



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

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

TEMA:
TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON
ARTROPLASTIA DE CADERA

AUTORA:
PINCAY CAÑARTE ZULEMA GEOVANNA

TUTOR:
DR. LUIS SIMON CEDEÑO, MG.

MANTA – MANABÍ – ECUADOR

2016 - 2017

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Análisis de Caso sobre el tema: **“TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN UN PACIENTE CON ARTROPLASTIA DE CADERA”**, presentado por **PINCAY CAÑARTE ZULEMA GEOVANNA**, de la Licenciatura de 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 **“TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON ARTROPLASTIA DE CADERA”** de **PINCAY CAÑARTE ZULEMA GEOVANNA**, para la Licenciatura en Fisioterapia.

Manta, Marzo 2017

.....
LCDO. SANTOS BRAVO LOOR. Mg.

.....
CALIFICACIÓN

.....
DR. YOVANY PEREZ SUAREZ.

.....
CALIFICACIÓN

.....
DR. YURI MEDRANO PLANA. Mg.

.....
CALIFICACIÓN

.....
SECRETARIA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **PINCAY CAÑARTE ZULEMA GEOVANNA** portadora de la cédula de identidad N° 131384660-0, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso titulado “**TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON ARTROPLASTIA DE CADERA**” 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

.....

Pincay Cañarte Zulema Geovanna

DEDICATORIA

A Dios.

Por saberme guiar, cuidar y orientar paso tras paso, para así haber podido culminar mi carrera, cumpliendo una de mis anheladas metas.

A mis padres.

A mis padres Ferny Pincay y Patricia Cañarte, que han sido mi motor fundamental en la vida, apoyándome tanto emocional como económicamente, en especial a mi madre quien me apoyo en cada momento, alentándome de la mejor manera día tras días, dándome ejemplos de superación y lucha para poder llegar a ser una gran profesional y así poder servir a la sociedad.

A mis hermanos.

Fernando y María José, porque gracias a ellos nunca decaí, teniendo de gran ejemplo a mi hermano mayor.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi mayor gratitud a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por abrirme sus puertas y formarme académicamente como profesional en Fisioterapia.

Al Dr. Luis Simón Cedeño, Mg. Tutor de caso clínico, por dedicarme su tiempo invaluable y conocimiento científico para poder llevar a cabo este trabajo investigativo.

A los docentes de la Carrera, que me entregaron y compartieron sus conocimientos profesionales, y que me apoyaron y guiaron semestre a semestre durante todo mis años de estudio universitario y poder culminar mi meta trazada.

También quiero agradecer al Lcdo. Enrique Manrique por su gran personalidad humana, al permitirme realizar mi Estudio de Caso en el Centro de Rehabilitación Física de la ciudad de Jipijapa.

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR	i
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
1. JUSTIFICACIÓN	2
2. INFORME DEL CASO.....	5
2.1. DEFINICIÓN DEL CASO	5
2.1.1. Presentación del caso	5
2.1.2. Ámbitos de estudio	6
2.1.3. Actores implicados.....	6
2.1.4. Identificación del problema	7
2.2. METODOLOGÍA.....	8
2.2.1. Lista de preguntas	8
2.2.2. Fuentes de información	8
2.2.3. Técnicas para la recolección de información.....	9
2.2.4. Instrumento.....	9
2.3. DIAGNÓSTICO.....	10
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	12
3.1. Denominación de la propuesta	12
3.2. Objetivos de la propuesta.....	12
3.2.1. Objetivo general.....	12
3.2.2. Objetivos específicos	12
3.3. Fundamentación de la propuesta	12
3.3.1. Caracterización de la propuesta	12
3.3.2. Las necesidades que se resuelven de acuerdo al diagnóstico de campo comprende:	13
3.4. Planteamiento de la propuesta	13
3.5. Evaluación de Resultados e Impactos.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	17

ANEXOS.....18

RESUMEN

El presente estudio de caso titulado “Tratamiento fisioterapéutico en un paciente con artroplastia de cadera” tiene el objetivo de identificar las limitaciones que presenta el paciente con artroplastia de cadera, debido a la disminución de la fuerza y masa muscular, con la finalidad de lograr recuperar un mayor nivel de independencia posible. El paciente objeto en este estudio de caso, es una adulta mayor de 62 años de edad, que sufrió una caída con lesiones de fracturación, por lo que fue intervenida quirúrgicamente, quien al no tener el cuidado necesario, indujo a que la prótesis tuviera un desplazamiento provocando una infección en la zona afectada, y por consiguiente se tuvo que proceder al reemplazo de la artroplastia de cadera. Para la realización del estudio de caso se obtuvo información de varios textos fundamentados por autores referentes al tema planteado, en textos similares y digitales, así como también se obtuvo información mediante la técnica de observación y valoración del paciente, para determinar las limitaciones físicas que este presenta. En la recolección de información se utilizaron 2 escalas de valoración, seleccionadas para identificar las categorías de mayor énfasis de recuperación.

El paciente evolucionó de manera favorable ante el tratamiento aplicado, las categorías de solución seleccionadas respondieron de la mejor manera. Se recuperó la fuerza y masa muscular y los rangos de movilidad. De manera que se ratifica que el tratamiento fisioterapéutico propuesto en el estudio de caso ha sido eficaz y se consiguió los objetivos propuestos.

Palabras clave:

Artroplastia de cadera, fractura, movilidad articular, fuerza, escalas,

ABSTRACT

The present case study entitled "Physiotherapeutic treatment in a patient with hip arthroplasty" has the objective of identifying the limitations presented by the patient with hip arthroplasty, due to the reduction of muscle strength and mass, in order to achieve recovery A greater level of independence possible. The patient in this case study is an adult older than 62 years of age, who suffered a fall with fractured lesions, and was surgically treated, which, when not having the necessary care, induced the prosthesis to have a Displacement leading to an infection in the affected area, and consequently the replacement of hip arthroplasty had to be performed. In order to carry out the case study, we obtained information from several texts based on the subject matter, in simile and digital texts, as well as obtaining information through the technique of observation and assessment of the patient, to determine the physical limitations that this Presents In the data collection, two scales were used, selected to identify the categories with the greatest recovery emphasis.

The patient evolved favorably to the applied treatment, the selected solution categories responded in the best way. Strength and muscle mass and ranges of mobility were recovered. Thus, it is confirmed that the physiotherapeutic treatment proposed in the case study has been effective and the proposed objectives have been achieved.

Keywords:

Hip arthroplasty, fracture, joint mobility, strength, scales,

1. JUSTIFICACIÓN

Según (E. PAGÈS, 2007) refiere que “**Sir John Charnley**, un cirujano ortopédico británico, desarrolló los principios fundamentales de la cadera artificial y se considera el padre de la ATC.”, esto quiere decir que él fue el pionero del diseño de la prótesis que hoy en día se sigue utilizando, pues el número de implantes se incrementa cada año, debido a que en el mundo profesional junto con la evidencia y la experiencia se busca recuperar de mejor manera al paciente.

Comenta (Leija, 2006) que “la artroplastia total de cadera continúa siendo el tratamiento de elección en pacientes con artrosis de la articulación coxofemoral de cualquier origen” aumenta el éxito de esta intervención quirúrgica con el pasar del tiempo y mejorando las técnicas, perfeccionando los implantes y materiales empleados en la fabricación de los mismos.

“La artroplastia total de cadera es una intervención coste-efectiva para disminuir el dolor, mejorar la función y la calidad de vida de los pacientes con patología degenerativa o inflamatoria de la cadera” según lo indica la revista (E. Pagés, REHABILITACION, 2007) , donde la fijación de la prótesis al hueso se puede realizar mediante dos técnicas: la cementada y la osteointegración, siendo la técnica no cementada mas preferible para los reemplazos acetabulares.

Según la base de datos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (pubmed.gov, 2001), “la inestabilidad después de una artroplastia total de cadera es una complicación grave” ya que pueden existir complicaciones como luxaciones.

También pueden existir una serie de complicaciones postoperatorias:

Así (E. PAGÈS, 2007), señala que la “enfermedad tromboembólica tiene una incidencia del 70 al 8%, las infecciones del 0,4 al 1,5%, las luxaciones del 0 al 2%”, entre otras complicaciones como fracturas peripróticas, fracturas por fallo de la prótesis, aflojamiento aséptico, osteólisis o desgaste, disimetría de extremidades.

De acuerdo a (Zhindón Galán, 1996), en la ciudad de Cuenca (Ecuador), en el servicio de ortopedia y traumatología del hospital del IESS, en el periodo de octubre 1995 a marzo 1996 se realizaron 31 cirugías de cadera: 20 artroplastias parciales y totales de cadera, 9 osteosíntesis de fémur proximal, 1 artrodesis, 1 osteotomía acetabular.

El tratamiento fisioterapéutico y rehabilitatorio se lo implemento de manera inmediata con un trabajo de equipo, donde el tratamiento consistió en la aplicación de: terapia respiratoria, crioterapia, vendaje elástico, masaje, elevación de miembro, manejo de almohada de abducción y férula de no rotación, termoterapia, ejercicios: isométricos, pasivos, activos asistidos, activos libres, y activos resistidos, también la reeducación de propioceptores, deambulación sin apoyo, con apoyo parcial y total y reducción de la marcha.

Con la aplicación de este plan de tratamiento se demostró la importancia del mismo, debido a que se pudo observar la inmediata recuperación en: fuerza muscular, arco de movimiento y la temprana deambulación

La artroplastia de cadera consiste en el reemplazo total o parcial de la articulación coxofemoral con un implante artificial denominado prótesis. El reemplazo se realiza cuando el daño es irreversible en la articulación, puede darse en casos de artritis reumatoides, casos avanzados de artrosis, secuelas de artritis séptica, tumores o en casos especiales de fracturas del cuello femoral.

El objetivo principal después de la intervención quirúrgica, es lograr la estabilidad obteniendo una respuesta biológica equilibrada mediante la presencia de un cuerpo extraño (prótesis).

Tipos de artroplastia de cadera

- **Artroplastia total:** consiste en la sustitución total donde se reemplazan los dos componentes de la articulación, la cabeza del fémur y el acetábulo.
- **Artroplastia cementada:** consiste en la fijación de los dos componentes con un tipo de cemento quirúrgico Metil metacrilato.
- **Artroplastia no cementada:** consiste en que el implante se adhiere directamente al hueso sin necesidad de utilizar cemento.
- **Artroplastia híbrida:** consiste en la colocación de cemento en uno solo de los dos componentes, siendo más frecuente el fémur.
- **Artroplastia parcial:** consiste en el reemplazo únicamente de la cabeza del fémur, dejando el acetábulo de manera íntegro.
- **Artroplastia de interposición:** consiste en retirar la cabeza femoral y quitar el cartílago acetabular colocando alguna estructura para llenar el espacio creado, lo que sirve como medio de contacto entre los dos huesos.
- **Artroplastia por resección:** consiste en la extracción de la cabeza femoral y del cartílago acetabular sin colocar ningún implante o estructura, formando una articulación a base de fibrosis y tejido cicatrizal.
- **Artroplastia bipolar:** esta es un tipo especial de artroplastia parcial debido a que el componente femoral tiene la cabeza dentro de una copa en la cual gira.

2. INFORME DEL CASO

2.1. DEFINICIÓN DEL CASO

2.1.1. Presentación del caso

La paciente de este estudio de caso es, una adulta mayor, de 62 años de edad, de sexo femenino, procedente de la ciudad de Jipijapa-Manabí (Ecuador), que se desempeña como ama de casa, siendo de estado civil soltera y madre de una hija mayor de edad.

La paciente sufrió una caída intradomiciliaria, lo que le provocó una fractura en la cadera del lado derecho, por la que fue intervenida quirúrgicamente por primera vez hace 7 años aproximadamente, por lo cual le colocaron una prótesis, afirmando que al no tener el cuidado necesario la prótesis tuvo un desplazamiento hacia la parte inferior, lo que causó una fuerte infección ocasionando un absceso profundo en la parte posterior del muslo derecho en su tercio inferior, por lo que estuvo sometida durante dos meses con un espaciador de cemento antes de la intervención quirúrgica, para poder drenar el absceso y ser operada nuevamente y así llevar a cabo a realizar el reemplazo total de la prótesis de cadera. Llevándose a cabo la operación el 11 de mayo del año 2016.

Para lograr su plena recuperación, la paciente ingreso al Centro de Rehabilitación Física de la ciudad de Jipijapa, con la ayuda de un andador y la compañía de su hija, una vez establecida se le realizo la evaluación correspondiente, de tal manera que se la encontró intervenida quirúrgicamente se le vio afectada tanto su masa como volumen muscular del musculo cuádriceps, siendo mínima su perdida ya que la masa muscular en el muslo del lado afectado en este caso el lado derecho presenta 55 cm y la masa muscular en el lado izquierdo presenta 57 cm, en cuanto al rango articular se realizó la valoración y se observó que necesitaba ayuda para completar el rango adecuado en los

movimientos de flexión, extensión y abducción de cadera, en cuanto a la marcha se trabajo poco a poco de manera que logro dejar el andador.

2.1.2. Ámbitos de estudio

De acuerdo a la información obtenida a través del diagnóstico realizado, los ámbitos a intervenir en el presente estudio de caso son: Fuerza muscular y rango de movilidad.

2.1.3. Actores implicados

Como actores implicados en este estudio de caso tenemos:

- La paciente participante investigada, quien colaboró con la recolección de la información necesaria, ofreciendo la información clave del suceso y la lesión, lo que ayudo a la estructuración de la guía para formar un tratamiento adecuado.
- Un Médico especialista en traumatología, quien realizo la operación, mando a realizar las radiografías, exámenes complementarios y dio el seguimiento al paciente.
- Un Licenciado en Radiología y un Licenciado en Laboratorio Clínico, que realizaron los exámenes complementarios que sirvieron para poder llevar un mejor control del tratamiento.
- Un Fisioterapeuta y los internos del Centro de Rehabilitación Física de la ciudad de Jipijapa, quienes realizaron la valoración correspondiente y los exámenes complementarios para llevar acabo el diagnostico y el tratamiento adecuado.

2.1.4. Identificación del problema

El sujeto de este estudio de caso a investigar, presenta disminución de la fuerza muscular y del rango de movilidad en la cadera del lado derecho.

El origen del problema fue una caída intradomiciliaria, que provocó una fractura en la cadera por lo cual se le colocó una artroplastia de cadera. Dado los signos y síntomas, el paciente presentaba disminución de la fuerza por lo que no podía completar el rango de movilidad, impidiendo que realice sus actividades de la vida diaria.

2.2. METODOLOGÍA

2.2.1. Lista de preguntas

Para obtener información respecto a las necesidades que requiere el paciente, se desarrollan las siguientes interrogantes:

¿Los pacientes que presentan artroplastia de cadera, tienen menos probabilidades de recuperación? ¿Se debe seguir con una secuencia progresiva de las sesiones del tratamiento en pacientes con artroplastia de cadera? ¿A los pacientes que presentan artroplastia de cadera se les dificulta seguir con sus actividades de la vida diaria? ¿Cuáles son los beneficios del tratamiento fisioterapéutico?

2.2.2. Fuentes de información

Para la realización del estudio investigativo se obtuvo información de diferentes fuentes. Se acudió a la investigación de fuentes secundarias con frecuencia en libros, revistas, periódicos y documentos publicados en el internet donde se consiguió la información necesaria que permitió el desarrollo de los objetivos planteados.

También se recurrió a la información de la fuente primaria, como fue el Centro de Rehabilitación Física de la ciudad de Jipijapa, que brindó toda la información clínica del paciente, aportando con todo su conocimiento y esmero, el director de la entidad y todo el personal que opera en el mismo, demostrándose la prevalencia de normas para una buena valoración del paciente, como también, de cómo hacer un buen planteamiento para lograr un excelente tratamiento de fisioterapia basado en la experiencia y labor diaria de este centro de rehabilitación física, con buenos resultados que los pacientes pudieron expresar.

También se tuvo como complemento de fuente para la recolección de datos, la información compartida del paciente, la historia clínica con los datos del paciente, el informe médico del paciente, los exámenes radiológicos y también los exámenes de laboratorio para detectar o no presencia de alguna infección.

2.2.3. Técnicas para la recolección de información

Para la realización del presente estudio de caso y para poder señalar las necesidades primordiales que presenta el paciente con artroplastia de cadera, se utilizó como técnica de recolección de información, la valoración mediante 2 Test sobre: fuerza muscular y rangos de movimientos, mediante escalas de medición.

2.2.4. Instrumento

Para la recolección de la información se utilizaron como instrumentos de investigación 2 escalas de valoración, a saber:

- **Escala de Lovett:**

La valoración se la realizó en grados que van desde (0, 1, 2, 3, 4, 5), cada una con su respectiva descripción dependiendo del estado del paciente. Aunque la escala original se utilizó para valorar cada musculo individualmente, en este caso se valoraron los movimientos de cadera (flexión, extensión, y abducción).

- **Test de valoración articular:**

Con este test se valorò la articulación de la cadera denominada coxofemoral.

2.3. DIAGNÓSTICO

Según (E. Pagés, REHABILITACION , 2007) “el objetivo de la rehabilitación se centra en reducir el dolor, mejorar la movilidad, restaurar la función e identificar y prevenir las complicaciones postoperatorias inmediatas.” Para lo cual el tratamiento fisioterapéutico es de vital importancia para la recuperación del paciente.

“La realización de ejercicio previo mejora la función física, el dolor, la fuerza y la movilidad” (E. PAGÈS, 2007).

Las variables estudiadas en este caso son las siguientes:

Fisioterapia.

Según (Galicia) la Organización Mundial de la Salud, OMS define en 1958 a la Fisioterapia como: “El arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad. Además, incluye la ejecución de pruebas eléctricas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución”.

Artroplastia de cadera

Comentado por (Onmeda, 2012), refiere a la artroplastia de cadera como, la implantación de una articulación artificial a través de la denominada endoprótesis total de cadera; Cuando la cadera sufre un daño irreparable.

De acuerdo a las categorías analizadas: **amplitud articular, movimiento y fuerza muscular**. En el paciente partcipe del caso, se evaluó en la cadera del lado derecho: flexión de cadera; extensión de cadera; y abducción de cadera.

El resultado final de la valoración de la articulación de cadera fue grado 2 (movimiento activo en todo el rango de movimiento sin gravedad) en la escala de Lovett.

Valoración articular.

Se evaluaron los movimientos de la articulación de la cadera:

Cadera: la categoría analizada en la valoración obtuvo los datos continuos: flexión 122°; extensión 10°; abducción 45°.

En concordancia con la recopilación general de los datos obtenidos por las distintas categorías se obtuvo el resultado de: miembro inferior afectado no completa el rango de movimiento por lo que se le realiza movimientos activos-asistidos.

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1. Denominación de la propuesta

Plan de intervención Fisioterapéutico en un paciente que presenta artroplastia de cadera para mejorar su calidad de vida.

3.2. Objetivos de la propuesta

3.2.1. Objetivo general

Lograr el mayor grado de independencia en el paciente que presenta artroplastia de cadera mediante la aplicación de un tratamiento fisioterapéutico.

3.2.2. Objetivos específicos

- Aliviar el dolor y disminuir la inflamación.
- Recuperar el mayor rango de movilidad articular.
- Recuperar la fuerza y masa muscular de la zona afectada.
- Lograr integrar al paciente de la manera más rápida posible a sus actividades de vida diaria.

3.3. Fundamentación de la propuesta

3.3.1. Caracterización de la propuesta

La artroplastia de cadera es una técnica muy utilizada para llevar a cabo cirugías de reemplazo total o parcial de cadera con una articulación artificial.

“Los pacientes en rehabilitación tras intervención de prótesis de cadera mejoran su calidad de vida” (M.J. Navarro, 2001).

Para lo cual después de la intervención quirúrgica como principal punto partiendo de nuestro objetivo general, el paciente para su recuperación debe realizar un tratamiento fisioterapéutico y lograr de la manera más eficaz incorporarse nuevamente a sus actividades de la vida diaria.

3.3.2. Las necesidades que se resuelven de acuerdo al diagnóstico de campo comprende:

- Fuerza muscular
- Movilidad articular

Las terapias fueron muy gratificantes ya que demostraron buenos resultados y la paciente se sintió satisfecha.

3.4. Planteamiento de la propuesta

La propuesta de intervención se basó en el objetivo de lograr el mayor grado de independencia en el paciente que presenta artroplastia de cadera mediante la aplicación de un tratamiento fisioterapéutico, con el fin de mantener la mayor movilidad posible

mediante una serie de ejercicios tanto manuales como mecánicos, realizados por el paciente con ayuda del terapeuta, realizando una serie de ejercicios que abarcaron todo.

Después de la colocación de una prótesis fue necesaria una buena re-adaptación a las actividades de la vida diaria como caminar o subir escaleras. Para llevar a cabo esta re-adaptación se realizó un programa de ejercicios que, además de permitir una adaptación al medio de vida, fue especialmente diseñado para mejorar la musculatura y movilidad articular afectada por la intervención quirúrgica.

Con este planteamiento se pretendió, conocer los beneficios que aportaría el tratamiento para las personas que fueron intervenidas quirúrgicamente a una artroplastia de cadera.

El tratamiento se llevó a cabo desde Septiembre del 2016 a Enero del 2017, en el Centro de Rehabilitación Física de la ciudad de Jipijapa. Se realizaron tres sesiones por semana con una duración de una hora y media por día.

Bajo el Tratamiento Fisioterapéutico que incluyó una serie de ejercicios:

Crioterapia

Esta parte de la terapia consistió en la aplicación de hielo sobre el organismo durante 10 a 15 minutos, con el fin de aliviar el dolor y disminuir la inflamación

Masoterapia

La terapia tuvo un período de duración de 15 minutos, la misma que consiste en un masaje relajante a lo largo de la cadera y muslo, seguido de un masaje un poco relajante, haciendo énfasis en las zonas más dolorosas, a fin de obtener una relajación muscular.

Movilizaciones activas-asistidas

Esta parte de la terapia tuvo una duración aproximada de 40 minutos. Se realizaron movilizaciones activas-asistidas, 3 series de 10 repeticiones de cada uno de los movimientos de la cadera, flexión, extensión, abducción. Para lograr la máxima amplitud de movimiento.

Recuperar la marcha

Se realizaron ejercicios con implementos. Con el fin de fortalecer la cadera y restablecer el movimiento para volver a caminar independientemente, mediante la observación en el momento en que el paciente pudo realizar la marcha sin ayuda del andador.

- En esta parte de la terapia, con la ayuda de las paralelas realizamos 5 vueltas caminando, hacia delante y hacia atrás.
- Se trabajó en el apoyo progresivo del pie.
- Realizamos 2 series de 10 repeticiones de cada uno de los movimientos de cadera, flexión, extensión, abducción, mantener por 5 segundos cada ejercicio, con ayuda de las paralelas.
- Con la ayuda de las escaleras, se realizaron ejercicios de subir y bajar, con una repetición de 5 veces.

Mantener la fuerza y masa muscular

- En esta parte de la terapia realizamos de 15 a 20 minutos bicicleta, sin resistencia.
- Realizamos también una serie de ejercicios isométricos, colocando una toalla enrollada por debajo de las rodillas a nivel de los huecos poplíteos y ejercemos presión contra la camilla por 5 segundos, soltamos y repetimos.

- Colocamos también la toalla enrollada entre las piernas a nivel de las rodillas y ejercemos presión entre ellas por 5 segundos, soltamos y repetimos.

3.5. Evaluación de Resultados e Impactos

Tabla I: *Escala de Lovett para medir la fuerza muscular.*

ESCALA DE LOVETT	GRADO	
	PACIENTE	GRADO
	PRE-VALORACION	POS-VALORACION
CADERA	Grado 2.- movimiento activo en todo el rango de movimiento sin gravedad.	Grado 4.- movimiento activo completo contra gravedad más resistencia.

Fuente: datos alcanzados en el estudio.

Tabla II: *Test de Valoración Articular para medir rango articular.*

POSICION	MOVILIDAD	GRADOS	DESPLAZAMIENTO EN GRADO	
			PACIENTE	GRADO
ANATOMIA ARTICULAR			PRE-VALORACION	POS-VALORACION
			ACTIVO-ASISTIDO	ACTIVO
	CADERA	FLEXION	125°	118°
	EXTENSION	10°	7°	10°
	ABDUCCION	45°	39°	43°

Fuente: datos alcanzados en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- pubmed.gov.* (diciembre de 2001). Obtenido de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11764347>
- E. PAGÈS, J. I. (2007). Recuperado el 16 de 1 de 2017
- E. Pagés, J. I. (2007). REHABILITACION. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitacion y Medicina Fisica*, 280.
- E. Pagés, J. I. (2007). REHABILITACION . *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitacion y Medicina Fisica*, 280.
- Galicia, C. O. (s.f.). *Centro de Fisioterapia de Caracas* . Obtenido de <http://www.fisiocaracas.es/>
- Leija, F. J. (20 de marzo de 2006). *medigraphic*. Obtenido de
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2006/or063d.pdf>
- M.J. Navarro, S. P. (2001). *Rehabilitacion* . Obtenido de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712001731891>
- Onmeda, R. (19 de marzo de 2012). *Onmeda.es*. Obtenido de
http://www.onmeda.es/exploracion_tratamiento/artroplastia_cadera.html
- Zhindón Galán, M. D. (1996). Recuperado el 16 de 1 de 2017, de
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19444>

ANEXOS



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE FISIOTERAPIA**

AUTORIZACIÓN

Yo, CELINDA EUFEMIA VASQUEZ FLORES

Autorizo a **ZULEMA GEOVANNA PINCAY CAÑARTE**, 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. Celinda Eufemia Vásquez Flores

ANEXO #1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL INVESTIGATIVO

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

PROVINCIA:

CIUDAD:

TELEFONO:

N° DE CEDULA:

ESTADO CIVIL:

OCUPACION:

MOTIVO DE CONSULTA:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANAMNESIS:

MEDICAMENTOS:


DIAGNOSTICO:

FECHAS DE ATENCIÓN

FECHA					
MES.					

PLAN DE TRATAMIENTO

Fecha	Notas iniciales	Tratamiento inicial

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACION			NUMERO DE
 Ministerio de Salud Pública	HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO	1416	PARROQUIA	CANTÓN	PRESENCIA	ARCHIVO 59057	
			02	08	13		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	CÉDULA DE CIUDADANÍA NCI
Desquez	Perez	Esther	Blanca	61	F	VA	130265777
1 RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO							
<p>Paciente femenina de 61 años de edad que cursa 5 días postoperatorio por resección total de prótesis de cadera derecha, por rotura de la cápsula, por luxación de Bakers anterior. Por lo que se procedió al Acondicionamiento quirúrgico.</p>							
2 RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES							
<p>Paciente que se encontraba con espacios de Bakers de cadera derecha. Se realizó cirugía de Reemplazo de prótesis total de cadera derecha con tálus largo.</p>							
3 HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS							
<p>Radiografía de cadera muestra Prtesis de cadera de buena alineación y colocación.</p>							
<p>Pruebas Hemáticas (04/07/2016)</p> <p>Hematos: 4.120.000</p> <p>Hemoglobina: 11,30</p> <p>Hematocrito: 33,80</p>							

ANEXO #3. INFORME MÉDICO



ANEXO #4. RADIOGRAFÍA

**CLÍNICA MATERNIDAD
"JESSEÑA MARGARETA"**

Dr. Cristian Castro Rojas
Dermatólogo y Médico
Telf: 2244117
Calle: 10 de Agosto
Cant. de Guayaquil

**SERVICIO DE ECOGRAFÍA: ECOGRAFÍA GENERAL, GINECO-OBSTETRICA, ECO DOPPLER
TRIDIMAS**

PACIENTE: VASQUEZ FLORES CELINDA ELFINA	EDAD: 61 años
MEDICO SOLICITANTE: DR. KRISTIAN VILE	SEXO: Femenino
NOMBRE DE APOYO: ESTUDIOS DE BARRIO ELAROSE	DIRECCIÓN:

INFORME ECOGROFICO

SE REALIZA RASTRO ECOGRÁFICO DE REGIÓN POPLITEA DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO CON TRANSDUCTOR LINEAL MULTIFRECUENCIAL.

HALLAZGO

EN REGIÓN POPLITEA A NIVEL DEL SURCO POPLITEO Y A 32 CM DESDE EL TALÓN SE OBSERVA QUISTO FISTULOSO EXTERNO, EL CUAL SE CONTINUA CON UN TRAYECTO DE FORMA LINEAL, CONTORNOS DEFINIDOS, ESTRUCTURA HOMOGÉNEA E HIPOECOGENICA COMPATIBLE CON TRAYECTO FISTULOSO, EL CUAL DESAMBOCA EN UNA IMAGEN DE FORMA OVALADA, UBICADA A 42 CM DESDE EL TALÓN, DE TAMAÑO APROXIMADO DE 2,8 X 2,3 CM, CONTORNOS POCO DEFINIDOS, ESTRUCTURA HETEROGÉNEA Y ECOGENICIDAD MIXTA A PREDOMINIO HIPOECOGENICO, COMPATIBLE CON ABESGO Y QUE EN PROFUNDIDAD ALCANZA EL PEROSTIO A TRAVEZ DE TRAYECTO FISTULOSO SECUNDARIO, DE BORDOS IMPRESOS Y QUE PODRIAN CORRESPONDER A PARTE DEL ABESGO MISMO O A TRAYECTO FISTULOSO; ASÍ MISMO SE OBSERVA UN TRAYECTO FISTULOSO DE ORIENTACIÓN TRANSVERSAL QUE PARTE DEL ABESGO PRINCIPAL Y QUE NO LLEGA A FISTULARSE A PIEL.

Dr. Cristian Castro Rojas
Médico Radiólogo
Especialista en Ecografía
Cant. de Guayaquil

DIAGNÓSTICO: LOS DATOS OBTENIDOS PODRÍA SUGERIR:

ABESGO PROFUNDO (SUB FACIAL) EN PARTE POSTERIOR DE MUSLO DERECHO EN SU TERCIO INTERIOR, UBICADO A 42 CM DESDE EL TALÓN, CON TRAYECTO QUE SE FISTULIZA A PIEL A NIVEL DEL SURCO POPLITEO IPSILATERAL A 32 CM DESDE EL TALÓN.

ID:160113191518993 Informe de mediciones

1.1 Información sobre el paciente

CLIN: JESSEÑA MARGARETA NOMBRE: VASQUEZ CELINDA SEXO: F
 ID: 160113191518993 EDAD: 61 FRECUENCIA CARDIACA: ***
 FN: 03/05/1954

1.2 Datos:



Fin informe

11/01/2016 14:42

ANEXO #5 Y 6. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS



LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO

MEDI-LAB

RUC: 1308687837001

Lcdo. Ronald López Alvarado
LABORATORISTA CLÍNICO

"Reservamos nuestro servicio día a día en favor de su salud"

Dirección: Calle Santisteván entre Buena y Buñivar primer piso alto del Almacén "ARTEFACTA"

Teléfono: 05280432 - 099940826 - 993426773 - Zapapa - Manabí

PACIENTE: Sra. Vázquez Flores Ceñda SEXO: Femenino EDAD: 60 años MEDICO ESPECIALISTA: Dr. (R). Cristian Cefante	FECHA DE PRUEBA: Viernes 15 Mayo, 2015 CÓDIGO: 9421 Fecha y Hora de Impresión: 15/05/2015 11:03:21
---	--

BIOMETRÍA HEMÁTICA

PRUEBA	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA
Hematocrito	*26 %	37 - 45 %
Hemoglobina	*11.3 g/dl	Neonatos a término, y de Sangre de cordón: 13.5 - 19.6 Niños de 1 año: 11.2 Niños de 10 años: 12.9 Hombres: 13.2 - 17.5 Mujeres: 11.8 - 14.5
Góbulos Rojos	4.270.000 /mm ³	3.850.000 - 5.240.000
Góbulos Blancos	7.270 /mm ³	De 4.500 a 10.000

ÍNDICES PLAQUETARIOS

PLAQUETAS	354.000 /mm ³	150.000-450.000
Plaquetocrito	0.28 %	0.10 - 0.50 %
VPM (volumen Corpuscular de las Plaquetas)	0.1 fl.	0 - 13 fl.

ÍNDICES HEMATOLÓGICOS

V.C.M. (Volumen Corpuscular medio)	86.1 fl.	86 a 96 fl
H.C.M. (Hemoglobina Corpuscular media)	26.5 Pg	26 a 32 pg
C.M.H.C. (Concentración Hemoglobina Corpuscular Media)	*30.7 %	32 a 36 %
RDW SD (Amplitud de Distribución de los Hematios)	*17.5 %	35 - 50 fl

RECUENTO DIFERENCIAL LEUCOCITARIO

Granulocitos Eosinófilos	2 %	De 0 a 4
Neutrófilos Segmentados	63 %	De 50 - 68
Linfocitos grandes y pequeños	31 %	De 20 - 45
Monocitos	4 %	De 2 - 6
Basófilos	%	De 0 - 2

Morfología de Hematios... Lig. Anisocitosis

Plasma Normal



ANEXO #7. EXÁMEN COMPLEMENTARIO



ANEXO #8. MOVILIZACIONES ACTIVAS- ASISTIDAS



ANEXO #9. MOVILIZACIONES ACTIVAS-ASISTIDAS



ANEXO #10. APLICACIÓN DE CRIOTERAPIA



ANEXO #11. EJERCICIOS ISOMÉTRICOS



ANEXO #12. MARCA EN PARALELA. EJERCICIOS ACTIVOS



ANEXO #13. EJERCICIOS EN ESCALERA

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

La escala de valoración de Lovett

CADERA

GRADOS	DESCRIPCIÓN
0	Ausencia de contracción.
1	Contracción visible o palpable.
2	Movimiento activo en todo el rango de movimiento sin gravedad.
3	Movimiento activo en todo el rango de movimiento contra gravedad.
4	Movimiento activo completo contra gravedad mas resistencia
5	Movimiento activo contra gravedad mas resistencia máxima.

ANEXO #14. ESCALA DE VALORACIÓN DE LOVETT

Test de valoración articular

POSICION ANATOMICA ARTICULACION	MOVILIDAD	GRADOS	DESPLAZAMIENTO EN GADO	
			PACIENTE	
			1	
			ACTIVO	PASIVO
CADERA	FLEXION	125°		
	EXTENSION	10°		
	ABDUCCION	45°		

ANEXO #15. TEST DE VALORACIÓN ARTICULAR