



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE FISIOTERAPIA

ANÁLISIS DE CASO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
FISIOTERAPIA.

TEMA:
TÉCNICAS PROPIOCEPTIVAS EN UN PACIENTE CON LESIÓN
MENISCAL.

AUTOR (A):
DAYANA FAVIOLA MERO OSTAIZA.

TUTOR:
DR. LUIS SIMON CEDEÑO.

MANTA- MANABI- ECUADOR.

2016-2017

APROBACIÓN DE LA TUTOR

En calidad de Tutor del trabajo de titulación sobre el tema “**TÉCNICAS PROPIOCEPTIVAS EN UN PACIENTE CON LESIÓN MENISCAL**”. Presentado por la estudiante **MERO OSTAIZA DAYANA FAVIOLA**, de licenciatura en Ciencias de la Salud, Mención Fisioterapia de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí”, considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Superior designe.

Manta, Marzo 2017

TUTOR:

.....

Dr. Luis Simón Cedeño Mg.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“TÉCNICAS PROPIOCEPTIVAS EN UN PACIENTE CON LESIÓN MENISCAL”**. De **MERO OSTAIZA DAYANA FAVIOLA**, para la Licenciatura en Fisioterapia.

Manta, Marzo 2017

.....

LCDO. SANTOS BRAVO LOOR Mg.

.....

CALIFICACIÓN

.....

DR. YURI MEDRANO PLANA.

.....

CALIFICACIÓN

.....

DR. YOVANI PEREZ SUAREZ Mg.

.....

CALIFICACIÓN

.....

SECRETARIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”

AUTORÍA

Yo, **MERO OSTAIZA DAYANA FAVIOLA** portadora de la cédula de identidad N° 131655200-7, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“TÉCNICAS PROPIOCEPTIVAS EN UN PACIENTE CON LESIÓN MENISCAL”** que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADA EN FISIOTERAPIA** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica

Manta, Marzo 2017

AUTORA:

.....
MERO OSTAIZA DAYANA FAVIOLA
CI: 131655200-7

DEDICATORIA.

Con cariño dedico

El presente análisis de caso se lo dedico a mi familia quienes han sido mi apoyo fundamental en el proceso de formación profesional, brindándome su confianza, consejos, oportunidad y los recursos para lograrlo.

A mis compañeros y amigos con los que compartimos todos estos años de formación juntos, en el valioso aprendizaje de esta noble profesión en la que nos comprometemos en rehabilitar al paciente que lo necesita.

A los pacientes que me brindaron la oportunidad de aplicar mis conocimientos contribuyendo en su recuperación.

Mero Ostaiza Dayana Faviola.

AGRADECIMIENTO.

A Dios Todopoderoso por brindarme la salud lo cual me ha permitido poder cumplir mis objetivos y no decaer en el intento de terminar mis estudios superiores.

A mis padres por ser el pilar fundamental de mi vida, quienes con su amor incondicional, dedicación y esfuerzo han contribuido en mi formación académica, guiándome y apoyándome en cada momento que lo necesite, con sus ejemplos de perseverancia y constancia diaria que han aportado para que pueda realizarme como profesional de principios éticos y morales.

A la Licenciada Aura Demera mi Tía, porque gracias a ella supe lo que era la fisioterapia y encaminarme hacia esta bella profesión, ella siempre sabe brindarme su apoyo incondicional su ayuda en cada momento que lo necesito.

Agradezco a la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí** Alma Mater por haberme acogido durante estos cinco años en el proceso de mi formación académica.

A mis maestros que gracias a su experiencia en la docencia han podido nutrirme con sus conocimientos en las aulas de clases, para poder aplicarlos en mi vida profesional.

Hago Extensivo mi agradecimiento a los Licenciados de los centros de prácticas hospitalarias, por la paciencia, dedicación y conocimientos que nos brindan para poner en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas de clases.

Deseo agradecer al Dr. Luis Simón Cedeño quien brindándome su tiempo, dedicación y capacidad de guiar con ideas ha sido de gran aporte para la realización de mi análisis de caso.

A los usuarios que en cada centro de práctica confiaron en mis conocimientos y me permitieron aplicar todas las técnicas y tratamientos aprendidos.

Mero Ostaiza Dayana Faviola.

RESUMEN.

El menisco es un fibrocartilago, que tiene como funciones la amortiguación, estabilización de la articulación y soporte.

Una lesión de uno o de los dos meniscos que se encuentran en la rodilla, pueden ser de origen traumático o degenerativo dependiendo de la edad del paciente. En caso de que la lesión del menisco sea de origen traumático hay mayor incidencia en hombres entre las edades de 21 a 30 años dependiendo de las actividades que realicen produciéndose principalmente en pacientes que realicen deportes, en caso de que la lesión sea de origen degenerativo su incidencia está dada en pacientes con la edad comprendida entre 40 y 70 años.

El menisco que tiende mayormente a lesionarse es el menisco interno o medial debido a su ubicación.

Posterior a la lesión se va a presentar dolor punzante, inflamación de la articulación, incapacidad parcial de la marcha, la mayoría de veces se da por un choque directo en la articulación o rotaciones forzadas.

La utilización de las técnicas de propiocepción en esta lesión ayuda notablemente a la mejora del dolor y la disminución de la inflamación, recupera la movilidad de la articulación en menor tiempo, es de mucha utilidad porque el paciente lesionado lograra restablecerse a sus actividades de manera más rápida.

PALABRAS CLAVES: Técnicas Propioceptivas, Ruptura de Meniscos.

ABSTRACT

The meniscus is a fibrocartilage, which has as functions the cushioning, stabilization of the joint and support.

An injury to one or both of the meniscus found in the knee may be of traumatic or degenerative origin depending on the age of the patient. If the meniscus injury is of traumatic origin, there is a greater incidence in men between the ages of 21 and 30 depending on the activities they perform, mainly in patients who perform sports, in case the lesion is of degenerative origin Incidence is given in patients between the ages of 40 and 70 years.

The meniscus that tends most to be injured is the internal meniscus or medial because of its location.

After the injury there will be stabbing pain, inflammation of the joint, partial incapacitation of the gait, most of the time it is due to a direct collision in the joint or forced rotations.

The use of the techniques of proprioception in this lesion greatly helps to improve pain and decrease inflammation, recovers mobility of the joint in a shorter time, is very useful because the injured patient will be able to reestablish his activities more Fast.

KEY WORDS: Propioceptive Techniques, Meniscus Rupture.

INDICE

APROBACIÓN DE LA TUTOR	i
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INDICE	ix
1.JUSTIFICACIÓN	1
2. INFORME DEL CASO	4
2.1. DEFINICIÓN DEL CASO	4
2.1.1. Presentación de caso	4
2.1.2 Ámbitos De Estudio.....	5
2.1.3 Actores Implicados	5
2.1.4 Identificación Del Problema.	5
2.2 METODOLOGIA	6
2.2.1 Lista de preguntas	6
2.2.2 Fuentes De Información.....	7
2.2.3 Técnicas De Recolección De Información.	7
2.2.4 Instrumento.	7
2.3 DIAGNOSTICO INVESTIGATIVO	9
3.PROPOSTA DE INTERVENCION	11
3.1 Denominación de la propuesta	11
3.2 Objetivos de la propuesta	11
3.2.1. Objetivo General.....	11
3.2.2. Objetivos Específicos.	11
3.3 Fundamentos de la propuesta	11
3.4 Planteamiento De La Propuesta:	12
3.4.1 Actividades Y Tareas:.....	12
3.4.2. Evaluación de resultados e Impactos	13
3.5 Evaluación De Resultados E Impacto	14

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
ANEXOS.....	17

1. JUSTIFICACIÓN

La Propiocepción Hace referencia a la capacidad del cuerpo de detectar el movimiento y posición de las articulaciones. Es importante en los movimientos comunes que realizamos diariamente y, especialmente, en los movimientos deportivos que requieren una coordinación especial. (TARANTINO, 2004)¹

La propiocepción es muy utilizada, la aplicación de estas técnicas hacen posibles que las lesiones tengan un descenso, es decir que no se produzcan lesiones muy seguidas, por lo cual ayuda a las prevenciones de las mismas. Estas se pueden realizar por medio de pelotas, bandas, plataformas inestables entre otras. La propiocepción puede tener una función protectora en las lesiones agudas de la rodilla mediante la protección muscular refleja, esta tiene como finalidad la ayuda a la coordinación neuromuscular la cual va a producir seguridad del sistema musculoesquelético a la hora de realizar actividades físicas.

El Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey realizó un estudio sobre las lesiones meniscales, en este estudio de observación predominó más las lesiones de meniscos de tipo degenerativo, la edad promedio en la que las lesiones traumáticas se produjeron fue entre los 32 años y las tipo degenerativas entre los 54 años de edad.

El estudio refiere que las lesiones meniscales que son más frecuentes en la población joven son de origen traumático debido al mecanismo en el que se producen, como al realizar actividad física, el mecanismo de lesión se produce por una torsión en la extremidad, aunque estas lesiones de menisco se ven asociadas a otras lesiones como la de los ligamentos de la articulación de la rodilla.

Este artículo también indica que estas lesiones de menisco de tipo traumáticas son más frecuentes en pacientes de sexo masculino debido a las actividades que realizan, y el menisco más afectado es el menisco medial o interno debido a que este menisco tiende a ser menos móvil lo cual produce que quede atrapado entre el fémur y la tibia.

Las lesiones meniscales de tipo degenerativo se producen con mayor frecuencia en los pacientes de sexo femenino, ya que los bordes de los meniscos tienden a estar irregulares. En cuanto al comportamiento de los pacientes lesionados se demostró que fue diferente en cada uno debido al mecanismo en el que se produjo la lesión, el tipo de lesión que presentaron, pero se demostró que el menisco más afectado es el menisco interno o medial, frecuente en pacientes de sexo masculino y la lesión de origen traumática, mientras que la lesión de origen degenerativo es más frecuente en pacientes de sexo femenino afectando ambos meniscos.

En el país no se registran estudios de observación en pacientes con lesiones meniscales pero en la universidad de Cuenca se realizó un estudio sobre la frecuencia con la que la resonancia magnética ayuda a diagnosticar las afecciones que se presentan en la articulación de la rodilla, este estudio realizado concuerda con el estudio realizado anteriormente en el hospital universitario Manuel Ascunce, diciendo que el menisco mayormente afectado es el menisco medial o interno debido a la presión que hay entre el fémur y la tibia provocado por la torsión de la extremidad produciendo que el menisco se rompa o fisure.

Los meniscos son dos almohadillas de consistencia gomosa, que se sitúan entre el cartílago del hueso del fémur y el de la tibia. El menisco situado hacia fuera de la rodilla denominado menisco externo y el contrario menisco interno o medial. Desde el punto de vista epidemiológico se debe tener en cuenta cuales son los tipos de lesiones de meniscos y cual menisco se ve mayormente afectado. En la mayoría de los artículos en los que se ha buscado información, la mayoría de ellos dice que el menisco que más se lesiona es el menisco interno debido a la falta de movilidad a diferencia del menisco externo que es más móvil.

Los mecanismos en los que suelen lesionarse los meniscos son:

- De tipo Rotacional debido a la manera brusca en la que la articulación de la rodilla gira mientras el pie se encuentra en estado fijo.
- Hiperextensión e hiperflexión
- En posiciones bruscas en varo y valgo.

De esta forma los meniscos tienden a lesionarse aunque el principal es por la rotación de manera brusca.

Tipos de desgarros de meniscos.

Entre los desgarros de los meniscos se presentan los siguientes.

- Vertical
- Oblicuos
- Radicales (transverso)
- Degenerativos
- Horizontales
- Menisco Discoide

Los desgarros más frecuentes según Metcalf son los de tipo oblicuo. Metcalf. 1996

Longitudinal: Se sitúa en el sentido de las fibras longitudinales del menisco, pudiendo ser completa o incompleta.

Horizontal: trata de un despegamiento horizontal menisco.

Radial: trata de una fisura perpendicular va desde el borde libre hacia la periferia. Metcalf. 1996

El presente estudio de caso se justifica tomando en cuenta uno de los problemas médicos comunes en nuestro medio como las lesiones de los meniscos, que afectan al paciente y a su familia y es una de las mayores causas de incapacidad laboral. Por tal motivo se debe empezar con el análisis, evaluación y aplicación de la propiocepción, a través de ejercicios terapéuticos que se enfocan en mejorar a las personas que padezcan

este tipo de lesión, permitiendo readaptarlas y orientarlas de forma correcta a sus actividades académicas, laborales, deportivas o sociales.

2. INFORME DEL CASO

2.1. DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1. Presentación de caso

El paciente sujeto del presente análisis de caso pertenece al género femenino, con 44 años de edad. El lugar de residencia habitual es el sector Caranqui de la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura. Es la mayor de 3 hermanos. Asesora en ventas, su estado civil divorciada, no tiene hijos, sin antecedentes personales de lesiones anteriores. En los antecedentes familiares su mama sufre de hipertención.

La paciente refiere que sufrió un traumatismo a nivel de la rodilla, lo cual le produjo la limitación de la articulación, luego de una caída al bajar de un medio de transporte, se dirigió a su domicilio debido a que pensó que no era nada grave, al observar que su rodilla estaba edematizada, no calmada el dolor. Acude a consulta previa con un Doctor en medicina general debido a un dolor punzante en la rodilla derecha debido a una caída, el cual la deriva al médico traumatólogo que mediante la observación, evaluación y la realización de una resonancia magnética descubre que la paciente tiene una lesión a nivel de los meniscos se le sugirió a la paciente la realización de un tratamiento quirúrgico por medio de una artroscopia y por ende la realización de rehabilitación después de esta. La paciente luego de haberse tratado quirúrgicamente llega a consulta en fisioterapia, para realizar el tratamiento postoperatorio, ella llegó utilizando muletas debido a que la inmovilización no le permitía tener una marcha normal, presento la rodilla edematizada, con pocos grados de flexión en comparación con el lado sano.

2.1.2 Ámbitos De Estudio

El presente análisis de caso se realizó en la ciudad de Ibarra, en el centro de Rehabilitación CRIE IBARRA, la intervención quirúrgica que se realizó la paciente fue en la Clínica Pasteur de la ciudad de Quito, esta unidad está dotada de la tecnología necesaria para ofrecer servicio seguro a sus pacientes.

2.1.3 Actores Implicados

Uno de los principales actores implicados tenemos a la paciente sujeto de estudio diagnosticada con ruptura de menisco quien aportó con información importante sobre su lesión y la manera en la que se produjo.

El traumatólogo quien dio con el diagnóstico específico de la paciente quien la derivó a fisioterapia.

Al fisioterapeuta a cargo del caso de la paciente del centro CRIE Ibarra y los pasantes quien con la evaluación requerida y los exámenes complementarios se llegó a el diagnóstico ya descrito por el médico.

2.1.4 Identificación Del Problema.

El paciente sujeto del presente análisis de caso después de haber sufrido un accidente tras una caída de un transporte público acudió a una revisión con el médico traumatólogo debido al dolor que presentaba, la falta de movilidad, el médico tras las valoraciones llegó a el diagnóstico de una lesión en el menisco.

La paciente al llegar al área de fisioterapia derivada tras haber sido sometida quirúrgicamente, llegó al centro de rehabilitación CRIE Ibarra, usando muletas debido a la inmovilización prolongada a la que se encontraba tras la cirugía, presentaba atrofia del cuádriceps también debido a la inmovilización prolongada, en cuanto a sus grados de movilidad articular no completaban totalmente lo normal, se observaba poca contractibilidad del músculo cuádriceps, había presencia de edema en la articulación, dolor punzante.

Al principio se le trato la lesión mediante la aplicación de agentes físicos, los que ayudaron a disminuir la inflamación y el dolor, la aplicación de electroterapia y magnetoterapia ayudaron también en la recuperación del paciente como medios acompañantes del tratamiento principal.

Después de haber logrado eliminar la inflamación de la articulación, se comenzaron con los ejercicios para ayudar a recuperar la masa y fuerza de los músculos cercanos, al realizar estos ejercicios la paciente refería un poco de dolor debido a la falta de movilidad que producía después de la intervención quirúrgica.

A la siguiente semana se empezó a notar que la paciente empezaba a tener mayor movilidad articular, y un mejor equilibrio en la marcha, ya que con los ejercicios los cuales le producían la inestabilidad ayudaron a una mejora de la postura.

A la quinta semana a la paciente se le volvió a realizar una valoración de la masa muscular, notándose una mejora favorable ya que la masa muscular había aumentado casi completando su mayoría en comparación a la extremidad sana, así mismo se valoró el rango de movimiento notándose que sus grados de movilidad ya eran normales.

2.2 METODOLOGIA.

La presente tiene un estudio el cual está basado en la investigación en documentales, artículos de fisioterapia, artículos médicos aportando información anatómica de los meniscos.

La investigación es de tipo explorativo debido a que se trataba ha de estar en contacto con el problema actual, es decir estar en contacto con un paciente con la lesión a tratar.

2.2.1 Lista de preguntas

En esta investigación se plantean las siguientes interrogantes:

¿En qué consisten las técnicas de propiocepción? ¿Cuáles son las principales técnicas de propiocepción utilizadas en el tratamiento de lesión de menisco? ¿Cómo contribuyen técnicas de propiocepción en la mejora de la lesión de meniscos? ¿Cuál es

la principal respuesta que brinda la aplicación de las técnicas de propiocepción en el paciente con lesión de meniscos?

2.2.2 Fuentes De Información

La información obtenida para el presente análisis de caso se obtuvo directamente por parte de la paciente, la historia clínica detallada, también se obtuvo información por parte del fisioterapeuta a cargo y fuente bibliográfica relacionada con el tema.

También la historia clínica del centro de rehabilitación Crie de la ciudad de Ibarra que apporto información sobre sus problemas de salud.

Libro de ortopedia y medicina deportiva.

Artículos sobre la propiocepción.

Blogs sobre las propiocepción y lesiones de meniscos.

Revistas.

2.2.3 Técnicas De Recolección De Información.

Las técnicas utilizadas para la recolección de información y su elaboración fueron técnicas investigativas como la observación, entrevista directa con el paciente lo cual apporto información de importancia, la exploración física del paciente, pruebas diagnósticas y complementarias del paciente para determinar el compromiso con la zona a tratar.

2.2.4 Instrumento.

Se le realizo la valoración muscular respectiva después del tratamiento quirúrgico, en el cual la extremidad lesionada tubo las medidas de 40 cm de vientre muscular y gemelos y soleo 27cm pierna derecha, a diferencia de la extremidad sana que presentaba las medidas de 53 cm vientre muscular y 37 cm gemelos y soleos pierna izquierda.

Se realizó una valoración al paciente por medio de maniobras de exploración de la rodilla, como es la maniobra de McMurray y apley.

La **maniobra McMurray**, objetivo la evaluación de los meniscos. Se le realizo con el paciente en decúbito supino, para realizar esta maniobra se flexiona la rodilla del paciente y el fisioterapeuta o evaluador coloca su mano palpando la interlínea articular, y la otra mano fija la articulación de tobillo el cual va a provocar los movimientos de rotaciones interna y externa, y a continuación se extiende la rodilla con rotación medial y luego en rotación lateral. Si existe una lesión del menisco medial se notará un chasquido y dolor al extender en rotación lateral y varo, y si existe una lesión del menisco lateral el chasquido y el dolor se presentarán al extender en rotación medial y valgo. Fig. 1-2

La **maniobra de Apley**, el objetivo de esta maniobra es evaluar los meniscos. Se realiza con el paciente en decúbito prono se flexiona la rodilla a 90 grados y una flexión dorsal de tobillo, las manos del fisioterapeuta o evaluador se colocan a nivel del tobillo en donde se realiza una compresión y rotación externa de la rodilla para evaluar el menisco interno, y una rotación interna y compresión para evaluar el menisco externo. Fig.3-4

La **Maniobra de Derrame Articular** Con esta prueba lo que tratamos es averiguar si hay líquido intraarticular. El deportista se colocará en decúbito supino, con las rodillas extendidas y la musculatura relajada. El fisioterapeuta sitúa la primera comisura sobre el muslo, a unos 5 cm del borde superior de la rótula. La otra mano queda libre. Ejecución: se realiza una presión en sentido caudal y medial desde los fondos de saco suprarotulianos y la cara externa de la rodilla. Con las yemas de los dedos de la mano que quedo libre se deprime la rótula contra el surco intercondíleo. Es positiva si observamos o tenemos una sensación de rebote y, en ocasiones, del desplazamiento del líquido hacia los espacios libres. Este rebote se le conoce como chapoteo rotuliano.

2.3 DIAGNOSTICO INVESTIGATIVO.

Se han realizado estudios sobre la propiocepción no específicamente en la lesión presentada es este estudio de caso, hay varias investigaciones en las que los actores implicados aseguran que la propiocepción es de mucha ayuda en las lesiones de la articulación de la rodilla e incluso son de mucha ayuda para la prevención de futuras lesiones

Lesión de Meniscos

La Lesión Meniscal Son las lesiones más comunes en el complejo estructural de la rodilla. El elemento en cuestión, se divide en dos zonas: una vascularizada sita en la zona externa y, otra no vascularizada, en la zona interna. En caso de lesión, si afecta a la primera zona, cabe la posibilidad de cicatrización, la cual no es posible si se localiza en la segunda. (Fitzgerald, Kaufer,. Malkani 2004)

Propiocepción.

La Propiocepción hace que nos hace ser conscientes de cómo está una articulación, del grado de tensión que tenemos en ella, su posición...Estabiliza, coordina y da fuerza a una articulación. Fisioterapia, T. 2015

Las lesiones de los meniscos corresponden a las lesiones más frecuentes de la articulación de rodilla. Los factores que influyen principalmente en la producción de esta lesión son, las anomalías del eje de la articulación de rodilla, la inestabilidad articular principalmente por atrofas musculares del cuádriceps, o por anomalías congénitas. En cuanto a los síntomas de una lesión a nivel de los meniscos producirá dolor, inflamación incluso con hemartrosis y la limitación de los movimientos de la articulación. Estos síntomas pueden variar según el tipo de lesión que presente y también por las actividades que realiza. El menisco principalmente lesionado es el menisco medial o interno este es el más propenso a sufrir daño debido a la compresión que se provoca en la articulación con un mecanismo de torsión al momento de realizar alguna actividad física, mayormente se da cuando la extremidad se encuentra en semiflexión aquí se realiza la rotación provocando la lesión parcial o total del menisco, también se debe a que esta acción se da de forma

violenta o por realizar movimientos repetitivos con la articulación. Muchas veces cuando este se lesiona el paciente tiende a sentir un dolor punzante en la interlinea articular de la rodilla. Para evaluar si se encuentran afectados se les realiza las maniobras de valoración de rodilla en este caso las que ayuden a determinar si es un daño en la zona de los meniscos.

Valoración articular:

En el paciente participe del caso se evaluó el grado articular de los siguientes segmentos articulares:

Cadera del miembro inferior izquierdo: la categoría analizada en la valoración se obtienen los siguientes datos continuos: flexión 120°; extensión 10°; aducción 30°; abducción 45°; rotación interna 45°; rotación externa 45°.

Cadera del miembro inferior derecho : la categoría analizada en la valoración obtienen los siguientes datos continuos: flexión 120°; extensión 10°; aducción 30°; abducción 45°; rotación interna 45°; rotación externa 45°.

Rodilla del miembro inferior izquierdo: la información que se obtienen en esta categoría es: flexión 90°.

Rodilla del miembro inferior derecho: la información que se obtienen en esta categoría es: flexión 110°.

Tobillo del miembro inferior izquierdo: la valoración articular en esta categoría arroja los siguientes datos: flexión 40°; extensión 15°; inversión 35°; eversión 20°.

Tobillo del miembro inferior derecho: la valoración articular en esta categoría arroja los siguientes datos: flexión 40°; extensión 18°; inversión 35°; eversión 20°.

Test muscular funcional.

En la valoración muscular del miembro inferior izquierdo el paciente de este análisis de caso presenta grado 3 (movimiento en contra de la gravedad sin resistencia) en la escala de Daniel's.

En la valoración muscular del miembro inferior derecho el paciente de este análisis de caso presenta grado 4 (movimiento en contra de la gravedad con resistencia del 50%) en la escala de Daniel's.

PROPUESTA DE INTERVENCION

3.1 Denominación de la propuesta

Técnicas propioceptivas en un paciente con lesión meniscal.

3.2 Objetivos de la propuesta

3.2.1. Objetivo General

Mejorar la movilidad articular del paciente sujeto de estudio mediante la aplicación de técnicas de propiocepción.

3.2.2. Objetivos Específicos.

- Disminuir el dolor y la inflamación.
- Recuperar la movilidad.
- Aumentar la fuerza muscular.
- Ayudar en la marcha

3.3 Fundamentos de la propuesta.

“Existe evidencia de que el entrenamiento neuromuscular, no solo reduce los factores de riesgo biomecánicos potenciales para las lesiones articulares, sino que disminuye las lesiones de rodilla y del ligamento cruzado anterior, especialmente en las mujeres atletas.” (Hewett TE, Myer GD, Ford KR. 2005)

La estabilidad articular se puede entrenar a través del sistema propioceptivo mediante ejercicios específicos para responder con mayor eficacia, resultando en mejoras sobre la fuerza, coordinación, equilibrio, tiempo de reacción ante situaciones determinadas. E fisioterapia 2014

Mediante el tratamiento propioceptivo, se logra activar los reflejos básico que permiten ajustes tanto a nivel musculo e tendinoso y en los componente propios de la articulación, provocando un envío de información constante sobre la posición del cuerpo grado de alargamiento e acortamiento, tensión muscular, ángulo de movimiento, aceleración del cuerpo y equilibrio.

3.4 Planteamiento De La Propuesta:

3.4.1 Actividades Y Tareas:

Objetivos específicos	Actividad vinculada	Tareas a desarrollar
Disminuir el dolor y la inflamación.	Movilizaciones pasivas	Al producirse la movilidad articular de la extremidad lesionada se está ayudando a promover una mejor circulación y distribución de oxígeno en la sangre, este objetivo abarca los ejercicios pasivos.
Recuperar la movilidad.	Ejercicios pasivos asistidos	Aquí se está provocando a que la articulación lesionada comience a llegar un poco más allá del rango al que puede llegar debido al dolor, es decir se está ayudado a que la articulación gane el rango de movilidad normal, de forma progresiva.
Aumentar la fuerza muscular.	Ejercicios isométricos	Los ejercicios isométricos son importantes ya que con estos el paciente recuperara la fuerza y masa muscular en esta zona, estos permiten la contracción del musculo, haciendo que esta valla ganando masa.
Ayudar en la marcha	Ejercicios con pelotas, balancín	El paciente realizo ejercicios con ciertos

objetos que hacen que el usuario tenga un poco de inestabilidad, adquiriendo una postura adecuada para cada actividad a realizar.

3.4.2. Evaluación de resultados e Impactos

Test para evaluar el rango de movilidad articular.

POSICION		DESPLAZAMIENTO EN GRADO				
ANATOMIA ARTICULAR	MOVILIDAD	GRADOS	PACIENTE			
			PRE-VALORACION		POS-VALORACION	
			MII	MID	MII	MID
CADERA	FLEXIÓN	125°	120°	120°	120°	120°
	EXTENSIÓN	20°	20°	20°	20°	20°
	ADUCCIÓN	30°	30°	30°	30°	30°
	ABDUCCIÓN	45°	45°	45°	45°	45°
	ROTAC. INTERNA	45°	45°	45°	45°	45°
	ROTAC. EXTERNA	45°	45°	45°	45°	45°
RODILLA	FLEXIÓN	140°	90°	110°	120°	130°
	EXTENSIÓN	0°	0°	0°	0°	0°
TOBILLO	FLEXIÓN	45°	40°	45°	45°	45°
	EXTENSIÓN	20°	15°	20°	20°	20°
	INVERSIÓN	40°	35°	35°	35°	35°
	EVERSIÓN	20°	20°	20°	20°	20°

Fuente: datos alcanzados en el estudio.

Tabla II:

Escala de Daniel's para valorar la fuerza muscular.

ESCALA DE DANIEL'S PACIENTE	GRADO	
	PRE-VALORACIÓN	POS-VALORACIÓN

MII	Grado 2.- movimiento completo pero sin oposición ni gravedad	Grado 4.- Movimiento en contra la gravedad con resistencia del 50%
MID	Grado 4.- Movimiento en contra la gravedad con resistencia del 50%.	Grado 5.- Movimiento en contra la gravedad con resistencia del 100%

Fuente: datos alcanzados en el estudio.

3.5 Evaluación De Resultados E Impacto

Paciente acudió a consulta de fisioterapia referido por el traumatólogo después de haber sido intervenido quirúrgicamente, el paciente presentaba la articulación de la rodilla edematizada, no completaba los grados de amplitud de movimiento a diferencia de la articulación sana, el paciente no completaba el rango de flexión completa, ella llegaba a los 40 grados de flexión, el vientre del cuádriceps media 40 cm y los gemelos y el soleo tenían medidas de 27, en la última medición su músculo había ya recuperado la masa muscular llegando así a los 53 cm del muslo y 37 cm de los gemelos y el soleo completando la musculatura, completando su rango de flexión a 90 grados. Con la utilización de la propiocepción en la lesión se pudo observar la mejora de la paciente, recupero la estabilidad y movilidad de la articulación, adquiriendo la masa muscular que ya antes de la lesión tenía. El tiempo requerido de cada sección era de 55 minutos 3 veces a la semana. Además de las técnicas de propiocepción, a la paciente se le aplicaban otros tratamientos como 15 minutos de electroterapia, y 15 minutos de magneto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

TARANTINO, 2004

<http://www.efisioterapia.net/articulos/propiocepcion-introduccion-teorica>

Propiocepción **AUTOR: FRANCISCO TARANTINO RUIZ**

Dr. Alejandro Álvarez López; Dr. Carlos Ortega González; Dra. Yenima García Lorenzo

Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300006

Hewett TE¹, Myer GD, Ford KR. 2005)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15742602>

Dr. Alejandro Álvarez López; Dr. Carlos Ortega González; Dra. Yenima García Lorenzo

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300006

Collado Piñeda

http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1758/1/TFG%20COLLADO_PI%C3%91EDA_SONIA.pdf

Metcalf RW, Burks RT, Metcalf MS. Arthroscopic Meniscectomy. En: McGinty JB, editor. Operative Arthroscopy. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1996.

[https://books.google.com.ec/books?id=iZRtAwAAQBAJ&pg=PA1133-](https://books.google.com.ec/books?id=iZRtAwAAQBAJ&pg=PA1133-IA2&lpg=PA1133-IA2&dq=Metcalf+RW,+Burks+RT,+Metcalf+MS.+Arthroscopic+Meniscectomy.+En:+McGinty+JB,+editor.+Operative+Arthroscopy.+2+ed.+Philadelphia:+Lippincott+Raven;+1996.&source=bl&ots=2ItkhvNwa8&sig=hXQuXS8Sq0ocH1PP0AafH8RkX0k&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi90NHh38nRAhUBVSYKHSjWDNIQ6AEIJAB#v=onepage&q=Metcalf%20RW%2C%20Burks%20RT%2C%20Metcalf%20MS.%20Arthroscopic%20Meniscectomy.%20En%3A%20McGinty%20JB%2C%20editor.%20Operative%20Arthroscopy.%202%20ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Raven%3B%201996.&f=false)

[IA2&lpg=PA1133-](https://books.google.com.ec/books?id=iZRtAwAAQBAJ&pg=PA1133-IA2&lpg=PA1133-IA2&dq=Metcalf+RW,+Burks+RT,+Metcalf+MS.+Arthroscopic+Meniscectomy.+En:+McGinty+JB,+editor.+Operative+Arthroscopy.+2+ed.+Philadelphia:+Lippincott+Raven;+1996.&source=bl&ots=2ItkhvNwa8&sig=hXQuXS8Sq0ocH1PP0AafH8RkX0k&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi90NHh38nRAhUBVSYKHSjWDNIQ6AEIJAB#v=onepage&q=Metcalf%20RW%2C%20Burks%20RT%2C%20Metcalf%20MS.%20Arthroscopic%20Meniscectomy.%20En%3A%20McGinty%20JB%2C%20editor.%20Operative%20Arthroscopy.%202%20ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Raven%3B%201996.&f=false)

[IA2&dq=Metcalf+RW,+Burks+RT,+Metcalf+MS.+Arthroscopic+Meniscectomy.+En:+McGinty+JB,+editor.+Operative+Arthroscopy.+2+ed.+Philadelphia:+Lippincott+Raven;+1996.&source=bl&ots=2ItkhvNwa8&sig=hXQuXS8Sq0ocH1PP0AafH8RkX0k&hl=es-](https://books.google.com.ec/books?id=iZRtAwAAQBAJ&pg=PA1133-IA2&lpg=PA1133-IA2&dq=Metcalf+RW,+Burks+RT,+Metcalf+MS.+Arthroscopic+Meniscectomy.+En:+McGinty+JB,+editor.+Operative+Arthroscopy.+2+ed.+Philadelphia:+Lippincott+Raven;+1996.&source=bl&ots=2ItkhvNwa8&sig=hXQuXS8Sq0ocH1PP0AafH8RkX0k&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi90NHh38nRAhUBVSYKHSjWDNIQ6AEIJAB#v=onepage&q=Metcalf%20RW%2C%20Burks%20RT%2C%20Metcalf%20MS.%20Arthroscopic%20Meniscectomy.%20En%3A%20McGinty%20JB%2C%20editor.%20Operative%20Arthroscopy.%202%20ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Raven%3B%201996.&f=false)

[419&sa=X&ved=0ahUKEwi90NHh38nRAhUBVSYKHSjWDNIQ6AEIJAB#v=onepage&q=Metcalf%20RW%2C%20Burks%20RT%2C%20Metcalf%20MS.%20Arthroscopic%20Meniscectomy.%20En%3A%20McGinty%20JB%2C%20editor.%20Operative%20Arthroscopy.%202%20ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Raven%3B%201996.&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=iZRtAwAAQBAJ&pg=PA1133-IA2&lpg=PA1133-IA2&dq=Metcalf+RW,+Burks+RT,+Metcalf+MS.+Arthroscopic+Meniscectomy.+En:+McGinty+JB,+editor.+Operative+Arthroscopy.+2+ed.+Philadelphia:+Lippincott+Raven;+1996.&source=bl&ots=2ItkhvNwa8&sig=hXQuXS8Sq0ocH1PP0AafH8RkX0k&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi90NHh38nRAhUBVSYKHSjWDNIQ6AEIJAB#v=onepage&q=Metcalf%20RW%2C%20Burks%20RT%2C%20Metcalf%20MS.%20Arthroscopic%20Meniscectomy.%20En%3A%20McGinty%20JB%2C%20editor.%20Operative%20Arthroscopy.%202%20ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Raven%3B%201996.&f=false)

<http://www.efisioterapia.net/articulos/propiocepcion-y-trabajo-estabilidad-fisioterapia-y-deporte-principios-diseno-ejercicios>

Fisioterapia, T. (16 de noviembre de 2015). Ejercicios de propiocepcion para la lesiones de rodilla. Obtenido de Mas vida : <https://masvidamadrid.wordpress.com/2015/11/16/ejercicios-de-propiocepcion-para-lesiones-de-rodilla>

ANEXOS.

ANEXO #1
HISTORIA CLÍNICA

➤ **Datos Personales:**

Nombre del paciente: Jumandy Tamara Jara Landazuri

Sexo: Femenino

Edad: 44 años

Grupo Étnico: Mestizo

Teléfonos: 09889372277

Profesión: Asesora en ventas

Hábitos: Ninguno

Lugar de residencia: Ibarra

➤ **Motivo de consulta:**

Post Quirurgico de Rodilla por lesión de menisco

➤ **Anamnesis:**

Paciente refiere que presenta dolor punzante, edema en la articulación de la rodilla, dolor al ejecutar la marcha, falta de movilidad articular, debilidad de los músculos cercanos a la articulación.

➤ **Antecedentes Patológicos Personales:**

Ninguno

➤ **Antecedentes Patológicos Familiares:**

Diabetes

Hipertensión

➤ **Exploración física**

Palpación:

- Dolor constante de característica punzante y fuerte en rodilla, siendo más intenso.
- Edema.
- Rigidez
- Bloqueo Articular.

Examen físico:

- Piel edematizada en la parte anterior de la rodilla.
- Dolor y limitación al movimiento activo y pasivo flexo-extensión de rodilla.
- Falta de visualización de contracción muscular.

Examen Goniómetro:

- Flexión de rodilla:
Rodilla Izquierdo: 90° con presencia de dolor.
Rodilla Derecho: 160° sin presencia de dolor.
- Extensión de rodilla:
Rodilla Izquierdo: 160° con presencia de dolor.
Rodilla Derecho: 180° sin presencia de dolor.

➤ **Exámenes Complementarios:**

Radiografías y Resonancia Magnética.

➤ **Diagnóstico:**

Lesión de meniscos.

➤ **Tratamiento:**

- ✓ Ultrasonido.
- ✓ Magnetoterapia.
- ✓ Compresas Frías.
- ✓ Propiocepción de rodilla.

ANEXO #2



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE FISIOTERAPIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **JUMANDY TAMARA JARA LANDAZURI**

Autorizo a **MERO OSTAIZA DAYANA FAVIOLA**, estudiante de la carrera de Fisioterapia de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, la utilización de mis datos e imágenes de tratamiento como defensa y requerimiento del estudio de caso clínico para la obtención del título profesional, sin ningún tipo de cargo legal.

.....
Sra. Jumandy Tamara Jara Landazuri

MANIOBRA DE MCMURRAY



Fig. 1 mcmurray menisco externo



Fig. 2 McMurray Menisco interno

MANIOBRA DE APLEY



Fig 3 y 4 Valoración de meniscos maniobra de Apley

Fig. 5 y 6 Ejercicios Isométricos para Cuádriceps



Fig. 7 y 8 Propiocepción con Balancin





Fig. 9- 10 – 11 Ejercicios de Propiocepción de rodilla con pelota de bobat.

