

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Carrera:

Terapia Ocupacional

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de

Licenciada en Terapia Ocupacional.

TEMA:

“Manejo de técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal atendidas en Manadiálisis de la ciudad de Manta durante el periodo del 3 de diciembre 2012 al 3 de junio del 2013”

Autora:

ANCHUNDIA CASTRO MARIA ANSUNCION

Directora de Tesis:

Lcda. Mercy Sancán Moreira

MANTA – MANABI – ECUADOR

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN AREAS DE LAS SALUD
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

CERTIFICACIÓN

Lcda. Mercy Sancán Moreira catedrática de la Facultad de Especialidades en Áreas de las Salud en calidad de directora de tesis.

CERTIFICA

Que el **Srta. María Asunción Anchundia Castro**, egresado de la carrera de Terapia Ocupacional realizo la tesis de grado titulada: “Manejo de técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal atendidas en Manadiálisis de la ciudad de Manta durante el periodo del 3 de diciembre 2012 al 3 de junio del 2013”, bajo la dirección de la suscrita, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias.

Lcda. Mercy Sancán Moreira

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ
FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN AREAS DE LAS SALUD
CARRERA TERAPIA OCUPACIONAL

CALIFICACIÓN DE TESIS DE GRADO

Sometido a consideración del Honorable Consejo de Facultad, como requisito para obtener el título de licenciado en Terapia Ocupacional, aprobado por los miembros del tribunal hace acreedor a las siguientes calificaciones:

Nota

DECLARATORIA DE AUTORIA

La responsabilidad del contenido de esta Tesis de Grado, corresponde exclusivamente a la Egresada ANCHUNDIA CASTRO MARIA ASUNCION.

ANCHUNDIA CASTRO MARIA ASUNCION.

DEDICATORIA.

Hoy al contemplar este sueño hecho realidad después de recorrer el difícil y largo camino y por ende alcanzar lo que tanto he anhelado el poder graduarme el paso más importante de mi vida siento una infinita alegría al ver concluido mi propósito .

Y por eso y mucho más dedico este trabajo con mucho esfuerzo ,sacrificio e ilusiones a Dios todo poderoso a quien le debo parte de lo que soy, a mis padres quienes toda su vida depositaron su confianza en mí por el apoyo moral y económico que me brindaron y a mis hermanos quienes también me brindaron su apoyo.

María Anchundia Castro.

AGRADECIMIENTO

El triunfo del verdadero hombre surge de las cenizas del error, porque tú eres parte de la vida, despiértate lucha, decídete y triunfaras en la vida.

Es por eso que mi agradecimiento va dirigido a Dios por ser el ser Supremo quien día a día me guía por el sendero del bien, a mis padres quienes fueron impulsores de mi larga trayectoria estudiantil, a mis hermanos y demás familiares que de una y otra forma fueron parte de todo este largo camino .

A la Facultad de Especialidades en el Área De La Salud , Carrera Terapia Ocupacional , de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, y en especial a las autoridades de nuestra Facultad, quienes con la indeclinable labor de formar recursos idóneos, me brindaron su apoyo para la culminación de esta Carrera.

Al personal docente de esta prestigiosa institución universitaria quienes con su infinita enseñanza y sabios consejos me impulsaron para ser cada día mejor y cumplir este sueño alcanzado porque se aprende prontamente bajo la tutela de maestros experimentados y se pierde el tiempo recorriendo los senderos ignorados sin guía.

A mi querida directora de tesis la Lcda. Mercy Sancán y porque no decir a los demás miembros del tribunal de tesis en especial a la Lcda. Grace Abril quien supo guiar este trabajo con mucha disponibilidad, y además quien nos orientó con capacidad y altruismo en este proyecto y poder culminarlo con éxitos.

Y por último nuestra eterna gratitud a todas aquellas personas que creyeron en nuestras capacidades.... Gracias

TEMA:

“Manejo de técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal atendidas en Manadiálisis de la ciudad de Manta durante el periodo del 3 de diciembre 2012 al 3 de junio del 2013”

INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Datos Institucionales	9
Capítulo I Marco Teórico	13
1.1. La terapia ocupacional	14
1.2. Objetivo de la terapia ocupacional	14
1.3. La terapia ocupacional en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal	15
1.4. Técnicas terapéuticas ocupacionales	16
1.4.1. Ayudas técnicas en la terapia ocupacional	15
1.4.2. Componentes del desempeño funcional	15
1.5. Introducción a la facilitación	18
1.5.1. Neuromuscular propioceptiva	18
1.5.2. Contratación manual	19
1.5.3. Visión	19
1.6. Hombro doloroso	20
1.6.1. ¿Qué es el hombro doloroso?	20
1.6.2. ¿Cuáles son las causas del hombro doloroso?	21
1.6.3. Manifestaciones clínicas	22
1.6.4. Cuadros clínicos	22
1.6.4.1. Tendinitis del manguito rotador	23
1.6.4.2. Tendinitis cálcicas	24
1.6.4.3. Rotura del manguito rotador	24
1.6.4.4. Tendinitis bicipital	25
1.6.4.5. Bursitis Subacromial	25
1.6.4.6. Capsulitis adhesiva o retráctil	26
1.7. Técnicas De Facilitación Neuromuscular Propioceptiva De Terapia Ocupacional	26
1.7.1. Contacto manual	28
1.7.2. Comando verbal	29
1.7.3. Tracción y aproximación	29
1.7.4. Resistencia máxima	29
1.7.5. Sincronismo normal	29
1.7.6. Relajación	29
1.7.7. Estabilización rítmica	29
1.7.8. Contracción y relajación	29
Capítulo II Propuesta	30
2. Titulo	31

2.2. Lugar y fecha-----	31
2.3. Duración del proyecto-----	31
2.4. Beneficiarios directos -----	31
2.5. Beneficiarios indirectos -----	31
2.6. Facilitadores-----	31
2.7. Introducción -----	31
2.8. Objetivo -----	32
2.9. Descripción de la propuesta -----	32
2.10 Autora -----	33
2.11. Impacto de la propuesta-----	33
Capítulo III Cuadros Estadísticos-----	34
3.1. Gráficos estadísticos generales de los pacientes atendidos en Manadialisis S.a. por sexo -----	35
3.2. Gráficos estadísticos generales de los pacientes atendidos en Manadialisis S.a. por patología-----	36
3.3. Gráficos estadísticos generales de los pacientes atendidos en Manadialisis S.a. por edad-----	37
3.4. Resultados de Encuesta realizada a pacientes atendidos en Manadialisis S.a. -----	38
3.5. Resultados de evaluaciones iniciales realizada a pacientes atendidos en Manadialisis S.a. Análisis de descripción general de datos -----	45
3.6. Resultados de Encuesta finales realizada a pacientes atendidos en Manadialisis S.a. -----	51
3.7. Conclusiones-----	57
3.8. Recomendaciones -----	59
3.9. Bibliografía general -----	60
ANEXOS -----	62

SUMEN

La importancia del presente trabajo de investigación del “Manejo de técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal atendidas en Manadiálisis de la ciudad de Manta se realiza por medio de una encuesta inicial con el fin de conocer cuáles son las limitaciones que presentan esta población.

Uno de los principales objetivos es poder dar a conocer que en la Terapia Ocupacional se utilizan las actividades Propioceptiva específicas seleccionadas en el entrenamiento tanto en las condiciones físicas como las psíquicas ya que tienen el fin de ayudar a las personas al alcanzar el máximo funcionamiento en los aspectos de la vida diaria, y que el terapeuta ocupacional puede ayudar a estas personas a establecer prioridades y a utilizar todas sus habilidades para mejorar el rendimiento ocupacional y la satisfacción en las áreas de Autocuidado, productividad y Ocio. Con el fin de mejorar y manejar su calidad de vida.

Esta investigación es de tipo Exploratorio ya que por medio de una valoración en el área de terapia ocupacional se puede conseguir información de cada uno de los pacientes como es su desenvolvimiento en las actividades de autocuidado.

De tipo descriptivo que se sustenta en el tipo de estudio exploratorio que se ha realizado a partir de las encuestas realizadas donde se ha podido determinar la pérdida de movilidad articular en las personas con insuficiencia renal crónica terminal y por último explicativo ya que se explicaran las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva como ayuda técnica para este síndrome doloroso.

La población de estudio son los pacientes atendidos en Manadilisis, lo relevante de la investigación es determinar cuáles son las técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de miembro superior (hombro doloroso)

INTRODUCCION

El hombro tiene mayor libertad y amplitud de movimiento que cualquier otra articulación, lo que en la historia de la evolución se ha traducido en un amplio rango de acción para las manos. El movimiento normal de hombro es resultado de la acción conjunta de sus estructuras y el contacto repetido de éstas a lo largo de la vida produce una serie de afecciones en la articulación denominado; Síndrome de Hombro Doloroso.

El dolor de hombro constituye una de los síntomas más comunes que afecta al aparato locomotor, aunque las molestias iniciales pueden ser tan leves que no se les conceda mayor importancia hasta que el déficit funcional y ocupacional se acrecienta a tal medida que incapacita a las personas, realizar sus actividades de la vida diaria por lo que; la atención médica y el tratamiento adecuado de terapia ocupacional es de mucha importancia para, la reducción de síntomas y prevención de complicaciones.

Razones por las cuales se realizó la investigación sobre la evolución de pacientes con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso tratados con terapias y las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas de los pacientes de ambos sexos atendidos en Manadiálisis de la ciudad de Manta en el periodo de Diciembre 2012 a Junio del 2013.

Los programas de tratamiento se inician con una evaluación de las habilidades funcionales y de las limitaciones de cada paciente El programa de Terapia Ocupacional realza las habilidades necesarias para qué. Las estrategias de intervención son formuladas e individualizadas de acuerdo con las necesidades particulares del paciente y de acuerdo a sus roles en la vida, los esfuerzos pueden ser dirigidos a restaurar la función mediante ejercicios terapéuticos y actividades que son utilizados para aumentar, mantener o mejorar la capacidad

funcional de las personas con discapacidad o bien adaptando el entorno, también se asiste siempre en la prevención de limitaciones o en el desarrollo de las destrezas de la vida diaria. Estas se refieren a las actividades básicas de auto cuidado (alimentación, vestido, higiene, arreglo personal, movilidad funcional y comunicación), las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a la preparación de comidas, uso de teléfono, vestido, entre otras actividades que se refieren a la vida independiente.

Por la naturaleza personal de estas actividades casi todo el tratamiento, en esta área, se presta en forma individual, el uso de las diferentes clases de técnicas y las actividades principales de observación, son valoradas para la reinserción en la comunidad y proveer un espacio para practicar las destrezas, manipulación, ejecución de actividades graduadas a través de la movilización en sus miembros superiores, gracias al uso sistematizado, graduado de técnicas terapéuticas ocupacionales, todo esto se puede realizar mientras se integran socialmente a su vida laboral con otros pacientes con problemas similares.

De esta manera se identificó la **situación problemática** expresada: Mediante una encuesta inicial en terapia ocupacional se determinó que 15 a 20 pacientes padecen de síndrome de hombro doloroso el cual consiste en limitar el movimiento del hombro produciendo dolor y disminuyendo el grado de la amplitud articular.

En el área de terapia ocupacional se ha planteado realizar técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas lo cual consiste en aplicar una serie de ejercicios los cuales ayudaran al paciente a disminuir el dolor ,aumentar el grado de movilidad y crear un mejor desenvolviendo en sus actividades cotidianas .

En Manadiálisis de la ciudad de Manta los problemas de hombro doloroso se han convertidos en un motivo frecuente de consulta al área de terapia ocupacional.

Se planteó como **problema de investigación** el siguiente: Los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal pasan 4 horas al día sin movilizar el brazo al momento de realizar la diálisis y la mayoría de las actividades la realizan con cuidado porque tienen la fistula y esto hace que se produzca hombro doloroso o congelado por esta razón es el motivo de la realización de este tema a investigar porque hay pacientes que presentan mucho dolor al momento de su tratamiento hemodialítico.

Se delimitó el **objetivo de estudio**: En el área de rehabilitación de terapia ocupacional a personas con insuficiencia renal crónica terminal.

El **objetivo principal** está enfocado en: Aplicar técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva en personas con insuficiencia renal crónica terminal que asisten al área de rehabilitación de terapia ocupacional.

El **campo de acción** se delimitó en la aplicación de las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva.

Se formuló como **Hipótesis**: Aplicar técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas con el fin de, mejorar el nivel de autonomía y satisfacción en el desempeño ocupacional a pacientes con diagnóstico síndrome de hombro doloroso a personas con insuficiencia renal atendidos en Manadiálisis de la ciudad de Manta en el Período de Diciembre 2012 a Junio del 2013.

Se identificó como **Variable Dependiente**: Aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva en paciente con hombro doloroso y alivio del dolor. Como **variable Independiente** mejorar la amplitud articular y mejorar el desempeño en las actividades cotidianas.

Para el logro del Objetivo se propone las siguientes **tareas**:

- Evaluar los pacientes para determinar el grado de la limitación articular.
- Aplicar las técnicas de relajación para aumentar el recorrido de un patrón.

- Explicar al paciente en qué consiste el síndrome de hombro doloroso y para qué sirven las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas.

Para el logro del objetivo de propuesta se utilizara la siguiente metodología: este proyecto se ha realizado con el diseño **Quasi-experimental**: la población está representada por todos los pacientes asisten al área de rehabilitación de terapia ocupacional en Manadialisis de Manta.

TIPO DE ESTUDIO

Exploratorio: por medio de una valoración en el área de rehabilitación de terapia ocupacional se puedo conseguir información de cada uno de los pacientes como es su desenvolvimiento en las actividades de auto- cuidado.

DESCRIPTIVO.- Se sustenta en el tipo de estudio exploratorio que se ha realizado a partir de las encuestas realizadas donde se ha podido determinar la pérdida de movilidad articular en las personas con insuficiencia renal crónica terminal.

EXPLICATIVO.- El cual explica las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva como ayuda técnica para este síndrome doloroso con resultados positivos ocupacionales en esta unidad de salud.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

La observación.- La cual nos permitió conocer en el ámbito de las personas atendidas en el área de rehabilitación de terapia ocupacional en mana diálisis fomentando, sus destrezas, conductas, hábitos y estilo de vida de cada paciente.

La entrevista.- para conocer el número de personas con síndrome de hombro doloroso que son atendidos en esta casa de diálisis de la ciudad de Manta.

Inductivo: Por medio de las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas en terapia ocupacional se logra mejorar el nivel de autonomía y

satisfacción en el desempeño ocupacional a pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

TECNICAS E INSTRUMENTOS:

- **Documentos:** fichas de evaluación y valoración.
- **Encuestas:** me permitió determinar el grado de limitación articular que existe en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal atendidas en Manadiálisis.
- **Entrevista:** personal de la institución.
- **Observación científica:** fue con el propósito de obtener mayor información de los pacientes con síndrome de hombro doloroso en su limitación articular y aplicar técnicas terapéuticas.

TIPOS DE FUENTES

- **Bibliografía:** Uso de texto técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas en hombro doloroso.

Recursos

Talento humano:

- Autora de anteproyecto de tesis en la investigación

María Anchundia castro

- Asesora

Lcda. Mercy Sancán

- **Personal administrativo**

Lcda. María del Carmen Ron Gerente General de la institución

Lcda. Mayra Holguín Terapista de la institución

Lcdo. Víctor Alcívar Terapista de la institución

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal

Recursos Institucionales:

- Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
- Facultad de Especialidades en el área de la salud
- Clínica Renal Manadiálisis S.A

Recursos Materiales:

- Cuaderno para apuntes
- Esferos
- Cámara digital
- Computadora
- Impresora
- Copiadora
- Materiales terapéuticos

Recursos financieros

Transporte: *700,00*

Adquisición de libros para el trabajo de investigación y materiales bibliográficos ,fotocopias : *\$500,00*

Técnicos para la elaboración *\$100,00*

Impresión de tesis final *\$80,00*

Total: \$1380,00

Población

La población o universo de este estudio lo constituyen los pacientes con insuficiencia renal que asisten a Manadiálisis.

PROPUESTA

Aplicar técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal.

DATOS INSTITUCIONALES

UBICACIÓN GEOGRAFICA DE MANADIALISIS

Es un complejo de atención de salud a pacientes nefrológicos más completo y moderno de Manabí.

UBICACION:

Calle 12 transversal 17-b atrás del hospital Rodríguez Zambrano, diagonal a la cruz roja de manta.

BRINDA LOS SIGUIENTES SERVICIOS.

Consulta externa nefrológica.

Detención y prevención de enfermedades renales.

Manejo de pacientes pre diálisis

manejo y control de pacientes con tratamientos de hemodiálisis.

EQUIPO MULTIDICPLINARIO.

Medico

Psicólogo

Nutrición y dietética

Servicio social

Terapia ocupacional y rehabilitación

Misión Institucional

Brindar a sus clientes servicios nefrológicos integrales, con personal calificado ,comprometidos y con tecnología adecuada ,logrando el mejoramiento de la

calidad de vida de sus pacientes y de sus procesos internos ,con clara conciencia de respeto a su entorno .

Vision Institucional

Ser el referente de excelencia en la calidad de atencion ,del paciente insuficiente renal cronico en la provincia de Manabi ,con enlaces nacionales e internacionales ,generando bienestar social a la comunidad .

Valores Institucional

- Solidaridad ,humanidad y respeto con los pacientes .
- Honestidad ,responsabilidad y etica en el actuar .
- Calidad en el servicio .

Objetivos de calidad Institucional

- Incrementar en un 2% anual la satisfaccion del paciente
- Incrementar en un 10%anual el numero de paciente que atiende .
- Elevar en un 5% anual el compromiso del personal .
- Realizar 2 capacitaciones anuales al personal en base o prioridades .
- Realizar 2 campañas anuales de prevencion y /o deteccion de diabetes e hipertencion .

Objetivos del cargo Institucional

Ayudar al usuario con discapacidad y deficiencia a alcanzar el mayor nivel de capaciad y funcionalidad permitiendole el desarrollo de una vida independiente ,satisfecha y productiva que a la vez le permita mejorar su calidad de vida .

Funciones del cargo Institucional

- Evaluar la condicion fisica y ocupacional del usuario a su ingreso a la empresa .

- Brindar las terapias necesarias con el fin de habilitar física y / ocupacionalmente al usuario dentro de lo posible .
- Coordinar que el medico general la realizacion de las terapias especiales dependiendo de las necesidades de cada usuario .
- Realizar mensualmente los reportes necesarios por usuarios asi como las estadísticas mensuales , semestrales y anuales según formatos específicos proporcionados por la empresa .
- Coordinar con el equipo de apoyo medico la elaboracion de los reportes mensuales de los usuarios .
-

Políticas de calidad Institucional

Manadialisis S.A se compromete a:

- Prestar servicios nefrologicos integrales de calidad , con el personal capacitado y comprometido .
- Satisfacer las necesidades específicas de sus clientes de sus clientes mejorando sus procesos internos .
- Proyectar su accion a la comunidad y ampliar el mercado que atiende .

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1.1. LA TERAPIA OCUPACIONAL

En si la Terapia Ocupacional se define como el manejo de las actividades del diario vivir (avd), en este caso están las productivas y de ocio que principalmente se emplean en personas que se encuentran con limitaciones ya sea por accidentes, enfermedades, envejecimiento o por cuestiones psicológicas también en este ámbito se cataloga la pobreza incapacidades del desarrollo o del aprendizaje , todo esto se realiza para alcanzar el máximo funcionamiento de las personas , prevenir las discapacidades , mejorar y mantener la salud.

En la terapia ocupacional se trabaja con adaptaciones de tareas dependiendo el grado de discapacidad y en la intervención en el ambiente donde la persona se desenvuelve para adaptarlo a las necesidades de uno. Con el fin de lograr así la mayor independencia posible.

1.2. OBJETIVO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

La terapia ocupacional es la utilización terapéutica que sirve para capacitar a la persona para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, con el fin de que su vida sea Satisfactoria y significativa.

La intervención en Terapia Ocupacional se dirige tanto a la persona Como al entorno, entendiendo el entorno como los distintos ambientes donde Se desenvuelve el individuo (entornos de trabajo, domiciliarios, de ocio, Comunitarios, urbanísticos, sociales o grupales).

1.3. LA TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

La intervención de la Terapia Ocupacional con pacientes que padecen Insuficiencia Renal Crónica radica, en primer lugar, en concienciar a la población de la importancia de una prevención y detección precoz de la enfermedad, puesto que evita una complicación considerable de los cuadros clínicos y, como consecuencia, la calidad de vida.

Los enfermos renales son, al igual que las demás personas, únicos y especiales; por lo que, en segundo lugar, deberemos realizar una evaluación individualizada y proponer actividades significativas para cada paciente. Para ello, deberemos prestar atención a aspectos como la edad, el sexo, el nivel educativo, los valores, los intereses, etc.

Para comenzar, las personas con IRC y sus familias deben recibir una correcta información de la patología, principalmente sobre aspectos tan importantes como la alimentación o el apoyo psicológico. Es fundamental una actitud positiva ante la enfermedad, por lo que el Terapeuta Ocupacional brindará apoyo y seguridad. La aparición de una enfermedad crónica como la IRC supone graves trastornos emocionales inmediatos, que se expresan en forma de ansiedad, sensación de indefensión, negación del hecho, insomnio y síntomas psicósomáticos.

Cuando la enfermedad llega, se producen una serie de cambios importantes en varios aspectos psicosociales de la persona: la imagen que tiene de sí mismo/a, la visión que tiene de su futuro, las relaciones interpersonales, actividades que realizaba hasta ahora, etc. El enfermo crónico está obligado a cambiar, en mayor o menor grado, su forma de vida: ha de modificar su dieta, realizar frecuentes visitas al hospital, interrumpir actividades cotidianas que muchas veces afectan al trabajo o estudios, etc. Por lo tanto, es fundamental fomentar la

participación de un Terapeuta Ocupacional en la intervención de pacientes que padecen IRCT¹

1.4. TECNICAS TERAPEUTICAS OCUPACIONALES

1.4.1. AYUDAS TÉCNICAS EN TERAPIA OCUPACIONAL

Las ayudas técnicas en terapia ocupacional son todos aquellos aparatos o equipos que son utilizados por personas discapacitadas temporal o permanentemente ya sean en miembros superiores las cuales, les sirven para tener un mayor grado de independencia en las actividades de la vida diaria y les proporciona en general una mayor calidad de vida.

Para poder delimitar con claridad el término de "ayuda técnica" hay que aclarar primeramente el concepto de "Ergonomía", que nos va a dejar ver con más exactitud por dónde nos movemos cuando intentamos definir un tema tan amplio y a la vez tan desconocido como es este.

1.4.1.2. COMPONENTES DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL

MOTOR

- Arco de movimiento
- Fuerza muscular
- Tono muscular
- Utilización funcional
- Destrezas motoras finas y gruesas

INTEGRACIÓN SENSORIAL

- Esquema corporal
- Postura
- Integración corporal

¹ <http://insuficiencia renal to blogspo>

Publicado por terapéuticas ocupacionales .Bea,Andrea ,Patri,Vero y Ana el martes 10 de Enero del 2012

- Relaciones visuo-espaciales
- Integración sensorio-motora
- Reflejos
- Sensibilidad

COGNITIVO

- Comprensión,
- Comunicación verbal y escrita
- Solución de problemas
- Manejo del tiempo
- Conceptuación
- Integración del aprendizaje

PSICOLÓGICO

- Estados emocionales
- Comportamientos para afrontar problemas
- Auto identidad
- Auto concepto

SOCIAL

- Interacción en diada y grupal²

² [www.terapia-ocupacional.com./noticias to-Navarra.pdf](http://www.terapia-ocupacional.com./noticias%20to-Navarra.pdf) willar/spackman.1998

1.5. Introducción a la facilitación

1.5.1. NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA

- **Propioceptiva:** receptores sensoriales que dan la información concerniente al movimiento y a la posición corporal
- **Neuromuscular:** los nervios y músculos
- **Facilitación:** hacerlo más fácil

Los principales que son básicos

- Se caracteriza por ser un método completo en que cada tratamiento se dirige a un conjunto de seres humanos.
- El punto de vista del tratamiento tiene que ser siempre positivo
- La meta principal de todo tratamiento es ayudar a los pacientes a alcanzar su nivel de funcionalidad más alto.

Se cree que este enfoque funcional positivo es el mejor camino para estimular a los pacientes y lograr unos resultados de tratamiento en miembros superiores el terapeuta debe evitar el dolor.

Los procedimientos básicos para la facilitación son:

La capacidad de resistencia aplicada durante una actividad debe ser adecuada para el estado del paciente y el objetivo de la actividad. A esto se le denomina resistencia óptima.

Es importante que la resistencia no cause dolor o fatiga no deseada. Las inspiraciones y respiraciones calculadas y controladas puede aumentar la fuerza del paciente y el recorrido articular activo.³

³ www.slideshare.net/sandy

1.5.2. CONTRATACIÓN MANUAL

- La presión sobre un musculo ayudar a la capacidad del musculo para contraerse
- La aplicación de presión en sentido contrario al movimiento en cualquier punto del miembro móvil, estimulara a los músculos sinérgicos para reforzar el movimiento.
- El contacto manual en el tronco del paciente ayuda indirectamente al movimiento del miembro al promover la estabilización del tronco.

La consigna se divide en tres partes.

1. **Preparación:** pone a un punto al paciente para la acción
2. **Acción:** indicar al paciente que comience la acción
3. **Corrección:** dice al paciente como corregir y modificar la acción

1.5.3. Visión

La retroalimentación a parte del sistema visual sensorial puede promover una contracción muscular más poderosa. La utilización de la visión ayuda al paciente a controlar y corregir su posición y movimiento.

La tracción es la elongación del tronco o de una extremidad .

La tracción de la parte afectada es útil en el tratamiento de paciente con alguna articulación dolorosa

La aproximación es la compresión del tronco o una extremidad

Hay dos formas de aplicar la aproximación

- **Aproximación rápida**
- **Aproximación lenta**

Se debería coordinar una consigna a propiedad las con la aplicación de la aproximación las articulaciones del paciente se debería alinear correctamente cargar peso se utiliza la aproximación.

El reflejo tiene dos partes. La primera es un reflejo esteral de latencia corta que provoca poca fuerza y no puede ser importancia funcional. La segunda parte llamada la respuesta de estiramiento funcional tiene una latencia más larga pero provoca una contracción más poderosa y funcional.

Para que sea efectivo un tratamiento, se debe resistir la contracción muscular que sigue al estiramiento.

El sincronismo es la secuencia de los movimientos.

El movimiento normal requiere una secuencia de actividad armónica y el movimiento coordinado requiere el sincronismo exacto de esa secuencia. El movimiento funcional requiere que el movimiento sea continuo y coordinado hasta que se complete la tarea.

El sincronismo normal de los movimientos más eficaces y coordinados es de distal a proximal.

El sincronismo para el énfasis implica cambiar la secuencia normal de los movimientos para enfatizar un músculo en particular o una actividad deseada.

1.6. HOMBRO DOLOROSO: CAUSAS Y MANIFESTACIONES

1.6.1. ¿QUÉ ES EL HOMBRO DOLOROSO?

Es una de las causas más frecuentes de consulta en rehabilitación en la terapia ocupacional. Se calcula que afecta aproximadamente al 25 % de la población en algún momento de sus vidas. El hombro como tal es asiento de numerosos cuadros dolorosos que pueden tener origen en estructuras propias del hombro o alejadas de él.

En general, cuando el origen no está en el hombro, no se produce pérdida de movilidad ni se reproduce el dolor al moverlo. Entre las causas más frecuentes de estos procesos se encuentran:

Los problemas cervicales, - sobre todo artrosis y lesiones discales -, que pueden provocar un dolor hacia el hombro.

Otras causas menos frecuentes son enfermedades neurológicas de distinto origen - infecciones, neuritis, tumores, etc.

En ocasiones el dolor puede proceder de lesiones viscerales cercanas a través de la irradiación nerviosa, acompañándose normalmente en estos casos de otros síntomas propios de la afección (cardíaca, biliar, pulmonar, etc.)

Los procesos que afectan propiamente al hombro son muy numerosos y provocan cuadros dolorosos llamados en conjunto "hombro doloroso", "periartritis escapulo-humeral" o "síndrome su acromial" que son denominaciones genéricas, ya que muchas veces es difícil determinar cuál es la causa del problema aunque en ocasiones se puede llegar a un diagnóstico específico. La causa más frecuente es la afección de partes blandas tales como tendones, cápsula articular y bolsas sinoviales.⁴

1.6.2. ¿Cuáles son las causas de hombro doloroso?

Son poco conocidas, en general depende de una combinación de factores como el desgaste o degeneración de los tendones, que son más frecuentes con la edad y con la realización de esfuerzos laborales o deportivos de forma repetitiva.

En el hombro existe un grupo de músculos, supra espinosos situados debajo del deltoides, infra espinoso y redondo menor, que en conjunto se denominan "manguito rotador" y sus tendones discurren por un estrecho canal, el espacio

⁴ <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5 de marzo 2001

su acromial, entre el humero por debajo y un extremo del omoplato llamado acromion por arriba.

Para favorecer el deslizamiento de estas estructuras existe interpuesta una bolsa sinovial que actúa como una serie de almohadilla. Esta bolsa tiene la capacidad de formar líquido sinovial y cuando él se encuentra irrigado puede hacerlo.

Cuando el brazo se eleva por encima del nivel del hombro el manguito roza con el extremo del acromion siendo la causa de inflamaciones, desgarros y roturas. También un accidente único y violento puede causar la rotura tendinosa en personas jóvenes aunque lo más frecuente es el desgaste debido a la edad, asociado o no a las tareas repetidas con el brazo por encima de la horizontal y en ocasiones desencadenando por un golpe, una caída o un sobreesfuerzo.

1.6.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síntoma principal es el dolor. Generalmente duele más por la noche y al mover el brazo. En ocasiones baja por el brazo pudiendo llegar a la mano. Puede comenzar de forma insidiosa, sin relación con esfuerzos o traumatismos previos, o de forma aguda, normalmente tras accidentes.

Con frecuencia se acompaña de pérdida de movilidad del brazo. Si se prolonga mucho tiempo puede aparecer lo que se llama un "hombro congelado" o capsulitis adhesiva, en la que al dolor se añade una disminución global de la movilidad del hombro.⁵

1.6.4. CUADROS CLÍNICOS

⁵. <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5de marzo2001

Existen varios cuadros clínicos que a veces se pueden diagnosticar:

- **Tendinitis del manguito rotador**
- **Tendinitis cálcicas**
- **Rotura del manguito rotador**
- **Tendinitis bicipital**
- **Bursitis su acromial**
- **Capsulitas adhesiva o retráctil**

1.6.4.1. TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR

Lo más frecuente es la afectación del supra espinoso, que puede aparecer aislada, ya que este tendón es el que más se roza contra el acromion. Si a esta circunstancia anatómica se suma el sobreuso laboral o deportivo, el proceso de desgaste se acentúa produciendo fenómenos degenerativos en el mismo que pueden progresar a desgarros e incluso rotura completa por fatiga.

Suele ocurrir en el adulto de edad media en adelante que ha efectuado durante años gestos repetidos con el hombro pero también puede ocurrir en jóvenes tras un esfuerzo excesivo

Los síntomas que aparecen son dolor progresivo en hombro con arco de movilidad dolorosa, esto es, solo duele en el punto de elevación del brazo en que el tendón se roza con el acromion, dejando de doler por encima y debajo de ese punto.

Con frecuencia la afectación degenerativa que puede comenzar en este tendón se extiende al resto de los que forman el manguito, haciendo que el dolor se generalice a todos o casi todos los movimientos del hombro.⁶

⁶ <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5de marzo2001

1.6.4.2. TENDINITIS CÁLCICAS

Es frecuente el depósito de cristales de calcio en el interior de los tendones del manguito por razones no bien precisas, aunque puede deberse al padecimiento de enfermedades como el hiperparatiroidismo.

Lo habitual es que se desconozca la causa, pero suele aparecer en personas con problemas degenerativos tendinosos y es un factor que favorece la rotura de los mismos. Otras veces aparecen calcificaciones en una radiografía de pacientes sin ningún tipo de síntomas y en ocasiones provocan una crisis de tendinitis aguda con dolor agudo muy intenso, enrojecimiento y calor en la zona.⁷

1.6.4.3. ROTURA DEL MANGUITO ROTADOR

Lo más frecuente es que sea la consecuencia del proceso de desgaste crónico del tendón del manguito, que puede ser conocido o no, ya que puede ocurrir que el primer síntoma sea la rotura tendinosa. Como en las tendinitis, puede afectar solo al supra espinoso o a todo el manguito y la rotura ser total o parcial. Se puede producir al levantar un peso o tras una caída, sin necesidad de que sean muy violentas. En personas jóvenes, sin problemas previos, requiere un esfuerzo o traumatismo mucho más importante.

La consecuencia inmediata en las roturas completas es la incapacidad absoluta para la elevación del brazo por el paciente, queda como paralizado. Se acompaña de dolor agudo importante inicialmente, pasando a remitir después en el curso de unas semanas.

A pesar de la aparatosidad del cuadro, pocas veces requiere reparación quirúrgica, salvo en personas jóvenes con tendones en buen estado. Con el

⁷ <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5 de marzo 2001

tiempo se va recuperando la función llegando a adquirir en general una movilidad que permite la realización de muchas tareas con el brazo, siendo compensados los movimientos deficitarios con otros músculos.

1.6.4.4. TENDINITIS BICIPITAL

El músculo bíceps dispone de dos tendones, uno de los cuales discurre por la cara anterior del hombro, siendo causa de tendinitis con cierta frecuencia. Se caracteriza por dolor en la parte anterior del hombro que aumenta con algún movimiento del brazo. Afecta bastante a deportistas con actividad lanzadora y tras actividades como pintar. Es muy probable que coincida con tendinitis del tendón del manguito.

En casos de larga evolución puede llegar a producirse la rotura del mismo, tras un esfuerzo o de forma espontánea, por desgaste, lo que origina en general dolor intenso en esa localización y la aparición de una "bola" cerca del codo, que corresponde al músculo descolgado. Al día siguiente suele aparecer un hematoma en la zona. A diferencia de otras roturas tendinosas no produce gran incapacidad ni afecta de forma significativa a la fuerza del bíceps que se mantiene gracias al otro tendón intacto.

1.6.4.5. BURSITIS SUBACROMIAL

Consiste en una inflamación con producción de líquido sinovial en la bolsa subacromial que se interpone entre el manguito y el acromion.

La causa está en la irritación mecánica continua contra el acromion en la elevación repetida del brazo, a veces tras una caída.

Dado que el origen es el mismo, suele suceder de forma conjunta con las tendinitis anteriores.⁸

1.6.4.6. CAPSULITIS ADHESIVA O RETRÁCTIL

Es una enfermedad inflamatoria de la cápsula articular que provoca una tendencia a retraerla, dando lugar a una gran restricción de la movilidad. Se desconoce su causa, pero tras un tiempo variable, de meses, desaparece espontáneamente y no suele dejar secuelas. Es más frecuente en mujeres a partir de la edad media de la vida y en diabéticos.

Mucho más frecuente es la retracción de la cápsula con pérdida de la movilidad producida tras padecer algunas de las tendinitis anteriores y otros procesos dolorosos como fracturas, ya que con dolor, se tiende a no mover y la falta de movimiento hace que se formen adherencias que a su vez hacen más difícil la movilización, creando un círculo vicioso que debe interrumpirse cuanto antes. A diferencia de la capsulitis anterior de causa desconocida, ésta no desaparece sola, el tratamiento con movilización debe comenzar pronto y ser intenso y puede dejar como secuelas un déficit de movilidad.

1.7. TÉCNICAS DE FACILITACIÓN NEUROMUSCULAR PROPIOCEPTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Las técnicas de facilitación propioceptiva relacionada con los receptores sensoriales que dan la información concerniente al movimiento y a la posición corporal, Neuromuscular pertinente a los nervios y músculos y facilitación es hacer más fácil.

⁸ <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5 de marzo 2001

La facilitación neuromuscular propioceptiva es un concepto de tratamiento su filosofía fundamental es que todo los seres humanos ,incluyendo aquellos con discapacidades tienen un potencial real sin explorar de acuerdo a esta filosofía hay algunos principios básicos a la facilitación neuromuscular propioceptiva es un método integral cada tratamiento se dirige a la globalidad del ser humano no a un problema específico o segmento corporal , el enfoque de un tratamiento es siempre positivo reforzando y empleando lo que el paciente puede hacer a un nivel físico y psicológico la meta principal de todo tratamiento es ayudar a los pacientes a alcanzar su nivel de funcionalidad más alto .

Las técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva, son métodos que consisten en establecer demandas específicas con la finalidad de obtener la respuesta que se desea. Por definición; facilitación significa: Promover o acelerar cualquier proceso natural, o sea lo contrario a inhibir. Específicamente, es el efecto que produce en el tejido nervioso el paso de un impulso; la resistencia del nervio disminuye, de modo que una segunda aplicación del estímulo suscita, la reacción con mayor facilidad. Propioceptivo, significa “recibir estimulación dentro de los tejidos del cuerpo”. Neuromuscular (neuronal), es todo lo “pertinente a los nervios y músculos”. Por lo tanto, las técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva pueden definirse como métodos destinados a promover o acelerar la respuesta del mecanismo neuromuscular, por medio de la estimulación de los propioceptores Los patrones de movimiento para cada una de las principales partes del cuerpo humano (cabeza y cuello, escápula, miembros superiores e inferiores, tronco superior e inferior). Se divide en dos diagonales o patrones antagónicos entre sí. Los procedimientos básicos para la ejecución de estos patrones son:

1.7.1. CONTACTO MANUAL:

Significa la forma que usamos nuestras manos para facilitar el movimiento colocando en tal forma que la resistencia y estímulo sea el adecuado.

1.7.2. COMANDO VERBAL:

La comunicación con el paciente depende de los estímulos sensoriales cuando contactamos la piel del paciente, se modificarán según la edad del sujeto y según su capacidad para colaborar.

1.7.3. TRACCIÓN Y APROXIMACIÓN:

“Estas se emplean para estimular a los centros propioceptivos que inervan a las estructuras articulares mismas. Por lo tanto la separación de las superficies articulares (Tracción) y la compresión de las superficies articulares (Aproximación) son valiosos en la estimulación”.

1.7.4. RESISTENCIA MÁXIMA:

El movimiento que se ejecuta venciendo una resistencia de suficiente magnitud como para exigir un esfuerzo máximo, se gradúa según las habilidades y necesidad del paciente

1.7.5. SINCRONISMO NORMAL:

Es la secuencia de contracciones musculares que ocurre en toda la actividad motora, desde distal hacia proximal, lo que da como resultado un movimiento coordinado.

Estos pasan a formar parte del tratamiento de todos los pacientes, en la medida que su estado médico permita su aplicación. Más allá de los procedimientos básicos hay una serie de técnicas específicas que en su mayoría depende de la colaboración y esfuerzo voluntario del paciente; las cuales están agrupadas de la siguiente forma:

Dirigidas al Agonista; son utilizadas en los casos que los problemas principales son la debilidad y la incoordinación, como producto de la afección directa al Sistema Nervioso Central. Inversión de Antagonista; se relacionan con las respuestas normales y la buena ejecución indica que, la función es normal. La

característica que se utiliza el antagonista para facilitar al agonista. El objetivo de éstas técnicas es aumentar la fuerza.

1.7.6. RELAJACIÓN;

Son empleadas cuando se demanda o se posibilite la ampliación del recorrido de movimiento de un patrón por lo que se tendrá que obtener la relajación de su patrón antagonista. Sustituyendo al estiramiento pasivo. El objetivo es ampliar arcos articulares. Tomando en cuenta la afección del síndrome, han sido seleccionadas las siguientes técnicas:

Inversión de Antagonista

1.7.7. ESTABILIZACIÓN RÍTMICA

Que consiste en contracciones isométricas simultáneas de los antagonistas, que se utilizará en aquellos pacientes que presenten dolor intenso, ya que es difícil realizar un movimiento activo, cuando haya una remisión de éste se empleará las técnicas de relajación.

1.7.8. CONTRACCIÓN Y RELAJACIÓN

En los pacientes que presentan considerable limitación del recorrido del movimiento y que no disponen de ningún movimiento activo en el patrón agonista, se obtiene cierta relajación del patrón antagonista y ante el empleo de la contracción y relajación. Ésta técnica comprende un movimiento pasivo del patrón agonista, hasta el punto donde hay limitación de movimiento de aquí se inicia contra resistencia máxima, el patrón antagonista dando énfasis en los componentes rotatorios.⁹

⁹ www.use.fisioba.files.wordpress

Este método se puede definir como métodos destinados a promover o acelerar la respuesta neuromuscular por medio de la estimulación propioceptiva. Se definen de las siguientes palabras facilitación que significa promover o acelerar cualquier proceso natural, propioceptiva que es recibir estimulación dentro de los tejidos del cuerpo y neuromuscular que tienen que ver con nervios y músculos.

CAPÍTULO II

PROPUESTA

2. PROPUESTA

2.1. TITULO DE LA PROPUESTA

Aplicar técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas en lesiones de miembro superior (hombro doloroso) en personas con insuficiencia renal crónica terminal.

2.2. LUGAR Y FECHA

MANADIALISIS S.A.

De diciembre 2012 a junio del 2013

2.3. DURACION DEL PROYECTO

Periodo de 6 meses

2.4. BENEFICIARIOS DIRECTOS

Personas con insuficiencia renal crónica terminal

2.5. BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Personal de la institución, familiares, equipo de apoyo medico

2.6. FACILITADORES

La ejecución de la terapia ocupacional fue apoyada por la directora de MANADIALISIS S.A y por el responsable del área.

2.7. INTRODUCCION

Los pacientes con enfermedades renales crónicas presentan alteraciones de la condición física con pobre tolerancia al ejercicio debido al compromiso sistémico lo cual se va a reflejar en la limitación funcional y por ende es posible una discapacidad en este caso nos referimos al hombro doloroso o común

conocido como Hombro congelado, el cual le va a causar un grado de limitación articular.

Lo que les va provocar dolor al realizar sus actividades de la vida diaria y durante su tratamiento debido a las posiciones adoptadas en el tiempo de la hemodiálisis.

2.8. OBJETIVO

Mediantes las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva se logra máximo nivel de funcionalidad y satisfacción en el desempeño de sus actividades de la vida diaria fomentando su integración laboral.

2.9. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

Es por eso que plantea la implementación de técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas ya que tienen el fin de ayudar a las personas a alcanzar el máximo funcionamiento en los aspectos de la vida diaria, de esta manera el terapeuta ocupacional será capaz de ayudar a estas personas a establecer prioridades y a utilizar todas sus habilidades para mejorar el rendimiento de todas las actividades cotidianas y mejorar su calidad de vida.

El dolor de hombro constituye una de los síntomas más comunes que afecta al aparato locomotor, aunque las molestias iniciales pueden ser tan leves que no se les conceda mayor importancia hasta que el déficit funcional y ocupacional se acrecienta a tal medida que incapacita a las personas a realizar sus actividades de la vida diaria por lo que; la atención médica y el tratamiento adecuado de terapia ocupacional es de mucha importancia para, la reducción de síntomas y prevención de complicaciones.

Se procederá con la evaluación de las habilidades funcionales y de las limitaciones de cada uno de los pacientes, la terapia ocupacional realza las habilidades necesarias para que las técnicas de facilitación neuromuscular

propioceptiva sean formuladas e individualizadas de acuerdo a las necesidades de cada paciente y de acuerdo a sus roles en la vida, los esfuerzos pueden estar dirigidos a restaurar la función mediante ejercicios terapéuticos y actividades que son utilizados para aumentar, mantener o mejorar la capacidad funcional de las personas con discapacidad o bien adaptado a su entorno. También se asiste siempre en la prevención de limitaciones o en el desarrollo de las destrezas de la vida diaria. Estas se refieren a las actividades básicas de auto cuidado (alimentación, vestido, higiene, arreglo personal, movilidad funcional y comunicación), las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a la preparación de comidas, uso de teléfono, vestido, entre otras actividades que se refieren a la vida independiente.

2.10. AUTORA

María Anchundia Castro

2.11. IMPACTO DE LA PROPUESTA.

Por medio de la propuesta, se permitirá que se logre la independencia en el desempeño funcional de las A.V.D y a la vez mejorar la amplitud articular en los pacientes con hombro doloroso, que son sometidos a un plan de tratamiento de rehabilitación con la ayuda de las técnicas de (F.N P), facilitación neuromuscular propioceptiva lo cual ayudará a la recuperación funcional.

CAPITULO III

CUADROS

ESTADISTICOS

CAPITULO III

3.1. Análisis de la parte estadísticas de los cuadros

Análisis estadístico de los pacientes atendidos en MANADIALISIS s.a.

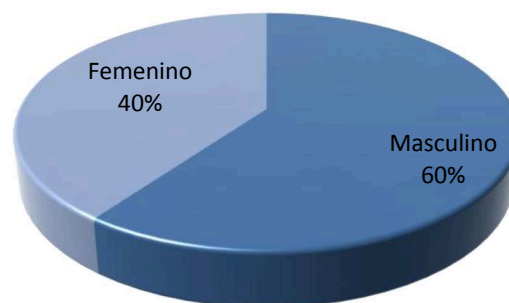
Por sexo

Cuadro # 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
MASCULINO	18	56
FEMENINO	12	44
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

Por Sexo



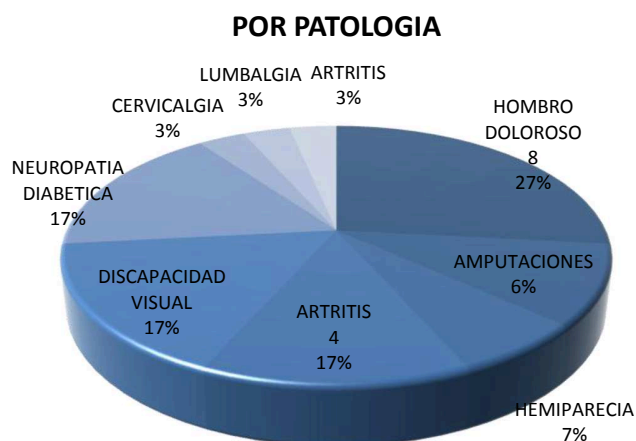
Los resultados que se obtuvieron indican que el 60% de los pacientes atendidos en Manadiálisis S.A. corresponde al sexo masculino mientras que el otro 44% corresponde al sexo femenino, siendo así el sexo masculino que prevalece.

**3.2. Análisis estadístico de los pacientes atendidos en
MANADIALISIS s.a.
POR PATOLOGIA**

Cuadro # 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
HOMBRO DOLOROSO	10	27%
AMPUTACIONES	3	6%
HEMIPARECIA	2	7%
ARTRITIS	4	17%
DISCAPACIDAD VISUAL	4	17%
NEUROPATIA DIABETICA	4	17%
CERVICALGIA	1	3%
LUMBALGIA	1	3%
ARTRITIS	1	3%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



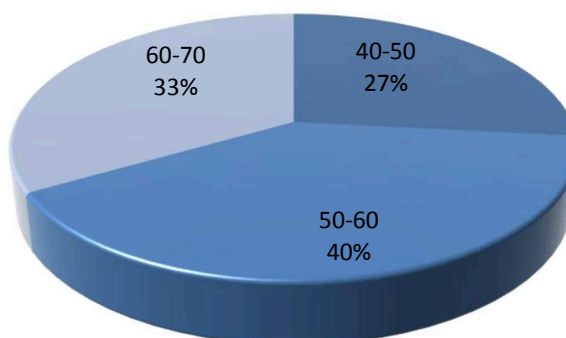
Los resultados que se obtuvieron indican que hombro doloroso es la patología que más se presenta en los pacientes atendidos en Manadiálisis S.A con el 27%, siguiéndole así la neuropatía diabética y la discapacidad intelectual cada una con el 17%, el 17% corresponde a la artritis, el 3% corresponde a la cervicalgia y lumbalgia.

**3.3. Análisis estadístico de los pacientes atendidos en
MANADIALISIS s.a.
POR LA EDAD
Cuadro # 3**

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
40-50	8	27%
50-60	12	40%
60-70	10	33%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

POR EDADES



Los resultados se demuestran indican que los pacientes atendidos en Manadiálisis el 40% comprenden las edades de 50 a 60 años, el 33% de 60 a 70 y el 27% de 40 a 50 años, siendo así la edad que prevalece es la de 50 a 60 años.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN

MANADIALISIS s.a.

Cuadro # 4

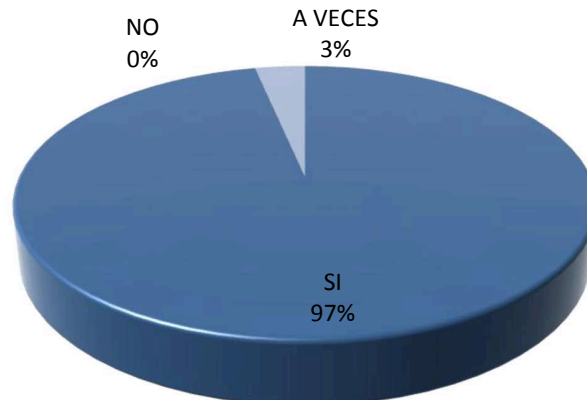
Pregunta #1

1. ¿PRESENTA USTED ALGÚN TIPO DE DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	29	97%
NO	0	0%
A VECES	1	3%
TOTAL		

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

PRESENTA USTED ALGÚN TIPO DE DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES?



Los resultados demuestran que los pacientes atendidos en Manadiálisis presentan algún tipo de dolor en los miembros superiores el 97% indica que si presentan dolor mientras que el 3% indicó que a veces lo presentan y el 0% indica que no presentan dolor.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN

MANADIALISIS s.a.

Cuadro # 5

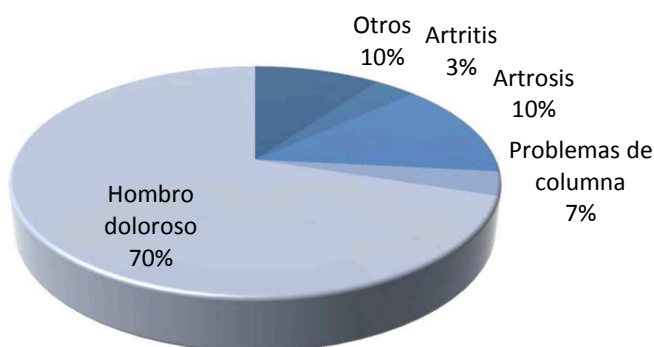
Pregunta # 2

¿CONOCE USTED LA CAUSA DE SU DOLOR?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Hombro doloroso	10	70%
Artritis	3	3%
Artrosis	5	10%
Problemas de columna	8	7%
Otras	4	10%
Total	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

¿CONOCE USTED LA CAUSA DE SU DOLOR?



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis conocen la causa del dolor que presentan. El 70% indica que es por hombro doloroso, el 10% por artrosis, el 10% por otras causas, el 10% por artritis, y el otro 7% por problemas de columna. Siendo así el 70% que prevalece a causa del hombro doloroso

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 6

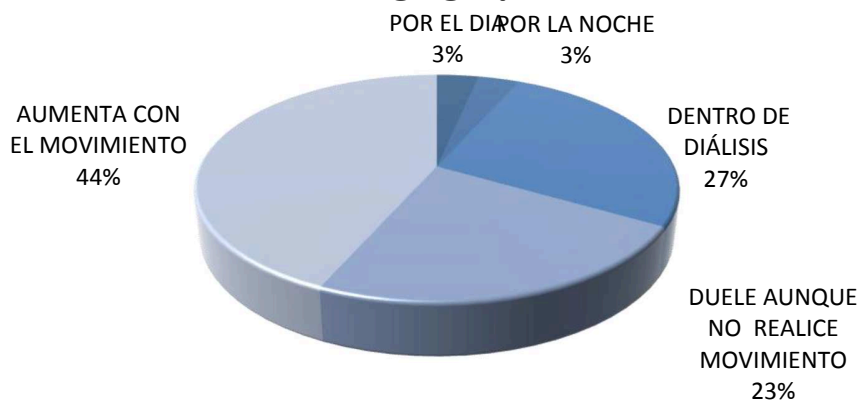
Pregunta # 3

¿CUANDO ES MÁS FRECUENTE EL DOLOR?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
POR EL DIA	1	3%
POR LA NOCHE	1	3%
DENTRO DE DIÁLISIS	8	27%
DUELE AUNQUE NO REALICE MOVIMIENTO	7	23%
AUMENTA CON EL MOVIMIENTO	13	44%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

**¿CUANDO ES MÁS FRECUENTE EL
DOLOR?**



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis manifiestan cuando es frecuente el dolor. El 44% indica que el dolor aumenta con el movimiento, el 27% indica que el dolor se presenta cuando están dentro de la diálisis, el 23% le duele aunque no realice movimiento alguno, el 3% por la noche, y el otro 3% por el día. Siendo así el 44% que prevalece y que corresponde al aumento del dolor por el movimiento.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

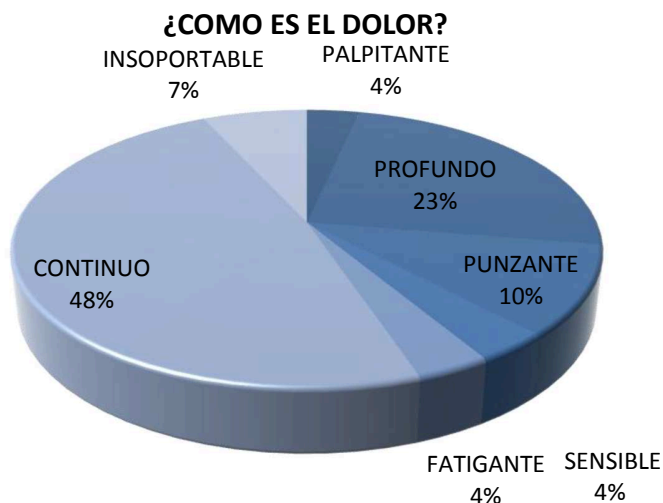
Cuadro # 7

Pregunta # 4

¿COMO ES EL DOLOR?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
PALPITANTE	1	4%
PROFUNDO	7	23%
PUNZANTE	3	10%
SENSIBLE	1	4%
QUEMANTE	0	0%
FATIGANTE	1	4%
CONTINUO	14	48%
INSOPORTABLE	2	7%
IRRITANTE	0	0%
Total	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis manifiestan como es el dolor. El 48% indica que presenta un dolor continuo, el 23% indica que el dolor es profundo, el 10% indica que es punzante, el 7% que es insoportable, y el otro 4% el dolor es palpitante, 4% el dolor es fatigante, 4% el dolor es sensible. Siendo así el 48% que prevalece y que corresponde al dolor continuo que indican que presentan los pacientes.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 8

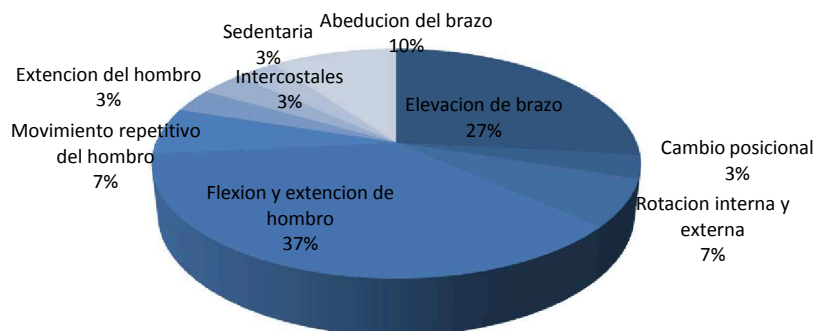
Pregunta # 5

¿CUAL ES EL MOVIMIENTO QUE SE LIMITA MAS?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
ELEVACION DE BRAZO	8	27%
CAMBIO POSICIONAL	1	3%
ROTACION INTERNA Y EXTERNA	2	7%
FLEXION Y EXTENCION DE HOMBRO	11	37%
MOVIMIENTO REPETITIVO DEL HOMBRO	2	7%
EXTENCION DEL HOMBRO	1	3%
INTERCOSTALES	1	3%
SEDENTARIA	1	3%
ABEDUCION DEL BRAZO	3	10%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

¿CUAL ES EL MOVIMIENTO QUE SE LIMITA MAS?



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis manifiestan cual es el movimiento que se les limita más. El 37% indica que el movimiento de flexión y extensión de hombro, el 27% indica que la elevación del brazo, el 10% indica que es la abducción de brazo, el 7% que es por los movimientos repetitivos del hombro, el 3% en la extensión del hombro, el 3% por sedentaria, 3% por intercostales, y el otro 3% por cambio posicionales. Siendo así el 37% el que prevalece, correspondiente al movimiento de flexión y extensión.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 9

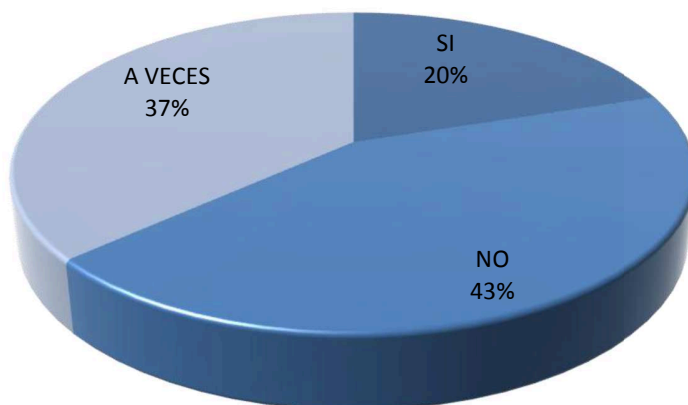
Pregunta #6

¿TIENE USTED PERDIDA DE SENSIBILIDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	6	20%
NO	13	43%
A VECES	11	37%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

¿TIENE USTED PERDIDA DE SENSIBILIDAD?



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis manifiestan que presentan pérdida de sensibilidad. El 37% indica que a veces presenta pérdida de sensibilidad, el 43% indica que no la presentan, y el 20% que si la presentan. Siendo así el 43% que prevalece y que indica que no presentan pérdida de sensibilidad.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 10

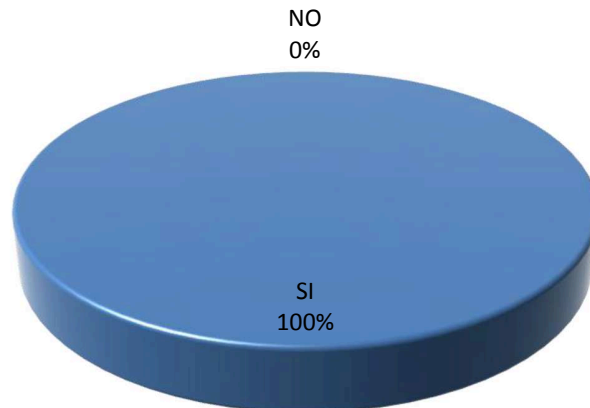
Pregunta # 7

¿CON EL EJERCICIO MEJORA USTED SU ACTIVIDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	30	100%
NO	0	0%
TOTAL	30	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA

¿CON EL EJERCICIO MEJORA USTED SU ACTIVIDAD?



Los resultados demuestran que los pacientes de Manadiálisis manifiestan que con el ejercicio mejora la actividad. El 100% indica que si mejora la actividad física y el 0% indico que no. Siendo así el 100% de los pacientes que indican que gracias a los ejercicios mejora la actividad física

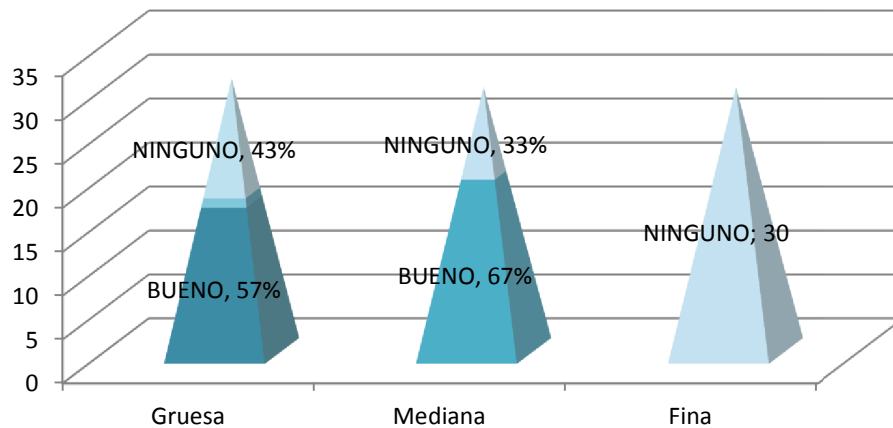
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MANADIALISIS s.a.

Cuadro # 11

PREHENSION

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA				TOTAL	%				
	BUENO	REGULR	DETERIORADO	NINGUNO		BUENO	REGULAR	DETERIORADO	NINGUNO	TOTAL
GRUESA	17			13	30	57%			43%	100%
MEDIANA		20		10	30		67%		33%	100%
FINA				30	30				100%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de prehensión que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la prehensión gruesa el 57% de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es bueno mientras que el 43% no la presentan. En lo que es prehensión mediana el 67% es regular y el 33 % no la presenta y por último la prehensión fina el 100 % no la presenta.

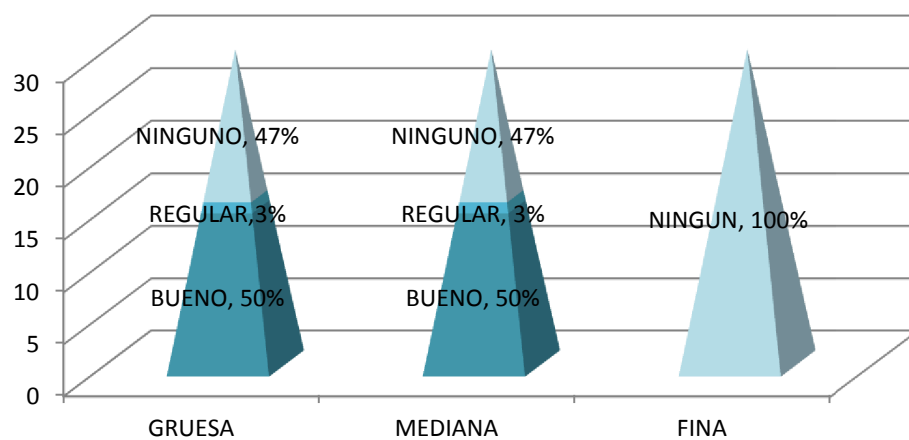
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 12

COORDINACION

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total %
GRUESA	15	1		14	30	50%	3%		47%	100%
MEDIANA	15	1		14	30	50%	3%		47%	100%
FINA				30	30				100%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de coordinación que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la coordinación gruesa el 50% de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es bueno, mientras que el 47% no la presentan y el 3% es regular. En lo que es prehensión mediana el 50% es bueno mientras que el 47% no la presentan y el 3% es regular, la prehensión fina el 100 % no la presenta.

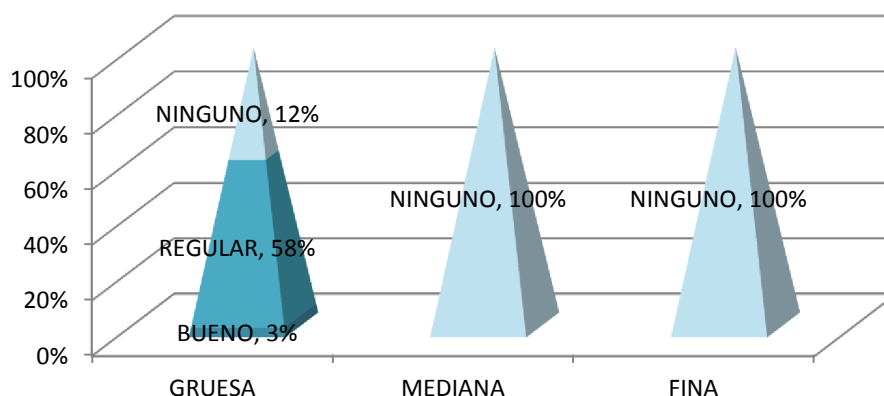
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 13

COORDINACION BIMANUAL

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total %
GRUESA	1	18		12	30	3%	58%		12%	100%
MEDIANA				30	30				100%	100%
FINA				30	30				100%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de coordinación Bimanual que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la coordinación gruesa el 58% de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es regular, mientras que el 12% no presenta una coordinación Bimanual. En lo que es coordinación Bimanual mediana el 100% ninguno lo presentan y en la coordinación fina el 100% no la presentan.

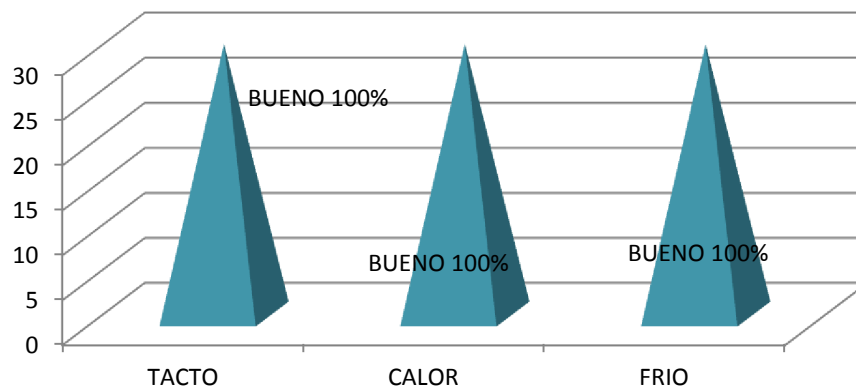
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 14

SENSIBILIDAD SUPERIOR

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Tacto	30				30	100%				100%
Calor	30				30	100%				100%
Frio	30				30	100%				100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la sensibilidad superior que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Tanto la sensibilidad del tacto, calor y frio presenta el 100% indicando que su sensibilidad es buena

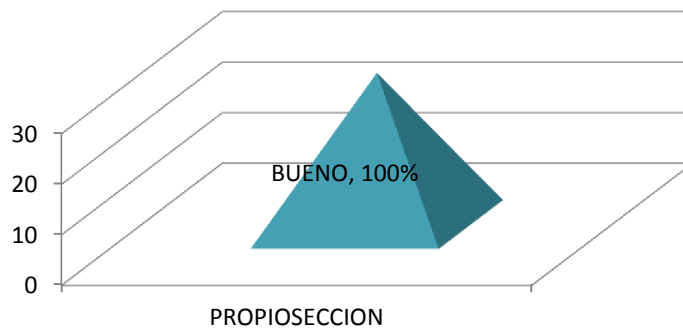
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 15

SENCIBILIDAD PROFUNDAD

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Propioseccion	30				30	100%				100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la sensibilidad profunda que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis es buena alcanzando así el 100%.

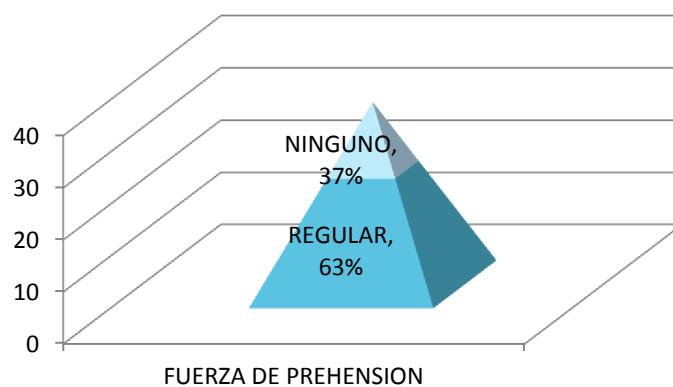
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 16

Fuerza de prehension

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Fuerza de prehension		22		13	30		63%		37%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la fuerza de prehension que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. El 63% es regular y el 37% no la presentan.

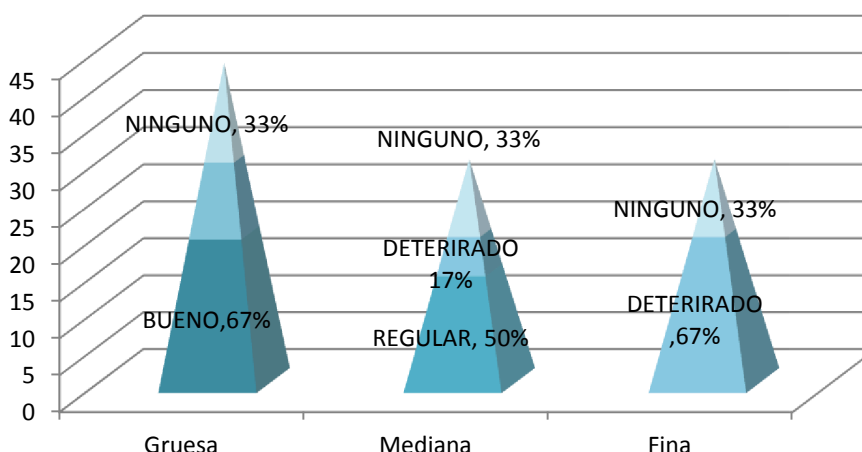
3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN MANADIALISIS s.a.

Cuadro #17

PREHENSION

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA				TOTAL	%				
	BUENO	REGULR	DETERIORADO	NINGUNO		BUENO	REGULAR	DETERIORADO	NINGUNO	TOTAL
GRUESA	20			10	30	67%			33%	100%
MEDIANA		15	5	10	30		50%	17%	33%	100%
FINA			20	10	30			67%	33%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de prehensión que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la prehensión gruesa el 67% de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es bueno mientras que el 33% no la presentan. En lo que es prehensión mediana el 50% es regular y el 17% es deteriorado y por último la prehensión fina el 67% es deteriorado el 33% no la presenta.

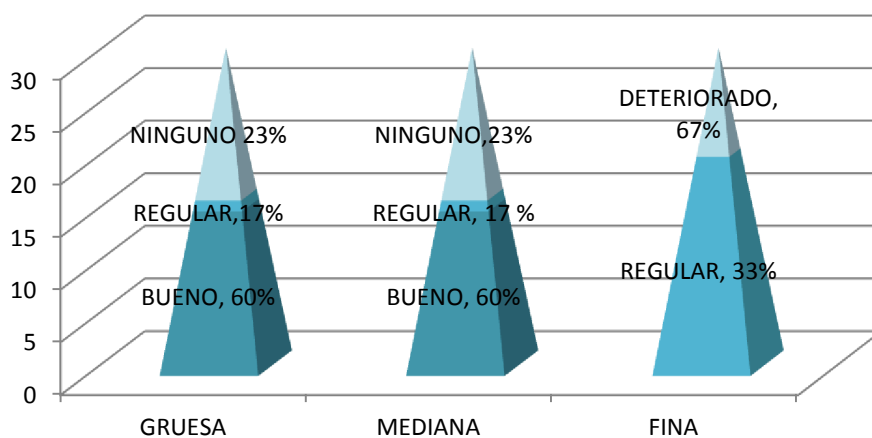
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 18

COORDINACION

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total %
GRUESA	18	5		7	30	60%	17%		23%	100%
MEDIANA	18	5		7	30	60%	17%		23%	100%
FINA		20		10	30			67%	33%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de coordinación que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la coordinación gruesa el 60 % de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es bueno, mientras que el 23% no la presentan y el 17% es regular. En lo que es prehensión mediana 60 % es bueno, mientras que el 23% no la presentan y el 17% es regular, la prehensión fina el 67 % es deteriorada y el 33% es regular

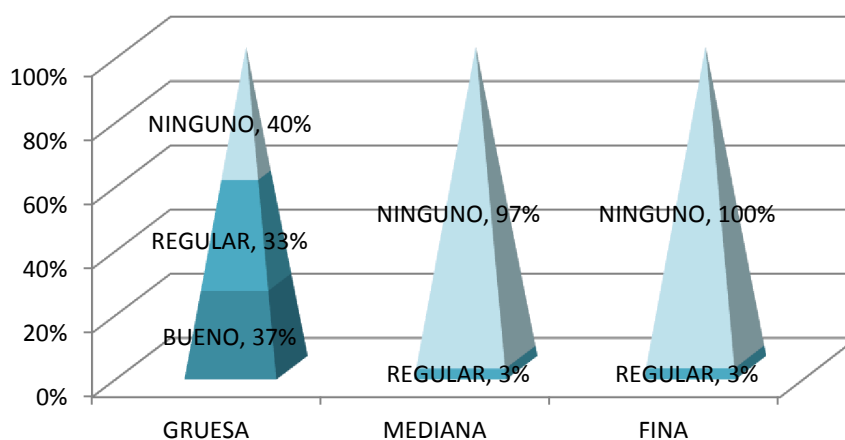
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 19

COORDINACION BIMANUAL

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total %
GRUESA	8	10		12		27%	33%		40%	100%
MEDIANA		1		29			3%		97%	100%
FINA		1		29			3%		97%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia el tipo de coordinación Bimanual que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Con lo que respecta a la coordinación gruesa el 27% de los pacientes que asisten al área de Terapia Ocupacional es bueno mientras que el 40 % no presenta una coordinación Bimanual y el 33% es regular. En lo que es coordinación Bimanual mediana el 3% es regular y el 97% no la presentan y en la coordinación fina el 3% es regular y el 97% no la presentan.

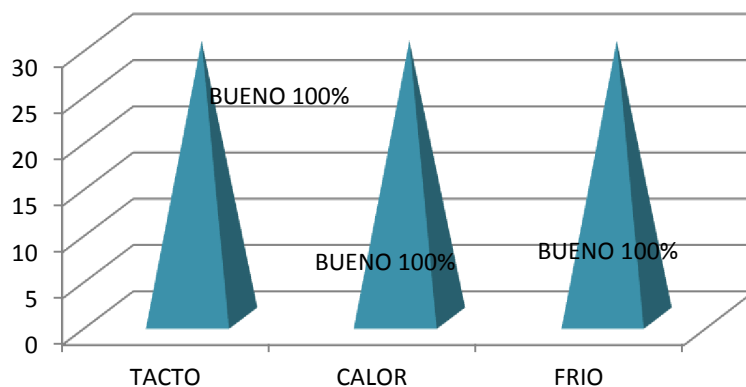
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 20

SENSIBILIDAD SUPERIOR

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Tacto	30				30	100%				100%
Calor	30				30	100%				100%
Frio	30				30	100%				100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la sensibilidad superior que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. Tanto la sensibilidad del tacto, calor y frío presenta el 100% indicando que su sensibilidad es buena

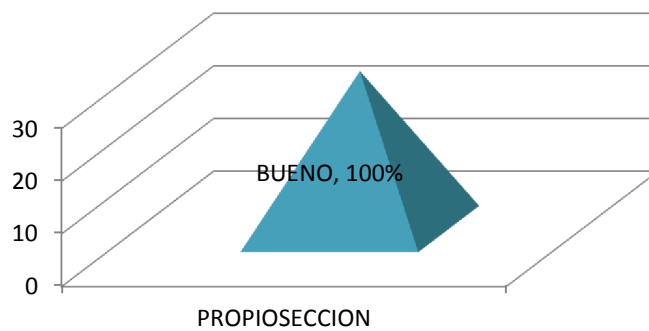
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 21

SENSIBILIDAD PROFUNDAD

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Propioseccion	30				30	100%				100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la sensibilidad profunda que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis es buena alcanzando así el 100%.

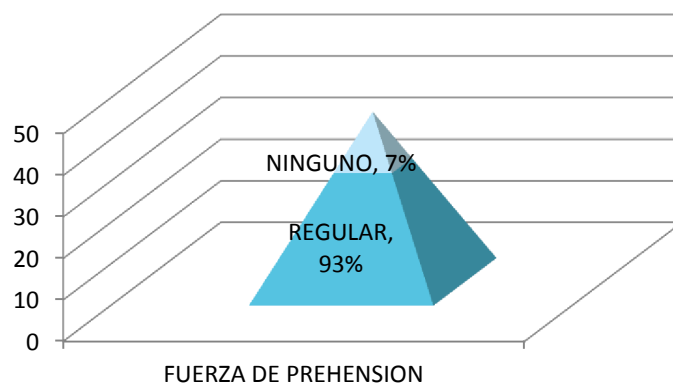
**ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA EVALUACION FINAL REALIZADAS A LOS
PACIENTES ATENDIDOS EN
MANADIALISIS s.a.**

Cuadro # 22

Fuerza de prehension

Alternativas	Frecuencia					%				
	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total	Bueno	Regular	Deteriorado	Ninguno	Total
Fuerza de prehension		28		2	30		93%		7%	100%

AUTORA: MARIA ANCHUNDIA



En este cuadro se evidencia que la fuerza de prehension que tienen los pacientes que asisten a Manadiálisis. El 93% es bueno y el 7% no la presentan.

3.7 CONCLUSIONES

Una vez concluido este trabajo de investigación se deducen las siguientes conclusiones.

- En su mayoría de las personas que asisten al área de rehabilitación presentan síndrome de hombro doloroso en la unidad renal de Mana diálisis de la ciudad de Manta.
- Las principales patologías presentadas en las personas con insuficiencia renal hubo un porcentaje de 30 personas con síndrome de hombro doloroso aplicando un tratamiento de técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva para así lograr una máxima independencia y amplitud articular en las personas que acuden a Terapia Ocupacional.
- La Terapia Ocupacional aplicada en personas con insuficiencia renal crónica es importante porque le permite mejorar su estado físico y calidad de vida a dichos pacientes.
- La Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (F.N.P.) dependiendo de la creatividad y conocimiento por parte del terapeuta ocupacional para su combinación o aplicación dentro de otras técnicas brinda potencialmente un recurso de suma importancia para el desarrollo de nuevos tratamientos.
- Las actividades terapéuticas con guía manual, verbal, visual, y táctil brindarán mayor posibilidad de corrección y mejora de la ejecución, control y fuerza del movimiento.
- Los patrones de movimientos funcionales que nos brinda la facilitación neuromuscular propioceptiva son aplicables totalmente a las actividades de vida diaria.

3.8. RECOMENDACIONES

La investigación realizada en la Unidad Renal MANADIALISIS de la ciudad de Manta presento un alto índice en patología de hombro doloroso, por lo cual se recomienda:

- Acudir con más frecuencia al área de Terapia Ocupacional para mantener un amplio rango de movilidad articular en miembro superior.
- Instruir a las personas a que continúen con el tratamiento de Terapia Ocupacional para disminuir la limitación articular.
- Que los pacientes que presentan dolor en miembro superior se mantengan realizando sus actividades de autocuidado y desempeño funcional.
- Mantener dentro del plan de tratamiento los patrones de facilitación neuromuscular propioceptiva en lesiones de M M S S.
- Ejecutar los patrones de desplazamiento articular en un rango de movilidad propioceptiva

3.9. BIBLIOGRAFIA

1. WILLARD Y SPACKMAN. "Terapia Ocupacional". Editorial Médica Panamericana. 11 Edición. Madrid 2005.
2. KIELHOFNER/ Terapia Ocupacional Modelo de Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3 Edición. GARY KIELHOFNER, DRPH, OTR, FAOTA.
3. Terapia Ocupacional Aplicada al Daño Cerebral Adquirido: POLONIO ROMERO.
4. P.M. DAVIES Pasos a seguir tratamiento integrado de Pacientes con Hemiplejía 2 Edición Revisada.
5. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales Cognición en el Desempeño Ocupacional. Editorial Médica , 3 Edición GRIEVE. GNANASEKA
6. Monografía Ser Semiología de las Enfermedades Reumáticas Sociedad Española de Reumatología . Director : JORDY CARBONELL ABELLO.
7. WILLARD Y SPACKMAN/ Terapia Ocupacional HELEN L. HOPKINS/ HELEN D . SMITH. ". Editorial Médica Panamericana Octava Edición.
8. Vademecum de Kinesioterapia y de Reeduación Funcional Editorial El ateneo 4ta Edición revisada y actualizada YVES XHARDEZ .
9. Síndrome Doloroso Incapacidad y Dolor de Tejido Blandos, DR . RENE CAILLIET 2da Edición MANUEL MODERNO.
10. Terapia Ocupacional y Disfunción Física , Principios , Técnicas y Prácticas .
11. Editado por: ANNIE TURNER MARG FOSTER SYBIL E . JHNSON Prologo Sheelagh RICHARDS . 5ta Edición .

12. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva en la Practica Guía Ilustrada Panamericana 2da Edición .Libro
13. WILLARD Y SPACKMAN. "Terapia Ocupacional". Editorial Médica Panamericana. Décima Edición. Madrid 2005
14. Publicado por terapéuticas ocupacionales .Bea,Andrea ,Patri,Vero y Ana el martes 10 de Enero del 2012
15. <http://www.saludalia.com/Intervenciones-quirurgicas/hombro-doloroso-causas-manifestaciones> publicado lunes 5 de marzo 2001
16. [www.terapia-ocupacional.com. /noticias to-Navarra.willar/spackman1998](http://www.terapia-ocupacional.com/noticias-to-Navarra-willar/spackman1998)
17. terapianeurologica.bligoo.es/Facilitacion-neuromuscular-propioceptiva
18. [www.use.fisioba.files.wordpress](http://www.use.fisioba.files.wordpress.com)
19. [http/insuficiencia renal to blogspo](http://insuficiencia renal to blogspo)
20. [www.use.fisioba.files.wordpress](http://www.use.fisioba.files.wordpress.com)
21. www.slideshare.net/sandy
22. ocupaterapia@gmail.com

ANEXOS

**EVALUACION APLICADA A LOS A PERSONAS ATENDIDAS EN
MANADIALISIS MANTA**

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

SEXO:

DIAGNOSTICO:

	BUENO	REGULAR	DETERIORADO	NINGUNO
PREHENSION:				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
COORDINACION:				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
COORDINACION BIMANUAL				
▪ GRUESA				
▪ MEDIANA				
▪ FINA				
SENSIBILIDAD SUPERIOR				
▪ TACTO				
▪ CALOR				
▪ FRIO				
SENSIBILIDAD PROFUNDA				



PROPIOSECCION¹⁰

UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ

FACULTAD DE ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD
TERAPIA OCUPACIONAL
ENCUENTA A PERSONAS ATENDIDAS EN MANADIALISIS MANTA

1. PRESENTA USTED ALGÚN TIPO DE DOLOR EN MIEMBROS SUPERIORES?

SI NO A VECES

2. CONOCE USTED LA CAUSA DE SU DOLOR?

HOMBRO DOLOROSO ARTRITIS ARTROSIS

PROBLEMA DE COLUMNA OTRAS-----

3. CUANDO ES MÁS FRECUENTE EL DOLOR?

POR EL DIA AUMENTA CON EL MOVIMIENTO

POR LA NOCHE DUELE AUNQUE NO REALICE MOVIMIENTO

DENTRO DE DIÁLISIS

4. COMO ES EL DOLOR?

PALPITANTE PUNZANTE QUEMANTE CONTINUO

PROFUNDO SENSIBLE FATIGANTE INSOPORTABLE IRRITANTE

5. CUAL ES EL MOVIMIENTO QUE SE LIMITA MAS?

6. CON EL EJERCICIO MEJORA USTED SU ACTIVIDAD?

7. TIENE USTED PERDIDA DE SENSIBILIDAD?

¹⁰ EVALUACION REALIZADA POR ALUMNA DE TO.

SI

NO

A VECES

Ejercicios de fortalecimiento de miembros superiores



