolor intenso, cuadro denominado lumbociática. El simple contacto con la raíz puede producir dolor y con mayor razón si hay tracción, estiramiento (signo de Lasègue) o aumento de la compresión del nervio. El dolor se irradia siguiendo la distribución del nervio correspondiente (signos irritativos de la raíz) o aparecen parestesias.
4. Músculos y fascias: son capaces de provocar dolor sordo e intenso. La distensión de las fascias musculares y aponeuróticas provocan dolor especialmente en la columna lumbar (fasciotoracolumbar). El dolor de las articulaciones vertebrales y de los ligamentos lumbosacros origina un espasmo reflejo de los músculos posteriores de la columna vertebral, contractura muscular dolorosa por sí y porque causa sobrecarga por hiperpresión de las articulaciones vertebrales, favoreciendo la perpetuación del dolor.

¹⁵"No puede decirse que la lumbalgia sea una enfermedad, sino más bien se trata de un problema o un síntoma ya que significa dolor lumbar (dolor en la parte baja de la columna) y puede deberse a múltiples factores como un esfuerzo excesivo o una mala postura".

Clasificación


Según el tiempo de evolución

- Dolor lumbar agudo- dolor que se prolonga por lo menos 6 semanas
- Dolor lumbar crónico- dolor que sobrepasa las 12 semanas a 3 meses
- Dolor lumbar sub agudo- dolor con duración de un lapso de tiempo entre estos dos periodos

Según estructura anatómica

- Dolor lumbar no radicular
- Dolor lumbar radicular
- Lumbalgia completa

¹⁵ CAILLIET, R. SÍNDROMES DOLOROSOS: Dorso. DF: Manual Moderno

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J.</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 37 de 44

Según el origen

- Dolor somático: originado en los discos intervertebrales, articulaciones facetarias, vasos sanguíneos
- Dolor radicular: Se origina entre los nervios espinales

Etiología

Las causas de la lumbalgia son múltiples. Puede deberse a malas posturas, factores relacionados con la actividad física del individuo o factores psicológicos.

- De origen mecánico: Son las más frecuentes. Se debe a una alteración de las estructuras que forman la columna lumbar. Las malas posturas también pueden provocar lumbalgia. Además, la práctica deportiva sin un entrenamiento adecuado puede producir lumbago. La práctica clínica también ha observado que determinados factores psicológicos pueden provocar dolores de la columna en general.
- De origen inflamatorio: Tienen su origen en determinadas enfermedades que producen una inflamación de las vértebras, de los tendones o de las articulaciones próximas. Asimismo, otras patologías no inflamatorias pero que podrían causar lumbago son las infecciones o los tumores malignos.
- Levantamiento de cargas , movimientos repetitivos de este segmento
- Obesidad
- Musculares: desgarro agudo, espasmos, dolor miofascial
- Degenerativo: osteoartrosis, espondilosis, síndrome facetario,
- Inflamatoria: artritis, espondilitis

Neurológicas

- Metabólicas: osteoporosis
- Traumáticas: fracturas, esguinces
- Congénitas: escoliosis, espondilolistesis


Signos y síntomas

- Dolor localizado en el área lumbar o irradiando el MMII
- Limitación funcional
- Dolor a la palpación
- Retracción de MMII y espinales bajos
- Alteración de la postura
- Alteraciones vesicales en caso de origen neurológico
- Signo de lassegue en caso de ciática
- Alteración de los reflejos rotulianos y aquileo
- Alteraciones sensitivas de los dermatomas

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnostico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:


	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 38 de 44

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según la escala análoga, aparición, localización, irradiación se hace una inspección localizando puntos gatillos de columna dorso lumbar.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura lumbar y abdominal.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas. Según diagnostico medico de compresión radicular o sospecha del mismo y se realizara lasague con el paciente de cubito dorsal en la camilla se le pide una extensión de de la pierna hacia donde refiere irradiarse el dolor el cual aparece entre los 30 y 70 grados de extensión será positivo.
- **Integridad sensorial:** Sensibilidad superficial y profunda, es importante para mirar el alcance y la intensidad de los medios físicos
- **Postura:** se evalúa la simetría corporal y la actitud postural, determinar si el sacro esta de forma horizontal, cifosis dorsal, alineamiento escapular, actitud postural al caminar.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

Lograr coordinación y equilibrio de la zona media del cuerpo. Generando estabilidad en tronco, específicamente en la zona lumbar, activación abdominal y lumbal, mejorando la calidad de vida del usuario.


OBJETIVOS	<p>Conocer la condición física de movimiento del usuario, buscando un diagnostico fisioterapéutico veraz.</p> <p>Prevenir la progresión de la patología, combatiendo los factores de riesgo.</p> <p>Tratar de manera eficaz las dolencias del usuario a través del manejo fisioterapéutico.</p>
INDICACIONES	<p>Indicado en pacientes con dolor lumbar crónico o agudo</p> <p>Indicado en pacientes con sobrepeso</p> <p>Indicado en pacientes con patología congénita de columna</p> <p>Indicado en pacientes con malos hábitos posturales.</p>
TRATAMIENTO	<p>Core es una técnica que tiene como principio lograr estabilidad en la zona media del cuerpo la cual se refiere como la relación que existe del tronco con la cintura pélvica y escapular. A fin de mejorar el control lumbopelvico y lograr así mayor estabilidad de la columna activando los receptores articulares por medio de la implementación del principio de variabilidad.</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Metodo: circuitos</p> <p>Intensidad: 60%-70% FC según RM</p> <p>Frecuencia: 3 series de 15 repeticiones</p> <p>Tiempo: 10 min</p> <p>Densidad: 1 minuto</p> <p>Ritmo de progresion: inicial</p> <p>Coordinación lumbopelvica:</p> <p>Paciente en decúbito supino, rodillas semiflexionadas, brazos a lo largo del tronco y hacer movimientos de ante versión y protucion pélvica, teniendo en cuenta que el abdomen debe estar contraído y también los glúteos, para ser mas efectivo el ejercicio.</p> <p>Superman en pocicion prono, con apoyo en cuatro y sobre balon:</p> <p>Paciente en decúbito prono, en cuatro apoyos, se le pide que eleve el MMSS contra lateral del MMII, se sostiene la posición por 5 segundos.</p> <p>Abdominales de palanca corta:</p> <p>Paciente en de cubito supino con rodillas semiflexionadas a 90°, punto fijo en el techo y se le pide que realice flexión de tronco, sin perder el punto fijo.</p>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 39 de 44

	<p>Los músculos abdominales son los principales estabilizadores de la columna lumbar e iniciadores del movimiento del tronco, regulan el movimiento relativo a la pelvis y a el tórax, es importante lograr una activación abdominal por que por medio de esta se estaría estabilizando la columna al tiempo que se estaría fortaleciendo el componente muscular de esta zona y se contribuye al mejoramiento de la postura y a incrementar la presión abdominal, ya que este fortalecimiento es fundamental para la ejecución de cualquier movimiento integrado.</p> <p>Estiramiento funcional de musculatura paravertebral</p> <p>El estiramiento funcional son una serie de técnicas que implica la activación de no solo un grupo muscular sino de dos o mas, y que permite aumentar el ROM de la musculatura involucrada y a una disminución de los períodos de latencia aumento de la velocidad de contracción y relajación.</p> <p>tipo: oxidativo</p> <p>método: activo - asistido</p> <p>intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>densidad: 10 seg</p> <p>Duración: 30 seg.</p> <p>tiempo: 5 min</p> <p>frecuencia: 1serie de 3 repeticion</p> <p>ritmo de progresión: inicial</p> <p>Termoterapia superficial</p> <p>Método: paquete caliente</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 3 veces por día</p> <p>Tiempo: 15 a 20 minutos</p> <p>Termoterapia profunda</p> <p>Tipo: Ultrasonido continuo</p> <p>Intensidad: 1.0 w/cm</p> <p>Frecuencia: 1.5 hz</p> <p>Duración: 5 minutos</p> <p>Electroestimulacion TENS</p> <p>Tipo: corriente tipo TENS</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p> <p>Frecuencia: 80 - 100 hz</p> <p>Amplitud de pulso: 120mlseg</p> <p>Duración: 10 minutos</p>
--	---

Bibliografía

- CAILLIET, R. SÍNDROMES DOLOROSOS: Dorso. DF: Manual Moderno
- Allegri M, Montella S, Salici F, Valente A, Marchesini M, Compagnone C *et al.* (28 de junio de 2016 (revisado el 11 de octubre de 2016)). «Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. Version 2016».
- Aguilera, Ana; Herrera, Arturo (diciembre de 2013). «Lumbalgia: una dolencia muy popular y a la vez desconocida». *Comunidad y Salud* (Maracay, Venezuela: Scielo) 11(2).
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/guiaLumbalgia.pdf
 - MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
<http://ortopedia.rediris.es>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 40 de 44

PARÁLISIS FACIAL

Objeto del protocolo

Proporcionar una herramienta con bases científicas que puedan ser aplicadas en la práctica diaria del usuario que asiste a la unidad de terapia física con diagnóstico médico de parálisis facial aplicando estos conceptos para un óptimo tratamiento de esta entidad patológica.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de parálisis facial.

Definición: Es una alteración en los movimientos de un lado de la cara, causada por la lesión del nervio facial en todo o parte de su trayecto. Si el origen es anterior al núcleo (supra nuclear), no es parálisis periférica sino central teniendo importancia en distinguir estas dos afecciones. La parálisis facial se caracteriza por pérdida o disminución de la función motora y sensorial del nervio. Se presenta inflamación del nervio y posterior compresión lo que genera una posible desmielinización y como consecuencia de ello una disminución o ausencia de la conducción nerviosa


Clasificación : Parálisis facial periférica: es una afectación del nervio facial que ocasiona un síndrome agudo con debilidad de la musculatura facial por lesiones del VII par craneal después del núcleo de este nervio. Es la más frecuente de todas las parálisis de los nervios craneales. Parálisis Facial central: se genera por daños de la corteza cerebral de las vías corticales, por lesión a nivel de la protuberancia. En este tipo de parálisis no se ve totalmente involucrada el nervio facial.

Etiología

- Neuritis de origen toxico o infeccioso
- Compresión por tumores
- Afección del oído
- Trauma en la base del cráneo
- Edema en la cara
- Cambios bruscos de temperatura
- Infección por VIH
- Enfermedad de Lyme

signos y síntomas

- Dificultad para cerrar un ojo
- Dificultad para comer y beber
- Babeo
- Alteración de la sonrisa
- Alteración de la fonación
- Boca seca
- Pérdida del sentido del gusto
- Cinsinesia, aparición de movimientos involuntarios del lado afectado.
- Logoftalmos, el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano
- Ectropión. Eversión del párpado inferior.
- Retracción Palpebral.
- Exposición corneal.
- Epifora, lagrimeo involuntario.
- Hipoacusia, vértigo, alteraciones visuales.

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 41 de 44

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:


- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según la escala análoga, aparición, localización, irradiación se hace una inspección localizando puntos gatillos desde área cervical y cara bilateral
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura facial y de columna cervical.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas en cuello.
- **Integridad sensorial:** Sensibilidad superficial y profunda, es importante para mirar el alcance y la intensidad de los medios físicos
- **Integridad refleja:** se evalúa el tono muscular, mediante el registro visual con la siguiente escala
 - 0 = parálisis completa.
 - 1= contracción sin movimiento.
 - 2= movimiento sin esfuerzo.
 - 3= movimiento simétrico.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

¹⁶La re-educación neuromuscular, terapia mímica y kinesioterapia, se utiliza para recuperar el movimiento facial simétrico y para reducir o eliminar los problemas asociados a la parálisis en cuanto al déficit de movimiento. Consiste en sesiones dirigidas de ejercicios para entrenar movimientos correctos de la cara. Éstos se encuentran directamente relacionados con movimientos de expresiones emocionales faciales cotidianos como arrugar frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir nariz, levantar el labio superior y apretar los labios, entre otros. Regularmente se emplea un espejo para realizar los ejercicios, con la intención que el paciente se observe y mejore su ejecución

OBJETIVOS ESPECIFICOS	1. Estimular la musculatura facial para mejorar la función motora en cuanto a: Desempeño muscular - Reeducación muscular- Expresión facial - Tratar el signo de bell 2. devolver sensibilidad a la zona afectada de la cara. 3. promover la utilización de la férula bucal.
INDICACIONES	Pacientes con diagnóstico médico de parálisis facial que presenten algunos de estos síntomas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de sensibilidad en la cara ▪ Pérdida del sentido del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua ▪ Hipersensibilidad en el oído afectado ▪ Incapacidad para cerrar el ojo del lado afectado ▪ Afectación de los músculos que controlan expresiones faciales.
TRATAMIENTO	Técnica de rood: <ul style="list-style-type: none"> - Hielo: pinceladas de origen a inserción en toda la musculatura afectada. - Cepilleo: aplicarlo en el recorrido del Musculo - frecuencia: todos los días

¹⁶ <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113g.pdf>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 42 de 44

- duracion:30 sg
- intensidad: a tolerancia del paciente

Ejercicios de mímica facial:

Ejercicios activos: se pueden iniciar a favor de la gravedad en posición supina para posteriormente realizarlos en sedente; se deben hacer frente a un espejo y tapando la hemicara sana para favorecer la independencia.

- Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (Orbicular de los labios)
- Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (Dilatador de la nariz, canino, elevador del labio superior).
- Expulsar aire lentamente, como soplando una vela (Buccinador)
- Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (Risorio)
- sonreír: mostrando los dientes y sin mostrarlos (cigomático mayor y menor)
- Apretar los dientes lo más fuerte posible (Cutáneo del cuello, triangular de los labios)
- Arrugar el mentón (cuadrado de la barba, borla de la barba)
- Elevar las cejas (frontal)
- Juntar las cejas (superciliar)
- Cerrar los ojos (Orbicular de los párpados)

Ejercicios con resistencia: se realizan los ejercicios anteriormente descritos ejerciendo una resistencia con el 2 dedo.

- método: activos o asistidos
- frecuencia: todos los días
- duración:
 - Series:3 Repeticiones:10
 - Descanso:5sg
- ritmo de progresión: inicial

Técnicas de facilitación neuromuscular.

-Contraer –relajar- Iniciación rítmica- Reflejo de estiramiento

- método: activos
- frecuencia: cada 2 días
- duración:
 - Series:3 Repeticiones:5
 - Descanso:5sg
- ritmo de progresión: inicial con progresión según evolución del paciente

Inhibición del reflejo de Bell:

Se logra enfocando los ojos del paciente en un objeto fijo a 30.5 cm abajo al frente del paciente, intentando cerrar ambos ojos hasta ocluirlos.


Férula bucal

La férula bucal está indicada cuando la asimetría facial es de tal magnitud que limita las funciones de alimentación y comunicación

Se sugiere al paciente que la utilice un tiempo determinado según la tolere.

Bibliografía

- MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
 - <http://ortopedia.rediris.es>
- Alonso Martín R.parálisis facial en SEMFYC, editora. Guía de actuación primaria. Barcelona SEMFYC, 1998;95-6 2.
 - Salinas RA, Alvarez G, Alvarez MI, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis)
 - <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2011/ane113g.pdf>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 43 de 44

SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR

Objeto del protocolo

Proporcionar una guía de diagnóstico y valoración en el tratamiento terapéutico para una recuperación integral del usuario que asiste a la unidad de terapia de **TERAPIAS CTJ**

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de síndrome de manguito rotador.

Definición

El manguito de los rotadores es una estructura anatómica del hombro que da lugar a un gran número de incapacidades laborales, tanto temporales como permanentes, por ello consideramos de gran importancia su estudio. El manguito de los rotadores está formado por la unión de cuatro tendones: el supraespinoso, el infraespinoso, el subescapular y el redondo menor que dan lugar a un tendón único que se inserta en la extremidad proximal del húmero, siendo el supraespinoso el más importante desde el punto de vista funcional por lo que sus lesiones son las más frecuentes.

Entidad clínica que designa todo tipo de lesión que afecte el sistema musculo esquelético del hombro sea su causa de origen traumático, proceso degenerativo, síndrome por sobre uso. Se caracteriza por la compresión de la bursa del supra espinoso, el tendón supra espinoso o el tendón del bíceps entre la tuberosidad mayor y el arco coracoacromial.

Factores de riesgo

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de padecer una lesión del manguito de los rotadores:


- **Edad.** Con la edad, aumenta el riesgo de padecer una lesión del manguito de los rotadores. Los desgarros del manguito de los rotadores son más frecuentes en personas mayores de 40 años.
- **Determinados deportes.** Los atletas que realizan movimientos repetitivos con los brazos regularmente, como lanzadores de béisbol, arqueros y jugadores de tenis, corren un mayor riesgo de tener una lesión del manguito de los rotadores.
- **Trabajos de construcción.** Algunas ocupaciones, como la carpintería o la pintura de casas, requieren movimientos de brazos repetitivos, a menudo por encima de la cabeza, que pueden dañar el manguito de los rotadores con el tiempo.
- **Antecedentes familiares.** Puede haber un componente genético en las lesiones del manguito de los rotadores, ya que es más común que aparezcan en determinadas familias.

Clasificación

- **Etapas I:** Edema y hemorragia en la bursa subacromial si continúa desencadena fibrosis. Personas menor es de 25 años.
- **Etapas II:** Fibrosis e inflamación entres los 25 y 40 años
- **Etapas III:** Osteofitos acromiales y rupturas completas del manguito rotador en personas mayores a 40 años

Etiología

- Traumáticos: Secuelas de fractura de acromion, troquíter, coracoides.
- Degenerativos: Artrosis acromio-clavicular.
- Variantes anatómicas constitucionales: Acromion tipo III, os acromial y coracoides.
- Inflamatorias: Bursitis subacromial.
- Yatrógenas: Mala posición de implantes.
- Cápsula-ligamentosos: Inestabilidades y laxitud capsular
- Disfunción neuromuscular escápulo-torácica: Espondilosis cervical, parálisis musculares escápulo-torácicas.
- Traumáticos: Agudos y micro-traumatismos.
- Degenerativos: Alteraciones micro-estructurales, edad, vascularización, tendinitis calcificada y tendinopatías por corticoides
- Disfunción neuromuscular escápulo-humeral: Lesión nervio supra-escapular, radiculopatía C5-C6.

	TERAPIAS C.T.J. MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 44 de 44

Signos y síntomas

- Cervicobranquialgia, dolor en la región del hombro en el tercio próxima del humero, aumento en la noche por la congestión venosa
- Debilidad para elevar el brazo por encima de la cabeza o con la abducción y rotación extrema
- Disminución de los arcos de movilidad del hombro
- Crepitación al movimiento.
- Atrofia muscular
- Alteraciones de la postura

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial


Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnostico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual. aparición del dolor, localización del dolor, características.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** se califica en leve, moderada o severa de espinales altos, abductores, rotadores externos, aductores de la escapula y flexos extensores del miembro superior bilateral.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. se calificará en bueno, regular y malo de supraespinoso, infra espinoso, redondo mayor y menor, subescapular, bíceps y coracobraquial según la valoración. Y también para musculatura de columna cervical.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas, se aplican pruebas específicas como la Prueba de appley superior: se realiza pasando la mano por detrás de la cabeza a tocar el omoplato contra lateral, se combina la abducción y rotación interna. El Test de Neer: inmovilizamos con una mano la escapula del paciente y pasivamente le llevamos el brazo en rotación interna flexión de hombro, esto produce dolor en la articulación.
- **Postura:** se evalúa la simetría y actitud postural.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

La fisioterapia suele ser uno de los primeros tratamientos que recomienda el médico. Los ejercicios orientados a la ubicación específica de la lesión del manguito rotatorio pueden ayudar a restaurar la flexibilidad y a fortalecer el hombro. La fisioterapia también es una parte importante del proceso de recuperación posterior a la cirugía realizada en el manguito rotatorio.


OBJETIVOS ESPECIFICOS	Conocer la condición física de movimiento del usuario, buscando un diagnostico fisioterapéutico veraz. Prevenir la progresión de la patología, combatiendo los factores de riesgo. Tratar de manera eficaz las dolencias del usuario a través del manejo fisioterapéutico.
INDICACIONES	Indicado en pacientes cuya ocupación incluya movimientos repetitivos y carga para miembros superiores. Indicado en pacientes con mialgia y artralgia en hombro. Indicado en pacientes con limitación de arcos de movilidad articular en hombro. Indicado en pacientes que presenten debilidad muscular en hombro.
	Realizar movilidad articular y estiramiento como parte de la calistenia. Método: activo asistido Intensidad: a tolerancia del usuario Frecuencia: 3 series 3 repeticiones

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 45 de 44

<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Tiempo: 30 seg – 15 min Densidad: 15 seg Ritmo de progresión: inicial Realizar trabajo de fuerza muscular. Tipo: oxidativo Método: isométricos Intensidad: según RM Frecuencia: 3 series 15 repeticiones Tiempo: 15 minutos Densidad: 15 seg Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Con la mano que está más cerca de la puerta doblar el brazo a un ángulo de 90° con el theraban halar la banda a través del abdomen. Levantamiento de pesas para la el miembro superior usando máquinas de pesas o pesas individuales.Hacer movimientos circulares con su hombro derecho hacia afuera levantando el antebrazo izquierdo hasta que esté al mismo nivel con el hombro.</p> <p>Tecnica de Codman. Tipo: oxidativo Método: tecnica de Codman Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 3 series 15 repeticiones Tiempo: 5 minutos Densidad: 15 seg Ritmo de progresión: inicial</p> <p>El paciente se dobla sobre una mesa o silla, deja colgar el brazo y realiza movimientos en sentido, vertical y horizontal.</p> <p>Stand de theraband para el trabajo de fuerza en miembros superiores Tipo: oxidativo Método: activo resistido de acuerdo al color de theraband Frecuencia 2veces al día Series:3 Repeticiones: 5 Ritmo de progresión: inicial Intensidad: a tolerancia del paciente</p>
---------------------------	---

Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rotator-cuff-injury/symptoms-causes/syc-20350225>
- MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
 - <http://ortopedia.rediris.es>
- Williams G Jr, Kraeutler MJ, Zmistowski B, Fenlin JM Jr. No difference in postoperative pain after arthroscopic versus open rotator cuff repair. Clin Orthop Relat Res. 2014; 472 (9): 2759-2765.
- Williams G Jr, Kraeutler MJ, Zmistowski B, Fenlin JM Jr. No difference in postoperative pain after arthroscopic versus open rotator cuff repair. Clin Orthop Relat Res. 2014; 472 (9): 2759-2765.

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 46 de 44

SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO

Objeto del protocolo

Establecer un procedimiento de intervención para el manejo adecuado en pacientes que presentan síndrome del túnel del carpo remitidos a la unidad de fisioterapia de **TERAPIAS CTJ** mejorando así sus condiciones físicas musculoesqueléticas, con la aplicación de un apropiado método de intervención, como tratamiento fisioterapéutico para recuperar o mantener su funcionalidad corporal para el desempeño en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de síndrome del túnel del carpo.

Definición

Es una neuropatía periférica que ocurre cuando el nervio mediano, que abarca desde el antebrazo hasta la mano, se presiona o se atrapa dentro del túnel carpiano, a nivel de la muñeca. El nervio mediano controla las sensaciones de la parte anterior de los dedos de la mano (excepto el dedo meñique), así como los impulsos de algunos músculos pequeños en la mano que permiten que se muevan los dedos y el pulgar. El túnel carpiano es un canal estrecho y rígido del ligamento y los huesos en la base de la mano contiene el nervio y los tendones medianos. Está delimitado por los huesos pisiforme, ganchoso, escafoide y trapecio, y por el ligamento denominado retináculo flexor. A través de este túnel discurren cuatro tendones del músculo flexor común superficial de los dedos de la mano, cuatro tendones del músculo flexor común profundo de los dedos de la mano y el tendón del músculo flexor largo del pulgar. Cualquier proceso que provoque ocupación del espacio (inflamación de alguno de estos tendones, presencia de líquido, etc.) provoca la disminución de espacio y el atrapamiento del nervio. Algunas veces, el engrosamiento de los tendones irritados u otras inflamaciones estrechan el túnel y hacen que se comprima el nervio mediano.

El resultado puede ser dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, irradiándose por todo el brazo. El síndrome del túnel carpiano es de las neuropatías por compresión más comunes y ampliamente conocidas en las cuales se comprimen o se traumatizan los nervios periféricos del cuerpo.

Clasificación

Según el tiempo de evolución:

- Dolor agudo- dolor que se prolonga por lo menos 6 semanas
- Dolor crónico- dolor que sobrepasa las 12 semanas a 3 meses
- Dolor sub agudo- dolor con duración de un lapso de tiempo entre estos dos periodos


Etiología

El STC es la neuropatía compresiva con mayor prevalencia. La incidencia de éste síndrome se sitúa entre el 0,1 % y el 10 %. La incidencia aumenta con la edad para los hombres, así como en las mujeres con edades comprendidas entre 45 y 54 años. La prevalencia en la vejez es cuatro veces superior en las mujeres que en los hombres. La edad está considerada un factor de riesgo para el deslizamiento y conducción del nervio mediano.

La evaluación requiere realizar una cuidadosa historia y examen físico del paciente, considerando el dolor, signo de Flick (el aleteo de las manos para aliviar las parestesias cuando acompaña a las parestesias nocturnas), prueba de Phalen, y prueba de Tinel. La evaluación mediante pruebas electrofisiológicas es necesaria para detectar las lesiones por compresión causadas por el atrapamiento nervioso.

Signos y síntomas

- Cosquilleo en los dedos.
- Adormecimiento de los dedos.
- Dolor en el dedo gordo, quizás extendiéndose hasta el cuello.
- Ardor desde la muñeca hasta los dedos.

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 47 de 44

- Cambios en el tacto o sensibilidad a la temperatura.
- Entorpecimiento de las manos.
- Debilidad para agarrar, habilidad de pinchar, y otras acciones con los dedos
- Inflamación de la mano y el antebrazo.
- Cambios en el patrón de sudor de las manos. Alteraciones vegetativas.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial


Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Bilateral en muñecas
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa en flexores y extensores de mano, pronadores supinadores, radiales, palmar mayor.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura de grupos musculares de dedos, mano, muñeca codo y brazo según diagnóstico médico.
- **Integridad refleja:** se realizan pruebas específicas de; Test de Phalen positivo (flexión forzada de la muñeca más de 60 segundos); Test de compresión nerviosa (compresión sobre el N. mediano durante unos 30 segundos, produce parestesias y dolor en territorio del mediano); Signo de Tinel.
- **Integridad sensorial:** Sensibilidad en cada dermatoma de brazo afectado, nervio mediano
- **Función motora:** se evalúa las habilidades en las etapas del control motor de destreza como pinzas y agarres así como la atrofia eminencia tenar.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

Recibir tratamiento para el síndrome del túnel carpiano lo antes posible, después de que comiencen los síntomas. Aumentar la frecuencia de las pausas para que las manos puedan descansar. También puede ser de ayuda evitar las actividades que empeoran los síntomas y aplicar compresas frías para reducir la inflamación.


OBJETIVO	Disminuir dolor en la zona de la muñeca, y producir una vasodilatación para que se realice un barrido de sustancias de desecho. Mejorar el proceso de circulación en un 95% de la zona afectada. Lograr descomprimir el nervio mediano por medio de estiramiento de los músculos flexores de muñeca y de los dedos. Potencializar la fuerza muscular de esta zona y mejorar la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.
INDICACIONES	Pacientes que presenten hormigueo u adormecimiento que va haciéndose insoportable llegando incluso al dolor en la mano afectada. Trabajadores que se exponen a movimientos repetitivos en su vida diaria. Personas que utilizan un computador todo el día sin tener intervalos de tiempo.
TRATAMIENTO	Termoterapia superficial:

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 48 de 44

	<p>Método: paquete caliente Duración: 20 minutos Intensidad: tolerancia del paciente. Frecuencia: 3 veces por semana.</p> <p>Contrastes: 5 minutos de paquete caliente y 1 minuto de paquete frío. 4 minutos de paquete caliente y 1 minuto de paquete frío. 3 minutos de paquete caliente y 1 minuto de paquete frío. 2 minutos de paquete caliente y 1 minuto de paquete frío. 1 minutos de paquete caliente y 1 minuto de paquete frío.</p> <p>Parafina: Sumergir la mano perfectamente limpia en la parafina unas 10 veces hasta formar un guante grueso y Posteriormente envolver la mano en una bolsa plástica por un lapso de 20 minutos.</p> <p>Estiramiento de flexores de muñeca: Tipo: aeróbico Intensidad: umbral de dolor Duración: 20 segundos cada uno Serie: 3 Repeticiones: 5 Frecuencia: 3 veces al día Método: activo</p> <p>Digiflex: Tipo: aeróbico Frecuencia: 2 veces al día Serie: 2 Repeticiones: 5 con contracciones mantenidas de 20 segundos cada una. Método: activo – resistido Medio: digiflex verde.</p> <p>Plastilina terapéutica: Tipo: aeróbico Frecuencia: 2 veces al día Serie: 2 Repeticiones: 5 con contracciones mantenidas por 20 segundos cada una. Además, realizar rollos sobre la mesa de 5 repeticiones en cada mano. Método: activo – resistido Medio: plastilina terapéutica verde.</p>
--	---

Bibliografía

- KATZ JN, SIMMONS BP. Carpal tunnel syndrome. N Eng J Med 2002;346:1807-1812. [2] PRESTON DC. Distal median neuropathies. Neurologic Clinics 1999;17:407-424.
- CHAN MH, WEI SJ, CHIANG HL, WANG HM, HSIEH PF, HUANG SY. Comparison of motor conduction techniques in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. Neurology 2002;58:1603-1607.
 - MALAGON, Castro Valentin, Tratado de ortopedia y fracturas. Ed Celsus Bogota, Colombia.1994.
 - REDIRIS.Ortopedia@.Red Academicaioc y de investigación Española.2002.
 - <http://ortopedia.rediris.es>
 - <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 49 de 44

VERTIGO

Objeto del protocolo

Especificar la guía de manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico médico de vértigo, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral, permitiendo un adecuado abordaje al paciente y así mismo plantear un adecuado plan de tratamiento fisioterapéutico. Brindándole al paciente herramientas necesarias para tener una mejor calidad de vida.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de vértigo.

Definición

Percepción anómala del movimiento, como sensación (ilusión) de desplazamiento del entorno o de los objetos en relación al sujeto o movimiento del cuerpo del paciente. Se trata de una pérdida de la orientación espacial, puede ser pasajero, durar o horas e incluso días. En un 85% los síntomas proceden del laberinto, pero un 15% se presenta en el tronco cerebral. En muchos casos el vértigo se acompaña de nistagmo: movimiento ocular involuntario, caracterizado por oscilaciones regulares de los ojos, que puede ser horizontal, vertical o rotatorio y puede afectar a un solo ojo o a ambos. El vértigo suele acompañarse de manifestaciones motoras (nistagmo, desequilibrio) y vegetativas (náuseas, vómito, sudoración, hipotensión).

Clasificación

- **Vértigo periférico (vestibular u octavo par craneal)**

Son alteraciones del equilibrio ocasionado por la generación de impulsos desordenados en el aparato vestibular o por trastorno o una transmisión deficiente de los impulsos a través del VIII par craneal. La causa se localiza en el oído interno, generando lesión del nervio vestibular o en los receptores del laberinto. Se presenta como crisis súbitas de poca duración, el periodo de latencia entre la adopción de la postura que precipita el malestar y el inicio del vértigo y nistagmo es de 1 a 5 segundos, se acompaña de manifestaciones auditivas y síntomas neurovegetativos (sudoración, taquicardia, hipotensión y náuseas).

- **Vértigo de origen central (tallo encefálico y cerebelo)**


Se produce por lesión de los núcleos vestibulares del bulbo o de los centros de integración del tronco cerebral, el cerebelo y la corteza temporoparietal. Es de inicio gradual, continuo, que persiste en el tiempo y normalmente aparece de manera lenta, quedando el paciente en un estado vertiginoso mantenido, la sensación es menos intensa y los síntomas no son provocados por cambios en la postura.

Etiología

La causa del vértigo puede ser consecuencia de alteraciones en el oído, en la conexión nerviosa del oído al cerebro o en el propio cerebro.

Otros factores que pueden propiciar la aparición del vértigo son:

- Mareos: Fundamentalmente en personas cuyo oído interno sea especialmente sensible a movimientos súbitos, como los vaivenes.
- Infecciones víricas o bacterianas que afecten al oído interno.
- La enfermedad de Ménière: Un trastorno de causa desconocida que produce crisis de vértigo repentinas y episódicas y suele ir acompañada de tinnitus (zumbidos), pérdida de la audición y náuseas.
- Regulación anormal de la presión arterial: Especialmente en personas mayores que toman fármacos para controlar una enfermedad cardíaca o la hipertensión y pueden desmayarse cuando se ponen de pie bruscamente debido, precisamente, a una bajada de la presión arterial (hipotensión ortostática).
- Trastornos neurológicos: Como la esclerosis múltiple, fracturas de cráneo, tumores (especialmente los que se desarrollan en la base del cerebro o cerca de éste) o ictus.
- La manifestación clínica más frecuente es la sensación de que el cuerpo en el que está el paciente está girando o que el propio cuerpo está en movimiento.

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J.</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 50 de 44

síntomas que pueden aparecer incluyen:

- Zumbido de oídos.
- Pérdida del equilibrio.
- Mareos.
- Hipoacusia en un oído.
- Dificultad para enfocar con los ojos.
- Visión doble.
- Parálisis facial.
- Dificultad en la articulación del lenguaje.
- Debilidad de las extremidades.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran: Se realizará la valoración del paciente teniendo en cuenta:

Exploración neurológica


- Fuerza Muscular: Se califica en bueno, regular y malo de escalenos, trapecio fibras superiores, medias.
- Retracciones: Se califica en leve, moderada o severa
- Palpación de puntos gatillos: Se realiza desde columna cervical
- Sensibilidad: sensibilidad superficial táctil y dolorosa, comparando puntos simétricos, sensibilidad profunda con el movimiento de las articulaciones y músculos llevando los dedos de los pies, por ejemplo, hacia adelante o atrás y el paciente debe reconocer estos movimientos

Exploración del reflejo vestibuloespinal y equilibrio

- Prueba de Romberg: explora el equilibrio. indicar al paciente que permanezca de pie con los pies juntos y los ojos cerrados.
- Prueba de la marcha a ciegas o de Babinsky-Weill. Explora el equilibrio, observar al paciente cuando camina de forma alternativa hacia delante y hacia atrás con los ojos cerrados.
- Prueba de Barré: el paciente deberá abrir y cerrar los ojos. En el vértigo periférico, al cerrar los ojos, el individuo se desviará hacia el lado afectado, esta desviación se corrige en cuanto se abren los ojos.

Pruebas posicionales o vestibulares

- Test de sacudida de la cabeza: permite la detección de la pérdida vestibular unilateral o bilateral, se realiza en pacientes de la tercera edad.
- Test de Dix-Hallpike: Colocamos al paciente sentado sobre la camilla, no en el borde, sino longitudinalmente. Giramos su cabeza hacia un lado 45º (derecha o izquierda.), tumbamos rápidamente hacia atrás al paciente de manera que su cabeza, quede colgando por encima del borde craneal de la camilla con unos 30º.
- Test de los índices de Bárány: el explorador tiene que colocarse delante del paciente con los brazos extendidos y los dedos índices en dirección al paciente. Este tiene que hacer coincidir sus dedos índices con los del explorador y a continuación debe cerrar los ojos.


	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 51 de 44

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.
- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa en columna cervical.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura de columna cervical.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas en cuello.
- **Propiocepción y kinestesia:** evaluación de la alteración del equilibrio estático y dinámico.
- **Integridad refleja:** Prueba de Romberg; Prueba de la marcha a ciegas o de Babinsky-Weill; Prueba de Barré; Test de Fuduka unterberger . Pruebas posicionales o vestibulares ;Test de sacudida de la cabeza; Test de Dix-Hallpike ; Test de los índices de Bárány; Reflejo vestibulo-ocular

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

La eficacia de estos ejercicios es alta, pero el tratamiento es bastante más arduo que las maniobras realizadas en la consulta. Se realizan tres series de estos ejercicios al día durante dos semanas y en cada serie, la persona realiza la maniobra cinco veces.


OBJETIVOS	<p>Mejorar la estabilidad postural estática y dinámica aumentando los límites de estabilidad del paciente</p> <p>Reeducación del reflejo vestibulococlear para estabilizar el sistema visual</p> <p>Redistribuir la información somato sensorial y visual en el mantenimiento del equilibrio</p> <p>Prevenir y proporcionar al paciente pautas para evitar riesgo de caídas</p>
INDICACIONES	En general, la rehabilitación vestibular se indica en pacientes con lesiones vestibulares estables y no compensadas
TRATAMIENTO	<p>TRATAMIENTO DEL VERTIGO POSICIONAL PAROXISTICO.</p> <p>-En este ejercicio la persona parte de la posición sentada (en casa lo hará sobre la cama), de manera, que pasará a acostarse sobre un lado con la cabeza girada unos 45° hacia el techo;</p> <p>-En esta posición se permanecerá durante unos 30 segundos, o hasta que el mareo desaparezca, volviendo nuevamente a la posición de partida; donde permanecerá otros 30 segundos.</p> <p>-Finalmente se acostará sobre el otro lado, en la misma posición, permaneciendo otros 30 segundos.</p> <p>-Esta secuencia deberá repetirla varias veces al día.</p> <p>EJERCICIOS PARA AUMENTAR LA GANANCIA DEL REFLEJO VESTIBULOOCULAR.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coger una tarjeta o un bolígrafo y manteniendo el brazo extendido, mirar la tarjeta fijamente mientras mueve la cabeza y la tarjeta simultáneamente pero en sentido contrario (Al girar la cabeza hacia la derecha, la tarjeta se desplaza hacia la izquierda mientras se sigue enfocando las letras, al girar la cabeza hacia la izquierda, la tarjeta se desplaza hacia la derecha) durante 1 minuto. Descansar y repetir. Aumentar poco a poco la amplitud y la velocidad de los movimientos. 2. Frente a una pared en la que se coloca una tarjeta a la altura de los ojos a unos 25 cms. 3. El paciente intentará mantener enfocadas las letras (Estímulo foveal) mientras mueve la cabeza horizontalmente durante un minuto. Descansar y repetir. Repetir moviendo la cabeza verticalmente. Aumentar poco a poco la amplitud y la velocidad de los movimientos. <p>Repetir utilizando un estímulo visual completo: Papel pintado. · Repetir utilizando un texto escrito, que el paciente lee en voz alta.</p> <p>EJERCICIOS DE CONTROL POSTURAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Con los pies separados, desplazar lentamente el peso hacia delante y hacia atrás. No realizar movimientos muy rápidos ni doblar la cadera, todo el desplazamiento será sobre los tobillos. A continuación, desplazará el peso hacia ambos lados, primero llevando el peso hacia la izquierda

	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 52 de 44

	<p>y después hacia la derecha, sin doblar la cadera. Repetir varias veces. Repetir con los ojos cerrados. Posteriormente balancearse en círculo. Realizar este ejercicio sobre una almohada o colchón de gomaespuma.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2- En una esquina de la habitación, mantenerse de pie con los pies juntos durante 20 segundos primero con los ojos abiertos, luego con los ojos cerrados. Descansar y repetir. 3- De pie con los pies juntos y apoyados a la pared, hacer movimientos lentos de la cabeza hacia arriba y hacia abajo durante 20 segundos. Descansar y repetir, primero con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados. 4- Caminar sin desplazarse sobre una almohada o superficie de gomaespuma. Cuando el paciente esté habituado con los ojos abiertos, realizar el ejercicio con los ojos cerrados. 5- Caminar el tándem (Talón colocado delante de la puntera del otro pie) hacia delante y hacia atrás sobre una línea de 5 metros cinco veces, primero con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados. 6- Colocar la espalda contra una pared. Separar el hombro derecho de la pared y girar a la izquierda hasta situarse de cara a la pared, luego separar el hombro izquierdo y girar hasta que la espalda se encuentre de nuevo contra la pared. Repetir hasta recorrer toda la pared. Repetir hacia el lado contrario. 7- Situado cerca de una pared, de manera que pueda apoyarse si lo necesita, el paciente delinear las letras del alfabeto en el suelo con un pie. Una vez completado el ejercicio, se repite con el otro pie. 8- Caminar de puntillas hacia delante y hacia atrás, sobre una línea de 5 metros 5 veces, primero con los ojos abiertos y después con los ojos cerrados. 9- Andar por un pasillo y mientras se camina girar sobre sí mismo, durante un minuto. Descansar y repetir. 10- Caminar en una habitación alrededor de una silla, primero hacia delante luego hacia marcha atrás. Repetir varias veces, primero con los ojos abiertos y después con los ojos cerrados. 11- Mantenerse de pie sobre un solo pie durante unos segundos, primero con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados. Repetir. 12- Subir y bajar 10 escalones con los ojos abiertos. Repetirlo varias veces y luego realizarlo con los ojos cerrados. 13- Caminar de talones hacia delante y hacia atrás sobre una línea de 5 metros. Primero con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados. 14- Lanzar a otra persona una bola grande, luego el paciente camina en círculo alrededor de la persona que lanza la bola, el ejercicio se realiza durante un minuto. Descansar y repetir.
--	---

Bibliografía

- Herdman SI, Cleindaniel RA, Mattox DE, Holiday MI, Niparko JK. Vestibular adaptation exercises and recovery: acute stage after acoustic neuroma resection. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995 ; 113:77-87.
- So Young Moon, Ji Soo Kim, Byung-Kun Kim, Jae Il Kim, Hyung Lee, Sung-Il Son, et al. Clinical characteristics of benign paroxysmal positional vertigo in Korea: a multicenter study. *J Korean Med Sci* 2006; 21: 539-43.
- Cohen H Vestibular rehabilitation reduces functional disability. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1992 ; 107: 638-643.
- https://www.ucam.edu/sites/default/files/revista-fisio/05tratamiento_manual_del_vertigo_posicional.pdf
- Bernal E, Víctor Faus V, Bernal R, (Diciembre 2006), Presbivértigo: ejercicios vestibulares, Madrid, Vol.17, N.4
- 2. Gobernado J, (Octubre de 2008) Vértigo: revisión semiológica José Manuel Gobernado, Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España. Retomado de www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1711/97/00970102_LR.pdf
- 3. Martínez L y Saura N (Guadalupe). 2008, Tratamiento Manual del vértigo posicional paroxístico benigno. Revista de fisioterapeutas. Retomado de www.ucam.edu/sites/default/files/revista-fisio/05-tratamiento_manual_del_vertigo_posicional.pdf
- 4. Morera Pérez, C, Algarra, J, (2006) Lecciones de otorrinolaringología aplicada, segunda edición, editorial glosa, Barcelona definición vértigo pruebas
- 5. Ruiz de Adana (2001), Manual de diagnóstico y terapia médica en atención primaria, tercera edición, España
- 6. Neuspiller R, (2007), Vértigo periférico, Vol. 15, N.3

	TERAPIAS C.T.J MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 53 de 44

- 7. Plaza Mayora, G, Onrubia, T, Hernández, A (Octubre 2009), Diagnóstico y tratamiento del vértigo periférico, Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Fuenlabrada, Madrid. España

ARTROSIS DE CADERA

Objeto del protocolo

Especificar la guía de manejo para atención de pacientes en **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico médico de Artrosis de cadera, quienes requieren de manejo fisioterapéutico por medio de terapia física integral.

Población objeto

Esta guía de manejo será aplicada en la atención de **TERAPIAS CTJ** con diagnóstico de artrosis de cadera.

Definición

La artrosis de la articulación de la cadera consiste en el deterioro del cartílago de esta articulación. Es relativamente frecuente, aunque no tanto como la artrosis de rodillas o de manos. En general, es propia de personas mayores, aunque puede aparecer antes de los 50 años, siendo excepcional en jóvenes.

La articulación de la cadera es una articulación que une el miembro inferior con la pelvis, dotando de gran amplitud y movilidad al cuerpo. La articulación está revestida por cartílago, y rodeada de músculos y tendones. Cuenta con estas estructuras para proporcionar soporte, estabilidad y facilitar el movimiento. Es una de las zonas más ignoradas del cuerpo y únicamente nos acordamos de ella cuando se produce dolor o alguna lesión; sin embargo, la usamos a diario.

Enfermedades degenerativas como la artritis, la artrosis, la artritis tuberculosa, la artritis reumatoide y enfermedades como el lupus eritematoso diseminado, tienden a producir lesiones en la zona de la cabeza femoral (cadera), reduciendo su movilidad y funcionalidad. Cualquier mala alineación o mal reparto de presiones puede originar zonas de presión excesiva, con roturas del cartílago articular que posteriormente generan la aparición de la artrosis. Otros factores desencadenantes son: exceso de peso, alteraciones del cartílago articular por traumatismos, infecciones, trastornos metabólicos, procesos inflamatorios e incluso endocrinos.

Etiología

No se sabe. La causa de la artrosis se cree que es la consecuencia de una suma de factores genéticos y ambientales.

síntomas


El síntoma fundamental es dolor, aunque también aparece la rigidez y deterioro de la movilidad y funcionalidad. En la artrosis de cadera el dolor se localiza en la zona de la ingle. En ocasiones, el dolor baja por la cara anterior del muslo y también puede doler la rodilla, lo que puede hacer pensar al paciente que el problema está en la rodilla. Problemas en la zona de la cadera producirán limitación para hacer casi cualquier actividad cotidiana ya que es la articulación que sostiene las extremidades inferiores, disminuyendo el perímetro de marcha, dificultando la subida de escaleras o entorpeciendo la capacidad de ponerse los calcetines o anudarse el calzado.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA

Valoración inicial

Tras la anamnesis; determinación del sistema alterado y diagnóstico fisioterapéutico se valorarán las siguientes categorías del movimiento, aplicando para cada una los instrumentos de medición correspondientes, las escalas y pruebas clínicas que se requieran:

- **Dolor:** Se evalúa interrogando al paciente según escala análoga visual, aparición del dolor, localización del dolor, características. Luego se evalúa al movimiento contemplando factores que empeoren o alivien el dolor, tratamientos recibidos, ocupación, actividades lúdico deportivas y a la palpación de puntos gatillos.


	<p style="text-align: center;">TERAPIAS C.T.J</p> <p style="text-align: center;">MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 54 de 44

- **Rango de movimiento y flexibilidad:** Se califica en leve, moderada o severa en cadera y miembros inferiores bilateral.
- **Desempeño Muscular:** Se calificará en bueno, regular y malo. Utilizando como referencia Daniel's. para musculatura de cadera y miembros inferiores.
- **Integridad y movilidad articular:** si hay presencia de contracturas y/o espasmos musculares.
- **Propiocepción y kinestesia:** evaluación de la alteración del equilibrio estático y dinámico.

Descripción de la prescripción del ejercicio – intervención fisioterapéutica

Existen ejercicios que tonifican y mantienen en buenas condiciones esta articulación, aunque siempre antes de iniciar cualquier programa de ejercicios debe de consultar con su médico o fisioterapeuta para confirmar que usted está en condiciones de ejecutar estos ejercicios, o si necesita hacer modificaciones a los mismos, omitirlos o realizar otros.


OBJETIVO	<p>Mejorar flexibilidad, para evitar retracciones musculares.</p> <p>Mejorar desempeño muscular para Promover estabilidad dinámica con el fin de prevenir alteraciones.</p> <p>Mejorar rangos de movimiento en articulaciones subyacentes</p> <p>Ganar propiocepción y kinestesia en las articulaciones de rodilla y cuello de pie favoreciendo estabilidad en miembros inferiores.</p>
INDICACIONES	<p>Daño irreversible de la articulación el cual se da en casos avanzados de artrosis, artritis reumatoide, secuelas de artritis séptica o de displasia del desarrollo de la cadera, tumores o en casos especiales de fracturas del cuello femoral</p>
TRATAMIENTO	<p>Crioterapia: método: paquete frío duración: 7 minutos intensidad: a tolerancia del paciente.</p> <p>Termoterapia superficial Método: paquete caliente Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 3 veces por día Tiempo: 15 a 20 minutos</p> <p>Termoterapia profunda Tipo: Ultrasonido continuo Intensidad: 1.0 w/cm Frecuencia: 1.5 hz Duración: 5 minutos</p> <p>Electroestimulación TENS Tipo: corriente tipo TENS Intensidad: a tolerancia del paciente Frecuencia: 80 - 100 hz Amplitud de pulso: 120mlseg Duración: 10 minutos</p> <p>LO ANTERIOR PARA EL MANEJO SEDATIVO.</p> <p>Estiramientos: Método: activo - asistido Frecuencia 2 veces al día Duración: 20 segundos Ritmo de progresión: inicial</p>

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 55 de 44

	<p>Intensidad : tolerancia del paciente.</p> <p>Fortalecimiento:</p> <p><u>Método:</u> isométricos para Flexores de cadera extensores de cadera, rotadores y abductores</p> <p><u>Descripción del ejercicio:</u> en camilla o en colchoneta con la ayuda de un balón o almohada ubicarlo debajo de la pierna y pedirle que lo oprima</p> <p><u>Intensidad:</u> tolerancia del paciente.</p> <p><u>Series:</u>3</p> <p><u>Repeticiones:</u>5</p> <p><u>Duración :</u>10sg c/u</p> <p><u>Frecuencia:</u> una vez en el día.</p> <p>Movilidad articular:</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo asistido</p> <p>Frecuencia 2veces al día</p> <p>Series:3</p> <p>Repeticiones: 5</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Intensidad : a tolerancia del paciente</p> <p>Ejercicios en cadena cinetica cerrada</p> <p>Método: activo</p> <p>Descripción : realizar sentadilla de baja complejidad</p> <p>En apoyo bipodal traslados de peso talon dedos</p> <p>Series: 3</p> <p>Repeticiones: 5</p> <p>(Ir progresando en las series)</p> <p>Stand de theraband para el trabajo de fuerza en miembros inferiores</p> <p>Tipo: oxidativo</p> <p>Método: activo resistido de acuerdo al color de theraband</p> <p>Frecuencia 2veces al día</p> <p>Series:3</p> <p>Repeticiones: 5</p> <p>Ritmo de progresión: inicial</p> <p>Intensidad: a tolerancia del paciente</p>
--	---

Bibliografía

- Ulla Hafelinger "La Coordinación Y El Entrenamiento Propioceptivo" (2010).
- Arnold G. Nelson PhD, y Jouko Kokkonen, PhD "Anatomía de los estiramientos" (2009).
- Henri Neiger. "Estiramientos analíticos manuales, técnicas pasivas". (1998).
- Raymond Sohler, y Margarita Company Bauzá. "Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera" (2009).
- Seidenberg, P, Bowen, J. "The hip and pelvis in sports medicine and primary care" (2010).
- Sociedad Española De Reumatología (COR). "Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento" (2010).

	<p>TERAPIAS C.T.J</p> <p>MANUAL PROTOCOLOS DE ATENCION FISIOTERAPIA</p>	Código: 0011-CTJD-PP-MA-FT
		Versión: 02
		Fecha: 02-02-2024
		Página 56 de 44

CONFIDENCIAL