



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

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

TEMA:
TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN CAPSULITIS ADHESIVA
DE HOMBRO.

AUTOR:
ANDRÉS DAVID DÁVILA DE SANTIS.

TUTOR:
LCDO. TYRON MOREIRA LÓPEZ MG.

MANTA – MANABÍ – ECUADOR
2016 - 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad del Tutor del Análisis de Caso sobre el tema: **“TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO”**, presentado por **DÁVILA DE SANTIS ANDRÉS DAVID**, de la Licenciatura en 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:

.....

LCDO. TYRON MOREIRA LÓPEZ MG.

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso, sobre el tema **“TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO”**, de **DÁVILA DE SANTIS ANDRÉS DAVID**, para la Licenciatura en Fisioterapia.

Manta, Marzo 2017

.....
LCDO. GILBERT YANEZ CHALCO. Mg.

.....
CALIFICACIÓN

.....
DR. LUÍS SIMÓN CEDEÑO. Mg.

.....
CALIFICACIÓN

.....
LCDA. FATIMA GARCIA REVELO. Mg.

.....
CALIFICACIÓN

.....
SECRETARIA

DECLARACION DE AUTORIA

Yo, **DÁVILA DE SANTIS ANDRÉS DAVID** portador de la cédula de identidad N° 131281627-3, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado **“TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN CAPSULITIS ADHESIVA DE HOMBRO”** que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **LICENCIADO 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

AUTOR:

.....
Dávila De Santis Andrés David

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, sobre todo por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre Marcia.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre José.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por su apoyo incondicional y por su amor.

A mis hermanas.

A mi hermana Silvia por ser el ejemplo de una hermana mayor de la cual he aprendido mucho sobre todo en momentos difíciles; a mi hermana Jessica por su ayuda y por cada risa en momentos de estrés por su alegría constante y apoyo incondicional y a mis demás familiares tíos, tías y primos que siempre están apoyándome y confiando en mí y a todos aquellos amigos que considero como mis hermanos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque me ha dado la sabiduría suficiente para vencer mis obstáculos para culminar mi carrera Universitaria, gracias porque hiciste realidad este sueño anhelado. De manera especial a mis padres y mis hermanas quienes me han apoyado incondicionalmente para poder llegar a esta instancia de mis estudios, por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, sin ellos jamás hubiera podido lograr mi meta, gracias por su sacrificio y paciencia, a mis familiares, compañeros y amigos quienes me motivaron y apoyaron durante mi vida estudiantil.

A mi prestigiosa universidad, sus autoridades y docentes, que con sus conocimientos y experiencias impartidas, han aportado en mi formación como profesional.

A mi tutor Lcdo. Tyron Moreira quien con sus conocimientos y dedicación supo guiar el desarrollo del presente estudio de caso.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

El término hombro congelado o capsulitis adhesiva (CA) es una retracción de la cápsula articular que describe una alteración caracterizada por dolor progresivo e insidioso y limitación de la movilidad activa y pasiva del hombro. Se estima una prevalencia del 2-5% en la población general, siendo el dolor de hombro hoy en día la tercera causa más frecuente de atención médica. El actual estudio de caso se encamina en puntualizar de manera teórica- práctica la importancia y beneficios del tratamiento fisioterapéutico del hombro congelado valorando esencialmente los objetivos a conseguir con el tratamiento basado en los ejercicios de codman siendo estos aplicados en la práctica habitual del fisioterapeuta como una estrategia primordial, debido a que se trata de una técnica de baja fatalidad y bajo precio, para tratar concretamente problemas u alteraciones osteomusculares del hombro, obteniendo resultados rápidos y alentadores. Permitiéndole así al afectado poder recuperar y mejorar de manera progresiva su capacidad funcional favoreciendo el pronto reintegro a las actividades cotidianas del paciente. El contenido del mismo está expuesto de una manera instructiva, y la misma cuenta con una bibliografía muy actualizada.

Palabras claves: Tratamiento, fisioterapia, hombro, paciente, ejercicios.

ABSTRACT

The term frozen shoulder or adhesive capsulitis (CA) is a retraction of the joint capsule that describes an alteration characterized by progressive and insidious pain and limitation of the active and passive mobility of the shoulder. A prevalence of 2-5% in the general population is estimated, with shoulder pain being the third most frequent cause of medical care today. The present case study aims to point out in a theoretical-practical way the importance and benefits of the frozen shoulder physiotherapy treatment, essentially evaluating the objectives to be achieved with the treatment based on the codman exercises being applied in the usual practice of the physiotherapist as a primordial strategy, because it is a technique of low fatality and low price, to specifically treat problems or osteomuscular alterations of the shoulder, obtaining fast and encouraging results. Thus allowing the affected to be able to recover and improve progressively their functional capacity favoring the early return to the daily activities of the patient. The content of the same is exposed in an instructive way, and it has a very updated bibliography.

Key words: Treatment, physiotherapy, shoulder, patient, exercises.

INDICE

Aprobación de la Tutora	I
Declaración de Autoría.....	II
Aprobación del Tribunal Examinador.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
1. Justificación.....	1
2. Informe Del Caso.....	8
2.1. Definición del Caso.....	8
2.1.1. Presentación de Caso.....	8
2.1.2. Ámbitos de estudio.....	9
2.1.3. Actores implicados.....	9
2.1.4. Identificación del Problema.....	10
3. Metodología.....	11
3.1. Lista de Preguntas.....	11
3.2. Fuentes de Información.....	11
3.3. Técnicas para la recolección de información.....	12
4. Diagnóstico Investigativo.....	14
5. Propuesta de Intervención	15
5.1. Denominación de la Propuesta.....	15
5.2. Objetivos de la Propuesta.....	15

5.2.1. Objetivo General.....	15
5.2.2. Objetivos Específicos.....	15
5.3. Fundamentación de la Propuesta.....	15
5.4. Caracterización de la Propuesta.....	17
5.5. Planteamiento de la Propuesta.....	17
5.5.1. Actividades y Tareas.....	17
5.5.2. Evaluación de resultados e Impactos.....	18
6. Referencias Bibliográficas	20
Anexos	

CAPITULO I

1. JUSTIFICACION

Las alteraciones del aparato locomotor son unas de las condiciones de mayor consulta médica en los diferentes niveles de atención en salud, y dentro de estas, la lesión de hombro ocupa un lugar importante, además de que provoca discapacidad funcional considerable para realizar las actividades de la vida diaria. Neviasser, en 1945, introduce el término hombro congelado o capsulitis adhesiva (CA) para describir la inflamación y fibrosis del tejido capsulo ligamentoso, Codman refiere que el término (CA) describe una alteración caracterizada por dolor y limitación de la movilidad activa y pasiva del hombro.

Clínicamente Reeves establece, desde un punto de vista experimental, 3 fases superpuestas: 1) Fase dolorosa. Se inicia paulatinamente y tiene una duración de 2 a 9 meses. El dolor interfiere el sueño, aumenta con el movimiento del brazo y el paciente empieza a notar limitación de la movilidad; 2) Fase rígida. Se estima que dura de 3 a 12 meses. El principal problema es la limitación de la movilidad; y 3) Fase de recuperación, con una duración de 5 a 10 meses. La duración media del proceso se estima entre 15 y 20 meses.

Para la capsulitis adhesiva se estima una prevalencia del 2-5% en la población general y hasta un 38% en pacientes con diabetes y enfermedad tiroidea. La diabetes constituye un factor de riesgo específico para desarrollar capsulitis adhesiva, tanto en mujeres como en hombres, con un curso clínico más largo, mientras que la enfermedad tiroidea es un factor de riesgo no específico solo en mujeres. En general afecta a personas entre 40 y 65 años con una incidencia mayor en mujeres y en el miembro superior no dominante. Su presencia aumenta el riesgo de desarrollar CA contralateral hasta un 34%. La recurrencia en el mismo hombro es rara y la afectación bilateral, simultáneamente, ocurre en el 14% de los casos. Dicha prevalencia aumenta con la edad, y sus causas pueden ser múltiples. El impacto personal, familiar y socioeconómico que ocasiona este tipo de lesión es muy alto, desde el punto de vista emocional el impacto inicial está dado por la dificultad para movilizar el brazo y la imposibilidad para realizar ciertas actividades cotidianas, lo cual se asocia con una

pérdida de la independencia y de la libertad. Existen un grupo de trastornos o enfermedades cardiovasculares y afecciones neurológicas las cuales pueden también contribuir a la aparición de la capsulitis adhesiva del hombro. Los pacientes con diabetes mellitus tienen un gran riesgo de sufrir esta afección en comparación con la población general.

Kelley en una publicación reciente coincide, en sus recomendaciones, con los ejercicios descritos en la mayoría de los estudios previos: ejercicios pendulares, autopasivos en elevación, rotación externa, con el brazo en 40° de abducción en el plano de la escápula, aducción horizontal y rotación interna. Se considera de gran importancia indagar sobre los tratamientos para esta patología ya que la fisioterapia tiene un importante papel en la recuperación de las alteraciones que presentan los pacientes diagnosticados de capsulitis adhesiva, ya que como se ha indicado anteriormente, diversos autores coinciden en que el ejercicio y la movilización del miembro afecto, son las técnicas más efectivas en la recuperación del mismo.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, es poco el estudio y profundidad que se le ha dado a la efectividad de estos ejercicios ya que su eficacia siempre se ve acompañada de alguna técnica extra la cual favorezca al paciente en su tratamiento, cabe resaltar que algunos estudios como ‘Efectividad de la crioterapia y ejercicios de Codman en la Bursitis aguda de hombro’ realizado por Bravo, T. y Cols, en el año 2005, demuestra la efectividad de los ejercicios de Codman cuando son utilizados en combinación con otras técnicas, pero no se profundiza en los resultados obtenidos luego de la intervención, fisiológicamente se conoce que los ejercicios de Codman son una técnica que utiliza la fuerza de gravedad para distraer el húmero de la fosa glenoidea y ayuda a su vez a disminuir el dolor. Por medio de una tracción suave y movimientos oscilantes, proporcionando el movimiento de las estructuras articulares y el líquido sinovial; es importante saber que no se utiliza peso en la intervención de primera fase, con el fin de evitar una exacerbación del dolor o mayores daños periarticulares. Dentro de los efectos de esta modalidad terapéutica se encuentran los resultados sobre el tejido muscular, que provocan modificaciones de longitud permitiendo mantener a la vez las características mecánicas y la función neuromuscular.

Favejee en su RS encuentran evidencia fuerte, a corto plazo, para la eficacia del láser más ejercicio pendular. Hay pocos datos que apoyen el uso de otras modalidades pasivas.

La movilización pasiva de una articulación pone en estado de acortamiento al grupo muscular que sería origen de este movimiento e impone un estiramiento de los músculos que serían los antagonistas. Esta movilización alternada de acortamiento-alargamiento impuesta al aparato muscular permite mantener los diferentes planos de deslizamiento que ponen en contacto los huesos, los músculos, las aponeurosis, los taquibes intermusculares y las bursas, junto con las propiedades pasivas musculares como la elasticidad y extensibilidad.

Griggs valora, en 75 pacientes con CA en fase 2, la eficacia de un programa de ejercicios autopasivos, ayudados con la mano contralateral o un palo, en flexión, rotación externa, aducción horizontal y rotación interna precedidos de ejercicios pendulares. El estiramiento se mantenía en el punto de dolor tolerable, haciendo una repetición de cada ejercicio hasta 5 veces al día. A los pacientes se les enseñaba su realización y mantenían el programa en casa. La duración media del seguimiento fue de 12 meses. El 90% de los pacientes presentaron mejoría del dolor, aumento de la movilidad en todos los planos y mejoría funcional. Un 10% no estaba satisfecho con los resultados y en un 7% se realizó manipulación y/o liberación artroscópica. Los pacientes con dolor más intenso y mayor limitación al inicio del tratamiento tuvieron peores resultados. Las movilizaciones pasivas articulares permiten mantener y afinar estas propiedades por la acción de las diversas estructuras como la piel, los músculos, y los elementos osteoarticulares.

Kivimaki publica un ECA en 2007 en el que comparaban la manipulación bajo anestesia con un programa de ejercicios domiciliarios. En el seguimiento (a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses) no había diferencias entre los 2 grupos. Los autores concluyen que la manipulación bajo anestesia no añadía beneficio a un programa de ejercicios domiciliarios (pendulares y estiramientos). No especifican dirección del estiramiento, frecuencia, número de repeticiones ni indicaciones sobre la intensidad.

Un estudio titulado “La terapia de manipulación para el dolor de espalda, hombros y otros trastornos: expansión de una revisión sistemática” realizado por Brantingham JW. Y Cols. En el año 2011 demuestran que hay un nivel razonable de evidencia, en que la

terapia manual manipulativa mejora el dolor del hombro, la disfunción y los diferentes trastornos que este puede ocasionar, logrando así una mejoría progresiva. Para una correcta ejecución de un tratamiento se debe tener conocimiento sobre las técnicas que se utilizan sobre el paciente en este caso sabemos que los ejercicios pendulares de codman son una técnica o conjunto de ejercicios que se apoyan en el movimiento del miembro para producir una respuesta favorable progresiva tal como lo describimos a lo largo de este estudio de caso, adicional al conocimiento de la técnica también debemos tener en cuenta el conocer a la persona, paciente, amigo o familiar con la que se va a trabajar, su historia personal, sus características, para así adaptar en cada momento las pautas de realización y la progresión correcta de los ejercicios de acuerdo al bosquejo del tratamiento. Este modelo de tratamiento posee como objetivo principal aportar en la mejora de la salud y el estilo de vida de las personas como lo establece el objetivo 3 del Buen Vivir, Plan Nacional 2013-2017, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Gobierno Nacional de la República del Ecuador (2013) en el que refiere “La Salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida” Concretamente su importancia radica en que los ejercicios de Codman son utilizados en la práctica diaria del fisioterapeuta como estrategia principal, dado que se trata de una técnica dirigida, de bajo riesgo y bajo costo, para tratar problemas osteomusculares del hombro, y futuras alteraciones totales del miembro superior. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de muerte en todo el mundo y es la principal razón de enfermedades como el cáncer, la diabetes y la facilidad para desarrollar lesiones musculoesqueléticas. En contraposición al desarrollo de una actividad física moderada y frecuente, tenemos al Sedentarismo siendo un bajo o nulo indicio de movimiento en las actividades cotidianas y que hoy en día en la sociedad es una de las principales causantes de una gran cantidad de afecciones y enfermedades que vuelven a las estructuras del cuerpo humano más susceptible a sufrir cualquier tipo de lesión. Es por ello que las personas que llevan una vida sedentaria además de que tienen una mayor tendencia hacia el desánimo, tienen una frecuente sensación de malestar y suelen tener una baja respuesta y alto cansancio, sintiéndose frecuentemente fatigados y con baja resistencia a las distintas actividades. Mantener la actividad física de manera regular puede generar cambios muy positivos para nuestra vida. Personas de todas las edades, tamaño, complejión y habilidades

pueden beneficiarse y así poder evitar un sinnúmero de enfermedades desarrolladas por la inactividad física; Además es importante porque conforme envejecemos el metabolismo se hace más lento, así que para mantener un balance de energía necesitamos movernos más y alimentarnos inteligentemente, permitiendo así que las personas puedan desenvolverse de manera más óptima en el medio que lo rodea.

La Organización Mundial de la Salud (2011) define que “La medicina de rehabilitación trata de mejorar el funcionamiento mediante el diagnóstico y tratamiento de las condiciones de salud, reducir las deficiencias y prevenir o tratar las complicaciones”

La Rehabilitación es el conjunto de procedimientos de tipo global y continuo de duración limitada con objetivos claramente definidos y dirigidos a ayudar a las personas con discapacidades, limitaciones o alteraciones físicas diferentes a mejorar sus habilidades funcionales y a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico y social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y barreras u obstáculos medio ambientales, permitiéndoles así poder desenvolverse en las actividades cotidianas de forma más independiente y segura tanto dentro como fuera de casa y en cercanías a la sociedad, mejorando así su calidad de vida.

A través de la rehabilitación se propone una estrategia de intervención con fines altruistas y con el objetivo más importante y significativo el cual es ayudar sin esperar algo más a cambio que obviamente la mejoría de nuestros pacientes, logrando que estos se sientan bien consigo mismos y con su entorno, gracias a que la rehabilitación nos permite involucrar a los familiares de los pacientes dentro de los tratamientos que realizamos ya que muchas veces la ayuda parte principalmente por el lado de la familia.

La Confederación Mundial de la Fisioterapia (W.C.P.T.) (2016) define que “ La terapia física se ocupa de identificar y maximizar la calidad de vida y el potencial de movimiento dentro de los ambitos de promocion, prevencion, tratamiento/ intervencion, habilitacion y rehabilitacion.

La fisioterapia es una profesión del área de las ciencias de la salud basada en la evidencia y con bases científicas. Sus tratamientos se desarrollan por medio del ejercicio terapéutico y distintas técnicas o maniobras que utilizan la ayuda del frío, el calor, el agua, la luz (propriadamente conocidos como agentes físicos) el masaje o incluso la electroestimulacion. Todo por supuesto, después de un diagnóstico que no siempre es

mediante los exámenes complementarios tales como radiografías o resonancias, también utiliza mucho la exploración visual y manipulaciones, sin omitir la valoración que todo profesional dentro de este campo realiza a sus pacientes con un sinnúmero de pruebas para estimar y determinar el grado actual en el que se encuentra la patología, estas pruebas determinan con exactitud las capacidades funcionales y la amplitud del movimiento de las articulaciones. Esta profesión es muy importante porque permite una recuperación integral abarcando no sólo la parte física, sino también el área psicológica y social en los pacientes; logrando así un proceso más efectivo y mejorando la calidad de vida de cada uno de ellos.

Según la Confederación Mundial por la Fisioterapia (W.C.P.T), la Fisioterapia es el "Arte y Ciencia del tratamiento físico, es decir, el conjunto de técnicas que mediante la aplicación de agentes físicos curan, previenen, recuperan y readaptan a los pacientes susceptibles de recibir tratamiento físico". Sin embargo, hay que destacar que el instrumento por excelencia del Fisioterapeuta son sus manos y el método científico aplicado tanto en las labores de valoración, como en la elección y ejecución de la técnica más adecuada, y en las progresivas evaluaciones que determinarán la evolución y el éxito del tratamiento, la fisioterapia se aplica para reactivar zonas del cuerpo que hayan sufrido lesiones y que por estas lesiones hayan sufrido inmovilizaciones y sean necesarias ciertas técnicas para recuperar la movilidad de esta. La intensidad de la fisioterapia depende de cada patología. Se ejercitan las zonas a recuperar, siempre en la medida de las capacidades del paciente. Pero la fisioterapia no trata sólo a personas con alguna discapacidad física, también ayuda a los sanos a prevenir muchas enfermedades degenerativas.

Como nos indica Ruiz y colaboradores, una gran parte de la población adulta padece dolor de hombro en algún momento de su vida. De naturaleza multifactorial como habíamos dicho, se reconocen patologías de tipo neoplásico, sistémico y traumático, aunque la principal causa de dolor de hombro es la patología inflamatoria o degenerativa del manguito rotador, que puede ser responsable de hasta un 65% de los casos de hombro doloroso del adulto. El hombro doloroso es catalogado como patología de tipo ocupacional, y los factores de riesgo más asociados son: postura mantenida de hombro, movimiento repetitivo, fuerza, exposición a vibración y factores psicosociales

En el Ecuador, y en países cuya población cumple características demográficas similares, el síndrome de Hombro Doloroso corresponde a la tercera causa de consulta por patología músculo esquelético a nivel de la atención primaria. Diferentes estudios han reportado una prevalencia estimada entre 10 a 35%, dependiendo del método diagnóstico empleado. Estos datos corresponden entre los pacientes menores a 65 años, después de esta edad se incrementa de 15 a 30% en personas mayores. Se estima que esta entidad origina incapacidad en el 25% de la población general, en lo que a costos respecta, solo el 40-50% de las personas afectadas consulta por dolor y, de éstos, en casi mitad los síntomas persisten un año después de su primera consulta, lo que conlleva un importante incremento en el consumo de recursos asistenciales y pérdidas productivas por ausentismo laboral. Entre los pacientes que no asisten a atención el 30% de los episodios de tipo agudos se resuelven en unas semanas, y el 50% logran tener un alivio a los seis u ocho meses del episodio.

Según los datos más recientes de la Dirección de Riesgos de Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y que datan del 2012, las afecciones profesionales que más se reportaron fueron las del sistema óseo-muscular lesiones de carácter traumáticas en la región superior del cuerpo específicamente en los miembros superiores encasillando las diversas patologías existentes, tomando como referencia las lesiones de hombro que generan más dolor e incapacidad funcional por ende pérdida de las capacidades para laboral correctamente, lo que genera en muchas empresas una disminución en su personal laboral a raíz de los permisos médicos que acarrear este tipo de lesiones, para el instituto ecuatoriano de seguridad social IEES el atender patologías como hombros dolorosos, hombros congelados, tendinitis y rupturas del maguito rotador significa un alto porcentaje en lo que a afluencia de pacientes refiere, ya que estas son patologías que en cuanto a su porcentaje van en crecimiento año a año.

El presente trabajo se enfocará en estudiar la evolución de una persona con capsulitis adhesiva de hombro (Hombro congelado), valorando principalmente los objetivos a conseguir con el tratamiento fisioterapéutico en base a los ejercicios de codman los cuales fueron descritos por Ernest Amory Codman, es de suma relevancia para maximizar las capacidades residuales de la persona y brindarle así la oportunidad de ganar más bienestar considerando la importancia de la realización de las actividades de la vida diaria, así como poder hacerlo sentir mejor consigo mismo involucrando su entorno familiar y social. En el aspecto psicológico permite establecer un contacto

directo, un lazo privilegiado entre el fisioterapeuta y el paciente. Esta relación basada en la confianza mutua, determina la aceptación de las recomendaciones. No solo se debe hacer énfasis en el aspecto mecánico, sino también tener en cuenta que cada persona es una unidad que debe respetarse. Este trabajo tiene implicaciones prácticas y reales. En cuanto a la utilidad metodológica, es de vital importancia porque se crea un instrumento que sirve como referencia para trabajos futuros.

CAPITULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1. Definición del Caso

2.1.1. Presentación de Caso

Paciente de 55 años del sexo femenino la cual se encuentra actualmente casada y con tres hijos residente en la ciudad de manta, de ocupación principal ama de casa y propietaria de un local comercial ubicado en su domicilio, ingresa a fisioterapia derivada de carácter urgente principalmente por su médico de cabecera para recibir atención debido a fuerte dolor y disfunción del miembro superior izquierdo, dolor el cual está presente desde hace meses atrás de manera intermitente, fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos inicialmente, sin embargo al persistir los síntomas y apoyado con estudios radiológicos los cuales no refieren daño alguno a nivel óseo decide acudir a terapia.

Menciona como antecedente un golpe sobre su hombro derecho y fuerte caída sobre su hemicuerpo izquierdo.

A la actualidad el dolor en el transcurso del día es admisible pero le produce levantarse por las noches de 2 a 3 veces, duerme constantemente en posición de decúbito supino o decúbito contralateral raras veces en posición fetal. Sobre todo le duele al elevar el brazo y al dirigirlo hacia atrás en acción de tocarse la zona cervical, y le mejora con el brazo en una posición similar a la de cabestrillo. Cave recalcar que el dolor ha mejorado considerablemente durante cortos periodos con la medicación brindada por su médico

tratante, Hay imposibilidad funcional para realizar las Actividades de la vida diaria (AVD) y en este momento presenta Incapacidad laboral Temporal (ILT).

A la exploración física se observa disminución del tono en el brazo, limitación de movimiento por lo que se realizan mediciones goniométrica donde se presentan flexión de 80°, Rotación interna de 0°, Rotación Externa de 0° Y abducción de 20°, al realizar los movimiento pasivos de la articulación según la escala analógica visual (EAV) de 0 a 10, donde 0 corresponde a ningún dolor y 10 corresponde a dolor intolerable refiere dolor de 7/10 progresivo, a la palpación manifestó dolor el cual se le extiende significativamente por todo el brazo izquierdo, hasta el dorso de su mano y a la zona superior de la escapula.

2.1.2. Ámbitos de estudio

En primera instancia acude a la sala de emergencia del instituto ecuatoriano de seguridad social IEES, previamente es atendida y decide continuar con sus consultas médicas de manera privada en el consultorio del doctor Jimmy Zambrano traumatólogo el cual la deriva a sus tratamiento de rehabilitación, posterior a esto la paciente decide acudir a Funteman a iniciar con su proceso de recuperación.

El presente estudio de caso se realiza en el Centro del Buen Vivir “FUNTEMAN” de la ciudad de Manta, institución que brinda sus servicios a la comunidad en varias disciplinas, dentro de ellas la terapia física, dicha institución nos facilitó sus amplias instalaciones y sobre todo existió la predisposición y colaboración del personal que ahí labora, procedimos a la realización de este trabajo en total consentimiento del director de área de rehabilitación y del licenciado a cargo de dicha área, cabe recalcar que la institución consta con los implementos y recursos necesarios para ofrecer varios servicios de calidad.

2.1.3. Actores implicados

Tenemos como principal fuente de comunicación a la paciente involucrada en este caso de estudio la cual nos brindó la información específica sobre lo sucedido con su lesión, y sobre todo con su historial clínico, el cual es de vital importancia conocer para así poder manejar sus antecedentes patológicos y saber las circunstancias en las cuales

deberíamos tener cuidado y las que nos favorecerían su evolución, diseñando así un plan óptimo de tratamiento.

A su médico tratante el doctor Jimmy Zambrano el cual nos colaboró con cierta información y exámenes complementarios (Rx) importantes para el desarrollo de este trabajo mientras realizaba sus respectivos chequeos rutinarios durante el periodo de tratamiento.

Al instituto ecuatoriano de seguridad social de la ciudad de manta que brindo sus servicios a través de sus profesionales de la salud, los cuales facilitaron la obtención de ciertos exámenes complementarios.

Al fisioterapeuta e internos del área de rehabilitación física del centro del buen vivir “FUNTEMAN” de la ciudad de manta el cual mediante la exploración física y apoyándose en los exámenes complementarios ya mencionados elaboraron un esquema de tratamiento oportuno para su pronta rehabilitación y reintegro a sus actividades cotidianas.

2.1.4. Identificación del problema

En la literatura abundan las confusiones en el tema de las capsulitis adhesivas u hombro congelado. En primer lugar no existe consenso en el nombre de esta patología, encontrando en la literatura varios términos diferentes para referirse a la misma. Toda esta confusión en la terminología probablemente refleja la confusión que existe en la definición, patología, etiología y tratamiento más eficaz de esta entidad clínica. La capsulitis adhesiva es una de las patologías del hombro más significativa debido a sus complejos mecanismos de origen, la causa real de la capsulitis adhesiva es un tema en debate. Algunos creen que es el resultado de un proceso de inflamación, como cuando el revestimiento de una articulación se inflama, o sucede por reacciones autoinmunes, donde el cuerpo pone en marcha un “ataque” en contra de sus propios tejidos, por este motivo se buscó una alternativa que combine un tratamiento fisioterapéutico adecuado para esta patología la cual recae en los ejercicios pendulares de codman, dicha técnica fue beneficiosa en nuestro paciente logrando un avance significativo en su recuperación, permitiéndonos así continuar con el protocolo establecido.

3. METODOLOGIA

La metodología a emplear en el presente estudio de caso es de tipo descriptivo y explorativo, ya que procura describir lo que acontece en este estudio de caso clínico en particular y resultados obtenidos que pueden ser utilizados como una base para formular preguntas de investigación.

3.1. Listas de preguntas

- Como se produce la capsulitis adhesiva
- Cómo diagnosticar correcta y oportunamente la capsulitis adhesiva
- Cómo abordar integralmente al paciente con capsulitis adhesiva
- Cuál sería el tratamiento fisioterapéutico a escoger en capsulitis adhesiva
- Cuál es el efecto fisiológico de codman.
- Cuáles son las complicaciones que pueden esperarse ante la presencia de la capsulitis adhesiva

3.2. Fuentes de información

A partir de lo anterior, nuestra principal fuente de información será la paciente directamente (Fuente primaria), a través de una interacción franca (interrogatorio) nos proporcionara información de su caso partiendo por el mecanismo que ocasiono su lesión y por los síntomas que presento antes de acudir a atención médica y durante dicho proceso de revisión, también sus familiares nos servirá de base para mayor información del estado emocional y psicológico de la paciente durante el proceso de su rehabilitación y también obtendremos cierta información mediante la evaluación realizada previamente.

Por medio de las fuentes primarias se obtendrá información acerca del sexo, la edad, la ocupación, la estancia de dolor, rango de movilidad articular por medio del test articular (goniometría), severidad de la limitación teniendo en cuenta los arcos de movilidad articular y pruebas semiológicas para corroborar el diagnostico de lesión del hombro (Maniobra de Jobe, Maniobra de Patte, Maniobra de Gerber, Test de Neer, Hawkins,

Test de Speed). Se utilizarán como fuentes secundarias la historia clínica y el documento de identidad, para obtener información sobre el tratamiento aplicado por el médico y corroborar los datos personales. Como fuente de información adicional la paciente posee exámenes complementarios como: exámenes radiológicos. Dentro de la fuente adicional se obtiene información de su médico tratante el doctor Jimmy Zambrano traumatólogo a cargo de la paciente, el cual nos brinda su ayuda durante el proceso de rehabilitación.

Además de que también contamos con artículos, libros, sitios web y revistas científicas que contiene bibliografía actualizada y relacionada sobre el tema.

3.2. Técnicas para la recolección de información

Exploración física de la articulación del hombro de ambos miembros superiores para posteriormente hacer una comparación entre el hombro sano y el afectado, de acuerdo a la bibliografía Manual de procedimientos de fisioterapia clínica evaluativa (Gonzales, Lira, & Hernandez, 2014)

Valoración funcional de los músculos afectados de ambos miembros superiores para obtener información en el estado en que se encuentran y luego proceder a una comparación, de acuerdo a la bibliografía Manual de procedimientos de fisioterapia clínica evaluativa (Gonzales, Lira, & Hernandez, 2014)

Test goniométrico de la articulación del hombro de ambos miembros superiores, teniendo como referencia bibliográfica el libro de Manual de procedimientos de fisioterapia clínica evaluativa (Gonzales, Lira, & Hernandez, 2014), en el cual se valora la abducción, flexión, extensión, rotación interna y externa de la articulación del hombro afectado y posteriormente del sano, para después hacer una comparación del grado articular en que se encuentra cada una.

Dentro de este parámetro se realizó una medición goniométrica, la cual brevemente descrita nos refiere una técnica de medición de los ángulos creados por la intersección de los ejes longitudinales de los huesos a nivel de las articulaciones, en la aplicación de dicho test obtuvimos los siguientes resultados:

Valores normales de la Flexión de hombro: 0-150°/170° (AO) y 0-180° (AAOS), valores obtenidos de flexión de 80°,

Valores normales de la Rotación Interna de hombro: 0-70° (AO) y 0-70° (AAOS), valores obtenidos de rotación interna de 0°

Valores normales de la Rotación Externa de Hombro: 0-70° (AO) y 0-90° (AAOS) valores obtenidos de rotación Externa de 0°

Valores normales de la Abducción de hombro: 0-160°/180° (AO) y 0-180° (AAOS), valores obtenidos de abducción de 20°

Test de Jobe.

El paciente intenta elevar los brazos contra resistencia con los codos extendidos, los brazos en abducción de 90° y los pulgares hacia abajo. Explora el supraespinoso. Si hay una clara impotencia para mantener el brazo en abducción en 30° hay que sospechar rotura del supraespinoso.

Maniobra de Patte

Consiste en evaluar la fuerza de la rotación externa. El paciente eleva brazo en abducción de 90° con el codo en flexión de 90° e intenta hacer una rotación externa contra la resistencia del explorador

Maniobra de Gerber

Para realizar esta maniobra se requiere que el paciente sea capaz de realizar la rotación interna del hombro hasta poder poner la mano sobre la espalda. Habitualmente el paciente puede separar la mano del plano dorsal. El explorador fuerza la rotación interna y suelta de repente la mano. Si existe rotura del subescapular, la mano golpea contra la espalda en un movimiento de portazo en la región dorso-lumbar

Maniobra de Neer

La maniobra de Neer consiste en la elevación pasiva del brazo en abducción, flexión y rotación interna mientras el explorador mantiene bloqueada la movilidad de la escápula. Se puede realizar con el paciente en sedestación o bipedestación. El dolor aparece cuando existe conflicto anterosuperior en el espacio subacromial.

Maniobra de Hawkins-Kennedy

Para realizar esta maniobra el explorador se sitúa de cara al paciente, le coloca el brazo en flexión de 90° con el codo en flexión de 90° y realiza una rotación interna del hombro bajando el antebrazo. El descenso pasivo del antebrazo provoca dolor cuando existe conflicto anterosuperior o anterointerno.

Maniobra de Speed (palm up test)

Se trata de una maniobra de exploración del tendón de la porción larga del bíceps.

Para realizar esta maniobra, el examinador se sitúa frente al paciente y se opone a la antepulsión del brazo con el hombro del paciente en rotación externa, el codo en extensión completa y la palma de la mano hacia arriba. El dolor y la falta de resistencia indican tendinopatía. La presencia de una tumefacción característica en la parte media y anterior del brazo indica rotura de la porción larga del bíceps.

4. DIAGNOSTICO INVESTIGATIVO

De acuerdo con Lavandera (2014) el movimiento es individualmente, no importa la edad, raza, sexo o capacidades, todos nos conectamos a nuestro cuerpo en si, y solamente variamos intensidades dependiendo de lo que hacemos.

En el trabajo realizado, utilizando todos los medios diagnósticos y exámenes complementarios y médicos realizados en el centro del buen vivir Funteman, se determina que la paciente presenta capsulitis adhesiva de hombro y el tratamiento efectuado dio frutos positivos y favorables en todo sentido para la mejoría del paciente.

La organización mundial de la salud (2017) define a la actividad física como todo movimiento corporal producido por los músculos y que demanden gasto energético.

CAPITLO III

5. PROPUESTA DE INTERVENCION.

5.1. Denominación de la propuesta

“Tratamiento fisioterapéutico en un paciente que presenta capsulitis adhesiva de hombro, basado en la aplicación de medios físicos y técnicas pendulares”

5.2. Objetivos de la propuesta

5.2.1. Objetivo general

- Aplicar un plan de tratamiento en capsulitis adhesiva de hombro.

5.2.2. Objetivos específicos

- Disminuir los fenómenos algicos.
- Mejorar la amplitud articular activa como pasiva de miembro superior izquierdo
- Mejorar el sistema propioceptivo de miembros superiores
- Reincorporar al paciente con hombro congelado a sus actividades de la vida diaria y posiblemente a su trabajo

5.3. Fundamentación de la propuesta

La mayoría de los estudios recomiendan ejercicios de estiramiento aunque no hay datos definitivos que documenten su combinación, número de ejercicios, repeticiones ni número de 6 sesiones. El principio básico para el tratamiento de una estructura rígida es la aplicación de una fuerza de tensión baja y larga duración dando lugar a una elongación plástica que se mantiene en el tiempo debido a un aumento de la síntesis del colágeno, organización y orientación de sus fibras. Los factores que guían el proceso de estiramiento en la CA son el dolor y el recorrido articular. Pacientes con más dolor (fases 1 y 2) realizarán ejercicios de baja intensidad y corta duración.

Kelley recomienda mantener el estiramiento, en cada dirección, de 1 a 5 segundos, en un rango de movilidad relativamente indoloro, 2 a 3 veces al día. En las fases 3 y 4 se recomienda aumentar la frecuencia y duración del estiramiento de 5 a 10 segundos, 3 a 5 veces al día. La intensidad se mantiene en límites tolerables de dolor. Estos ejercicios, supervisados por un fisioterapeuta, realizados en domicilio o una combinación han sido valorados en varios estudios.

Çelik valora en 29 pacientes con CA, distribuidos aleatoriamente, dos programas de ejercicios. No especifica fase del proceso pero debían presentar una reducción de la movilidad en rotación externa, flexión y abducción menor del 50% respecto a la movilidad del hombro contralateral. El grupo I (14 pacientes) realizaron ejercicios de movilidad glenohumeral y al grupo II (15 pacientes) se les añadía ejercicios escapulo torácicos consistentes en: 1) Retracción y extensión escapular con bandas elásticas; 2) Aducción y elevación escapular, de pie; 3) Estabilización escapular, con balón, de pie; 4) Aducción y extensión escapular, en decúbito supino; 5) Protracción escapular, en decúbito supino; 6. Tracción y abducción escapular, sentado. Ambos grupos realizaron el tratamiento en el hospital, supervisados por un fisioterapeuta, durante 6 semanas (30 sesiones) y un programa de ejercicios domiciliarios autopasivos y activos, 2 veces al día, 20 repeticiones. Al final de estudio, los 2 grupos habían mejorado pero el grupo II presentaba mejoría en el dolor a las 6 semanas y de la movilidad activa a las 12 semanas, ambas con una diferencia estadísticamente significativa. El autor recomienda añadir estos ejercicios para proporcionar un ritmo escapulo torácico normal mientras se recupera la movilidad glenohumeral

En el estudio de caso, se diseña un plan de tratamiento de fisioterapia de 1 hora las primeras sesiones y de 1 hora a hora y media durante las últimas sesiones con frecuencia diaria excepto los fines de semana. Dicho plan de tratamiento se divide en dos fases la primera fase con el objetivo de aliviar el dolor, que incluye técnicas localizadas en el hombro y miembro superior; y una segunda fase (cuando logra disminuir el dolor) con el fin de restaurar la movilidad del hombro y la funcionalidad del miembro superior buscando una mejora en el esquema corporal en las AVD

Para diseñar el programa de ejercicios se han tenido en cuenta los datos de la bibliografía consultada y que han demostrado contribuyen a disminuir el dolor, mejorar la movilidad y la función. Se ha adaptado para que el paciente que vemos en la consulta

pueda cumplimentarlo en casa sin dificultad. Se recomienda hacerlos todos los días. En las fases de más dolor (1 y 2) 2 a 3 veces al día. El estiramiento se mantendrá de 1 a 5 segundos, en cada dirección y se hará una repetición de cada ejercicio. En las fases en que predomina la rigidez (3 y 4) los ejercicios se realizarán de 3 a 5 veces al día manteniendo el estiramiento, en cada dirección, 5 a 10 segundos. El número de repeticiones de cada estiramiento puede aumentarse, en límites tolerables de dolor, de 5 a 10.

5.4. Caracterización de la propuesta.

El tratamiento para la capsulitis adhesiva que involucra ejercicios pendulares de codman se caracteriza por demostrar resultados favorables en la recuperación de las personas con dicha patología, debido a que mejora notablemente las disfunciones que provoca este tipo de lesiones, además reduce el tiempo de recuperación del paciente a diferencia del tratamiento convencionales que no involucren dichos ejercicios, tiene ventaja que al ser tratamiento no invasivo es de fácil aplicación para el fisioterapeuta y no presenta riesgos para el paciente.

5.5. Planteamiento de la Propuesta

5.5.1. Actividades y Tareas

Objetivos Específicos	Actividad Vinculada	Tareas a desarrollar
Disminuir los fenómenos algicos.	Aplicación de tratamiento acompañado de agentes físicos	Valorar la disminución del dolor para proceder con las movilizaciones.
Mejorar la amplitud articular activa como pasiva de MSI	Ejecución de movilizaciones a favor de la amplitud articular.	Identificar las maniobras favorables en el procedimiento y evaluar la evolución.

<p>Mejorar el sistema propioceptivo de miembros superiores</p>	<p>Ejecutar ejercicios de coordinación y control postural durante la bipedestación.</p>	<p>Identificar los logros que presenta el paciente en la aplicación del programa de ejercicios.</p>
<p>Reincorporar al paciente con hombro congelado a sus actividades de la vida diaria y posiblemente a su trabajo</p>	<p>Brindar información al paciente acerca de su tratamiento y los cuidados a los que debe adaptarse durante la realización de sus actividades</p>	<p>Identificar el logro obtenido mediante la aplicación de una evaluación final.</p>

5.5.2. Evaluación de resultados e impacto.

<p>Objetivos específicos</p>	<p>Indicadores de gestión. Pre evaluación</p>	<p>Indicadores de impacto. Post evaluación</p>	<p>Medios de verificación</p>
<p>Disminuir los fenómenos algicos.</p>	<p>Presencia significativa de dolor que aumenta con el movimiento</p>	<p>Disminución del dolor en menos sesiones en comparación al tratamiento convencional.</p>	<p>Valoración de la paciente mediante la movilización.</p>

Mejorar la amplitud articular tanto activa como pasiva.	Presencia de gran disminución de la amplitud articular y perdida de la capacidad funcional	Mejoría notable en la capacidad funcional, ganancia de la amplitud articular	Evaluación de la paciente mediante la manipulación directa
Mejorar la amplitud articular tanto activa como pasiva.	Presencia de gran disminución de la amplitud articular y perdida de la capacidad funcional	Mejoría notable en la capacidad funcional, ganancia de la amplitud articular	Evaluación de la paciente mediante la manipulación directa
Reincorporar al paciente con hombro congelado a sus actividades de la vida diaria y posiblemente a su trabajo	disminución de la calidad de vida de los pacientes con hombro congelado debido a la incapacidad funcional notoria al principio de la lesión	Mejora de la calidad de vida de los pacientes y realización de sus actividades diarias sin que evidencie signos de molestia a nivel articular	Evaluación de los pacientes en fechas posteriores a la realización del tratamiento.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arthritis Foundation. *Cómo difiere el dolor según el sexo. Artículo de Revisión.*
2. Carette S, Moffet H, Tardif J, Bessette L, Morin F, Frémont P et al. *Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder. Arthritis Rheum 2003; 48:829-38.*
3. Ecuador, S. N. (2013). *Mejorar la calidad de vida de la población. Buen Vivir, Plan Nacional, 137. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>*
4. *Estados Unidos: Arthritis Foundation; 2013.*
5. Favejee M, Huisstede B, Koes B. *Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions: systematic review. Br J Sports Med 2011; 45: 49-56.*
6. Gonzales, Lira, & Hernandez. (2014). *Manual de procedimientos de fisioterapia clínica evaluativa.* San Francisco de Campeche.
7. Gagliardi Syc. *Hombro Doloroso. Reumatología. 2002 Marzo; 18(4).*
8. Griggs S, Ahn A, Green A. *Idiopathic adhesive capsulitis: a prospective functional outcome study of nonoperative treatment. J Bone Joint Surg Am 2000; 82:1398-407.*
9. Gabucio-López P. *Tratamiento del hombro doloroso mediante terapia manual. Rev. Fisioterapia (Guadalupe), 2008; 7(1): 23-33.*
10. *Grupo Nacional de áreas terapéuticas de la cultura física(s/a). Los ejercicios físicos con fines terapéuticos II. La Habana, impreso "unidad impresora José A. Huelga" INDER.*
11. *Hughes M. Codman Shoulder Exercises [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <http://www.livestrong.com/article/104250-codman-shoulder-exercises/>*

12. I.N.E.C. (2013). *anuario de estadísticas Hospitalarias* .
13. Kapandji AI. *Fisiología articular. 5.a ed. Paris: Panamericana.*
14. Kelley M, McClure P, Leggin B. *Frozen shoulder: evidence and a proposed model guiding rehabilitation. J Orthop Sports Phys Ther 2009; 39:135-48.*
15. *Kisner C, Allen L. Ejercicio terapéutico, fundamentos y técnicas. 5ta ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2010.*
16. Ministerio de la Protección Social. *Guía de atención integral basada en la evidencia para hombro doloroso (GATI- HD). Guía de Práctica clínica. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.*
17. *Martín Piñero, Bismarck, Batista Herrera, Yurlen, Águedo Santiesteban, Marisol, Osorio Hernández, Maday, & Triana Guerra, Iliomar. (2014). Pendulum Exercises in Painful Shoulder Syndrome. Correo Científico Médico, 18(3), 479-490. Recuperado en 09 de febrero de 2017.*
18. Neviasser R, Neviasser T. *The frozen shoulder. Diagnosis and management. Clin Orthop Rel Res 1987; 223: 59-64.*
19. *Ruiz F. Correlación clínico - radiológica en la patología del manguito rotador. Granada: Universidad de Granada, Departamento de Radiología y Medicina Física; 2003.*
20. salud, O. M. (2011). *informe mundial de la discapacidad*. Malta: OMS.
21. Senplades. (2013). *Mejorar la calidad de vida de la población. Buen Vivir, Plan Nacional, 137. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>*
22. *Sánchez FyC. patología del manguito de los rotadores en el ambiente laboral. Artículo de Revisión. Barcelona: Universidad de Barcelona, Institución de Formación Continua; 2006-2007.*
23. Therapy, W. C. (2016). *Descripción de la terapia física* . 12.

ANEXOS

(Anexo # 1)



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE FISIOTERAPIA

AUTORIZACIÓN

Yo, MERCEDES YOLANDA ALARCON MENDOZA

Autorizo a **ANDRES DAVID DAVILA DE SANTIS**, 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. Mercedes Yolanda Alarcón Mendoza

(Anexo # 2)

Historia Clínica

➤ **Datos Personales:**

Nombre del paciente: Mercedes Yolanda Alarcón Mendoza

Sexo: Femenino

Edad: 55 años

Grupo Étnico: Mestizo

Teléfonos: (05)2 626-507

profesión: Ama de casa

Hábitos: Ninguno

Lugar de residencia: Manta

➤ **Motivo de consulta:**

Hombro doloroso.

➤ **Anamnesis:**

Paciente de 55 años del sexo femenino la cual se encuentra actualmente casada y con tres hijos residente en la ciudad de manta, de ocupación principal ama de casa y propietaria de un local comercial ubicado en su domicilio, ingresa a fisioterapia derivada de carácter urgente principalmente por su médico de cabecera para recibir atención debido a fuerte dolor y disfunción del miembro superior Izquierdo, dolor el cual está presente desde hace meses atrás de manera intermitente, fue tratada con antiinflamatorios no esteroideos inicialmente, sin embargo al persistir los síntomas y apoyado con estudios radiológicos los cuales no refieren daño alguno a nivel óseo decide acudir a terapia. Menciona como antecedente un golpe sobre su hombro derecho y fuerte caída sobre su hemicuerpo izquierdo. A la actualidad el dolor en el transcurso del día es admisible pero le produce levantarse por las noches de 2 a 3 veces, duerme constantemente en posición de decúbito supino o decúbito contralateral raras veces en posición fetal.

➤ **Antecedentes Patológicos Personales:**

Osteoporosis, diabetes

➤ **Antecedentes Patológicos Familiares:**

Mamá: Diabetes, osteoporosis.

➤ **Exploración física**

• **Examen físico:**

A la exploración física se observa disminución del tono en el brazo y limitación de movimiento.

• **Test Goniométrico.**

Valores normales de la Flexión de hombro: 0-150°/170° (AO) y 0-180° (AAOS), valores obtenidos de flexión de 80°, valoración final 120°

Valores normales de la Rotación Interna de hombro: 0-70° (AO) y 0-70° (AAOS), valores obtenidos de rotación interna de 0°, valoración final 30°

Valores normales de la Rotación Externa de Hombro: 0-70° (AO) y 0-90° (AAOS) valores obtenidos de rotación Externa de 0°, valoración final 30°

Valores normales de la Abducción de hombro: 0-160°/180° (AO) y 0-180° (AAOS), valores obtenidos de abducción de 20°, valoración final 70°

• **Test muscular funcional:**

Flexión de hombro izquierdo grado 3

Extensión de hombro izquierdo: grado 2

Flexión de hombro derecho: grado 4

Extensión de hombro derecho: grado 4

• **Test para valoración funcional.**

Test de Jobe: Malo

Maniobra de Patte: Malo

Maniobra de Neer: Malo

➤ **Exámenes Complementarios:**

Radiografías de hombro Anteroposterior.

➤ **Diagnóstico:**

Capsulitis adhesiva de hombro.

➤ **Tratamiento:**

- Calor.
- TENS (para reducir el dolor.)
- Movilizaciones de hombro. (realizar movilizaciones suaves).
- Estiramientos.
- Masajes suaves de toda la musculatura.
- Crioterapia al finalizar las terapias.

(Anexo # 3)



Examen radiológico posterior a la lesión.

(Anexo # 4)



(Figura #1)



(Figura #2)

Se observa a la paciente en la aplicación de electroestimulación y compresas químicas calientes simultáneamente con la finalidad de cumplir con la fase 1 la cual consta de la eliminación de los fenómenos algicos.

(Anexo # 5)



(Figura #1)



(Figura #2)

Se observa a la paciente en la figura 1 y figura 2 en la realización de una serie de ejercicios los cuales le ayudaran en su amplitud articular, dichos ejercicios al ser de fácil aplicación se le pide a la paciente los realice dentro de sus horas en casa y al acudir a terapia.

(Anexo # 6)



(Figura #1)



(Figura #2)

Paciente en bipedestación figura 1 y figura 2 trabaja sobre la escalera de dedos.