

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



TÍTULO:

**TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN LA RECUPERACIÓN POST OPERATORIA
DE PRÓTESIS DE CADERA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA, EN EL
PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DEL 2022.**

PRESENTADO POR:

BR. RUTH KARINA CRUZ JOVEL

PARA OPTAR AL GRADO DE:

LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

DOCENTE ASESOR:

LIC. JULIO ERNESTO BARAHONA JOVEL

**CIUDAD UNIVERSITARIA "DR FABIO CASTILLO FIGUEROA" EL SALVADOR, SAN
SALVADOR, ENERO 2024.**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla Quintanilla

Rector de la Universidad

Dra. Evelyn Farfán

Vicerrector Académico

M.Sc. Roger Arias

Vicerrector Administrativo

Lic. Pedro Rosario Escobar Castaneda

Secretaría General

Dr. Saúl Díaz Peña

Decano

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran

Vicedecano

Lcda. Mónica Raquel Ventura

Director de Escuela de Ciencias de la Salud

Lcda. María del Carmen Merino de Lozano

Director de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

TRABAJO DE GRADO APROBADO POR:

Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Docente Asesor de Procesos de Graduación

Licda. Ana Catalina Mejía de Guardado

Coordinadora General de Procesos de Grado

DEDICATORIA

Principalmente se lo dedico a mi padre Salvador Cruz y a mi madre Flor Jovel, por su esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional durante mis proyectos académicos y personales, por educarme desde el amor y la responsabilidad, por ser pilares fundamentales de mi vida.

A mis abuelitas, Aminta Cruz y Antonia Jovel quienes desde pequeña me brindaron su amor y cuidados y me aconsejaron ayudando a convertirme en la persona que soy, porque con su luz y amor eterno me siguen iluminando desde el cielo.

A mis hermanos Josselyn Jovel y Alexis Jovel por hacer que mi proceso de formación fuera más grato ayudando con su apoyo moral y sobre todo con su amor. Por ser mi motivación día a día y siempre creer en mí y en mis capacidades a lo largo de toda mi vida.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por guiarme y darme fortaleza cada día para seguir avanzando personal y profesionalmente, por su bondad y amor.

A mi asesor de trabajo de grado Lic. Julio Barahona por su paciencia y dedicación en la culminación de este proceso, a la Universidad de El Salvador y a mis docentes por su formación y excelencia académica.

Agradezco también a Evelyn Cruz, Rene Arturo, Gladys Alvarado y Foncho Crespín, por su apoyo incondicional, por creer en mí y brindarme su ayuda. Gracias por ser ejemplos de persistencia, responsabilidad, y sobre todo de superación.

Al departamento de fisioterapia del Hospital Nacional San Rafael, por ser maestras, guías y compañeras, ayudando a mi formación profesional y personal con su experiencia, paciencia y cariño.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	vi
CAPÍTULO I.....	7
PLANTEAMIENTO DE OPORTUNIDAD O NECESIDAD DE TRABAJO.....	7
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO GENERAL:	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS:	8
JUSTIFICACION	9
CAPITULO II	10
MARCO TEORICO	10
2.1 Historia Hospital San Rafael.....	10
2.2 FUNDAMENTACION TEORICA	11
2.2.1 Anatomía de la articulación de la cadera	11
2.2.2 Anatomía funcional de la cadera.....	12
2.2.3 Fractura de cadera	17
2.2.4 Clasificación de la fractura de cadera:	19
2.2.5 Prótesis de cadera.	20
2.2.6 Tipos de prótesis de cadera.....	20
2.2.7 Importancia de la fisioterapia en prótesis de cadera	24
2.2.8 Tratamiento fisioterapéutico	26
CAPITULO III.....	30
METODOLOGIA	30
3.1 Tipo de investigación.....	30
3.2 Población y muestra	30
3.3 Tipo de muestro.....	30
3.4 Métodos	30
3.5 Técnica de recolección de datos.....	31
3.6 Instrumentos	31

3.7 Materiales	31
3.8 Procedimientos y plan de análisis	32
CAPITULO IV	33
CONTRIBUCION DEL TRABAJO Y LIMITACIONES	33
Contribución del trabajo	33
Limitaciones	33
CAPITULO V	34
PRESENTACION DE RESULTADOS	34
DATOS ESTADÍSTICOS GENERALES	34
PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA	68
EVALUACION, TRATAMIENTO Y TIPO DE ALTA A PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA DEL AREA DE HOSPITALIZACION	72
EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TIPO DE ALTA A PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA EN CONSULTA AMBULATORIA	96
ANÁLISIS GENERAL	104
CAPITULO VI	106
CONCLUSIONES	106
CAPITULO VII	107
RECOMENDACIONES	107
FUENTES DE INFORMACION	108
ANEXOS	109

INTRODUCCION

El presente trabajo es la presentación de la memoria documentada de las actividades realizadas en la intervención de fisioterapia en las pasantías de práctica profesional en el Hospital Nacional San Rafael.

El Hospital nacional San Rafael cuenta con servicios de fisioterapia y rehabilitación en las áreas de Hospitalización y consulta externa o ambulatoria, en los cuales se trabajó durante este periodo de la mano con todos los servicios en especial en el área de ortopedia, donde se rehabilito a los pacientes post cirugía de prótesis de cadera y además se les enseñó a cuidarla para mantener una mejor de calidad de vida.

En los últimos tiempos se ha visto aumentado considerablemente el número de personas, a las que se le somete a una intervención quirúrgica para implantarles una prótesis de cadera. Por lo general asociamos que la prótesis de cadera son cirugías que son exclusivas de personas mayores, por motivos y circunstancias asociadas a las fracturas o desgaste articular debido a la edad o lesiones. Post cirugía es fundamental iniciar lo antes posible el tratamiento fisioterapéutico de la cadera, ya que gracias a ello se evitará que la musculatura se atrofie y puedan aparecer rigidez articular y otras complicaciones.

Para llevar a cabo el análisis de cada paciente se utilizaron instrumentos brindados por el hospital que ayudaron con cada uno de ellos, como podremos observar en los análisis de los resultados cada paciente obtiene resultados en tiempo diferentes, ya que las causas, edades y diagnósticos varían en cada uno, sin embargo, la finalidad de la rehabilitación para todos ellos es la deambulaci3n.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE OPORTUNIDAD O NECESIDAD DE TRABAJO

El Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla es un centro asistencial de segundo nivel con algunas sub especialidades, por esta razón es considerado centro de referencia de la región central, debido a su ubicación geográfica atiende trauma mayoritariamente, obligado por esta circunstancia a cumplir funciones de tercer nivel. El hospital brinda atención a todo tipo de patologías con el objetivo de proporcionar en forma oportuna servicios de salud curativos y de rehabilitación con calidad a la población demandante y brindar una respuesta efectiva y oportuna.

El servicio de Fisioterapia del Hospital San Rafael brinda atención en la consulta ambulatoria y pacientes hospitalizados de las diferentes áreas como: medicina interna, ortopedia, cirugía, neonatología, pediatría, observación, salud mental, ginecología y obstetricia, y la unidad de cuidados intensivos y cuidados paliativos.

El servicio de ortopedia es el área que tiene una de las demandas más grandes en el hospital; realizando diferentes tipos de intervenciones y siendo uno de los más frecuentes la cirugía de prótesis de cadera, refiriendo el 100% de estos pacientes a fisioterapia después de 24 horas de la cirugía. El papel que tiene el Fisioterapeuta en los casos de una rehabilitación de prótesis de cadera es fundamental y primordial ya que es muy importante para una rápida y efectiva recuperación del paciente. Es importante comenzar este tratamiento de la cadera a las 24 horas post cirugía, esto se realiza en el área de hospitalización, de esta manera se ayuda al paciente a evitar complicaciones tales como atrofiás musculares, rigidez en la articulación y se acelera el proceso de recuperación para facilitar la terapia posteriormente en la consulta ambulatoria y así poder evitar refracturas, encamamientos prolongados y complicaciones con la prótesis para reinsertar al paciente a sus actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar tratamiento de fisioterapia para rehabilitación post operatoria de prótesis de cadera en pacientes del área de hospitalización y consulta externa del Hospital Nacional San Rafael.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Evaluar a pacientes post cirugía de prótesis de cadera para determinar un tratamiento adecuado para cada paciente.
- Brindar el tratamiento adecuado mediante la aplicación de técnicas de fisioterapia para la rehabilitación de prótesis de cadera según la necesidad del paciente.
- Presentar los datos y resultados obtenidos en la intervención de fisioterapia durante las pasantías de práctica profesional, en el periodo de Julio a diciembre del 2022.

JUSTIFICACION

El propósito de esta pasantía fue poder brindar una intervención temprana y adecuada que ayudo a proporcionar la oportunidad de recuperar o mejorar la marcha del paciente mediante el tratamiento que les permitió reducir significativamente la estancia hospitalaria y recuperar la movilidad en sus miembros inferiores para caminar y realizar las actividades necesarias con el fin de tener acceso a una mejor calidad de vida. Es importante la necesidad del paciente de reintegrarse pronto a la vida productiva, ya que, muchos de ellos se sometieron al reemplazo total de cadera todavía durante su período de vida económicamente activo.

En consideración a lo antes mencionado se realizó un programa de atención el cual incluyo los recursos pertinentes que el hospital proveyó para la realización de técnicas científicamente comprobadas de fisioterapia que ayudaron a los pacientes para una buena recuperación tales como electro estimulación, aplicación de agentes físicos, ejercicios terapéuticos, cuidados posturales entre otros, para ayudar al dolor intenso que se sufrieron post cirugía y fortalecer la musculatura, reeducar marcha, según la necesidad de cada paciente. Tomando en cuenta la importancia de la educación para las personas del entorno del paciente acerca de los cuidados en el hogar, además se enseñó la importancia es importancia de aditamentos tales como andadera, muletas, o bastón y los cuidados posturales y formas correctas de realizar cambios de postura, que ayudaron a cuidar la prótesis para no dañarla y evitar posibles reingresos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Historia Hospital San Rafael

En la ciudad de Santa Tecla, Un 6 de agosto de 1864, Doña María Josefa de la Luz Saldaña marcó un precedente que hasta nuestros tiempos perdura y se mantiene viva en la historia, su espíritu altruista la condujo a realizar el proyecto más importante y necesario para la ciudad Teceleña con el propósito único de ayudar y servir a la población de aquella época; en una modesta casa de su propiedad fundó un lugar lleno de amor y esperanza de vida para muchas personas, al que llamó “Casa de Misericordia” así fue denominado el primer Hospital de Santa Tecla y tercero a nivel nacional. Con el correr de los años se recibía a enfermos no sólo de la ciudad sino también los procedentes de pueblos y caseríos aledaños y fue necesario ampliar el hospital para establecer la sala de varones y prestar un nuevo y singular servicio de atención y medicamento para hombres. Doña Luz Saldaña, fue el timón y el alma del hospital su lucha incansable por adquirir un sitio propio para edificar las nuevas casas de hospital que ya comenzaban a ser comúnmente denominado “San Rafael” obtuvo sus frutos pues el Presidente Rafael Saldívar, le confirió un terreno de dos manzanas tomado de la finca “Santa María”, iniciándose los trabajos a fines de 1880. El 13 de enero de 1890 por aprobación del Poder Ejecutivo fueron publicados en el diario oficial los primeros estatutos del piadoso establecimiento, ese mismo año se concluyó el edificio del Hospital San Rafael.

El Hospital Nacional San Rafael, brinda atención en la Unidad de Emergencias las 24 horas del día, los 365 días del año. Para determinar un diagnóstico eficaz en el paciente la institución cuenta con estudios de imágenes como Tomografía, Ultrasonografía, Rayos X y Laboratorio Clínico, con el fin de obtener un diagnóstico rápido, exacto y confiable en el paciente.

Los pacientes son atendidos por un equipo de profesionales cuyo objetivo es brindarle la atención necesaria para restablecer su estado de salud lo más pronto posible.

Gracias a la gestión de las autoridades el hospital nacional san Rafael posee Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios. También cuenta con servicios de neonatología, Ginecología, Pediatría, Sala de Parto u otro. (1)

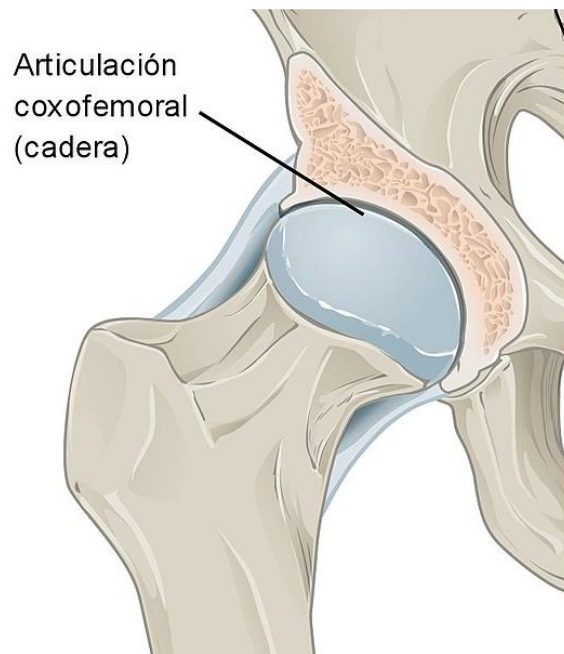
El Hospital Nacional San Rafael cuenta con 40 años de experiencia en la atención a pacientes en el área de Fisioterapia y Rehabilitación, la rehabilitación (fisioterapia) como tratamiento, ayuda a niños, adolescentes, adultos y personas mayores. Este departamento tiene como visión: Brindar atención a toda la demanda de forma oportuna, con calidez, creando nuevos estilos de vida en aquellos pacientes que han sufrido o mantienen una limitante física, promocionando la salud integral para facilitar la integración del paciente nuevamente a sus actividades, con profesionales comprometidos a la excelencia. Así mismo la misión es: Dar atención fisioterapéutica a los pacientes del Hospital Nacional San Rafael y a los referidos de otras instituciones que residan en el departamento de La libertad y zonas aledañas que ameriten fisioterapia o rehabilitación física, con equidad, calidez y en forma oportuna en las lesiones del sistema Neuromusculoesquelético.

2.2 FUNDAMENTACION TEORICA

2.2.1 Anatomía de la articulación de la cadera

La articulación coxofemoral o de la cadera es una unión sinovial esferoidal en la que participan el fémur y el coxal. Une la porción libre del miembro inferior al cinturón pelviano y se clasifica por el número de caras articulares como simple. Las superficies articulares son, por una parte, la cabeza del fémur, y por otra el acetábulo del hueso coxal, agrandado por un fibrocartílago articular denominado labro acetábular. La cabeza del fémur es una eminencia redondeada y lisa que representa cerca de dos tercios de una esfera de 20 a 25 mm de radio. Está soportada por el cuello anatómico, que orienta la cabeza hacia delante, en un ángulo de declinación que oscila generalmente entre 15 y 30 grados. El cuello no está en el eje de la diáfisis y por lo tanto presenta con esta un ángulo de inclinación de 130 grados en promedio.

En la parte lateral del cuello se encuentra el trocánter mayor y en su parte inferior y posterior el trocánter menor. Estas eminencias están unidas por una cresta y una línea y el conjunto forma el macizo trocantéreo levantado por los músculos yuxtaarticulares. El acetábulo, es casi hemisférico y presenta dos partes distintas: una articular en forma de media luna, y otra no articular denominada fosa acetabular. El



revestimiento cartilaginoso recubre solo la cara articular del acetábulo y el cartílago es más grueso superior que inferiormente. El labro acetabular es un fibrocartílago intraarticular situado en el perímetro del acetábulo. En su inserción en el borde acetabular pasa como un puente, superior a la incisura acetabular transformándola en un orificio denominado agujero isquiopubiano. Se denomina ligamento transverso del acetábulo a esta parte del labro que se extiende de un extremo a otro de la incisura acetabular.

Las superficies articulares se mantienen en contacto por medios de unión que garantizan la estabilidad articular. Estos están representados por la cápsula articular, la membrana sinovial y los ligamentos que las refuerzan.

2.2.2 Anatomía funcional de la cadera

La cabeza femoral, engastada en el acetábulo, se mantiene en posición gracias al rodete acetabular y a la presión atmosférica, que asegura la adaptación de las superficies articulares. Sin embargo, la congruencia de las superficies articulares no es absolutamente perfecta, lo cual entraña variaciones de la presión intraarticular en el curso de los movimientos. Estas

variaciones de presión facilitan una buena circulación de los líquidos intra y extraarticulares, indispensables para la biomecánica normal.

En la dinámica funcional de la cadera hay tres aspectos fundamentales que constituyen los ejes de la biomecánica articular: la estabilidad, la estática y la movilidad. La estabilidad de la articulación constituye la resistencia de la articulación para evitar que se disloquen sus superficies articulares. En la cadera la estabilidad es grande y las luxaciones suelen ser debidas a grandes traumatismos. Hay tres factores responsables de la estabilidad de la articulación de la cadera: la gran congruencia de los extremos óseos articulares, el desarrollo de la cápsula fibrosa y de los ligamentos y la acción de los músculos periarticulares.

La estática de la articulación tiene que ver con los aspectos biomecánicos que mantienen la articulación inmóvil con el fin de poder asegurar la bipedestación y la marcha bípeda. La movilidad está muy bien estudiada en los tres grados de libertad de movimiento, representados por sus tres ejes articulares: frontal, sagital y vertical, así como la circunducción como suma de los movimientos angulares. Sin embargo, esta amplia movilidad de la articulación se ve limitada por la función de apoyo que desempeña el fémur en la postura y locomoción verticales.

Estas características de la dinámica articular han impuesto durante la evolución determinadas particularidades en la anatomía de los huesos propias de la especie. El coxal está desarrollado sobre todo en anchura y su cara externa presenta una amplia superficie de inserción para los músculos glúteos. La cabeza del fémur, al estar separada de la diáfisis por un cuello largo de hasta 4 y 5 cm, presenta una mayor movilidad a la cabeza rodeada por el acetábulo. Esta mayor libertad de movimientos se consigue entonces a coste de una mayor vulnerabilidad frente a las fracturas, que suelen ocurrir en esta región anatómica. Además, cuando se consideran los efectos de la acción muscular sobre la articulación deben tenerse en cuenta la gran longitud del cuello del fémur y la angulación de este con respecto a la diáfisis.

La organización del tejido óseo en la extremidad superior del fémur refleja la forma en que se transmiten las cargas a través del hueso y pone de manifiesto las zonas con menor resistencia y, por tanto, las más susceptibles de sufrir fracturas. Desde la extremidad proximal del fémur las cargas se transmiten a la diáfisis. En el margen lateral, el hueso compacto de la

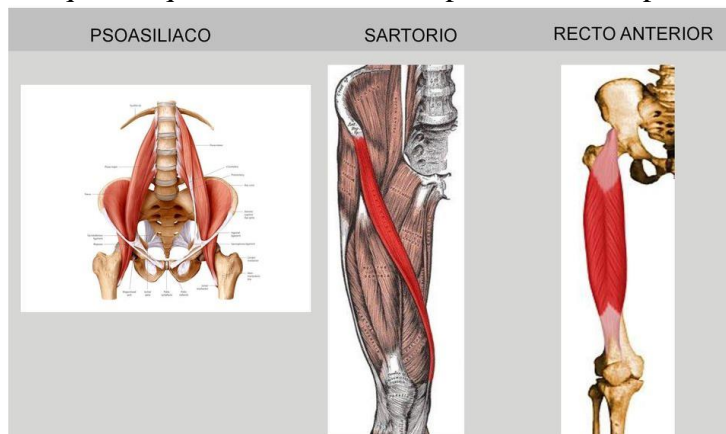
capa cortical de la diáfisis del fémur se agota en la base del trocánter mayor. En el margen medial, la capa cortical es más gruesa y se prolonga por la parte inferior del cuello femoral hasta el límite inferior de la cabeza y forma a esta altura el denominado calcar femoral. Las trabéculas de tejido óseo esponjoso de la epífisis convergen hacia estas dos columnas de tejido compacto en patrones bien definidos. Por un lado, desde la cabeza femoral se organiza un sistema de trabéculas en forma de abanico que converge hacia el extremo distal del calcar femoral. Por el otro, se establecen dos sistemas de trabéculas dispuestas a modo de ojivas, uno lateral que va del margen inferior de la cabeza hacia la base del trocánter mayor y otro medial que va del vértice del trocánter mayor a la base del trocánter menor. La organización de las trabéculas óseas motiva que en la parte inferior del cuello quede una zona limitada entre los sistemas en abanico y los ojivales donde las trabéculas carecen de organización específica. Esta zona es un punto débil del cuello del fémur por donde suelen pasar las líneas de fractura y se ha denominado triángulo interno del fémur o triángulo de Ward. El margen superior del cuello no es una zona débil, por estar reforzado por un engrosamiento de la capa cortical que reviste la superficie de la epífisis, denominada lámina compacta supracervical.

(2)

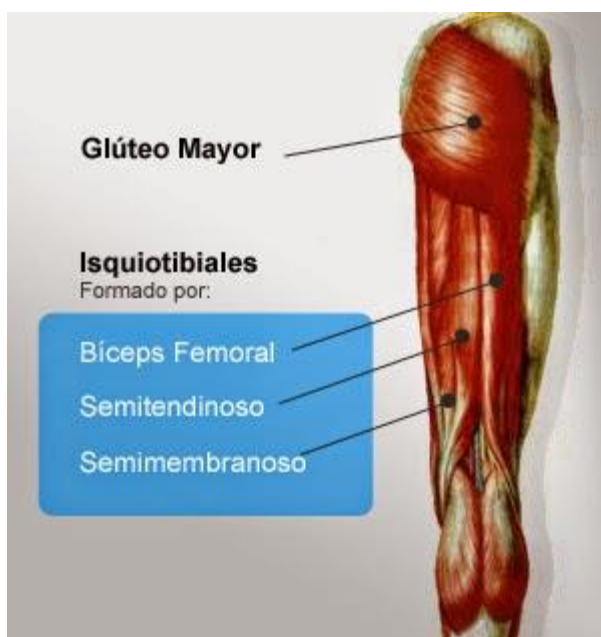
En cuanto a la biomecánica y estabilidad de la articulación cobran importancia los ligamentos. La flexión es el movimiento que acerca la cara anterior del muslo al tronco. La amplitud depende, aparte de que el movimiento sea activo o pasivo, de la posición en que se encuentre la rodilla, ya que la flexión relaja los músculos isquiotibiales, y del grado de lordosis lumbar, que favorece el movimiento al disminuir la lordosis. La amplitud máxima por tanto se obtiene con la rodilla en flexión y la lordosis lumbar enderezada. Oscila entre los 120 y los 140° y se transforma aproximadamente en 90° con la rodilla en extensión. El ligamento isquiofemoral refuerza la cara posterior de la cápsula articular y constituye el freno de la flexión. El ligamento iliofemoral y pubofemoral constituyen el freno de la extensión.

Los músculos flexores de la cadera son aquellos que se hallan situados por delante del plano frontal que pasa por el centro de la articulación, los principales son el músculo iliopsoas, el recto femoral, el tensor de la fascia lata y el sartorio.

El músculo iliopsoas se compone realmente de dos músculos, el ilíaco y el psoas, que convergen



para formar un único tendón que se inserta en el trocánter menor, es un potente flexor y rotador externo de la cadera. El tensor de la fascia lata además de flexor y rotador interno, es estabilizador del varo de la rodilla. El músculo recto femoral cruza tanto la articulación de la cadera como de la rodilla (biarticular). Su origen se sitúa en la espina ilíaca anteroinferior, descendiendo por la cara anterior del muslo hasta insertarse en la tuberosidad anterior de la tibia. El músculo sartorio nace en la espina ilíaca anterosuperior, y también cruza la articulación de la cadera y rodilla para insertarse en la cara medial de la tuberosidad de la tibia, formando parte del tendón anserino.



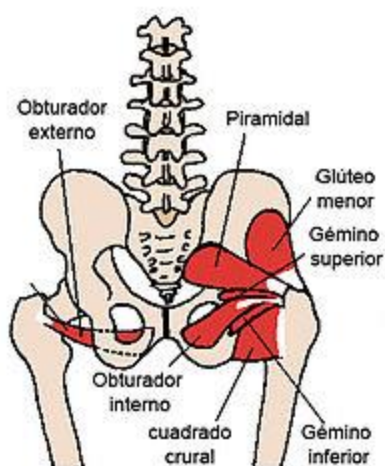
La extensión es el movimiento que dirige la extremidad inferior por detrás del plano frontal, alejando la cara anterior del muslo del tronco. Está favorecida por la extensión de rodilla y por la hiperlordosis. Con la rodilla extendida la extensión es de unos 20°, y se reduce a la mitad si la flexionamos. Los músculos extensores están situados por detrás del plano frontal que atraviesa la articulación de la cadera y son el glúteo mayor, semimembranoso y semitendinoso y el bíceps femoral (isquiotibiales, que

aumentan su eficacia con la extensión de rodilla). Cuando la pelvis se inclina hacia delante,

los isquiotibiales son los primeros que entran en acción para enderezarla. Cuando ya está muy inclinada, es el glúteo mayor el que se contrae potentemente para conseguir la extensión. La abducción es el movimiento que aleja la extremidad inferior del plano de simetría corporal. Está limitado por el ligamento pubofemoral. La máxima abducción real es de 45°, aunque la apreciada es de 90°, ya que existe un movimiento similar en la otra articulación por báscula pelviana. Los principales músculos abductores de la cadera son los glúteos, el piramidal y el obturador interno. El tensor de la fascia lata puede contribuir también en la abducción, pero sólo cuando la cadera se halla en flexión.

La aducción es el movimiento contrario a la abducción. No existe movimiento puro desde la posición anatómica, por lo que se realizan desde una flexión o extensión, la amplitud está alrededor de los 30°. Los músculos aductores están situados caudales e internos al eje anteroposterior de abducción aducción, en el plano sagital. Son el aductor largo, corto, pectíneo y grácil.

En cuanto a las rotaciones, la externa tiene mayor amplitud que la interna. Ésta última dirige



la punta del pie hacia dentro y oscila entre 30 y 40°. La externa dirige la punta del pie hacia fuera y cuenta con unos 60°. La rotación externa depende de los músculos obturador interno y externo, piramidal, los géminos y, accesoriamente, el psoas, el cuadrado crural, el pectíneo, los isquiotibiales, los glúteos y el sartorio. Por último, los rotadores internos de la cadera se hallan por delante del eje vertical de la articulación y son el glúteo medio, menor, tensor de la fascia lata.

Para caminar se precisan 20°-40° de flexión de cadera, de 0° a 20° de extensión. La aducción es de 2° a 10° y la abducción de 0° a 8°. La rotación interna máxima es de 2° a 12° y la externa de 4° a 10°. Y para subir y bajar escaleras se necesita una flexión de 40° y 30° respectivamente. (3)

2.2.3 Fractura de cadera

La fractura es debida a que una fuerza determinada sobrepasa el módulo de elasticidad, el límite de deformidad plástica del hueso y provoca su ruptura. Con la edad, se van perdiendo los sistemas trabeculares, primero los horizontales y después los verticales. Siendo la epífisis la parte más vulnerable del hueso.

En caso de la fractura osteoporótica es aquella que se produce por un traumatismo menor como una caída de la propia altura en un paciente mayor de 50 años en cualquier localización excepto en el cráneo y la cara y sin que haya indicios de otras patologías distintas a la osteoporosis que la hayan facilitado. En la actualidad, las fracturas del anciano en general y las fracturas proximales de fémur en particular, constituyen uno de los problemas más graves que tiene planteados nuestra sociedad, debido a su elevada incidencia y a la morbimortalidad asociada que conllevan.

Las dos causas principales de las fracturas de cadera (osteoporosis y caídas), se ven influenciadas por múltiples factores:

- **Factores intrínsecos:**

1. Fisiológicos: la edad avanzada es un factor de riesgo de la fractura de cadera, puesto que se produce una disminución progresiva de masa ósea, favoreciendo la aparición de osteoporosis y además a estas edades la presencia de enfermedades crónicas y el consumo de determinados fármacos, dificulta el equilibrio y la capacidad para evitar caídas tras un desplazamiento; respecto al sexo las caídas en edad avanzada son más frecuentes en mujeres (mayor esperanza de vida en la mujer, mayor afectación osteoporótica). Otros factores de este tipo son: menopausia precoz, disminución de estrógenos, nuliparidad, alteraciones propioceptivas (problemas de visión, auditivos y síndromes vertiginosos), escasez de masa grasa y factores genéticos.

2. Patológicos: enfermedades neurológicas (enfermedad de Párkinson, de Alzheimer, demencia senil, esclerosis múltiple, hemiplejia,...), cardiovasculares (trombosis venosa profunda, insuficiencia venosa periférica, infarto agudo de miocardio...), metabólicas (diabetes mellitus e hipertiroidismo), respiratorias (E.P.O.C., neumonía, insuficiencia respiratoria aguda), musculoesqueléticas (artritis reumatoide, artrosis, cifosis,...), renales (que provoquen fallo renal), gastrointestinales (que provoquen mala absorción) y hematológicas (anemia crónica).

3. Farmacológicos: el consumo de psicotropos (antidepresivos y antipsicóticos) y antihipertensivos contribuyen a las caídas y, por otro lado, el consumo de anticoagulantes y de corticoides (de forma prolongada) inducen a la osteoporosis.

4. Quirúrgicos: la ovariectomía (que induce a la osteoporosis por disminución de estrógenos).

5. Artrosis de cadera: La artrosis de cadera, ya sea focal o generalizada, constituye una patología frecuente y de difícil manejo, que genera dolor y discapacidad. El tratamiento médico está basado en el uso de analgésicos y antiinflamatorios, incluyendo aquellos de origen natural. Sin embargo, además de las complicaciones asociadas a su uso prolongado, a medida que la enfermedad avanza se van haciendo menos efectivos. En este punto cobra importancia las alternativas intervencionales de diferente grado. El tratamiento se dificulta debido a la localización y esfericidad de la articulación y generalmente está limitado a la artroplastia total de cadera en artrosis generalizada. (4)

- **Factores extrínsecos:**

1. Hábitos tóxicos, como el alcohol y el tabaco, que disminuyen la masa ósea.

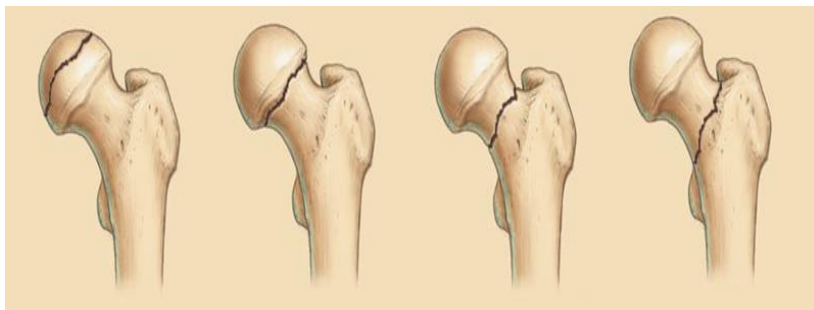
2. Riesgos ambientales, pequeñas alteraciones del medio habitual (suelo mojado, falta de barandillas en el baño, mala iluminación, muebles mal diseñados, escaleras poco seguras, calzado inadecuado...) pueden ser consecuencias de caídas.

3. Inmovilización prolongada, que produce una disminución de la densidad ósea de forma intensa y rápida.

2.2.4 Clasificación de la fractura de cadera:

- **Intracapsulares:** Afectan al cuello femoral anatómico. (Fracturas de cabeza, cuello, basicervicales).

El principal problema es biológico: debido a la fractura se interrumpe la vascularización a

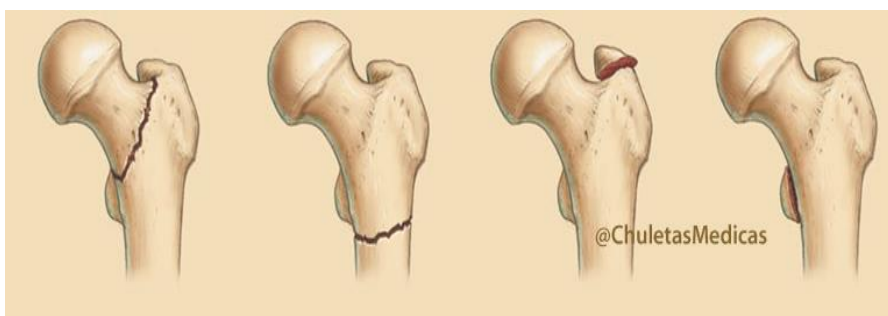


la cabeza femoral. Lo más trascendente para su tratamiento y pronóstico es saber si están desplazadas (se altera la vascularización de la cabeza) o no (no se afecta, aunque sí puede pasar en algunos casos).

Dentro de estas se encuentran según el ángulo de fractura: Pauwels

1. 30° del trazo respecto a la horizontal.
2. 50° del trazo respecto a la horizontal.
3. 70° del trazo respecto a la horizontal: no aumenta el riesgo de pseudoartrosis y necrosis avascular, ya que la medición es poco fiable en radiografía.

- **Extracapsulares:** Afectan a los macizos trocánteros. (Fracturas intertrocánteras y subtrocánteras.) El principal problema es mecánico: están sometidos a grandes fuerzas musculares que tienden a desplazar los fragmentos. Lo más trascendente es definir si son estables o no.



Dentro de estas se encuentran según el desplazamiento de la fractura: Garden (es la más usada actualmente):

1. No desplazada.
2. Incompleta.
3. Impactada. Trabéculas en zona inferior intactas, impactada en valgo.

2.2.5 Prótesis de cadera.

La cirugía protésica en traumatología se refiere a sustituir o reemplazar una articulación dañada por una articulación artificial de metal y otros materiales que va a hacer la función de la articulación. En el caso de la cadera, la nueva articulación artificial se diseña para imitar todas las características de la cadera nativa, por lo que va a permitir el movimiento previo, va a estabilizar la articulación y va a soportar el peso corporal en las actividades del día a día. La prótesis es el último recurso para tratar los daños del cartílago de las articulaciones cuando todo lo demás ha fracasado. Si comparamos el aparato locomotor con una máquina compuesta de piezas que cuidamos, lubricamos y reparamos, la prótesis de cadera vendría a ser cambiar una pieza gastada (la cadera) por una nueva, cuando esa pieza ya no puede repararse. En el caso de la articulación de la cadera, la principal causa que la daña de manera irreversible y lleva a la necesidad de prótesis es la **artrosis de cadera**. (5)

2.2.6 Tipos de prótesis de cadera

- **Según la cantidad de articulación que se reemplaza:**

1. Prótesis total de cadera: Compuesta por un vástago que une la prótesis al fémur; un cotilo que la fija a la pelvis y dos componentes que articulan entre sí: la cabeza femoral y el inserto acetabular. Las prótesis totales de cadera suelen usarse en los casos de artrosis o desgaste articular.



2. Prótesis parcial de cadera: Al igual que la prótesis total, se fija al fémur por medio de un vástago, pero la cabeza femoral (de mayor tamaño que en el caso de las prótesis totales) articula directamente contra la pelvis. Esto se debe a que se emplea en el tratamiento de fracturas del fémur y se supone que el acetábulo puede no estar desgastado. Además, las fracturas suelen darse en pacientes que caminan poco y el no utilizar cotilo hace que la cirugía sea algo menos agresiva.



3. Prótesis de revisión: Puede ser total o parcial. Son prótesis que se utilizan para reemplazar una ya existente y que presenta algún problema. Normalmente son de mayor tamaño y pueden tener componentes modulares para adaptarse a una anatomía que ya no es la original del paciente.



4. Prótesis de resuperficialización (o resurfacing): Son una especie de capuchón metálico que se sitúa sobre la cabeza femoral y que articula contra un cotilo también metálico. Fueron diseñadas pensando en pacientes jóvenes con buena calidad ósea y que, por su esperanza de vida, posiblemente tendrían que enfrentarse a una o varias cirugías de revisión de la prótesis.



Sin embargo, algunos modelos han presentado problemas de durabilidad y hoy en día es más habitual el uso de prótesis totales con vástagos más cortos que los convencionales.

- **Según el tipo de cirugía a realizar:**

1. Prótesis primarias: las utilizadas para una primera cirugía.
2. Prótesis de revisión: para cirugías de recambio y suelen tener un tamaño mayor.

- **Según el tamaño de los componentes:**

1. Prótesis total de cadera convencional.
2. Prótesis total de cadera de vástago corto.
3. Prótesis total de cadera de superficie.

Anteriormente veíamos que las prótesis de cadera tienen elementos que la sujetan al hueso (vástago y cotilo) y otros que permiten el movimiento articular (cabeza femoral e inserto acetábular).

Hay dos formas de anclar la prótesis al hueso:

- **Fijación cementada:** Se utiliza cemento óseo alrededor de la prótesis que, al fraguar, sujeta el implante al hueso. Tiene la ventaja de proporcionar una sujeción inmediata que permite movilizar al paciente tan pronto como éste lo tolere, independientemente de su calidad ósea. A cambio, el cemento puede ir degenerando con el paso del tiempo. Suele utilizarse en pacientes con osteoporosis severa y es habitual su uso en el tratamiento de fracturas.
- **Fijación no cementada:** Las superficies de la prótesis se recubren de materiales porosos que imitan la textura del hueso y permiten que éste se vaya entremezclando con el recubrimiento, fijando así el implante. Tiene la ventaja de ser una fijación más natural que la proporcionada por el cemento, pero su éxito depende de las condiciones previas del paciente. Suele emplearse en pacientes con relativa buena calidad ósea. (6)



Complicaciones Postoperatorias: Las complicaciones más frecuentes luego de realizado el tratamiento incluyen:

- luxación de la prótesis: el riesgo de dislocación es elevado durante el postoperatorio inicial, pero la incidencia global es baja; el tratamiento generalmente consiste en una reducción cerrada seguida de una limitación temporal de las actividades de rehabilitación.



- Pérdida de la fijación: menos del 15% de los pacientes que ha experimentado fijación interna del cuello femoral o fracturas intertrocanteréas.

-Infección: en menos del 5% de los casos. Si esto ocurre, posiblemente sea necesario retirar la nueva articulación para eliminar la infección. Este problema es más probable en personas que tienen diabetes o un sistema inmunitario debilitado.

- No unión y osteonecrosis: ocurren tardíamente (meses-años) y son más comúnmente encontradas luego de la fijación interna de una fractura desplazada de cuello femoral que luego de la fijación interna de una fractura intertrocanterea.

- Aflojamiento de la prótesis: si es que ocurre suele verse luego de años de la cirugía.

-Desgaste y ruptura de las partes móviles de la nueva articulación con el tiempo. Se pueden desprender pequeños pedazos y dañar el hueso. Esto puede requerir otra operación para reemplazar las partes móviles y reparar el hueso.

2.2.7 Importancia de la fisioterapia en prótesis de cadera

El aspecto más importante del manejo postoperatorio es la movilización precoz, la cual debe comenzar el primer día luego de realizada la cirugía de manera progresiva. Idealmente la recuperación postoperatoria debe promover el caminar con carga, con asistencia según sea necesario. Si no puede alcanzarse la fijación estable de la fractura, puede decidirse limitar la carga para disminuir la posibilidad de falla en la fijación. La prevención de las complicaciones tromboembólicas es crítica luego de una fractura de cadera. Un componente importante de este esfuerzo es lograr la movilización temprana.

El principal componente para la recuperación funcional es el recobrar la capacidad para caminar, pues tiene importantes implicancias para lograr su capacidad de independencia. Cerca del 65% de los pacientes con fractura de cadera recuperan su nivel previo de deambulación, el 15% no recupera la capacidad para caminar fuera del hogar y cerca del 20% pierde la capacidad de deambular dentro y fuera del hogar (7)

Objetivos de fisioterapia tras implantación de prótesis de cadera:

- Aliviar el dolor.
- Prevenir y/o tratar el edema de la extremidad operada.
- Prevenir la luxación de la prótesis de cadera operada.
- Iniciar la activación progresiva de la extremidad operada.
- Prevenir complicaciones respiratorias y las derivadas del reposo.
- Mantener y mejorar los rangos articulares.
- Activar el tronco, el abdomen y las extremidades remanentes.
- Recuperar la confianza en el desempeño diario con las oportunas normas de higiene postural evitando vicios posturales
- Iniciar la etapa sedente.
- Bipedestación al paciente e iniciar descarga parcial según indicación médica.
- Reeducar la marcha con ayuda técnica de bastón o andador.
- Educar al paciente y a la familia.

Importancia del seguimiento en el tratamiento fisioterápico.

El reemplazo total de la cadera se ha convertido en una operación de rutina para el alivio del dolor y la discapacidad debida a la artritis de cadera, lo que ha producido un aumento de la calidad de vida de las personas. Es realizada típicamente en las personas mayores, muchas logran obtener un buen resultado en su cirugía de reemplazo de cadera, pero muchos no llegan a su mayor potencial debido a la falta de seguimiento de la rehabilitación en el período postoperatorio. Un cuadro típico es el de tener varios años de discapacidad y el dolor provocado por artritis de cadera antes de la operación. Esto puede tener incidencia importante sobre los efectos postoperatorios ya que los tejidos alrededor de la articulación de la cadera han experimentado cambios que no todos pueden ser revocados por el reemplazo. Las personas por el dolor limitan los movimientos y esto puede conducir a una pérdida gradual de la amplitud del movimiento articular, con los ligamentos alrededor de la articulación de la cadera pasan por lo que se conoce como el acortamiento de adaptación, el hecho de que el paciente no está trabajando la articulación a través de su rango de movimiento completo todos los días.

Una segunda consecuencia del dolor y la rigidez es el desarrollo de la debilidad en los músculos grandes que actúan en la articulación de la cadera.

Los extensores de la cadera, incluidos los glúteos, son grandes y poderosos músculos que facilitan el caminar, correr, subir y bajar escaleras y levantarse de una posición sentada. La pérdida de poder de estos músculos puede ser incapacitante y amenazan la independencia para caminar. Los músculos abductores de la cadera también controlan la estabilidad y si nos sentimos débiles para caminar, se vuelven inestables y tienden a dar bandazos hacia el lado débil, lo que nos lleva el tronco hacia el otro lado para restablecer el equilibrio. Esto se describe como un signo de Trendelenburg positivo. La marcha Trendelenburg es anormal y aumenta las fuerzas a través de la cadera y las fuerzas de la columna lateral en cada paso para mantener el equilibrio. Los músculos abductores no se refuerzan y una alteración en la marcha se desarrolla. La marcha puede ser más corta y lenta también si la persona pierde la capacidad para extender sus caderas de manera adecuada y los músculos extensores de la cadera no son lo suficientemente fuertes como para empujar. Una combinación de debilidad muscular y la limitación articular puede conseguir una movilidad más difícil de lo que debería

ser, y asegurar un resultado menos que óptimo para el paciente, lo fácil es remediar algunas patologías con rehabilitación de fisioterapia.

2.2.8 Tratamiento fisioterapéutico

Hospitalización: En el postoperatorio inmediato, durante las primeras semanas tras la operación, es importante enseñarle al paciente las normas de higiene postural, que lo deberá tener en cuenta a lo largo de todo el tratamiento para evitar complicaciones postquirúrgicas: Prevenir alteraciones circulatorias mediante las medias de compresión y posición elevada de los miembros para evitar el edema. Es clave para el correcto tratamiento dar recomendaciones al paciente para que la prótesis no resulte dañada o se luxe evitando movimientos como la flexión de más de 90°, evitar cruce de miembros inferiores, evitar rotación del pie si está fijo, evitar combinar movimiento de flexión aducción y rotación y el decúbito lateral. Enseñar la correcta utilización de dispositivos como la cuña antiaducción.

En esta fase continuaremos con los ejercicios respiratorios, los isométricos de cuádriceps, glúteos y aductores, así como las movilizaciones activas de tobillo 3 veces al día e iremos aumentando el número de repeticiones y series de manera progresiva.



Realizará movilizaciones activas-asistidas de flexión y abducción de cadera, pidiendo al paciente que arrastre el talón por la cama lentamente y sin que provoque dolor, aunque es normal, al principio sentir molestias. Repitiéndolo 3 series de 5-10.

Procederemos a la sedestación en un sillón no muy bajo ni alto, que sea duro, lo antes posible, aproximadamente el 2º o 3er día, cuando el médico recomiende, y en esta posición el paciente realizará pulsiones consistentes en apoyar los brazos en los reposabrazos y hacer el intento de levantarse apoyando todo el peso sobre las manos, aguantando 5 segundos y repetirlo varias veces de esta manera los brazos se tonificarán y estarán preparados para sostenerse en

el andador o muletas en la siguiente fase y también para realizar las transferencias, de la cama al sofá, de la silla al baño, etc

En algunos casos que el medico lo indique se lleva al paciente a la bipedestación y si el paciente lo resiste se realiza marcha con andadera, enseñándole al paciente como se hace y sosteniéndole con un cincho por la cintura. El andador debe estar colocado aproximadamente a un paso del paciente, desde aquí el paciente llevará hacia delante primero la pierna operada y después la pierna sana sujetándose en el andador y procurando no apoyar demasiado peso en la pierna operada.



Indicaciones al momento del alta:

Para levantarse estirará la pierna operada colocará las manos en el reposabrazos y se levantará tomando impulso, cargando el peso en los brazos y en la pierna no operada.

Para sentarse se colocará de espaldas hasta notar el borde de la silla o el inodoro en las pantorrillas, estira la pierna operada y apoya los brazos en el reposabrazos, inclina el cuerpo hacia delante y baja hasta sentarse.

Le recomendaremos que nunca debe sentarse en asientos bajos, para facilitarle la comprensión al paciente le diremos que su rodilla no debe sobrepasar su ingle, (lo cual no significa que no pueda moverla). Si en algún momento ocurriera eso, debe poner un cojín elevador en el asiento y si es el inodoro incluir un dispositivo para que la altura sea mayor. Enseñar movilizaciones en la cama, para salir de ella pediremos al paciente que se mueva hacia el borde de la cama por el lado sano y con las piernas juntas (separadas con una almohada entre las piernas) debe rodar hacia ponerse en decúbito lateral. Colocará la mano que se encuentra arriba por delante del cuerpo sobre la cama y mientras va sacando las piernas por el lateral se ayudará con la mano apoyada y con el codo y la mano contralateral hasta lograr la sedestación.

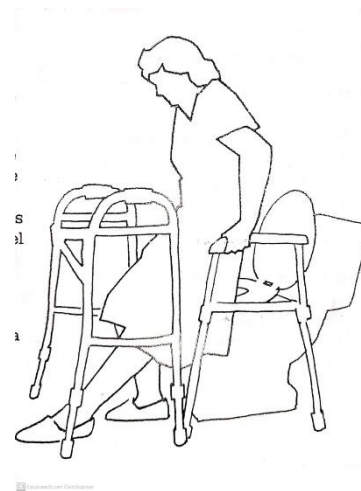
Al utilizar el andador debe recordar mantener la cadera alineada correctamente.

No debe de girar la cadera hacia dentro o hacia afuera, evitar girar el pie hacia dentro porque esto hace que la cadera gire.

No dar pasos hasta que el andador este firme en el piso.

Para transferirse al inodoro debe de colocarse de espalda hasta que sienta que la parte de atrás las rodillas está tocando el inodoro, debe sujetarse de las barras o del andadera e ir bajando despacio, manteniendo la pierna operada hacia el enfrente y estirada, a medida va bajando hasta el inodoro debe doblar la rodilla y la cadera no operada.

Al momento de acostarse debe subir la pierna operada primero, al momento de moverse debe mantener las piernas separadas.



Se recomienda que se acueste de lado operado, manteniendo una almohada entre las piernas que evite que la cadera gire hacia dentro. Al acostarse boca arriba también deberá tener una almohada hacia dentro. (8)

Consulta ambulatoria:

En el postoperatorio secundario, a partir de la 1ª semana, añadiremos más ejercicios para tonificar MMII, MMSS y poder afianzar la marcha, así como enfatizar los ejercicios propioceptivos y comprobar que las pautas de manejo de la prótesis de cadera las ha asimilado correctamente el paciente.

En sedestación realizaremos ejercicios de tonificación progresiva de cuádriceps, solicitando al paciente que realice flexo-extensiones de rodilla, elevación de cadera con rodilla en extensión, triple flexión para tonificar tibial anterior y psoas, con la colocación de resistencias manuales por parte del fisioterapeuta.

Comenzaremos a realizar la marcha cuando lo autorice el médico con 2 bastones o uno en la mano contralateral y finalmente la marcha será libre. Debe caminar siempre con zapato cerrado para evitar caídas. El fisioterapeuta deberá estar atento a la posición del pie que tiene que estar siempre mirando hacia delante evitando así las rotaciones y la pierna permanecerá

estirada. Con las dos muletas se colocará la empuñadura a nivel del trocánter mayor y el reposabrazos por debajo del codo. El paciente adelantará primero los dos bastones, luego la pierna operada y por último la pierna sana. Cuando el paciente vaya mejorando y el médico permita cargar casi todo el peso en la pierna, podrá caminar con una sola muleta que llevará en la mano contralateral a la pierna operada, desde aquí adelantará la muleta, luego la pierna operada y por último la sana. Para subir escaleras, subirá primero la pierna sana, luego la operada y por último las muletas y para bajar primero los bastones, luego la pierna operada y después la sana. La dificultad irá en aumento caminando por terreno llano, rampa y escaleras a medida que el paciente progresa.

El trabajo se debe completar con ejercicios de equilibrio y marcha con finalidad propioceptiva a fin de controlar y suprimir, en la medida de lo posible, la cojera que existe antes de la operación.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación: descriptivo ya que en este trabajo se explica las patologías y los procedimientos a realizar con cada uno de los pacientes, además se describe las actividades realizadas durante el proceso. De corte transversal ya que se interacciona con cada uno de los pacientes post quirúrgicos.

3.2 Población y muestra: la población beneficiada de este proyecto fueron los pacientes del Hospital Nacional San Rafael del servicio de ortopedia que se les realizo una artroplastia de cadera, de la tercera edad mayoritariamente.

Población: 795 pacientes atendidos de las diferentes áreas y servicios.

Muestra: 21 pacientes con colocación de prótesis de cadera que rondan en las de edades 50 años a 80 años.

3.3 Tipo de muestro: Este tipo de muestreo es no probabilístico, critico o por juicio ya que los pacientes fueron seleccionados con base al propósito de estudio, tomando una muestra intencional.

- Criterios de inclusión: Pacientes del área de ortopedia post quirúrgicos de prótesis de cadera, con edad de 50 hasta 80 años.
- Criterios de exclusión: Paciente de otros servicios hospitalarios diferentes a Ortopedia Sin colocación de prótesis de cadera Menores de 50 años.

3.4 Métodos: la atención a los pacientes se brindó cuando el medico ortopeda envió la referencia al departamento de fisioterapia con las especificaciones del tipo de procedimiento que se le realizo al paciente y el estado de la cirugía, interconsultando siempre el tipo de

apoyo al que se procuró llevar al paciente, interconsultando antes de cada intervención a la jefa de fisioterapia, con quien que se revisaron las radiografías.

Antes de intervenir a cada paciente se realizó la toma de signos vitales, se revisó el cuadro clínico en el SIS.

3.5 Técnica de recolección de datos: Se realizaron las evaluaciones pertinentes de cada paciente para determinar cómo sería el abordaje a cada uno de ellos, tomando en cuenta el cuadro clínico y el historial clínico, y los instrumentos de evaluación que serán utilizados con cada uno de ellos.

3.6 Instrumentos:

Los instrumentos a utilizarse son:

- Escala de dolor EVA
- Test muscular de Daniels
- Test articular de Daniels
- Censo diario y mensual de fisioterapia de pacientes atendidos (ver anexo 4,5,6,7.8,9)

3.7 Materiales:

Oxímetro

Tensiómetro

Goniómetro

Fotocopias

Lapiceros

Páginas de papel

3.8 Procedimientos y plan de análisis:

Paso 1: Solicitud a jefe inmediato de Fisioterapia del HNSR

Paso 2: Envío de solicitud de pasantías a directora del HNSR

Paso 3: Asignación de asesor de trabajo de grado

Paso 4: Reunión con asesor y propuesta de tema

Paso 5: Búsqueda de información

Paso 6: Entrega de capítulo 1

Paso 7: Corrección y entrega de capítulo 1 con capítulo 2.

Paso 8: Corrección y entrega de capítulo 2 con capítulo 3

Paso 9: Entrega de trabajo completo

Paso 10: Inicio y ejecución de plan de acción

Paso 11: evaluación y tratamiento

Paso 12: tabulación de datos mensuales

Paso 13: recopilación de datos de toda la pasantía

Paso 14: presentación de datos estadísticos a asesor

Paso 15: finalización de trabajo de grado

Paso 16: exposición de resultados finales de los 6 meses de pasantías.

CAPITULO IV

CONTRIBUCION DEL TRABAJO Y LIMITACIONES

Contribución del trabajo: con el desarrollo de esta pasantía se espera ayudar y fortalecer la atención a los pacientes con artroplastia de cadera del servicio de ortopedia del Hospital Nacional San Rafael, que ayude a los pacientes a obtener una intervención adecuada para poder recuperar la deambulacion de los pacientes mediante el tratamiento que se será brindado durante estos 6 meses.

Limitaciones: algunas de las principales limitaciones que se podrían presentar al ejecutar el trabajo son:

- Complicaciones en el estado de los pacientes como rechazo al material protésico.
- Limitación de equipo de necesarios en el departamento de fisioterapia.
- Limitación de tiempo y de material para realizar el tratamiento.
- Limitación de equipo de protección para el personal de salud.

CAPITULO V

PRESENTACION DE RESULTADOS

En este apartado se presentan datos estadísticos obtenidos de los pacientes atendidos en el servicio de fisioterapia y rehabilitación en el Hospital San Rafael.

DATOS ESTADÍSTICOS GENERALES

TABLA No.1

PACIENTES ATENDIDOS POR RANGO DE EDADES

EDADES	FRECUENCIA	%
0 - 9 años	116	14.59%
10 - 11 años	6	0.75%
12 - 18 años	13	1.63%
19 años	3	0.37%
20 - 59 años	329	41.38%
60 años y más	328	41.25%
TOTAL	795	100%

Fuente: Hojas de evaluación

Análisis: En la tabla anterior los datos obtenidos nos muestran que en su mayoría se atendieron personas adultas siendo los rangos más frecuentes las edades de 20 - 59 años con un porcentaje de 41.38%, 60 años con un porcentaje de 41.25% y como tercera cifra más alta de 0 - 9 años con un porcentaje de 14.59%.

TABLA No. 2
PACIENTES ATENDIDOS POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	289	36.35%
Femenino	506	63.65%
TOTAL	795	100%

Fuente: Hojas de evaluación

Análisis: En la tabla anterior los datos obtenidos se observan que la mayoría de los pacientes atendidos fueron mujeres con un porcentaje de 63.65%, mientras que la minoría pertenece al género masculino con el 36.35%.

TABLA No.3
PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA O DEPARTAMENTO

AREA GEOGRAFICA	FRECUENCIA	%
La Libertad	503	63.27%
San Salvador	173	21.76%
Santa Ana	80	10.06%
La Paz	27	3.39%
Chalatenango	12	1.50%
TOTAL	795	100%

Fuente: Hojas de evaluación

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que la mayoría de pacientes atendidos pertenecen al departamento de La Libertad con un porcentaje de 63.27% esto debido a la ubicación geográfica del hospital, San Salvador es el segundo más alto con un porcentaje de 21.76%, seguido de Santa Ana con 10.06%.

TABLA No.4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN MODALIDAD BRINDADA A PACIENTES

MODALIDAD	FRECUENCIA	%
Ultrasonido	226	9.76%
Electroestimulación	205	8.85%
Calor	65	2.80%
Frio	227	9.80%
Masaje	100	4.32%
Ejercicios	1341	57.95%
Contraste	2	0.08%
Diatermia	8	0.34%
Infrarrojo	18	0.77%
Férula	16	0.69%
Reeducación de marcha	64	2.76%
Tens	42	1.81%
TOTAL	2,314	100%

Fuente: Hojas de evaluación

Análisis: En la tabla anterior se puede observar que en los datos obtenidos la modalidad más frecuente son los ejercicios terapéuticos con un porcentaje de 57.95% aplicados a los pacientes, seguidos de Crioterapia modalidad frio con un 9.80%, y el ultrasonido terapéutico con 9.76%.

TABLA No.5
DATOS GENERALES DE PACIENTES ATENDIDOS

Pte	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	SESIONES	EVOLUCION
1	Fractura olecranon derecho	Compresa caliente Infrarrojo Férula Ejercicios	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
2	Tendinitis supraespinoso	Compresa fría Electroestimulación Ejercicios	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
3	Amputación supracondílea	Vendaje en 8 para muñón Reeducación de marcha Compresa caliente Ejercicios de fortalecimiento	10	Paciente dado de alta y referido a UDB para confección de prótesis y luego reingresar a terapias para manejo y uso de prótesis
4	lumbalgia	Ultrasonido TENS Compresa fría Masaje	8	Alta con dificultad ligera, ya que paciente refiere mejoría de 8

5	Fractura epífisis inferior del humero	Electroestimulación Compresa fría Ejercicios pasivo y posteriormente activos y de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
6	Osgood Schlatter	Electroestimulación Ultrasonido Ejercicios fortalecimiento Reeducación de marcha	12	Paciente dado de alta por fisioterapia, sin dificultad y se envía a ortopedia para reevaluación.
7	Fractura epífisis inferior de radio	Actividades de T.O Electroestimulación Crioterapia Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
8	Parálisis de Bell	Masaje facial Ultrasonido Electroestimulación Reeducación muscular	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
9	Gonartrosis de rodilla izquierda	Crioterapia Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	5	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

10	Retraso psicomotor	Ejercicios de equilibrio Estimulo de la propiocepción Ejercicios de fortalecimiento	1	Paciente con alta voluntaria
11	Lumbalgia	TENS Crioterapia Masaje Ultrasonido Ejercicios de Williams	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
12	Parálisis facial izquierda	Masaje facial Ultrasonido Electroestimulación Reeducación muscular	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
13	Fractura de radio derecho y cubito derecho con osteosíntesis	Crioterapia Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
14	Fractura expuesta de tibia y peroné	Crioterapia Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
15	lumbalgia	TENS Crioterapia Masaje Ultrasonido Ejercicios de Williams	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

16	Gonartrosis rodilla izquierda	Electroestimulación Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
17	Fractura bilateral condílea de tobillo izquierdo	Reeducación de marcha Electroestimulación Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento Ejercicios de gimnasio	11	Paciente rehabilitado con dificultad ligera. Se dejan ejercicios a realizar en casa para seguir fortaleciendo musculatura
18	Lumbalgia crónica	TENS Crioterapia Masaje, Ultrasonido Ejercicios de Williams Ejercicios de gimnasio	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
19	Lumbalgia	Tens Crioterapia Masaje, Ultrasonido Ejercicios de Williams	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
20	Debilidad muscular por neuropatía	Ejercicios de equilibrio Ejercicios de fortalecimiento	5	Paciente rehabilitado con dificultad

		Electroestimulación		ligera. Se dejan ejercicios a realizar en casa para fortalecer musculatura
21	Fractura de olecranon derecho	Compresa caliente Infrarrojo Actividades de T.O Ejercicios de fortalecimiento	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
22	Fractura del quinto metacarpiano derecho	Férula Compresa caliente Ejercicios de estiramiento Ejercicios de fortalecimiento Actividades de T.O Electroestimulación Infrarrojo	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
23	Esguince de tobillo	Electroestimulación Crioterapia Ejercicios de fortalecimiento Ejercicios de gimnasio Ejercicios de propiocepción	12	Paciente rehabilitado con dificultad moderada. Ya que paciente presenta inflamación al deambular por tiempo

				prolongado, por lo que se refiere nuevamente ortopedia para esperar nuevas indicaciones.
24	Lumbalgia	TENS Crioterapia Masaje, Ultrasonido Ejercicios de Williams	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
25	Secuela de esguince de tobillo	Electroestimulación Crioterapia Ejercicios de fortalecimiento Ejercicios de gimnasio	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
26	Fractura de falange distal del quinto dedo de mano izquierda	Férula Crioterapia Electroestimulación Ejercicios pasivos Actividades de T.O	12	Paciente se da de alta voluntaria ya que deja de asistir a terapia Dificultad moderada ya que no realiza prensiones finas precisas.
27	Bursitis sub acromial	Electroestimulación Crioterapia Ultrasonido	8	Alta rehabilitado sin

		Ejercicios de fortalecimiento		ninguna dificultad
28	Dolor sacroilíaco	TENS Crioterapia Masaje, Ultrasonido	10	Paciente rehabilitado con dificultad ligera, ya que refiere mejoría de 8.
29	lumbalgia	TENS Crioterapia Masaje Ultrasonido Ejercicios de Williams	8	Paciente rehabilitado sin dificultad
30	Parálisis cerebral infantil	Manejo de tono muscular Neurodesarrollo Propiocepción	4	Paciente dado de alta voluntaria con dificultad grave.
31	Prematuro de 32 semanas	Neurodesarrollo Estimulo de la propiocepción Enseñanza a padres	6	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
32	Fractura de tibia y peroné consolidado	Electroestimulación Compresa caliente Ejercicios de fortalecimiento Ejercicios de gimnasia	12	Paciente rehabilitado con dificultad moderada

33	Ruptura parcial del supraespinoso	Crioterapia Electroestimulación Ejercicios	11	Paciente rehabilitado con dificultad moderada
34	Artritis de rodilla	Electroestimulación Ejercicios de gimnasio Ejercicios fortalecimiento	15	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
35	Secuela de ACV isquémico	Ejercicios de Kabat Electroestimulación	15	Paciente rehabilitado con dificultad moderada. Dificultad en equilibrio al caminar.
36	ACV isquémico	Ejercicios de equilibrio Electroestimulación ejercicios de gimnasia Ejercicios de Kabat	15	Paciente rehabilitado con dificultad moderada
37	Fractura de cabeza radio izquierdo	Electroestimulación Contraste Ejercicios arcos de movimientos y fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
38	Cirugía de Halux Valgo	Reeducación de marcha Ejercicios de fortalecimiento	4	Paciente rehabilitado con dificultad moderada ya

		Ejercicios de gimnasia		que paciente no realiza marcha sin aditamentos ya que dejo de asistir a terapia
39	Cervicalgia	TENS, Crioterapia Masaje Ultrasonido Ejercicios de Mckenzie	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
40	Neuritis de nervio peroneo común	Férula de reposo Electroestimulación Crioterapia Ejercicios fortalecimiento Reeducación de marcha	5	Paciente referido a hospital de Sonsonate por cercanía a su hogar.
41	Instrumentalización C4 C5	Crioterapia Ultrasonido TENS	12	Paciente dado de alta en hospitalización y referido a consulta ambulatoria.
42	Fractura subtrocanterica	Compresa caliente Reeducación marcha con andadera TENS	8	Paciente con condición de alta con dificultad grave, ya que no hay mejoría de

				dolor, no deambula sola. Edad: 90 años
43	Crisis de ansiedad	Actividades lúdicas	7	Paciente quien se da de alta con indicación de actividades de terapia ocupacional a realizar en casa, y ejercicios de respiración
44	Ruptura de ligamento cruzado anterior	Electroestimulación Crioterapia Ejercicios fortalecimiento Reeducación de marcha	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
45	Parálisis de Bell	Masaje facial Ultrasonido Electroestimulación Reeducación muscular	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
46	Displasia de cadera	Ejercicios fortalecimiento Propiocepción Equilibrio	5	Paciente dado de alta por mi persona por finalización de pasantías y referido con otro terapeuta.

				Al momento de la última sesión no hay bipedestación independiente, no deambula, con poca fuerza muscular en miembros inferiores.
47	Evento isquémico transitorio agudo	Cuidados posturales Ejercicios equilibrio Reeducación de marcha	3	Defunción
48	ACV	Ejercicios Cuidados posturales	11	Paciente con dificultad completa. No hay respuesta verbal, ni reacción a estímulos externos, sin movilidad.
49	Cáncer de mama	Masaje relajante Cuidados paliativos (cuidados posturales)	20	Paciente dada de alta por exigencia personal. No deambula, no hay fuerza muscular, poca

				respuesta a estímulos.
50	Infección de sitio operatorio, desarticulación coxofemoral	Ejercicios de fortalecimiento Cuidados posturales verticalización	7	Paciente exige alta.
51	Encefalopatía Hiperbilirrubinica	Propiocepción Neurodesarrollo Estimulación de la succión	7	Defunción
52	Prótesis de Rodilla más infección de sitio operatorio	Ejercicios pasivos Sedestación Cuidados posturales	8	Alta rehabilitado.
53	Enfermedad renal crónica estadio 5	Cuidados paliativos Ejercicios asistidos	5	Defunción
54	Hidronefrosis bilateral Grado I	Cuidados paliativos	2	Defunción
55	Rechazo de material protésico por cura de hernia y amputación antigua infra condílea	Ejercicios pasivos Sedestación Cuidados posturales	15	Defunción
56	PVVS, tuberculosis meníngea, cáncer de ano	Cuidados paliativos Ejercicios asistidos verticalización	13	Alta voluntaria. Paciente no es capaz de realizar cambios de posición de

				forma independiente.
57	Úlcera de miembro inferior afectado	Ejercicios pasivos Cuidados paliativos	10	Defunción
58	Ruptura de ligamento cruzado anterior derecho resuelta	Ejercicios pasivos verticalización Enseñanza de ejercicios a realizar en casa	1	Alta con dificultad moderada, referido a consulta externa.
59	Fractura de fémur derecho	Cuidados posturales Ejercicios isométricos Ejercicios de fortalecimientos a MII Reeducación de marcha	11	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
60	Síndrome de aspiración meconial	Estimulación de la succión Manejo de tono Neurodesarrollo Estímulo de la propiocepción	9	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
61	Prematuro de 30 semanas	Manejo de tono Neurodesarrollo Estímulo de la propiocepción Estímulo de la búsqueda y succión	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

62	Lumbalgia incapacitante	Crioterapia TENS Masaje Higiene de columna	3	Dada de alta de hospitalización por fisioterapia y referida a consulta ambulatoria a otro establecimiento.
63	Encamamiento prolongado por amenaza de aborto	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos en trendelenburg	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad.
64	Ulcera sacra y en talón	Cojín anti escaras Cambios posturales Ejercicios asistidos	4	Alta con dificultad completa. Se dan indicaciones a familiares acerca de cambios posturales y ejercicios a realizar en casa.
65	ACV isquémico derecho	Ejercicios de fortalecimiento Cuidados posturales verticalización	5	Alta con dificultad moderada, paciente con hemiparesia. se refiere a

				consulta externa de otro establecimiento cercano para su seguimiento.
66	ACV isquémico recurrente	Ejercicios de fortalecimiento Cuidados posturales verticalización	2	Alta con dificultad, paciente exige alta.
67	ACV izquierdo, fractura de cadera derecha.	Ejercicios pasivos Cuidados posturales Cojines anti escaras	5	Defunción
68	Trastorno del equilibrio	Ejercicios de equilibrio en cama, en cuatro puntos, dos puntos, y de pie.	4	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
69	Compresión radicular	Manejo de dolor con agentes físicos, ultrasonido y TENS	1	Paciente trasladada al ISSS
70	Encefalopatía	Estimulación de la succión Manejo de tono Neurodesarrollo Estimulo de la propiocepción	4	Defunción
71	Pie equino varo	Férula posicional para pie equino	2	Alta con dificultad ligera, paciente

		Estimulo con texturas Desensibilización		entra a plan ambulatorio y se refiere a CRINA.
72	Fractura de hombro	Solo se Confecciono férula de reposo, por orden de ortopeda	1	Alta con dificultad moderada.
73	Asfixia perinatal con síndrome de aspiración meconial	Estimulación de la succión Manejo de tono Neurodesarrollo Estimulo de la propiocepción	9	Paciente dada de alta por departamento de neonatología, con dificultad grave referida a HNBB
74	Encamamiento prolongado	Férula anti úlceras Ejercicios pasivos	12	Paciente rehabilitado con dificultad grave ya que las úlceras iban en aumento
75	ISO grado II Encamamiento prolongado	Férula anti úlceras Ejercicios pasivos Sedestación	12	Paciente rehabilitado con dificultad moderada
76	Retraso psicomotor niño de 2 años	Manejo de tono Neurodesarrollo	1	Paciente referido a CRINA

		Estimulo de la propiocepción verticalización		
77	Lumbalgia incapacitante	Crioterapia TENS Masaje Higiene de columna	4	Paciente dado de alta sin dificultad
78	Recién nacido de 40 semanas. SAM severo Asfixia perinatal	Estimulo de búsqueda y succión Estimulo de neurodesarrollo	7	Defunción
79	Hernia discal	Higiene de columna Crioterapia Ultrasonido	5	Paciente rehabilitado con dificultad moderada, referido a neurología por parestesia de MI. Mejoria de dolor en columna.
80	Parálisis del VII par craneal	Ejercicios faciales Crioterapia Ultrasonido	5	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
81	PVVS TB meníngea	Ejercicios de fortalecimiento con pesa de 1 libra	8	Paciente dado de alta con dificultad grave,

		Reeducación de marcha		ya que no logra sentarse solo, debilidad muscular generalizada grado 2.
82	Síndrome convulsivo	Estimulo de succión Ejercicios de propiocepción	4	Paciente rehabilitado sin dificultad Se refiere a consulta externa.
83	Prematuro de 31 semanas	Manejo de tono Neurodesarrollo Estimulo de la propiocepción verticalización	7	Alta rehabilitado con referencia a consulta externa
84	Absceso en muslo	Cojín anti úlceras Ejercicios de movilización Cambio de posición en decúbito	12	Paciente rehabilitado con dificultad ligera
85	Cardiopatía	Ejercicios activos libres	3	
86	Artritis séptica de rodilla izquierda	Compresa fría TENS Ejercicios	4	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

87	Siringomielia	Masaje terapéutico Calor y cuidados posturales Dona anti úlceras	8	Paciente exige alta. Dolor al movilizarse, no realiza cambios de posiciones
88	Úlcera por decúbito Colostomía	Ejercicios pasivos Sedestación con respaldo	7	Paciente dado de alta con plan para la casa.
89	ISO rodilla Prótesis de revisión rodilla izquierda	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	12	Paciente que se dio de alta del área de ortopedia para medicina interna por fallo orgánico, donde se le suspendió fisioterapia. Paciente no deambula, no realiza cambios de posición, debilidad muscular generalizada, alta con dificultad grave.

90	Prótesis total de rodilla izquierda	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	2	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
91	Epilepsia	Actividades de terapia ocupacional: pinturas, rompecabezas, dibujo. Juegos de mesa	3	Paciente rehabilitado sin dificultad
92	Prótesis total de rodilla izquierda	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	2	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
93	ACV isquémico	Ejercicios pasivos Cuidados posturales Cojines anti escaras	7	Paciente dado de alta con dificultad moderada
94	Cáncer de hígado Infarto cerebral	Cuidados paliativos: Masaje terapéutico relajante, cambios de decúbito, ejercicios de movilización pasiva.	3	Defunción

95	Meniscopatia de rodilla izquierda	Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	3	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
96	Trombosis venosa profunda miembro inferior izquierdo	Masaje linfático Ejercicios isométricos	12	Paciente rehabilitada sin ninguna dificultad
97	Gonartrosis bilateral	Ejercicios isométricos Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	10	Paciente rehabilitada sin ninguna dificultad
98	Tenorrafia	Crioterapia Infrarrojo Ejercicios pasivos Ejercicios de fortalecimiento Actividades de mesa de T.O	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
99	Luxo fractura de rodilla izquierda Osteosíntesis de tibia	Ejercicios isométricos Ejercicios libres Sedestación Ejercicios con banda elástica	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

		Bipedestación Reeducación de marcha con andadera		
100	Meniscopatía Rotura de ligamento CA	Enseñanza de cuidados de rodilla a familiares y paciente Ejercicios isométricos Ejercicios libres con ángulo restringido	1	Paciente dado de alta el mismo día que inicio con referencia a otro establecimiento
101	Bursitis de hombro	Compresa caliente electroestimulación Ultrasonido Ejercicios libres	12	Paciente rehabilitado con dificultad ligera, ya que persiste dolor leve.
102	lumbociática	Ultrasonido Masaje TENS Compresa fría Ejercicios de Williams	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
103	síndrome de túnel carpiano	Compresa fría TENS Ultrasonido Ejercicios Actividades de T.O en mesa	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

104	Fractura expuesta de tibia	Compresa caliente Ejercicios asistidos Ejercicios libres Ejercicios de fortalecimiento hasta 7 libras Bicicleta y caminadora	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
105	Luxación de hombro	Electroestimulación Crioterapia Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento iniciando con pesa de 1 libra y terminando con pesa de 5 libras	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
106	Trauma lumbar	Compresa fría y TENS en espalda Ejercicios de fortalecimiento a MI Reeducación de marcha con andadera	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad.
107	Retraso psicomotor	Actividades de fortalecimiento a hemicuerpo izquierdo Ejercicios de equilibrio Estimulo propioceptivos	15	Paciente gana equilibrio, y utiliza en 50% hemicuerpo izquierdo, se da de alta en diciembre y

		Enseñanza de actividades en forma de juego a los padres. Encestar con la mano izquierda, pegarle a la pelota con el pie izquierdo.		pasa con otro terapeuta para seguimiento.
108	Pérdida de fuerza a MS post trauma	Electro estimulación Ejercicios de fortalecimiento con pesas y poleas	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
109	Prematuro 38 semanas	Control mensual de neonatos: Neurodesarrollo, estímulos propioceptivos, enseñanza a padres de familias.		Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
110	Coxalgia	Diatermia Compresa caliente Ejercicios de Williams	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
111	Síndrome de Ramsay Hurt	Ultrasonido Reeducación facial Masaje facial	5	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
112	Parálisis de Bell	Compresa fría Ultrasonido	5	Paciente con alta voluntaria

		Reeducación facial Masaje facial		ya que no asiste a terapias. Alta dificultad modera ya que persistía parálisis
113	Sacroileitis	Ultrasonido Masaje TENS Compresa fría Ejercicios de Williams	6	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
114	Cervicoartrosis	Ultrasonido TENS Compresa fría	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
115	Fractura de epífisis inferior de radio	Electroestimulación Compresa caliente Ultrasonido Ejercicios de fortalecimiento	10	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
116	Rotura LCA	Compresa fría Ejercicios de gimnasio Ejercicios de fortalecimiento	6	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
117	Crisis de ansiedad	Masaje terapéutico Compresa fría	7	Se da de alta con dificultad ligera, se enseña

		Actividades de T.O del interés de paciente como rompecabezas, caminar alrededor del hospital, jugar jenga.		ejercicios de estiramiento, de respiración para hacer en hogar.
118	Fractura del quinto metacarpiano	Férula Ejercicios de estiramiento Ejercicios de fortalecimiento de dedos con marco y hules Actividades de T.O con conos	12	Paciente con alta voluntaria por inasistencia. Con incapacidad de extender el quinto dedo.
119	Amputación supracondílea izquierda	Taping Vendaje para muñón Ejercicios de fortalecimiento pierna derecha y muñón Reeducación de marcha con andadera y posteriormente con muletas	8	Alta rehabilitado con dificultad moderada, ya que se da referencia para confección de prótesis en UDB, y posteriormente regresar a fisioterapia
120	Fractura de rotula con obenque	electroestimulación Ejercicios para ganar amplitud articular	12	Alta rehabilitado sin

		Ejercicios de fortalecimiento con resistencia manual y pesas Bicicleta		ninguna dificultad
121	Herpes zoster ocular	Ejercicios faciales	5	Alta con dificultad Referida a emergencias por no presentar mejoría
122	Displasia de cadera	Ejercicios de fortalecimiento miembros inferiores Ejercicios de reeducación de marcha Compresa caliente	4	Paciente dada de alta con dificultad grave ya que no logra deambular de manera independiente ni mantiene bipedestación, se transfiere a otro terapeuta en diciembre.
123	Escoliosis instrumentalización	TENS Compresa fría Masaje Ultrasonido	2	Paciente pide traslado a ISSS

124	Bajo peso al nacer	Control mensual de neonatos: Neurodesarrollo, estímulos propioceptivos, enseñanza a padres de familias.	7	Paciente de acuerdo a edad motriz. Control en Enero con otra terapeuta
125	Luxación acromioclavicular	Compresa fría Electroestimulación Ejercicios de fortalecimiento Ejercicios en poleas	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
126	Amputación transfemoral por osteomielitis	Taping Vendaje para muñón Ejercicios de fortalecimiento pierna derecha y muñón Reeducación de marcha con andadera y posteriormente con muletas	12	Paciente referido a otro establecimiento para seguimiento por dificultad económica para viajar a Santa Tecla,
127	Fractura de cabeza humeral	Electroestimulación Compresa fría Ejercicios de fortalecimiento	12	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
128	Síndrome de aspiración de meconio	Control mensual de neonatos: Neurodesarrollo,	3	Paciente transferido a otra terapeuta y

		estímulos propioceptivos, enseñanza a padres de familias.		dado de alta por mí por finalización de pasantía.
129	Cervicalgia	TENS Comprensión fría Ultrasonido Ejercicios de Mckenzie	9	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
130	Prematuro 30 semanas	Neurodesarrollo estímulos propioceptivos Estimulo de búsqueda y succión	7	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
131	Asfixia perinatal	Neurodesarrollo estímulos propioceptivos Estimulo de búsqueda y succión	1	Defunción
132	Prematuro 35 semanas	Neurodesarrollo estímulos propioceptivos Estimulo de búsqueda y succión	4	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
133	Infarto cerebral	Cuidados posturales Reeducación de marcha Ejercicios libres	1	Paciente rehabilitado. Se da de alta el mismo día de referencia

134	Retiro de material L3, L4	Electroestimulación Cuidados posturales	2	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
135	Drenaje subdural	Ejercicios hemicuerpo izquierdo Cuidados posturales	1	Paciente logra llegar a sedestación, se traslada a hospital de Chalatenango. Alta rehabilitada con dificultad moderada.
136	ACV isquémico	Ejercicios miembros superiores Ejercicios miembros inferiores Cuidados posturales Ejercicios de kabat	5	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
137	Meniscopatía rodilla derecha	Ejercicios de fortalecimiento Reeducación de marcha con muletas	7	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
138	Gastroenteritis aguda	Estimulación temprana Actividades lúdicas	8	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad

139	Prótesis total de rodilla derecha	Ejercicios isométricos Ejercicios libres Ejercicios con banda elástica Reeducación de marcha con andadera	2	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
140	Lumbalgia incapacitante	Compresa fría TENS Ultrasonido Ejercicios de Williams Higiene de columna	4	Alta rehabilitado con dificultad moderada, referido a consulta externa.
141	Desnutrición severa	Neurodesarrollo Estimulo propioceptivos Manejo de tono Actividades lúdicas	3	Alta rehabilitado sin ninguna dificultad
144	Colecistectomía	Ejercicios asistidos Sedestación con respaldo y fuera de cama Bipedestación	5	Paciente logra bipedestación con andadera, se da de alta con indicaciones a la familia para el hogar
145	SAM Atelectasia	Propiocepción Neurodesarrollo	7	Alta rehabilitado sin

				ninguna dificultad
146	Abdomen séptico Hiponatremia	Dona antiescara Ejercicios de miembros superiores Sedestación	10	Paciente queda como subsecuente para enero con otro terapeuta. No logra sedestación independiente, fuerza generaliza grado 2.

**PRESENTACION DE DATOS OBTENIDOS
PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA**

TABLA No. 6

PACIENTES DE PRÓTESIS DE CADERA SEGÚN ÁREA DE HOSPITAL

AREA DE HOSPITAL	FRECUENCIA	%
Consulta ambulatoria	5	24%
Hospitalización	16	76%
TOTAL	21	100%

Fuente: registro de procedimiento de fisioterapia MINSAL

Análisis: el 76% de paciente atendidos fueron del área de hospitalización y 24% del área de consulta externa.

Interpretación; la mayoría de paciente atendidos son del área de hospitalización lo que quiere decir que la mayoría decidido continuar con su tratamiento ambulatorio en otro hospital, atendiendo en HNSR el 24%

TABLA No.7

PACIENTES DE PRÓTESIS DE CADERA ATENDIDOS POR EDADES

EDAD	FRECUENCIA	%
50 – 60	5	24%
61 – 70	13	61%
71– 80	3	15%
TOTAL	21	100%

Fuente: registros de procedimientos de fisioterapia MINSAL

Análisis: cómo se puede observar en el cuadro anterior todos los pacientes pertenecen a la tercera edad, en su mayoría a la edad de 61 – 70, teniendo el 61% de pacientes atendidos. El 24% pertenece a las edades de 50 – 60, y el 15% a las edades de 71– 80.

Interpretación: los resultados anteriores nos demuestran que la mayor cantidad de pacientes atendidos se encuentran entre 61 a 70 años.

TABLA No.8

PACIENTES DE PRÓTESIS ATENDIDOS POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	5	24%
Femenino	16	76%
TOTAL	21	100%

Fuente: registros de procedimientos de fisioterapia MINSAL

Análisis: los pacientes atendidos fueron un 24% sexo masculino y un 76% mujeres.

Interpretación: Del cuadro anterior se observa que la mayor parte de pacientes atendidos fueron mujeres de la tercera edad, teniendo un porcentaje alto contra la minoría que fueron los hombres

TABLA No.9

PACIENTES DISTRIBUIDOS POR ÁREA GEOGRÁFICA

AREA GEOGRAFICA	FRECUENCIA	%
La libertad	3	14%
Chalatenango	7	33%
Santa Ana	5	24%
San Salvador	6	29%
TOTAL	21	100%

Fuente: registros de procedimientos de fisioterapia MINSAL

Análisis: Según la distribución geográfica el 33% de pacientes atendidos fueron de Chalatenango, 29% de San Salvador y 24% de Santa Ana. Siendo estos los porcentajes más altos.

Interpretación: Se puede observar que la mayoría de los pacientes atendidos fueron de otras áreas diferentes a la ubicación del hospital, y en su mayoría del departamento de Chalatenango con un 33%, por lo que estos pacientes fueron referidos a consulta ambulatoria al hospital más cercano y solo el 14% siguieron con su tratamiento ambulatorio en HNSR.

TABLA No.10

PACIENTES ATENDIDOS SEGÚN DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA:

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Necrosis	1	5%
Coxartrosis	13	62%

Luxación de prótesis	4	19%
Fractura de cabeza femoral	3	14%
TOTAL	21	100%

Fuente: registros de procedimientos de fisioterapia MINSAL

Análisis: en cuanto a diagnósticos de referencia coxartrosis tiene un porcentaje de 62%, luxación de prótesis o prótesis de revisión 19%, fractura de cabeza femoral 14%.

Interpretación: la mayor frecuencia de diagnóstico de referencia es la coxartrosis, seguidas de luxación de prótesis o prótesis de revisión, y la menos común es la necrosis.

TABLA No.11

PACIENTES POR TIPO DE PRÓTESIS

TIPO DE PROTESIS	FRECUENCIA	%
Prótesis total	16	76%
Prótesis parcial	2	10%
Prótesis de revisión	3	14%
TOTAL	21	100%

Fuente: hojas de evaluación

Análisis: según el tipo de prótesis el 76% se les colocó prótesis total de cadera, el 14% prótesis de revisión y el 10% prótesis parcial de cadera.

Interpretación: cómo se puede observar la mayoría de prótesis fueron tipo total con un 76%, mientras que de revisión fueron 14% es decir paciente que anteriormente se le había colocado prótesis.

TABLA No.12

PACIENTE POR CADERA OPERADA

CADERA	FRECUENCIA	%
--------	------------	---

Izquierda	15	72%
Derecha	6	28%
TOTAL	21	100%

Fuente: hoja de evaluación

Análisis: el 72% de pacientes operados fue de cadera izquierda, mientras que el 28% fue de cadera derecha.

Interpretación: cómo se puede observar la gran mayoría de pacientes fueron intervenido de la cadera izquierda teniendo, y la minoría fue de cadera derecha.

PRESENTACION DE DATOS OBTENIDOS

EVALUACION, TRATAMIENTO Y TIPO DE ALTA A PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA DEL AREA DE HOSPITALIZACION

TABLA No. 13

PACIENTE No.1

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera por necrosis de cabeza femoral Derecha				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	2 sesiones en el área de hospitalización	Paciente se da de alta cumpliendo objetivo de área de hospitalización y es referido a otro
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y ejercicios libres	dividida en 2 horas en 2 días.	
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		

CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha con andadera		establecimiento con dificultad moderada.
DOLOR	8 de 10	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION: Paciente con diabetes mellitus.				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente quien se evaluó tras referencia de ortopedia y se encuentra con dolor intenso en reposo que aumenta al realizar movimientos, se le realiza tratamiento completo de hospitalización con una duración de 2 horas dividida en 2 sesiones

Paciente dado de alta con dificultad ya que no logro deambular por dolor intenso, se da de alta y se refiere a consulta ambulatoria en hospital de Chalatenango.

TABLA No. 14

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 2

DIAGNOSTICO: Coxartrosis más prótesis de cadera Izquierda (ver anexo 13)				
EVALUACION	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA

SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos y ejercicios activos libres	1 sesión en el área de hospitalización, con una duración de aproximadamente 1 hora.	Dado de alta con dificultad ligera. Referido a consulta externa para seguir tratamiento
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Cuidados posturales		
TIPO DE PROTESIS	Total	Reeducación de marcha con andadera		
CADERA OPERADA	Izquierda	Enseñanza de ejercicios y		
DOLOR	5 de 10	cuidados de prótesis a familiar y paciente.		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 4			
OBSERVACION:				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor bajo y fuerza muscular grado 4 en miembro inferior derecho con buena contracción miembros inferior izquierdo por lo que se encuentra en estado óptimo para iniciar tratamiento. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con duración de 1 horas brindada en una sola sesión. Paciente colaborador que atiende todas las indicaciones,

familia presente durante todo el tratamiento. Alta con dificultad ligera, paciente logra realizar todos los ejercicios, deambula con andadera. Es referida a consulta externa para seguimiento de tratamiento ambulatorio.

TABLA No.15
HOSPITALIZACION
PACIENTE No.3

DIAGNOSTICO: Prótesis de revisión por luxación de prótesis anterior (ver anexo 11)				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	2 sesiones divididas en 2 horas, brindadas en 2 días diferentes.	Paciente dado de alta con dificultad ligera, logra objetivo de fisioterapia de hospitalización referido a Hospital de San Miguel.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y ejercicios activos libres		
TIPO DE PROTESIS	Revisión	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha			
DOLOR	6 de 10			

FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Reeducación de marcha con andadera		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
OBSERVACION: Segunda colocación de prótesis. Sin compromiso óseo tras luxación.				

Fuente: Fichas de evaluación.

RESUMEN: Paciente refiere dolor moderado, fuerza muscular en Miembro inferior no operado es de grado 3 por lo que se encuentra en estado óptimo para iniciar con tratamiento post quirúrgico. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con una duración de 2 horas dividida en 2 sesiones. Se logra cumplir con el tratamiento en los dos días. Paciente logra deambular con andadera posterior a los 2 días de cirugía en servicio de hospitalización, se brinda referencia para hospital de San Miguel.

TABLA No. 16
HOSPITALIZACION
PACIENTE No. 4

DIAGNOSTICO: Coxartrosis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	1 sesión brindada durante 1 hora en el área de hospitalización	Paciente cumple con objetivo de tratamiento de área de hospitalización, es dado de alta con dificultad ligera con referencia a consulta externa de fisioterapia para seguir tratamiento ambulatorio
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y ejercicios activos libres		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	5 de 10	Enseñanza de ejercicios y cuidados de		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 3			

FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	prótesis a familiar y paciente		
OBSERVACION:				

Fuente: hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor bajo y fuerza muscular óptima para iniciar tratamiento post quirúrgico. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con duración de 1 hora en una sesión. Se brinda enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a hija de paciente. Paciente con fuerza muscular 3. Realizo de manera adecuada los ejercicios, se da de alta del área de hospitalización para seguimiento en consulta ambulatoria.

TABLA No. 17

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 5

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera derecha por revisión				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA

SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	2 sesiones con una duración de 1 hora cada una, distribuidas en 2 días.	Se da de alta con dificultad ligera del área de hospitalización se refiere a consulta ambulatoria.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y ejercicios activos libres	Se cumple tratamiento completo en área de hospitalización.	
TIPO DE PROTESIS	De revisión	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	4 de 10	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION: Paciente con luxación de prótesis 1 semana antes de cirugía por lo que se coloca prótesis de revisión.				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con colocación de prótesis de revisión debido a luxación de prótesis reciente, dolor leve con buena fuerza muscular. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con una duración de 2 horas dividida en 2 sesiones. Se le recalca los cuidados a

tener con la prótesis a paciente y familiares. Paciente logra objetivo de tratamiento de hospitalización, deambula con andadera y realiza los movimientos adecuados, se refiere a consulta ambulatoria.

TABLA No.18

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 6

DIAGNOSTICO: Prótesis de revisión cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	1 sesión brindada con una duración de aproximadamente 1 hora, en donde se cumplió el tratamiento.	Dado de alta con dificultad ligera, se cumple objetivo de tratamiento de hospitalización. Se refiere a consulta ambulatoria para continuar tratamiento.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos Cuidados posturales		
TIPO DE PROTESIS	De revisión	Reeducación de		
CADERA OPERADA	Izquierda	marcha con andadera		
DOLOR	No hay dolor.	Enseñanza de		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	ejercicios y cuidados de		

FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	prótesis a familiar y paciente		
OBSERVACION: Paciente con luxación de prótesis por lo que reingresa para prótesis de revisión				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente post quirúrgico de cadera izquierda, refiere no sentir dolor en comparación a la primera vez que le colocaron prótesis. Paciente a quien se le realiza tratamiento después de 24 horas de la cirugía, el tratamiento se brinda completo con una duración de 1 hora. Paciente se da de alta con efectividad de tratamiento hospitalario con referencia a consulta ambulatoria.

TABLA No. 19

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 7

DIAGNOSTICO: Prótesis total de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	2 sesiones brindadas en aproximadamente	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y	Ejercicios asistidos	2 horas, distribuidas en dos	

	orientado en sus 3 esferas.	Cuidados posturales	días, ya que paciente no logro objetivo de deambulaci3n en una sesi3n.	objetivo de tratamiento de hospitalizaci3n, es referido a hospital de Sonsonate para seguimiento ambulatorio.
TIPO DE PROTESIS	Pr3tesis total			
CADERA OPERADA	Izquierda	Enseñanza de ejercicios y cuidados de pr3tesis a familiar y paciente.		
DOLOR	8 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION:				

Fuente: Hojas de evaluaci3n

RESUMEN: paciente con pr3tesis total de cadera izquierda, con dolor intenso y con fuerza muscular conservada, por lo que se inicia tratamiento. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con una duraci3n de 2 horas dividida en 2 sesiones ya que en primera sesi3n no logro la deambulaci3n se extiende tratamiento hospitalario a 2 d3as. Paciente logra

objetivo de tratamiento de hospitalización, y se refiere a hospital de Sonsonate para tratamiento ambulatorio.

TABLA No.20

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 8

DIAGNOSTICO: Coxartrosis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	2 sesiones con una duración de 1 hora cada una, distribuidas en 2 días. Se cumple tratamiento completo en área de hospitalización.	Se da de alta con dificultad ligera del área de hospitalización se refiere a consulta ambulatoria.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y libres		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	6 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR	Grado 3			

CADERA NO OPERADA				
OBSERVACION:				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor moderado en reposo que aumenta al movimiento, buena contracción muscular en Miembro inferior operado, fuerza muscular optima en miembro contralateral por lo que se inicia tratamiento 24 horas post quirúrgico. Se cumple con tratamiento completo durante 2 horas divididas en 2 sesiones en este caso por atraso de papeleo en hospital por lo que se da el alta de hospitalización a los dos días. Paciente deambula con andadera posterior a los 2 días de colocación de prótesis, y se refiere a consulta ambulatoria. Se logra objetivo de tratamiento por lo que se da alta rehabilitado con dificultad ligera ya que loro deambular con andadera.

TABLA No. 21

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 9

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera izquierda por fractura de fémur				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	1 sesión de duración	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo objetivo de tratamiento de hospitalización,
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y libres	aproximada de 1 hora, brindada en un día.	
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		

CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de marcha con andadera	Se logra realizar tratamiento completo.	es referido a consulta ambulatoria.
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION: Paciente con diabetes Mellitus, Hipertensión arterial.				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor intenso, pero dice tolerar al momento de movilizar, se observa buena contracción y la paciente se encuentra orientada y atiende indicaciones. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con una duración de 1 hora en una sola sesión, paciente muy colaboradora pese al dolor intenso realizo el tratamiento completo. Paciente rehabilitado se da de alta con dificultad ligera, deambula con andadera posterior a 1 día de colocación de prótesis, y se refiere a consulta ambulatoria.

TABLA No. 22

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 10

DIAGNOSTICO: Coxartrosis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	1 sesión de duración aproximada de 1 hora y media, brindada en un día.	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo objetivo de tratamiento de hospitalización.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos libres	Se logra realizar tratamiento completo.	
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	5 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION: Paciente con baja presión.				

Fuente: Hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor de leve a moderado, aumenta al movimiento. Paciente con buena contracción muscular en cadera operada y con fuerza muscular en miembro inferior contralateral. Por lo que se inicia tratamiento posterior a las 24 horas de cirugía. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo de área de hospitalización con duración de 1 hora y media distribuida en una sesión. Paciente presenta presión baja por lo que se suspende y se regresa en 3 horas. Paciente logra completar el tratamiento y se cumple con objetivos de rehabilitación hospitalario. Se refiere a consulta ambulatoria en hospital de Zacatecoluca.

TABLA No. 23

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 11

DIAGNOSTICO: Prótesis parcial de cadera derecha (ver anexo 9)				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos Ejercicios asistidos y activos libres con apoyo	Paciente quien se le cumple tratamiento con duración de aproximadamente 1 hora en 1 día. No es necesario extender a más, ya que paciente cumple con el objetivo.	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo objetivo de tratamiento de hospitalización, es referido a consulta ambulatoria
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Cuidados posturales		
TIPO DE PROTESIS	Parcial			

CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	7 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION: Paciente aun con suero intravenoso, se pausa el goteo durante evaluación y tratamiento				

Fuente: hojas de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor que varía de lo moderado en reposo y aumenta a intenso al movilizar o realizar contracción, sin embargo, paciente se encuentra con signos vitales estables, con alimentación cumplida por lo que se da la orden médica para iniciar tratamiento posterior a las 24 horas de la cirugía. Paciente quien responde bien al tratamiento sin ningún percance por lo que se realiza tratamiento completo, paciente deambula con andadera. Duración de tratamiento es de 1 hora en una 1 sesión. Paciente logra objetivo de fisioterapia en hospitalización, se da de alta rehabilitado con dificultad ligera ya que deambula con andadera y realiza los ejercicios adecuadamente. Se da referencia a consulta ambulatoria.

TABLA No. 24

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 12

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera derecha				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente quien se le cumple tratamiento con duración de aproximadamente 1 hora en 1 día. No es necesario extender a más, ya que paciente cumple con el objetivo.	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo objetivo de tratamiento de hospitalización, es referido a consulta ambulatoria
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y activos libres		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	6 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente.		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente post quirúrgico con colocación de prótesis total de cadera derecha, dolor moderado. Paciente cumple con tratamiento completo de manera óptima, realiza los ejercicios con apoyo de andadera y auto asistidos con sabana. Se brinda cuidados de prótesis a paciente y familiares. Paciente logra objetivo de fisioterapia en hospitalización, se da el alta rehabilitado y se refiere a consulta ambulatoria.

TABLA No. 25

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 13

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente quien se le cumple tratamiento con duración de aproximadamente 1 hora en 1 día. No es necesario extender a más, ya que paciente cumple con el objetivo.	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo objetivo de tratamiento de hospitalización, es referido a
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos asistidos		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda			
DOLOR	5 de 10			

FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Reeducación de marcha con andadera		consulta ambulatoria
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
OBSERVACION: Paciente con suero intravenoso, se pone pausa durante la sesión				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor moderado, ubicada en tiempo, espacio y alerta. Buena contracción muscular en miembro inferior izquierdo, y buena movilidad en miembro inferior derecho. Se inicia tratamiento después de 24 horas a la cirugía. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con duración de 1 hora en una sesión, paciente deambula con andadera y realiza los ejercicios asistidos. Paciente se da de alta rehabilitado con dificultad ligera, deambula con andadera.

TABLA No. 26

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 14

DIAGNOSTICO: Coxartrosis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos Ejercicios activos asistidos	Paciente a quien se le da tratamiento de 2 horas distribuidas en 2 días.	Paciente dado de alta con dificultad ligera a consulta ambulatoria
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Cuidados posturales Reeducación de marcha con		
TIPO DE PROTESIS	Total	andadera		
CADERA OPERADA	Izquierda	Enseñanza de ejercicios y		
DOLOR	8 de 10	cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2			

FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor intenso, sin embargo, los signos vitales son normales, paciente alerta y consiente. Buena contracción muscular en miembro inferior izquierdo, y fuerza muscular moderada en miembro inferior derecho. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con una duración de 2 horas dividida en 2 sesiones. se da de alta a paciente rehabilitado con dificultad ligera, paciente logra objetivo de fisioterapia en hospitalización, deambula con andadera y realiza los ejercicios adecuadamente. Paciente referido a consulta ambulatoria.

TABLA No. 27

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 15

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera izquierda				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente quien se le cumple tratamiento con duración de aproximadamente 1 hora en 1 día. No	Paciente se da de alta con dificultad ligera, cumpliendo
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y			

	orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos asistidos	es necesario extender a más, ya que paciente cumple con el objetivo.	objetivo de tratamiento de hospitalización, es referido a consulta ambulatoria.
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de		
DOLOR	4 de 10	marcha con andadera		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	prótesis a familiar y paciente.		
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor leve, consiente y orientada, fuerza muscular óptima para iniciar tratamiento. Paciente a quien se le realiza tratamiento completo con duración de 1 hora en una sesión, paciente deambulo con andadera. Paciente rehabilitado y dado de alta con dificultad ligera logra objetivo de fisioterapia en hospitalización. Deambula con andadera y realiza los ejercicios adecuadamente. Se da referencia a consulta ambulatoria.

TABLA No. 28

HOSPITALIZACION

PACIENTE No. 16

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera derecha.				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente a quien se le da tratamiento de 2 horas distribuidas en 2 días.	Paciente dado de alta con dificultad ligera a consulta ambulatoria
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios asistidos y activos libres		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha con andadera		
DOLOR	5 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2	Enseñanza de ejercicios y cuidados de prótesis a familiar y paciente		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
Paciente con Diabetes Mellitus controlada. Hipertensión arterial.				

Fuente: Cuadros de evaluación.

RESUMEN: Paciente a quien se le colocó prótesis total de cadera derecha a la evaluación física se encuentra con dolor moderado, fuerza muscular grado 2 en miembro inferior derecho con buena contracción. Se cumplió con tratamiento hospitalario para prótesis de cadera, en un periodo de dos horas distribuidas en dos días. Paciente rehabilitado dado de alta con dificultad ligera, se logra objetivo de fisioterapia en hospitalización posterior a los 2 días de colocación de prótesis, se da referencia a consulta ambulatoria.

TABLA No. 29

EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TIPO DE ALTA A PACIENTES DE PROTESIS DE CADERA EN CONSULTA AMBULATORIA

PACIENTE No. 1

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera izquierda por fractura de fémur (ver anexo 12)				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	3 sesiones de tratamientos distribuidas en 3 días. 1 vez a la semana. Paciente no finaliza tratamiento ya que dejó de asistir a sus terapias.	Paciente se da de alta voluntaria ya que deja de asistir a las terapias.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios auto asistidos		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha			

DOLOR	5 de 10	Reeducación de marcha en barras paralelas Fortalecimiento muscular.		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2+			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
RANGO ARTICULAR ABD CADERA	15°			
RANGO ARTICULAR FLEX CADERA	45°			
OBSERVACION: Paciente con Diabetes Mellitus controlada. Hipertensión arterial				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con prótesis total de cadera izquierda por fractura de fémur, dolor moderado, paciente con debilidad muscular, rangos articulares limitados. Paciente con quien se inicia tratamiento de ejercicios isométricos para cuádriceps, isquiotibiales, y se revisan los cuidados para prótesis. No se cumplen con el tratamiento completo. Paciente logra deambular con andadera, se da de alta por inasistencia ya que solo asistió 3 veces.

TABLA No.30
CONSULTA AMBULATORIA
PACIENTE No. 2

DIAGNOSTICO: Prótesis parcial de cadera derecha (ver anexo 14)				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente que se le cumple con 6 horas de tratamiento distribuidas en 6 días.	Paciente rehabilitado, logra deambular sin andadera, con fuerza muscular grado 4
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos libres Ejercicios con bandas elásticas		
TIPO DE PROTESIS	Parcial	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Derecha	Reeducación de marcha en barras paralelas sin aditamentos		
DOLOR	6 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2+	Fortalecimiento muscular con pesas		
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	Reeducación de marcha sin apoyo		

RANGO ARTICULAR ABD CADERA	20°			
RANGO ARTICULAR FLEX CADERA	50°			
OBSERVACION: Paciente con dolor moderado, debilidad muscular generalizada en miembro inferior derecho, arcos de movimiento de cadera restringidos.				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con dolor moderado, debilidad muscular generalizada en miembro inferior derecho, arcos de movimiento de cadera restringidos. Se cumple tratamiento ambulatorio completo en 6 horas distribuidas en 6 sesiones, iniciando con ejercicios isométricos y finalizando con ejercicios con pesa de 4 libras y marcha sin aditamentos. Paciente se da de alta de consulta ambulatoria rehabilitado, con fuerza muscular, deambula sin asistencia.

TABLA No. 31

CONSULTA AMBULATORIA

PACIENTE No. 3

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera derecha por fractura				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente cumple con todo el tratamiento en un periodo de seis	Paciente rehabilitado se da de alta con fuerza grado 5.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y	Ejercicios activos libras		

	orientado en sus 3 esferas.	Cuidados posturales Ejercicios con banda elásticas Reeducación de marcha en barras paralelas sin aditamentos. Reeducación de marcha sin apoyo Fortalecimiento muscular	horas divididas en seis sesiones.	
TIPO DE PROTESIS	Total			
CADERA OPERADA	Derecha			
DOLOR	6 de 10			
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2+			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
RANGO ARTICULAR ABD CADERA	25°			
RANGO ARTICULAR FLEX CADERA	40°			
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente post quirúrgico con colocación de prótesis de cadera derecha por fractura, a la evaluación física presenta dolor moderado, debilidad muscular en miembros inferior derecho y fuerza conservada en miembro inferior izquierdo. Amplitud articular restringida en ABD y flexión de cadera, arcos de movimiento en resto de miembro inferior

conservados. Paciente cumple con todo el tratamiento en un periodo de seis horas divididas en seis sesiones. Paciente se da de alta de consulta ambulatoria rehabilitado, con fuerza muscular grado 5, deambula sin asistencia.

TABLA No. 32
CONSULTA AMBULATORIA
PACIENTE No. 4

DIAGNOSTICO: Prótesis total de cadera derecha (ver anexo 10)				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA
SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos.	Se brinda 7 sesiones divididas en 7 días	Paciente rehabilitado de consulta ambulatoria. Fuerza muscular grado 5, paciente deambula sin aditamento realizando apoyo total de
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos libres. Ejercicios auto asistidos.		
TIPO DE PROTESIS	Total	Ejercicios con banda elástica.		
CADERA OPERADA	Derecha	Cuidados posturales.		
DOLOR	5 de 10	Reeducación de marcha en barras paralelas sin aditamentos.		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2+			

FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3	Fortalecimiento muscular.		miembros inferiores.
RANGO ARTICULAR ABD CADERA	15°			
RANGO ARTICULAR FLEX CADERA	45°			
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con prótesis total de cadera derecha, debilidad muscular generalizada en miembros inferior derecho y fuerza muscular grado 3 en miembros inferior izquierdo, amplitud articular limitada en miembro inferior operado. Paciente con el cual se cumple plan de rehabilitación ambulatorio en un periodo de 7 horas distribuidas en 7 sesiones. Paciente se da de alta de consulta ambulatoria rehabilitado sin ninguna dificultad, realiza deambulacion sin asistencia, fuerza muscular grado.

TABLA No. 33

CONSULTA AMBULATORIA

PACIENTE No. 5

DIAGNOSTICO: Prótesis de cadera izquierda por revisión				
EVALUACIÓN	PARÁMETROS	TRATAMIENTO	No. DE TRATAMIENTOS	TIPO DE ALTA

SIGNOS VITALES	Estables	Ejercicios isométricos	Paciente a quien se le brindan 6 sesiones, distribuidas en 6 días.	Paciente se da de alta rehabilitado de consulta ambulatoria, con fuerza muscular grado 5, deambula sin aditamentos.
ESTADO DE LA CONCIENCIA	Paciente alerta, consiente, y orientado en sus 3 esferas.	Ejercicios activos libres Ejercicios con banda elástica		
TIPO DE PROTESIS	Total	Cuidados posturales		
CADERA OPERADA	Izquierda	Reeducación de marcha en barras paralelas		
DOLOR	7 de 10	Fortalecimiento muscular con pesas.		
FUERZA MUSCULAR CADERA OPERADA	Grado 2+			
FUERZA MUSCULAR CADERA NO OPERADA	Grado 3			
RANGO ARTICULAR ABD CADERA	35°			
RANGO ARTICULAR FLEX CADERA	25°			
OBSERVACION:				

Fuente: Cuadros de evaluación

RESUMEN: Paciente con colocación de prótesis de cadera izquierda por revisión, quien a la evaluación física presenta dolor de moderado a intenso, debilidad muscular generalizada en miembros inferior izquierdo, arcos articulares limitados por el dolor. Paciente con quien se cumple plan de tratamiento de fisioterapia ambulatoria en un periodo de seis horas distribuidas en seis sesiones. Paciente rehabilitado dado de alta sin dificultad, al finalizar tratamiento paciente deambula sin asistencia, con fuerza muscular grado 4 generalizada en miembros inferiores.

ANÁLISIS GENERAL

De los datos obtenido se destaca que la mayor parte de pacientes atendidos son de la tercera edad esto se debe a que sufren de degeneración progresiva de masa ósea, o algunos han sufrido caídas a consecuencia de la degeneración corporal debido a la edad. Así mismo la mayoría de los pacientes fue del sexo femenino por causas relacionadas a factores tales como la edad, el trabajo que ejercieron durante muchos años, posturas prolongadas, carga de peso, genética.

El diagnóstico más frecuente fue la coxartrosis lo que nos indica que el desgaste de huesos y de cartílagos es la causa más común, además de las luxaciones de prótesis debido a que los pacientes previamente operados no siguieron las indicaciones del cuidado de prótesis, debido a lo antes mencionado la prótesis total de cadera es la más frecuente, seguido de la prótesis de revisión.

Los pacientes generalmente presentan dolor de medio a intenso posterior a las 24 horas de la cirugía, signos vitales estables, pacientes con el estado de la conciencia en estado óptimo, en su mayoría presentan debilidad muscular esto debido al dolor de la cirugía y que algunos antes de la cirugía no caminaban por lo que la fuerza muscular se vio afectada.

En el área de hospitalización el tratamiento fue de manera progresiva iniciándose con ejercicios isométricos que también se utilizó como método de evaluación para verificar la capacidad de contracción del miembro operado, ejercicios asistidos para iniciar el

movimiento en miembros inferiores, ejercicios activos, verticalización para posteriormente llevar a la reeducación de marcha asistida con andadera, este tratamiento fue efectivo y aceptado por parte de los pacientes dando los resultados esperados ya que se realiza el esfuerzo de forma progresiva, teniendo duración de una hora en su mayoría. Así mismo la enseñanza de cuidados y ejercicios a familiares tuvo un impacto importante al momento del alta y referir a consulta externa.

En consulta ambulatoria el tratamiento utilizado fue Ejercicios isométricos, ejercicios activos libres a tolerancia de paciente, ejercicios con banda elástica para ayudar a recuperar el arco de movimiento completo, cuidados posturales, reeducación de marcha en barras paralelas para posteriormente realizar marcha independiente sin aditamentos y fortalecimiento muscular con pesas, este tratamiento tuvo aceptación por parte de los pacientes ya que se percibió un aumento de complejidad gradualmente. en su mayoría los pacientes recibieron un total de seis a ocho terapias.

la mayoría de los pacientes atendidos fueron del área del hospitalización debido a que los pacientes post cirugía eran referidos para tratamiento ambulatorio en el hospital más cercano de su domicilio, esto debido a que un porcentaje muy alto pertenece a otros departamentos fuera de la región del hospital. Como resultado del tratamiento los pacientes de hospitalización fueron dados de alta posterior a las 24 horas de la cirugía, realizando una sesión de tratamiento, en el cual los pacientes deambularon con andadera. En el área de consulta ambulatoria los pacientes obtuvieron como resultado fuerza muscular óptima para deambular sin aditamentos.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos podemos concluir que:

1. Una pronta intervención de fisioterapia post cirugía de prótesis de cadera facilita la rehabilitación del paciente, haciéndola menos dolorosa ya que al pasar mucho tiempo y la prótesis no se moviliza el dolor es más fuerte.
2. La intervención de fisioterapia tras la cirugía ayuda mejorando la calidad de vida y reinserta a los pacientes a sus actividades cotidianas
3. La fisioterapia es una herramienta esencial para la recuperación y rehabilitación del paciente
4. El paciente que recibe indicaciones acerca de cuidados de prótesis tiene la seguridad de no regresar por una prótesis de revisión si cuida adecuadamente la primera.
5. Integrar a la familia o cuidadores del paciente asegura una recuperación más rápida ya que se le puede ayudar desde el hogar.
6. El protocolo utilizado durante este tipo de rehabilitación es efectivo, ya que todos los pacientes cumplieron con el objetivo post cirugía.
7. El trabajo en conjuntos con médicos ortopedas, enfermeras, familiares y fisioterapeutas ayuda a establecer un tratamiento adecuados y personalizado según las necesidades del paciente.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

Según los datos obtenidos se recomienda.

Al hospital:

1. Crear la oportunidad de que el 100% de los pacientes de prótesis de cadera puedan ser acompañados por su familiar más cercano o cuidador, para dar a toda la enseñanza de protocolos a seguir en casa y el cuidado de prótesis.
2. Pedir a los pacientes andadera con anticipación que posterior a la cirugía será utilizada, ya que algunos pacientes no están conscientes por falta de explicación de parte de médicos.
3. A trabajo social realizar recolectas para obtener andaderas y ser brindadas a los pacientes con escasos recursos económicos que no pueden comprarla

Al paciente:

1. Acatar indicaciones acerca del cuidado de prótesis para evitar luxaciones y no tener una prótesis de revisión posteriormente
2. Asistir a fisioterapia ambulatoria los días establecidos para obtener un progreso más rápido y mejorar la calidad de vida.

Al cuidador:

1. Presentarse con anticipación a alta de paciente para poder explicar los cuidados y ejercicios para acelerar el progreso del paciente.
2. Tener en cuenta las indicaciones brindadas en el hogar para evitar daños en prótesis.

FUENTES DE INFORMACION

1. Hospital San Rafael. hospital nacional san rafael. [Online]; 2018. Acceso 25 de julio de 2022. Disponible en: <http://www.hsanrafael.salud.gob.sv/historia/>.
2. Dr. Ernesto Pérez Triana DSBUMMJ. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.. [Online].; 2018. Acceso 24 de Junio de 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me183q.pdf>.
3. Zarzuela HT. Universidad de Valladolid, España. [Online].; 2015. Acceso 24 de Julio de 2022. Disponible en: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/alvaro-guerrero/rehabilitacion-protesis-de-cadera/>.
4. P. Rodrigo Mardones BCL. Artrosis de cadera: tratamiento no protésico y alternativas de manejo con células madres mesenquimáticas. el sevier. 2018; 25(5).
5. Arnal dJ. cirugía ortopedica. [Online].; 2017. Acceso 24 de julio de 2022. Disponible en: <https://traumatologomadrid.es/protesis-de-cadera/>.
6. MBA SURGICAL EMPOWERMENT. MBA SURGICAL EMPOWERMENT. [Online]; 2019. Acceso 24 de Julio de 2022. Disponible en: <https://www.mba.eu/blog/tipos-de-protesis-de-cadera/>.
7. Sebastián Muñoz G1 JLFLVAMDM. universidad de chile. [Online].; 2017. Acceso 25 de julio de 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/Hps/tx%20ortopedico.pdf>.
8. AOTA. ACTIVIDADES DIARIAS DESPUES DE CIRUGIA DE CADERA. The American Occupational Therapy Association. 1991; 5.

ANEXOS

Anexo 1

Test articular cadera



Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica,
Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional
Módulo IV

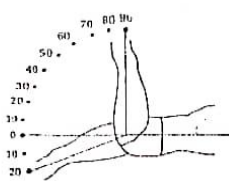
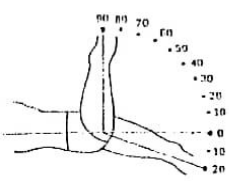
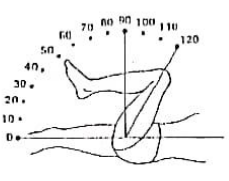
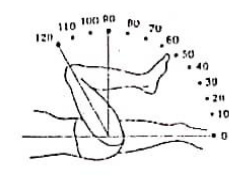
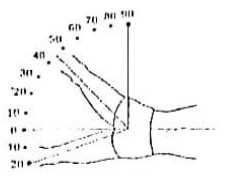
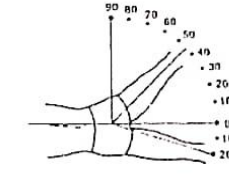


Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Test Articular de Miembro Inferior

Registro: _____
Servicio: _____
Edad: _____ Sexo: _____

Nombre: _____
Diagnóstico: _____
Dominancia: _____ Fecha de evaluación: _____
Terapeuta responsable: _____

		<p>Con rodilla extendida</p> <p>Flexión – Extensión de Cadera</p>																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Limitaciones</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Izquierdo</th> <th colspan="2">Derecho</th> </tr> <tr> <th>Flex.</th> <th>Ext.</th> <th>Flex.</th> <th>Ext.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Limitaciones				Izquierdo		Derecho		Flex.	Ext.	Flex.	Ext.				
Limitaciones																					
Izquierdo		Derecho																			
Flex.	Ext.	Flex.	Ext.																		
		<p>Con rodilla flexionada</p> <p>Flexión de Cadera</p>																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Limitaciones</th> </tr> <tr> <th>Izquierdo</th> <th>Derecho</th> </tr> <tr> <th>Flexión</th> <th>Flexión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Limitaciones		Izquierdo	Derecho	Flexión	Flexión										
Limitaciones																					
Izquierdo	Derecho																				
Flexión	Flexión																				
		<p>Abducción – Aducción de Cadera</p>																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Limitaciones</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Izquierdo</th> <th colspan="2">Derecho</th> </tr> <tr> <th>Abd.</th> <th>Ad.</th> <th>Abd.</th> <th>Ad.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Limitaciones				Izquierdo		Derecho		Abd.	Ad.	Abd.	Ad.				
Limitaciones																					
Izquierdo		Derecho																			
Abd.	Ad.	Abd.	Ad.																		
Prueba		Movimientos																			
Azul: Grados que se completan		Relativos: Marcar los grados en la prueba con color por dentro del arco																			
Rojo: Grados que no se completan		Pasivos: Marcar los grados en la prueba con color por fuera del arco																			

Anexo 2

Test muscular cadera



Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica,
Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional
Modulo IV

TEST MUSCULAR DE CUELLO, TRONCO Y MIEMBRO INFERIOR

Registro: _____
Servicio: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Diagnostico: _____
Dominancia: _____ Fecha de evaluación: _____
Terapeuta responsable: _____

Iza	Región	Acción	Musculo	Nivel medular		Der
	CABEZA Y CUELLO	Flexión y rotación	Esternoclavomastoideo	C2- C3	CABEZA Y CUELLO	
		Flexión	Prevertebrales	C2- C7		
		Extensión y rotación	Erapecto superior	C3- C4		
		Extensión	Paravertebrales	C3- C7		
	T R O N C O	Flexión de tronco sup.	Recto mayor (superior)	T7- T12	T R O N C O	
		Flexión de tronco inf.	Recto mayor (inferior)	T7- T12		
		Flexión rot de tronco	Oblicuo mayor	T9- T12		
		Flexión rot de pelvis	Oblicuo menor	T9- T12		
		Extensión	Espinales dorsales	T1- S3		
		Extensión	Espinales lumbares	T1- S3		
	PELVIS	Elevación	Cuadrado de los lomos	T12- L1 - L2	PELVIS	
		Espirar	Transverso abdominal	T9- T12		
		Inspirar	Diafragma	C3- C4- C5		
	Respiración	Inspirar	Intercostales externos	T1- T12	Respiración	
		Flexión	Psoas ilíaco	L1- L4		
	C A D E R A	Flex + Abd + rot Ext.	Sartorio	L1- L3	C A D E R A	
		Flex + Abd + rot int.	Tensor de la fascia lata	L4- S1		
		Abd	Glúteo medio	L4- S1		
		Rotación interna	Glúteo menor	L4- S1		
		Rotación externa	Pelvirocatorceos	L5- S2		
		Add	Aductores	L2- S1		
		Extensión	Glúteo mayor	L4- S1		
	R O D I L A	Ext. (Flex de cadera)	Recto anterior (cuadriceps)	L2- L4	R O D I L A	
		Extensión	Crural (cuadriceps)	L2- L4		
		Extensión	Vasto interno (cuadriceps)	L2- L4		
		Extensión	Vasto externo (cuadriceps)	L2- L4		
		Flex (Ext. de cadera)	Bíceps crural (isquionibiales)	L4- S2		
		Flex (Ext. de cadera)	Semirendinoso (isquionibiales)	L4- S2		
		Flex (Ext. de cadera)	Semimembranoso (isquionibiales)	L4- S2		
	T O R B I L O	Flex dorsal e inversión	Tibial anterior	L4- L5	T O R B I L O	
		Flex dorsal y eversion	Peroneo anterior	L4- L5		
		Flex plantar e inversión	Tibial posterior	L5- S1		
		Flex plantar y eversion	Peroneo lateral largo	L4- S1		
		Flex plantar y eversion	Peroneo lateral corto	L4- S1		
		Flexión plantar	Gemelos	L5- S1		
		Flexión plantar	Soleo	L5- S1		
		Extensión FTF	Extensor común de los dedos	L4- L5		
		Extensión MTFP	Pedio	L5- S1		
			Flexión FTFD	Flexor común		L5- S1
	Y	Flexión FTFP	Flexor corto plantar	L5- S1	Y	
		Flexión MTFP	Lumbrales	L5- S3		
		Add	Interosseo plantares	S1- S3		
		Abd	Interosseo dorsales	S1- S3		
		Flexión MTFE	Flexor corto del 5º dedo	S1- S2		
		Abd	Abd del 5º dedo	S1- S2		
		Oponencia	Oponente del 5º	S1- S2		
	H A L U S	Extensión FTF	Extensor largo	L4- S1	H A L U S	
		Flexión FTF	Flexor largo	L5- S1		
		Flexión MTFP	Flexor corto	L5- S1		
		Abd	Abd	L5- S1		
		add	Add	S1- S2		

CLAVE

- 5 Normal = Arco completo contra g^o contra máxima resistencia
- 4 Regular = Arco completo contra g^o resistido mínima; mano arco completo resistido, no interfiere g^o
- 3 Bueno = Arco completo contra g^o, libre; mano arco completo libre, no interfiere g^o
- 2 Malo = Arco completo eliminando g^o, libre, arco parcial contra g^o; mano arco parcial no interfiere g^o
- 1 Vestigio = Contracción muscular visible y palpable
- 0 Cero = No hay contracción ni visible ni palpable

Anexo 3

Escala de EVA



Anexo 4: Tabulador de sesiones brindadas a pacientes

HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACION
TABULADOR DE SESIONES BRINDADAS A PACIENTES

MES: _____ AÑO: _____

FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
ULTRASONIDO																																
ELECTROESTIMULACION																																
CALOR																																
FRIO																																
MASAJE																																
EJERCICIOS																																
CONTRASTE-GOLD-HOT																																
DIATERMIAS																																
INFRARROJO																																
FERULA																																
REEDUCACION DE MARCHA																																
TENS																																
TRACCION CERVICAL																																
TOTAL																																

TRABAJA: _____

Anexo 5 : Tabulador de paciente y sesiones brindadas por servicio o area a pacientes hospitalizados

FISIOTERAPIA
 HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA
 HOSPITALIZACION
 MES DE _____ DEL 201 _____

CIRUGIA GENERAL		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
Pacientes atendidos																																	
No de Sesiones																																	
Ingresos																																	
Nº de Altas																																	
ISBM																																	
Pacientes atendidos																																	
No de Sesiones																																	
Ingresos																																	
Nº de Altas																																	
PEDIATRIA																																	
Pacientes atendidos																																	
No de Sesiones																																	
Ingresos																																	
Nº de Altas																																	
OBSERVACION																																	
Pacientes atendidos																																	
No de Sesiones																																	
Ingresos																																	
Nº de Altas																																	

CIRUGIA PEDIA
 GINECOLOGIA
 OBSTETRICIA

FISIOTERAPIA

HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA
HOSPITALIZACION

MES DE _____ DEL 201 _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
FISIOTERAPIA																															
Pacientes atendidos																															
No de Sesiones																															
Ingresos																															
Nº de Altas																															
UCI																															
Pacientes atendidos																															
No de Sesiones																															
Ingresos																															
Nº de Altas																															
ORTOPEDIA																															
Pacientes atendidos																															
No de Sesiones																															
Ingresos																															
Nº de Altas																															
NEONATOS																															
Pacientes atendidos																															
No de Sesiones																															
Ingresos																															
Nº de Altas																															
UCIN																															
Pacientes atendidos																															
No de Sesiones																															
Ingresos																															
Nº de Altas																															

Anexo 7: Tabulador de ingresos y pacientes subsecuentes por edades y genero

Tipo de atención (1+2)		DETALLE																					Total							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		22	23	24	25	26	27	28
1. Primera vez (A+B)		A. Femenino (1+2+3+4+5+6)		B. Masculino (1+2+3+4+5+6)		1) 0 - 9 años		2) 10 - 11 años		3) 12 - 18 años		4) 19 años		5) 20 - 59 años		6) 60 años y más		1) 0 - 9 años		2) 10 - 11 años		3) 12 - 18 años		4) 19 años		5) 20 - 59 años		6) 60 años y más		
		2. Subsecuente (A+B)		A. Femenino (1+2+3+4+5+6)		B. Masculino (1+2+3+4+5+6)		1) 0 - 9 años		2) 10 - 11 años		3) 12 - 18 años		4) 19 años		5) 20 - 59 años		6) 60 años y más		1) 0 - 9 años		2) 10 - 11 años		3) 12 - 18 años		4) 19 años		5) 20 - 59 años		6) 60 años y más

Establecimiento de Salud

MINISTERIO DE SALUD

TABULADOR DIARIO DE PROCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPIA I

Instituciones: IANSA FOSALUD

Estrategia: Veteranos de guerra

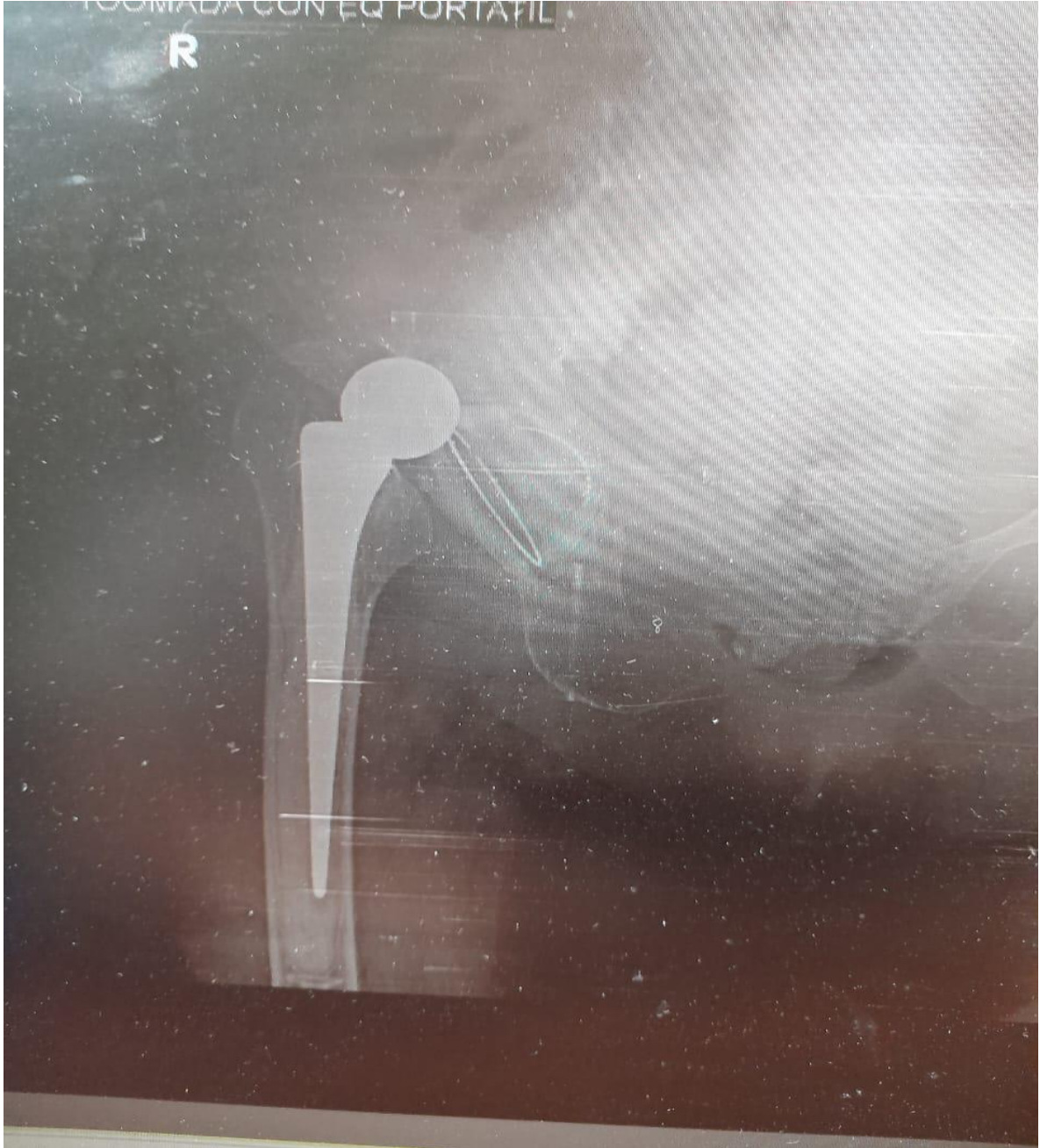
Intervención: Intramural Extramural

Mes: Año:

19/55

Anexo 9

Prótesis parcial derecha



Anexo 10

Prótesis total de cadera derecha



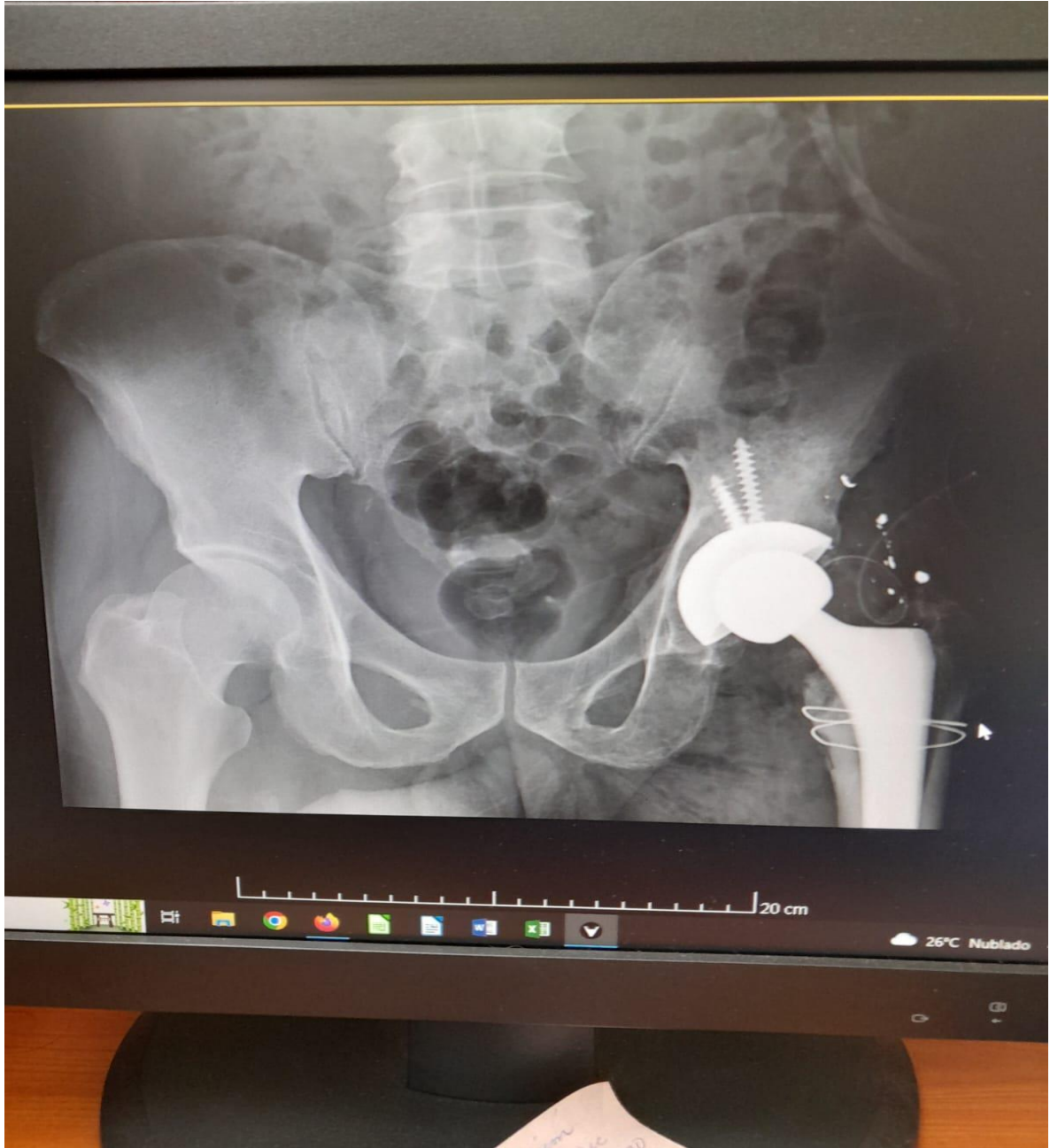
Anexo 11

Prótesis de revisión por luxación de prótesis izquierda



Anexo 12

Prótesis por fractura de fémur.



Anexo 13

Paciente de prótesis de cadera en el área de hospitalización



Anexo 14

Paciente de prótesis de cadera en consulta ambulatoria



