

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
ESCUELA DE TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL Y ESPECIAL
“DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ”
Avalada por la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala**



**INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO
REALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS SAN
VICENTE DE PAUL DE LA ZONA 5, DURANTE LOS MESES DE
ENERO A JUNIO DEL 2014.**

**Tratamiento fisioterapéutico oportuno en pacientes con
diagnóstico de evento cerebro vascular en etapa de ambulación.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR

MERCEDES ALMUDENA GRANADOS AMADO

**PREVIO A OBTENER EL TÍTULO DE
TÉCNICO DE FISIOTERAPIA.**

GUATEMALA, MAYO 2015



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ"



Guatemala, 29 de abril de 2015

Señorita Estudiante
Mercedes Almudena Granados Amado
Camé No. 201500771
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"

Señorita Estudiante:

Atentamente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que esta Dirección aprueba la impresión del trabajo titulado **INFORME FINAL DEL EJERCICIO TÉCNICO PROFESIONAL SUPERVISADO REALIZADO EN EL HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS SAN VICENTE DE PAUL DE LA ZONA 5, DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DEL 2014** Realizado por la estudiante **Mercedes Almudena Granados Amado**, previo a obtener el título de **Técnico de Fisioterapia**. El trabajo fue asesorado por la Fisioterapeuta Magnolia Vásquez de Pineda.


Licenciada Bertha Melanie Girard Luna de Ramirez

Directora



cc. Archivo



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN
Escuela de Terapia Física Ocupacional y Especial
"DR. MIGUEL ANGEL AGUILERA PEREZ"



Guatemala, 7 de octubre de 2,014.

Licenciada:
Bertha Melanie Girard Luna de Ramírez
Directora.
Escuela de Terapia Física, Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Ángel Aguilera Pérez"
Pte.

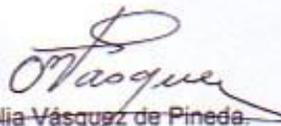
Apreciable Licenciada:

Por este medio me permito comunicarle que he tenido a la vista el Informe final del Ejercicio Técnico Supervisado de fisioterapia, realizado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la zona 5, en el período de enero a junio del 2,014, con el tema "Tratamiento fisioterapéutico oportuno en pacientes con diagnóstico de evento cerebro vascular en etapa de ambulación. Previo a obtener el título de **Técnico Universitario en Fisioterapia.**"

Presentado por la alumna: **Mercedes Almudena Granados Amado.**

El informe en mención, cuenta con los requisitos para ser aprobado. De la manera más atenta solicito a usted, se proceda con los trámites correspondientes.

Cordialmente:


Magnolia Vásquez de Pineda
Fisioterapista.



HOGAR Y CENTRO OCUPACIONAL DE ANCIANOS

SAN VICENTE DE PAUL

Fundado el 26 de septiembre de 1983

Guatemala 16 de Septiembre de 2014

Directora
Berta Melanie Girard Luna
Escuela de Terapia Fisica
Ocupacional y Especial
"Dr. Miguel Angel Aguilera Perez"
Presente

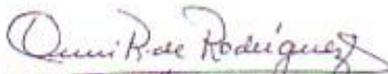
Apreciada Directora:

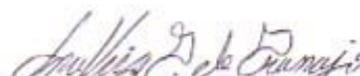
Por este medio se hace constar que la señorita, MERCEDES ALMUDENA GRANADOS AMADO , realizo su práctica de Ejercicio Técnico Profesional Supervisado ETS en los meses del 06 de Enero al 06 de junio del 2014.

Dicha práctica fue realizada de manera eficiente y satisfactoria, agradecemos el apoyo que nos brindaron.

Me suscribo de usted, espero contar siempre con la colaboración de dicha Escuela.

Atentamente


OLGA DE RODRIGUEZ
ADMINISTRADORA


ANA VIRGINIA GARCIA
FISIOTERAPISTA



Hogar y Centro
Ocupacional de Ancianos
San Vicente de Paul
28 Calle 25-28 Zona 5
Tel: 2335-5514
2335-5913

hogarancianos@ascasvip.org.gt
Oficina de: Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paul

28 calle 25-28 zona 5, Teléfono: 23355514, 23355913

hogarancianos@ascasvip.org.gt

Dedicatoria

A Dios:

Por estar conmigo durante toda mi vida, ayudándome a cumplir todas mis metas y sueños por darme la fuerza y sabiduría para poder seguir adelante; por guiarme a tomar las mejores decisiones de mi vida y por nunca dejarme en los momentos más difíciles.

A mis padres:

Por brindarme su paciencia, amor y entendimiento en todo momento de mi vida. Gracias a mi mamá y mi papá por ser un ejemplo de superación y perseverancia, por luchar por mí y por mis sueños, por esforzarse, apoyarme en cada etapa de mi vida y no hay manera de poder agradecerles y pagarles todo, les dedico este triunfo como una pequeña recompensa por todo lo han hecho por mí, los quiero y estaré eternamente agradecida con ustedes y que Dios los llene de mucha fuerza, amor, salud y bendiciones.

A mis hermanos:

Javier y Karen por ser mis amigos, por su compañía en todo momento porque juntos hemos compartido momentos felices y tristes, les dedico esta meta de muchas que tengo, y los ánimo a que nunca abandonemos los sueños y metas que nos proponemos para juntos salir adelante.

A mis familiares:

A mis abuelitos Rogelio y Lina, y a todas mis tías y tíos, primas y primos por sus muestras de cariño y apoyo incondicional por tanta alegría que hemos pasado juntos que Dios los bendiga y los llene de mucha sabiduría. Mil gracias en especial a mi tía Ibis, Sony y Abuelita Oly que han sido punto clave en esta meta.

A mis amigos:

María Fernanda, Alicia, Lucky por su apoyo incondicional y por tantas risas. A mis amigos de clase por brindarme su amistad y por su apoyo a lo largo de este sueño que comenzamos juntos, y en especial a Karen, Dany, Débora, y Abby por ser buenos amigos durante todo este tiempo.

A mi madrina:

Ana Virginia por brindarme su apoyo incondicional, por enseñarme a ser mejor y buscar la excelencia en todo. Gracias por su verdadera amistad.

A mis pacientes y centros de práctica:

A mis pacientes que ahora algunos de ellos son grandes amigos, por enseñarme con su ejemplo que en los momentos más difíciles siempre se puede sacar una sonrisa, gracias por todas sus bendiciones. A todos mis centros de práctica por ser parte importante de mi formación académica y profesional.

A mi escuela, maestro y supervisores:

FT. Ana Virginia, Carolina, Vivian, Rosaura, Susana, Lucrecia, por brindarme los conocimientos, la experiencia y las herramientas necesarias para mi formación profesional, abriéndome las puertas a un mundo lleno de conocimiento y amor al prójimo. Dios los bendiga a cada uno de ustedes.

Índice

1.	Introducción	03
2.	Capítulo I	
	✚ Contexto sociocultural: Guatemala	05
	✚ Datos institucionales	08
	✚ Enfoque de la investigación	12
	✚ Objetivos	13
3.	Marco teórico	
	✚ Fisioterapia	14
	✚ Importancia de la fisioterapia en el adulto mayor	15
	✚ El adulto mayor	17
	✚ Evento cerebro vascular	19
	✚ Alteraciones de la marcha	25
	✚ Protocolo de tratamiento fisioterapéutico	29
4.	Capítulo II	
	✚ Población atendida	30
	✚ Muestra	30
	✚ Instrumentos de recolección de datos	30
	✚ Metodología	31
	✚ Educación para la salud	33
	✚ Responsabilidades del fisioterapeuta ante el contexto	33
5.	Capítulo III	
	✚ Estadística y gráfica por edad	34
	✚ Estadística y gráfica por género	35
	✚ Estadística y gráfica por diagnósticos consultados	36
	✚ Estadística y gráfica de tratamiento brindado	37
	✚ Estadística y gráfica modalidad aplicada en el tratamiento	38
	✚ Presentación de casos	39

6. Capítulo IV

✚ Conclusiones	47
✚ Recomendaciones	48
✚ Bibliografía	49
✚ Anexos	50
✚ Protocolo de tratamiento fisioterapéutico	51
✚ Hoja de evaluación de amputados	52
✚ Hoja de evaluación de fisioterapia	53
✚ Hoja de evolución	55
✚ Hoja de asistencia o de estadística	56

Introducción

El presente informe es una recopilación del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado realizado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la Zona 5, en el periodo comprendido de 6 de Enero al 6 de Junio de 2014.

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, es una entidad de servicio social, de naturaleza esencialmente civil, católica, no lucrativa y de duración indefinida. Desde su inicio en 1,864, tiene como finalidad testimoniar la caridad de Cristo, en la tradición de San Vicente de Paúl. A tales fines la asociación cuenta con varias obras en donde se promueve el desarrollo de los menos favorecidos, entre ellas: Hogares de Ancianos, Jardines Infantiles, Colegios en donde se imparte primaria, secundaria y perito contador y un taller de capacitación.

El Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul, entre los servicios que presta, está el de Fisioterapia, la clínica cuenta con el equipo necesario para la atención que se presta, en los diversos campos de la fisioterapia, prevención, atención e inclusión.

El centro alberga más de 75 personas, en su mayoría hombres y mujeres que no poseen los recursos suficientes para valerse por sí mismos. Algunos de los residentes son mayores de 90 años y varios padecen de enfermedades tales como Parkinson, demencia motora senil, evento cerebro vascular, problemas de columna, amputaciones, sordera y ceguera. Todo es atendido por el personal profesional de los departamentos de medicina, psicología, trabajo social, fisioterapia y terapia ocupacional, además de servicio de enfermería.

Debido a que el diagnóstico de evento cerebro vascular es frecuente, se creyó conveniente efectuar el estudio en pacientes en etapa de ambulación, en esta afección, para lograr en ellos una ambulación funcional que le permita integrarse a las diferentes actividades de la vida diaria, mejorar su calidad de vida y su participación activa en actividades sociales y otras que su entorno le ofrece.

Se dan a conocer dos casos en los que la respuesta fue positiva y los objetivos de fisioterapia se cumplieron. Se presenta también las características de la población atendida, las actividades realizadas y la experiencia vivida en el desarrollo del ejercicio técnico supervisado.

Capítulo I

Contexto sociocultural diagnóstico poblacional

Ciudad de Guatemala

Guatemala es uno de los 22 departamentos de la República de Guatemala. Está situado en la región central del país, tiene una extensión territorial de 2,253 kilómetros cuadrados y su población es de aproximadamente 2 975 417 habitantes. Cuenta con 17 municipios y su cabecera departamental es el municipio de Guatemala .

El departamento de Guatemala limita al norte con Baja Verapaz, al este con El Progreso, Jalapa y Santa Rosa, al sur con Escuintla y al oeste, con Sacatepéquez y Chimaltenango. Su clima habitual es templado y su fiesta titular se celebra el 15 de agosto, en honor a la Virgen de la Asunción. Su fundación fue el 4 de noviembre de 1825.

División política

1. Amatitlán
2. Chianautla
3. Chuarrancho
4. Fraijanes
5. Mixco
6. Palencia
7. Petapa
8. San José del Golfo
9. San José Pínula
10. San Juan Sacatepéquez
11. San Pedro Ayampúc

12. San Pedro Sacatepéquez
13. San Raymundo
14. Santa Catarina Pinula
15. Villa Canales
16. Villa Nueva

Demografía

La población de Guatemala es de 15.400.000 habitantes, de los cuales el 40.8% está entre los 0 y 14 años, el 55.5% está entre los 15 y 64 años y el 3.6% de los 65 en adelante.

Historia

En el territorio del departamento de Guatemala, desde la época prehispánica floreció el centro ceremonial Kaminal Juyú, que era punto de enlace comercial entre el norte y el sur de Mesoamérica y entre las tierras altas y las bajas de las culturas mesoamericanas, entre ellas las mayas.

Con el arribo del hombre occidental en el siglo XVI, el Valle de la Virgen fue habitado desde muy temprano, por españoles, criollos, indios, negros y mulatos. A finales del siglo XVIII, en diciembre de 1773, el Valle de las Vacas, de la Ermita o de la Virgen, fue escogido por la Corona Real para efectuar el cuarto traslado de la ciudad de Guatemala durante la época colonial, llamada en esta oportunidad, por Real Cédula del 24 de mayo de 1776, Nueva Guatemala de la Asunción.

El departamento de Guatemala fue creado por Decreto de la Asamblea Constituyente de fecha 4 de noviembre de 1825.

Zona 5 de la ciudad de Guatemala

La Zona 5 de la ciudad de Guatemala es una de las 25 zonas en las que se divide la ciudad de Guatemala, de acuerdo al establecimiento de las mismas durante el gobierno de Jacobo Árbenz en 1952. La zona 5 abarca desde la 12 avenida a La Chácara y de la 21 calle al Campo de Marte.

Las zonas se aprobaron en aquel año en base a los estudios presentados por la Dirección de Planificación de la Municipalidad de Guatemala, relacionados con la zonificación de la ciudad.¹

Grupos étnicos

Históricamente, el territorio de la Guatemala fue habitado por pueblos de raza indígena en donde predominaban las razas maya, tz'utujil, quiché, etc. Desde la llegada de la raza blanca con los españoles, las dos razas se han mezclado a lo largo del tiempo, y ahora la raza predominante del país es una mezcla de ambas que se denomina raza ladino o mestiza. La población blanca y negra no garífuna también se consideran ladino. También a lo largo de tiempo han llegado emigrantes que han decidido asentarse en el país lo que provoca la aparición de nuevos grupos étnicos, raciales y nuevas culturas en el país.

Lenguas de Guatemala

Aunque el idioma oficial es el español, éste no es universalmente comprendido entre la población indígena. Sin embargo, los Acuerdos de Paz firmados en diciembre de 1996

¹ http://wikiguate.com.gt/wiki/Guatemalaal_departamento

aseguran la traducción de algunos documentos oficiales y los materiales de votación a varias lenguas indígenas.

Religión en Guatemala

La religión predominante es el Catolicismo Romano, al que muchos guatemaltecos indígenas han incorporado formas tradicionales de adoración. El Protestantismo y las religiones mayas son practicados por un estimado de 32% y 1% de la población, respectivamente. Aunque el estudio que realizó la corporación Latinobarometro, destaca que en el 2013 la religión católica de ser la religión mayoritaria paso a 47%, la evangélica aumento hasta 40%, un 2% practican otras religiones en su mayoría la espiritualidad maya y un 11% están clasificadas como ateo, sin religión, agnóstico.²

Diagnostico institucional del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos

San Vicente de Paul De la Zona 5

Educación

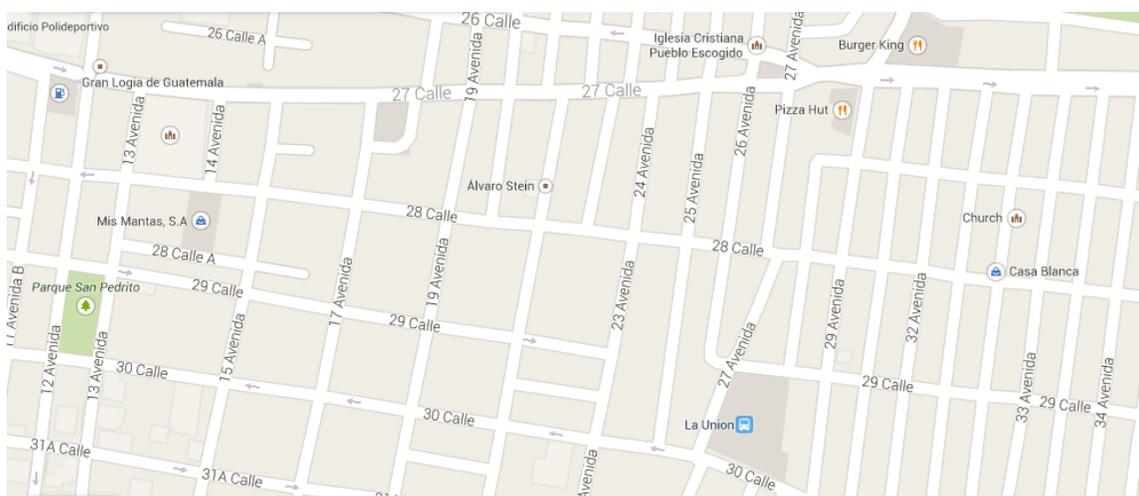
Las personas mayores del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente De Paúl de la zona 5 cuentan con un grado de escolaridad que va desde Pre-Primaria hasta el nivel Universitario.

Datos Institucionales

El Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul está ubicado en la 28 calle 25-28 zona 5.

² http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Guatemala

La Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl, es una entidad de servicio social, de naturaleza esencialmente civil, católica, no lucrativa y de duración indefinida. Desde su inicio en 1,864, tiene como finalidad testimoniar la caridad de Cristo, en la tradición de San Vicente de Paúl. A tales fines la asociación cuenta con varias obras en donde se promueve el desarrollo de los menos favorecidos, entre ellas: Hogares de Ancianos, Jardines Infantiles, Colegios en donde se imparte primaria, secundaria y perito contador y un taller de capacitación.



Fuente de datos: Google maps.

Misión

Asociación humanitaria integrada por voluntarias, que siguiendo la mística de San Vicente de Paúl, facilitan el desarrollo integral de las personas en situación de pobreza, a través de acciones y servicios solidarios comprometidos con el mejoramiento de su calidad de vida.

Visión

Ser luz que oriente y fuerza que transporte la sociedad en la lucha contra la pobreza y sus causas.

Objetivo general

Responder a las necesidades de los más pobres de manera organizada y eficaz, en la cooperación con los esfuerzos de la iglesia, otros organismos y sociedad civil.

El Hogar alberga más de 75 personas, en su mayoría hombres y mujeres que no poseen los recursos suficientes para valerse por sí mismos. Algunos de los residentes son mayores de 90 años y varios padecen enfermedades terminales o mentales, fracturas difíciles de sanar por el déficit de calcio que caracteriza el cuerpo a esa edad, ceguera, sordera y en algunos casos amputaciones. Todo es atendido por el personal profesional de los departamentos de medicina, psicología, trabajo social, fisioterapia y terapia ocupacional, además de servicio de enfermería.

Un considerable número de ellos por su avanzado deterioro físico ya no pueden movilizarse y se encuentra en cama o en una silla de ruedas.

El Hogar se sostiene a través de donativas, que realizan personas individuales e institucionales, aunque a veces son irregulares, temporales o insuficientes lo cual obliga a reducciones y limitaciones que afectan sensiblemente a los residentes.

El Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl pertenece a la Asociación de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl. Se fundó en el año de 1864, cuenta 250 trabajadores y 50 voluntarios. Es una asociación católica de mujeres de que trabajan con la convicción de ayudar a las personas en situaciones de pobreza.

Servicios que brindan: medicina, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, apoyo espiritual, cuidados de enfermería, servicio de lavandería y alimentación.

Población atendida

Adultos mayores tanto mujeres y hombres, en condiciones ambulatorias o en silla de ruedas, con y sin dificultades cognitivas.

Los residentes afiliados al Seguro Social cuentan con una sede en CAMIP Barranquilla, donde reciben los beneficios de atención médica y exámenes como: electrocardiograma, tomografía, exámenes de laboratorio y radiografía.

Los residentes que no están afiliados al Seguro Social tienen el beneficio de ser referidos a hospitales nacionales y los cuales utilizan métodos de diagnóstico tradicionales con la ayuda del médico de cabecera y enfermería, por medio de: historia clínica, signos vitales, reflejos tendinosos y examen físico.

Diagnósticos consultantes a la clínica de fisioterapia

Los diagnósticos son los siguientes:

Diagnóstico	Masculino	Femenino	Total
Amputación	3	1	4
Ciática	0	1	1
Cifosis	0	1	1

Post. Cirugía de Columna	1	0	1
Discapacidad Motora Senil	3	3	6
Evento Cerebro Vascular	4	2	6
Fractura de Cadera	1	0	1
Fractura Multifragmentaria	0	1	1
Lumbago	0	1	1
Total de Pacientes Atendidos	12	10	22

Fuente datos: Clínica de fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.

Investigación local

Enfoque de la investigación

En el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul zona 5 se pudo observar que los residentes con diagnóstico de evento cerebrovascular presentan dificultad para desplazarse y realizar sus actividades de la vida diaria lo cual les impide ser independientes y autosuficientes.

Algunos de los residentes llegan al Hogar ya con secuelas establecidas de evento cerebro vascular, en otros casos el evento se dio cuando la persona ya era residente del hogar, en ambos casos después de la etapa aguda, encontramos en ellos problemas del habla, falta de coordinación, afecciones motrices y por consiguiente poseen una mala marcha.

Se creyó conveniente entonces dar seguimiento a estos casos especialmente en el área de ambulación a fin de proporcionarles los medios fisioterapéuticos necesarios para una marcha funcional de acuerdo a su edad y características.

Se demuestra entonces el beneficio de la corrección de la marcha al paciente para mejorar su estado de salud y mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general

-  Brindar a cada uno de los residentes que asisten a la clínica de fisioterapia, un tratamiento de rehabilitación física adecuado en relación a su diagnóstico y evaluación, enfatizando en residentes con diagnóstico de evento cerebro vascular en etapa de ambulación para la corrección de la marcha en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la zona 5.

Objetivos Específicos

-  Realizar una evaluación a cada residente para conocer las deficiencias que posee y así aplicar la modalidad fisioterapéutica adecuada de acuerdo a su diagnóstico.
-  Dar a conocer al personal y residentes del hogar la importancia de la fisioterapia en el tratamiento de diversos diagnósticos.
-  Enseñar al residente ejercicios que pueda realizar en su tiempo libre, después de la terapia física para estimular el área afectada para una óptima recuperación.
-  Demostrar al residente el beneficio de la corrección de la marcha para mejorar su independencia y autovalencia.

Y para cumplir con los objetivos anteriores se propone el siguiente marco teórico

Marco teórico

Fisioterapia

La fisioterapia es el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad.

La palabra Fisioterapia proviene de la unión de las voces griegas: physis, que significa naturaleza y therapeia, que quiere decir tratamiento. Por tanto, desde un punto de vista etimológico, fisioterapia o physis-therapeia significa “Tratamiento por la naturaleza”, o también “Tratamiento mediante agentes físicos”.³

Es el conjunto de métodos y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen y adaptan a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicosomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.

Medios utilizados en la fisioterapia

La fisioterapia utiliza diferentes medios para la aplicación del tratamiento entre ellos la luz, el calor, sonido, electricidad, agua, etc. y para la atención de los residentes en el Hogar y hacer énfasis en la marcha se puede describir las siguientes modalidades:

 **Cinesiterapia:** Se define como el conjunto de procedimientos para el tratamiento de las enfermedades mediante el movimiento.

³ <http://fisioterapia.blogspot.com/p/que-es-fisioterapia.html>

- ✚ **Termoterapia:** Es el arte y la ciencia del tratamiento de enfermedades y lesiones utilizando el calor como agente físico (agente térmico) con una temperatura mayor a la regular del organismo (37°C).
- ✚ **Masoterapia:** Es la aplicación de una influencia mecánica efectuada con una mano sobre la cubierta corporal, la musculatura, tendones y ligamentos, ya en un punto concreto o zona topográfica más amplia, empleada con fines terapéuticos para alcanzar efectos determinados.
- ✚ **Técnicas propias de la fisioterapia:** Método de Rood, ejercicios de coordinación, ejercicios de equilibrio y Facilitación Neuromuscular Propioceptiva.

Especialidades de la fisioterapia

Existen diferentes especialidades que abarca la fisioterapia entre las cuales mencionaremos a continuación: traumatología, medicina deportiva, pediatría y las más importantes a mencionar son:

- ✚ **Neurología:** Parte de la medicina que se ocupa de la anatomía, la fisiología y las enfermedades del sistema nervioso.
- ✚ **Geriatría:** Parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la vejez. ⁴

Importancia de la fisioterapia en el adulto mayor

Es importante la fisioterapia en el adulto mayor ya que puede combatir o retardar, los procesos involutivos de la edad y / o inactividad que dan como resultado alteraciones de

⁴ <http://www.arturosoria.com/fisioterapia/art/first.asp>

los órganos, aparatos y sistemas y aunque asintomáticos al principio, pueden evolucionar hasta lograr la incapacidad física del sujeto.

La rehabilitación geriátrica es el mecanismo efectivo para compensar dentro de lo posible las consecuencias de la falta de actividad.

Las características y necesidades propias de la población adulta mayor los programas de ejercicios deben ser preparados y guiados por profesionales en fisioterapia y rehabilitación realizando una evaluación funcional previa para así determinar las capacidades de cada uno de los individuos y poder implementar un plan de terapia física adecuado a las necesidades personales.

La fisioterapia en el adulto mayor tiene la meta de proporcionar al adulto mayor un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento donde el objetivo primordial sea la independencia funcional de las personas, con la ganancia de una mejor la calidad de vida.

Estos son los principios generales de la fisioterapia en el anciano, cualquiera que sea el proceso del que se trate, deben aplicarse como medida general para luego aplicar las técnicas específicas correspondientes al proceso específico en el que esté el paciente:

-  Mantener o aumentar movilidad articular.
-  Mantener o mejorar la independencia en actividades de la vida diaria.
-  Mantener o aumentar la fuerza muscular.
-  Mejorar el patrón de marcha y equilibrio.
-  Favorecer la digestión.
-  Disminuir efectos del envejecimiento.

-  Disminuir la posibilidad de contraer enfermedades cardiovasculares.
-  Estimular su metabolismo.
-  Aumentar la capacidad respiratoria.
-  Disminuir los niveles de colesterol.
-  Lograr la confianza y cooperación del paciente desde un inicio.

La movilidad mantenida, asistida o estimulada evita mayores lesiones articulares y problemas musculares sobre todo contracturas, pérdida de fuerza y sus consecuencias de trastorno de la marcha, caídas, síndrome de inmovilización.⁵

El adulto mayor

Es un término antrópico-social que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad.⁶

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

⁵ <http://www.terapia-fisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>

⁶ <http://edukavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>

Pero también vale mencionar que para algunas personas esta etapa de la vida es ciertamente compleja y difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse. Porque en esta situación el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a experimentar estados súper negativos como ser los de exclusión y postergación.

En las sociedades avanzadas, el evento cerebro vascular agudo es la tercera causa de muerte, y la primera causa de invalidez en los adultos, especialmente en personas de más de 65 años.

En aquellos países desarrollados este grupo poblacional dispone de jubilación y pensión, en casos que así corresponda, lo que les permite recibir un ingreso monetario si es que ya no pueden o no desean trabajar más.⁷

Sin embargo, las personas mayores conforman un grupo con riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. Por esta razón, hay que tenerlas en mente, reconocerlas, y ayudar a nuestros adultos mayores, para que acudan al especialista requerido en cada caso.

De esta forma, son recurrentes las siguientes afecciones: artritis, artrosis, arterioesclerosis de las extremidades, Alzheimer, párkinson, sordera, presión arterial alta, hipertrofia de próstata, desnutrición, problemas visuales, demencia senil, osteoporosis y accidente cerebro vascular.⁸

⁷ <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>

⁸ http://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades_mas_comunes_tercera_edad.php

Evento cerebrovascular

Los eventos cerebrovasculares (ECV) comprenden un conjunto de trastornos de la vasculatura cerebral que conllevan a una disminución del flujo sanguíneo en el cerebro con la consecuente afectación, de manera transitoria o permanente, de la función de una región generalizada del cerebro o de una zona más pequeña o focal, sin que exista otra causa aparente que el origen vascular. La enfermedad cerebrovascular trae como consecuencia procesos isquémicos (de falta de sangre) o hemorrágicos (derrames), causando o no la subsecuente aparición de sintomatología o secuelas neurológicas. La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

La atención médica a los pacientes afectados súbitamente por una enfermedad cerebrovascular debe ser urgente y especializada, preferiblemente dentro de las primeras 6 horas del inicio de los síntomas.

Factores de Riesgo

- ✚ **Factores de riesgo modificables:** Hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, obesidad, sedentarismo, consumo de licor, tabaquismo, drogas adictivas y anticonceptivos orales.
- ✚ **Factores no modificables:** Edad, sexo, raza y elementos genéticos.

Clasificación

La enfermedad cerebrovascular la puede causar desde una aneurisma hasta una diabetes insípida. Incluyen también trastornos vasculares que afectan a los ojos y los oídos. Existen 2 tipos de formas de clasificar la enfermedad cerebrovascular las cuales son:

 Isquémico: Disminución transitoria o permanente del riego sanguíneo de una parte del cerebro, producida por una alteración normal o patológica de la arteria o arterias aferentes a ella.

 Trombótico: Es cuando una de las arterias que suministra sangre al cerebro se estrecha y el aporte sanguíneo al cerebro resulta tan precario que la sangre forma un coágulo en la porción dañada y bloquea la arteria de forma total o parcial.

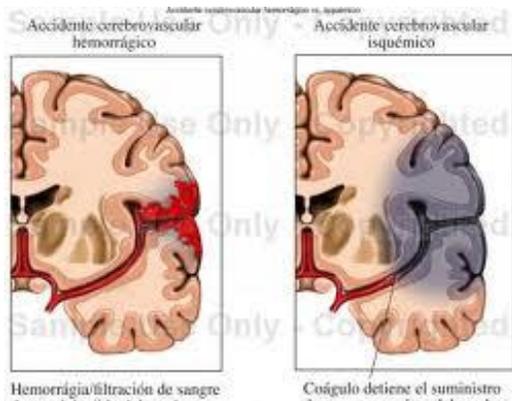
- ⦿ Infarto lacunar: Oclusión de vasos cerebrales pequeños ocluyendo la irrigación sanguínea de un volumen pequeño de tejido cerebral.
- Infarto de un gran vaso sanguíneo.

 Embólico: Es un coágulo que se desprende de la pared de un vaso sanguíneo y circula a lo largo de estos ocasionando una obstrucción sanguínea.

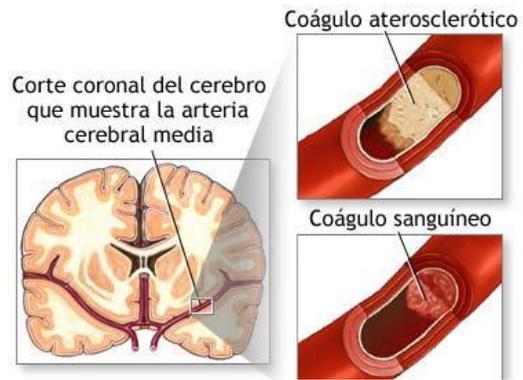
- ⦿ Cardioembólico: La embolia proviene del corazón, con frecuencia, de la aurícula cardíaca. Arteria-arteria.
- ⦿ Criptogénico: La oclusión de un vaso intracraneal sin causa aparente.

 Hemorrágico: Ocurre cuando un vaso sanguíneo del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro.

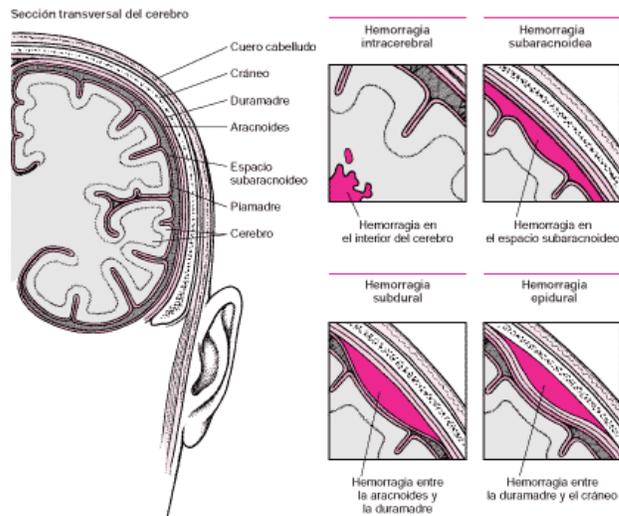
- ⦿ Intraparenquimatoso
- ⦿ Subdural
- ⦿ Epidural
- ⦿ Subaracnoideo



Fuente de datos: www.fisioterapianeurologica.es



Fuente de datos: casoclinicoacv.blogspot.com



Fuente de datos: consulta-medica.blogspot.com

Etiología o causas

Las causas más frecuentes de evento cerebrovascular son la trombosis en pacientes con arteroesclerosis, la hemorragia cerebral hipertensiva, el accidente isquémico transitorio, el embolismo, la rotura de aneurismas, las malformaciones arteriovenosas, la vasculitis y la tromboflebitis. Otras causas menos frecuentes incluyen ciertas alteraciones hematológicas

como la policitemia y la púrpura trombocitopénica, los traumatismos de la arteria carótida, los aneurismas disecantes de la aorta, la hipotensión arterial sistémica y la jaqueca con déficit neurológico. El accidente isquémico transitorio ocurre si la sintomatología del evento cerebrovascular es menor de 60 minutos de duración a partir de entonces se denomina ataque cerebrovascular ó infarto cerebral.⁹

Cuadro clínico

El cuadro clínico se refiere al conjunto de signos y síntomas que se presentan en un tipo de enfermedad o padecimiento del evento cerebro vascular.

La presentación clínica de la ECV se da fundamentalmente de dos formas: aguda, manifestada por el accidente cerebrovascular y la hemorragia subaracnoidea; y una forma crónica manifestada por demencia y epilepsia.

Un paciente con enfermedad cerebrovascular suele tener síntomas neurológicos como debilidad, cambios del lenguaje, visión o cambios en la audición, trastornos sensitivos, alteración del nivel de conciencia, ataxia, u otros cambios en la función motora sensorial. La enfermedad mental puede también producir trastornos de la memoria.

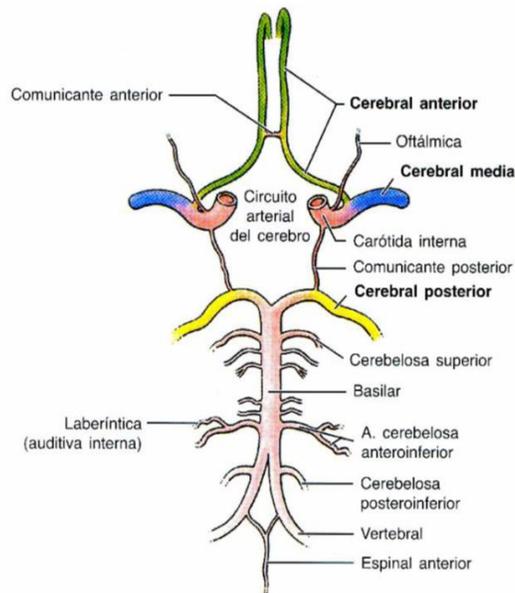
A continuación los síntomas se clasifican de acuerdo a la región afectada del polígono de Willis:

⁹ Benton, William. Enciclopedia Barsa. Encyclopedia Britannica, Inc.

<ul style="list-style-type: none"> ✚ ECV de circulación cerebral anterior 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ ECV de circulación cerebral posterior
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Arteria oftálmica ✚ Ceguera de un ojo ✚ Arteria cerebral anterior ✚ Paresia contralateral. (pierna más que el brazo, cara). ✚ Déficit sensitivo contralateral. ✚ Desviación ocular hacia el lado de la lesión. ✚ Incontinencia urinaria. ✚ Bradicinesia. ✚ Mutismo acinético, abulia. ✚ Arteria cerebral media ✚ Hemiplejia contralateral (cara, brazo más que pierna). ✚ Déficit sensitivo contralateral. ✚ Afasia (hemisferio izquierdo). ✚ Hemianopsia. ✚ Desviación ocular hacia el lado de la lesión. ✚ Apraxia (hemisferio izquierdo).¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Arteria cerebral posterior ✚ Vértigo. ✚ Ataxia de la marcha. ✚ Diplopía. ✚ Parestesias. ✚ Alteraciones visuales. ✚ Disfagia. ✚ Amnesia. ✚ Nistagmus. ✚ Parálisis mirada vertical. ✚ Oftalmoplejía internuclear. ✚ Paraparesia. ✚ Hemianopsia. ✚ Disartria. ✚ Dislexia.

Fuente de datos: Enciclopedia Escolar.

¹⁰ Anónimo. Enciclopedia Escolar. España.



Fuente de datos: anatomiapractica.wordpress.com

Entre las consecuencias más frecuentes del evento cerebrovascular se tienen:

- ✚ **Edema con hipertensión intracraneal:** Es un incremento en la presión hidrostática del interior de la cavidad craneal, en particular en el líquido cefalorraquídeo, debido a la suma de presiones que ejercen los elementos intracraneales. Suele ponerse de manifiesto entre el tercer y el quinto día, y debe tratarse médicamente.
- ✚ **Crisis epiléptica:** Si aparecen precozmente, la probabilidad de que se repitan pasado el periodo agudo es baja. Es mayor en los que aparecen tardíamente.
- ✚ **Complicaciones psiquiátrica:** Es frecuente que surjan durante la convalecencia, durante el proceso rehabilitador y también al finalizar éste. La depresión es particularmente común, especialmente si la mejoría en la rehabilitación es muy lenta. También puede aparecer ansiedad, con o sin ataques de pánico, y labilidad emocional con diferentes alteraciones afectivas (pasar del llanto a la risa sin motivo, llorar o reírse sin causa aparente).

- ✚ **Dolor central o dolor talámico:** Se denomina así a un dolor de cabeza intenso de aparición brusca, y con la sensación de quemar. A veces se acompaña de alteraciones en la percepción del frío y del calor.
- ✚ **Neumonía:** Es una causa importante de muerte en los pacientes con evento cerebrovascular (responsable de un 15-25% de ellas). La mayoría están causadas por aspiración, en pacientes con bajo nivel de conciencia o alteración en la deglución. La inmovilización y la dificultad para respirar también predisponen a la aparición de neumonía por retención de secreciones. Los cambios posturales y la terapia física pulmonar o fisioterapia respiratoria pueden ayudar a prevenirla.
- ✚ **Infección urinaria:** La retención urinaria es frecuente en la fase inicial, y consecuentemente la colocación de catéteres, lo que aumenta el riesgo de infecciones urinarias. Se debe intentar retirar la sonda lo antes posible con el objetivo de disminuir el riesgo de infección.
- ✚ **Trombosis venosa y úlceras de decúbito:** Esto es debido por la falta de movilización en cama.
- ✚ **Hemiplejia:** Parálisis del hemicuerpo; es el resultado de un accidente cerebrovascular, lo cual provoca trastornos del movimiento.¹¹

Alteraciones de la marcha

La marcha es una serie de movimientos alternantes, rítmicos de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento hacia adelante del centro de gravedad. El ciclo de esta comienza cuando el pie contacta con el suelo y termina con el siguiente

¹¹ <http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/ictus.asp>

contacto del mismo pie con el suelo. La marcha se produce como resultado de la acción coordinada de diversos sistemas musculares.

Determinados procesos neurológicos modifican las características de la marcha normal como consecuencia de la alteración de la fuerza de los músculos que intervienen, o de la coordinación que debe existir entre ellos, condicionando una marcha característica de cada situación.

Vamos a recordar cual es el mecanismo de la marcha normal y las modificaciones más típicas que se producen en el curso de diversas enfermedades, para terminar utilizando estos conocimientos en el diagnóstico diferencial entre la afectación del sistema nervioso central y el periférico por un lado y de estas últimas enfermedades entre sí, de acuerdo con el siguiente esquema:

1. Mecanismo de la marcha normal

En la marcha normal siempre hay un pie apoyado en el suelo (estático) y el otro avanzando, en el aire (dinámico). Cuando un pie apoya, el otro despega, de forma que cuando uno es estático el otro es dinámico y viceversa. En esto se distinguen de la carrera o el salto en los que ambos pies se sitúan en el aire al tiempo. El peso del cuerpo se mantiene en el miembro estático, pasando alternativamente de uno a otro miembro a medida que se desplaza el centro de gravedad.

La extremidad se convierte en estática en el momento en que el pie apoya en el talón. El apoyo, se desplaza progresivamente por el borde interno del pie hasta acabar en el dedo gordo que es el último apoyo antes del despegue, tras el cual se convierte en dinámica. La extremidad dinámica despega con el pie en flexión y progresivamente va extendiéndose a medida que el miembro avanza hacia delante para acabar el ciclo apoyando de nuevo en el suelo por el talón con el pie en extensión.

Conviene, por razones didácticas, descomponer el mecanismo de la marcha en tres pasos principales:

1. Despegue

Cuando se inicia el movimiento, el miembro dinámico se eleva y se lanza hacia delante impulsado por los músculos distales (sóleo y gemelos). La musculatura de la cintura pélvica y el músculo cuádriceps del miembro estático mantiene fija la pelvis, evitando que bascule, con la rodilla bloqueada en extensión.

2. Avance

El miembro dinámico se eleva en el aire desplazándose hacia delante. Para ello se realiza la ante versión del muslo (iliopsoas), flexión de la rodilla y extensión del pie, mientras los glúteos mantienen fija la pelvis, evitando que caiga del lado del miembro dinámico. Durante esta fase del movimiento el pie se extiende (flexión dorsal) progresivamente, evitando que la punta arrastre por el suelo, interviniendo en ello la musculatura distal de la extremidad.

3. Apoyo

El apoyo en el suelo se alcanza por el talón con la rodilla ligeramente flexionada, la extremidad es impulsada por los músculos distales (sóleo y gemelos) que flexionan el pie desenrollándole de atrás a delante sobre su parte interna en el sentido talón-punta hasta que el pie apoya únicamente en el dedo gordo, inmediatamente el pie abandona el suelo para oscilar hacia delante transformándose la extremidad de nuevo en dinámica.

Miembro estático

El apoyo del miembro estático comienza por el talón en el miembro más adelantado, progresando por el borde interno para acabar en el dedo gordo en el despegue. Los músculos involucrados en este movimiento son los gemelos y sóleo

Miembro dinámico

El pie del miembro dinámico se encuentra fuertemente flexionado en el despegue. Durante su recorrido se va de flexionando, evitando así rozar con la punta por el suelo, de forma que en el apoyo está extendido. Los músculos que intervienen son el tibial anterior y los peroneos.

A continuación se exponen algunos tipos de marcha que tienen su origen en alguna patología del sistema nervioso central.

Marcha hemipléjica

La extremidad inferior avanza con el muslo en abducción realizando un movimiento en guadaña con el pie en actitud equino-vara. El brazo pierde su balanceo normal, manteniéndose en semiflexión y pronación delante del tronco.

Se pueden encontrar otros tipos de marcha dependiendo la zona afectada del cerebro como por ejemplo:

Marcha cerebelosa

Aumento de la base de sustentación. Incoordinación muscular en el automatismo de la posición erecta.

Marcha vestibular

Desviación lateral en el sentido de una pulsión vectorial hacia el lado del vestíbulo anulado.¹²

¹² <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16-altmarcha.pdf>

Protocolo de tratamiento fisioterapéutico en etapa de ambulación para la corrección de la marcha en pacientes de la tercera edad con diagnóstico de ECV.

1. Objetivos fisioterapéuticos

-  Mejorar la amplitud articular y fuerza muscular del MMSS y MMII afectado.
-  Evitar la sintomatología del hombro doloroso del hemipléjico.
-  Reeducación progresiva de la marcha en paralelas, con andador, muleta, y por último independiente.
-  Mantener la autonomía el mayor tiempo posible y conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria.

2. Métodos y técnicas

-  Ejercicios rectilíneos en miembro superior e inferior izquierdo.
-  Ejercicios de coordinación.
-  Ejercicios de equilibrio.
-  Ejercicios de Kabat.
-  Corrección de la marcha aplicando descargas de peso en ambos miembros en paralelas, con bastón de 4 puntos utilizando todas las fases de la marcha.¹³

¹³ <http://www.efisioterapia.net/articulos/caso-practico-un-hemiplejico-izquierdo>.

Capítulo II

Técnicas e instrumentos

Población

Residentes que asistieron a la clínica de fisioterapia del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la zona 5 con distintos diagnósticos, que fueron referidos por los médicos tratantes.

Muestra

Se dio seguimiento de casos a 2 adultos mayores con edades de 74 y 68 años, de sexo masculino con diagnóstico de evento cerebro vascular en etapa de ambulación con tipo de marcha hemipléjica.

Tipo de investigación

Se utilizó el estudio de casos, cada paciente se evaluó y se trató individualmente, se les dieron indicaciones a ellos para que realizaran ejercicios después del tratamiento de fisioterapia, para poder ver la evolución de los mismos. Se llevó un registro del control mensual y observaciones en cada momento del tratamiento.

Instrumentos de recolección de datos

Hoja de evaluación (anexo 2)

Esta hoja se utilizó para registrar la evaluación de los adultos mayores sujetos a seguimientos de casos, se anotaron los datos generales del paciente, incluyendo fuerza muscular, movilidad articular, coordinación, equilibrio, sensibilidad y traslados a diferentes posiciones.

Hoja de evolución (anexo 3)

En este documento se registró el progreso que el paciente tuvo durante el tiempo en que se implementó el programa, así como las fechas de consulta.

Hoja de asistencia o estadística (anexo 4)

En esta hoja se registró a todos los pacientes que asistieron a la clínica de fisioterapia y se les brindó atención, anotando el nombre del paciente, fecha y diagnóstico del mismo.

Procesamiento de datos

Los datos que se recolectaron en las hojas de evaluación, evolución y estadística se presentan en gráficas de barras evidenciando la cantidad de casos que se atendieron en la clínica de fisioterapia, tomando en cuenta edad, sexo, diagnóstico, tratamientos dados y duración de tratamientos.

Metodología

Se contribuyó con la rehabilitación física de los residentes, del 6 de enero al 6 de junio de 2014 en un horario de 8:00 AM a 12:30 PM, a todos los adultos mayores que fueron referidos por médicos tratantes del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.

Debido a que el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul cuenta con una clínica de fisioterapia, se trabajó con el material presente en el Hogar para así brindar una óptima recuperación, dejando también registro en hojas de evolución el tratamiento brindado durante el día, así como en hojas de estadística.

Se realizó seguimiento a cada uno de los pacientes que asistieron a la clínica, realizando evaluaciones iniciales, según el diagnóstico del paciente los aspectos que se evaluaron fueron los siguientes: fuerza muscular, movilidad articular, sensibilidad y coordinación.

Según el resultado de las evaluaciones se brindó tratamiento fisioterapéutico por el tiempo que lo requirieron, dentro de las técnicas que se utilizaron están: ejercicios de coordinación, ejercicios rectilíneos, Facilitación Neuromuscular Propioceptiva y masaje siendo este el que más se aplicó.

Dentro de la programación del servicio de fisioterapia los días lunes y miércoles se impartió gimnasia en el horario de 8:45 a 9:30 dirigiendo el programa durante la estancia de E.T.S. Así mismo se apoyó en la atención a diferentes grupos e instituciones que llegaban a visitar y realizar actividades dentro del hogar.

Se observó que los residentes con diagnóstico de evento cerebrovascular presentan dificultad para desplazarse y realizar sus actividades de la vida diaria lo cual les impide ser independientes y autosuficientes, basado en la observación se realizó como tema de investigación la importancia del tratamiento fisioterapéutico en pacientes con evento cerebro vascular en etapa de ambulación para la corrección de la marcha dentro del Hogar, iniciando con la evaluación de cada uno de ellos para aplicar el tratamiento, modalidad adecuada según su diagnóstico para que asistían a fisioterapia los días lunes, miércoles y viernes para una óptima recuperación.

Esta investigación se realizó con ayuda de otros trabajadores, como el médico de cabecera, enfermería y terapia ocupacional, teniendo un abordaje interdisciplinario.

Educación para la salud

Se dio a conocer al personal y residentes del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul la importancia que debe tener la fisioterapia en varios campos y los beneficios de la misma, su interacción con las otras disciplinas en salud y la cooperación entre estas disciplinas.

Responsabilidad del fisioterapeuta ante el contexto

Se ha observado en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul durante este tiempo que el 27.27% de la población tiene secuelas de evento cerebro vascular siendo necesario brindar un tratamiento adecuado a esta población, para lograr su independencia, autovalencia.

Existen personas que tienen dificultades para llegar a la clínica de fisioterapia, lo cual es responsabilidad del fisioterapeuta realizar visitas en cada una de las habitaciones para brindarles instrucciones sobre cuidados y ejercicios que pueden realizar de acuerdo a su diagnóstico para una óptima recuperación y mejorar su calidad de vida.

Capítulo III

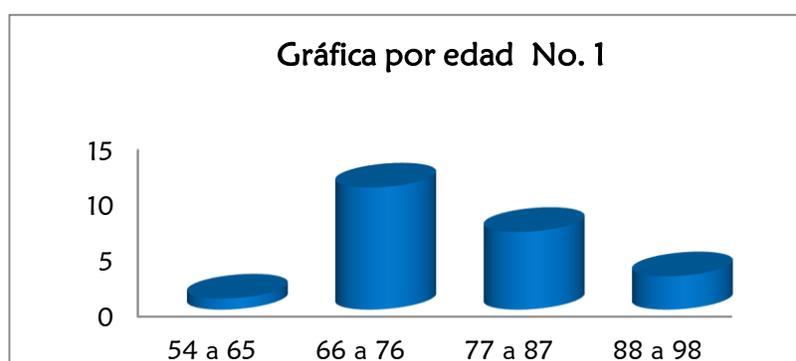
Análisis e interpretación de los resultados

En el siguiente capítulo se dan a conocer los resultados del trabajo realizado en el hogar atendiendo de 22 residentes que asistieron a la clínica de fisioterapia durante los meses de enero a junio, así como el seguimiento de 2 casos con hemiplejía y enfatizando en la reeducación de la marcha.

Estadística por edades No. 1

Edad	Cantidad	Porcentaje
54 a 65	1	4.55
66 a 76	11	50
77 a 87	7	31.82
88 a 98	3	13.64
Total	22	100

Fuente de Datos: Clínica de fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.

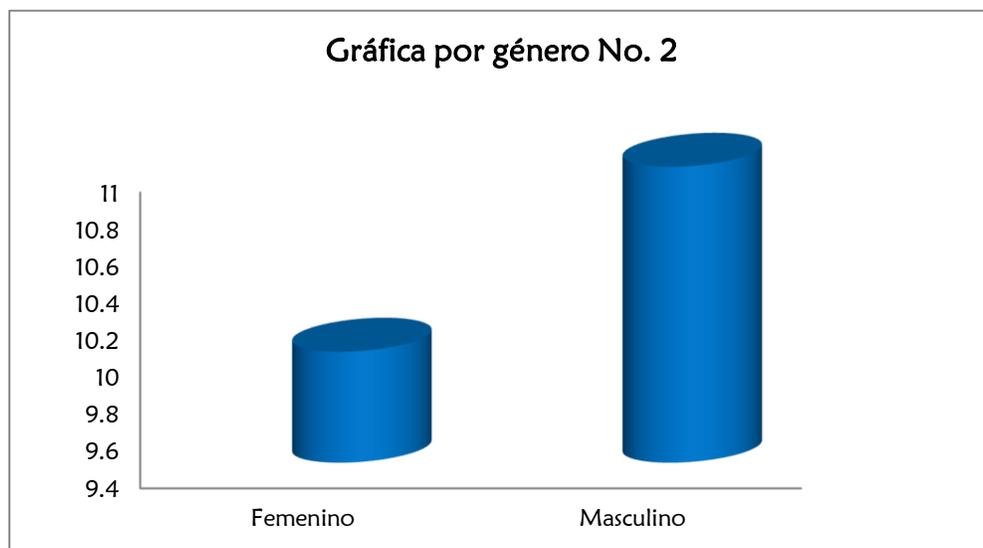


Análisis: Los porcentajes de la gráfica demuestran que las edades comprendidas entre 66 a 76 años fue la población más atendida con 50% en la clínica de fisioterapia, en los meses de enero a junio 2014.

Estadística por género No. 2

Sexo	Total	Porcentaje
Femenino	10	45.45
Masculino	12	54.55
Total	22	100

Fuente de Datos: Clínica de fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.



Análisis: En la gráfica se demuestra que la mayor incidencia de la población atendida son pacientes del género masculino con 54.55% y el género femenino con 45.45% en la clínica de fisioterapia, en los meses de enero a junio 2014. La mayor incidencia es de género masculino debido a que en un inicio el hogar era exclusivo solo para hombres al pasar de los años se decidió convertirlo en mixto teniendo como resultado mayor población del género masculino.

Estadística por diagnósticos consultados No. 3

Diagnóstico	Total	Porcentaje
Amputación	4	18.18
Ciática	1	4.55
Cifosis	1	4.55
Post. Cirugía de Columna	1	4.55
Discapacidad Motora Senil	6	27.27
Evento Cerebro Vascular	6	27.27
Fractura de Cadera	1	4.55
Fractura Multifragmentaria	1	4.55
Lumbago	1	4.55
Total	22	100

Fuente de Datos: Clínica de Fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.

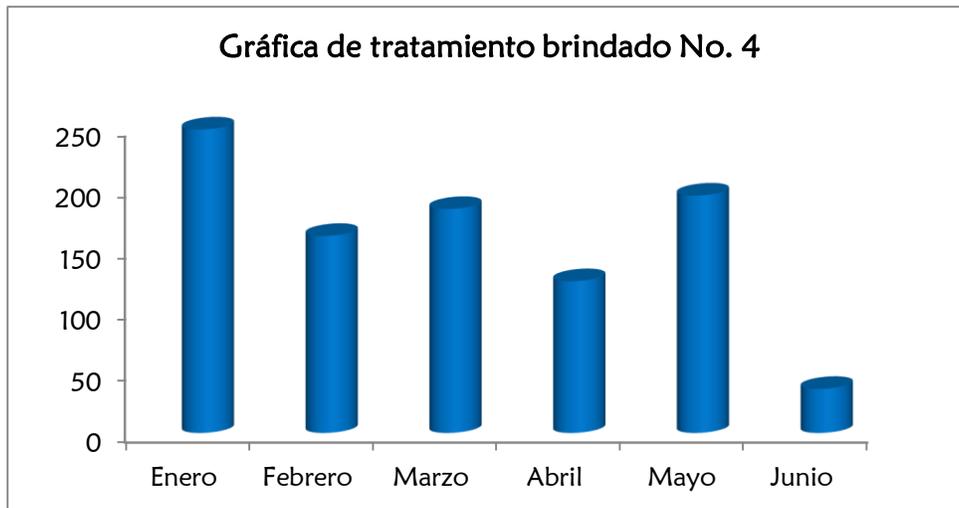


Análisis: Los porcentajes de la gráfica demuestran que el diagnóstico que más atención se le brindó fue discapacidad motora senil con 27.27% y evento cerebro vascular con 27.27% en la clínica de fisioterapia, en los meses de enero a junio 2014. Por tal motivo se decidió tomar seguimiento de casos de evento cerebro vascular.

Estadística de tratamiento brindado No. 4

Mes	Total	Porcentaje
Enero	248	26.22
Febrero	161	17.02
Marzo	183	19.34
Abril	124	13.11
Mayo	194	20.51
Junio	36	3.81
Total	946	100

Fuente de Datos: Clínica de fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.

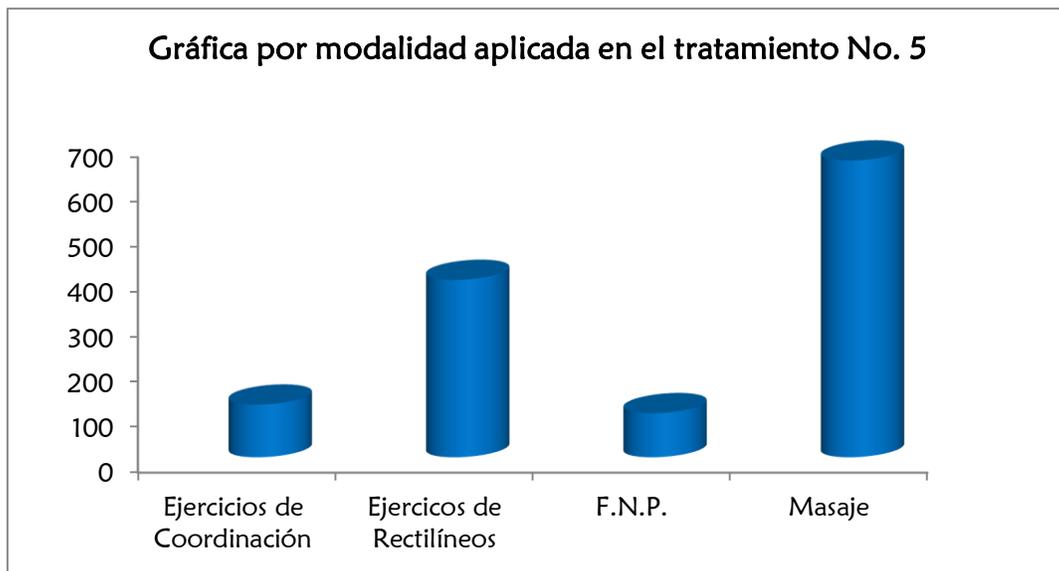


Análisis: Los porcentajes de la gráfica demuestran que enero es el mes que más tratamientos se brindaron con 26.22%; la práctica del Ejercicio Técnico Profesional Supervisado concluyó el 9 de junio por lo tanto fue el mes que menos tratamientos se brindaron con un 3.81%.

Estadística por modalidad aplicada en el tratamiento No. 5

Tratamiento	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total	%
Ejercicios de Coordinación	35	20	23	16	17	6	117	9.23
Ejercicios Rectilíneos	91	66	84	59	80	14	394	31.07
F.N.P.	32	17	21	13	13	2	98	7.73
Masaje	181	111	123	81	137	26	659	51.97
Total	339	214	251	169	247	48	1,268	100

Fuente de Datos: Clínica de fisioterapia, Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul.



Análisis: Los porcentajes de la gráfica demuestran que la modalidad más aplicada dentro del tratamiento en la clínica de fisioterapia fue el masaje con 51.97% que de acuerdo a los diagnósticos presentados tiene efectos sobre las variantes de dolor y relaja las zonas afectadas que presentan espasmo muscular.

Presentación del caso

Caso 1

Datos generales

Edad: 74 años.

Fecha de nacimiento: 03/04/1940.

Sexo: Masculino.

1. Historia clínica

Paciente refiere que el día del accidente el realizaba su rutina de deporte (natación) en la mañana como todos los días, al regresar a su casa siente un fuerte dolor en el pecho lo cual lo obliga llamar a los bomberos y lo llevan de emergencia al hospital.

2. Diagnóstico

 Evento cerebro vascular izquierdo.

3. Primera evaluación

1. Posición supina, amplitud articular y fuerza muscular normales en tronco, miembro superior e inferior derecho, en miembro superior izquierdo se encuentra rígida y limitada las articulaciones de hombro, codo, muñeca y se ve más afectado los flexores de los dedos de la mano. En miembro inferior izquierdo cadera, rodilla y tobillo se encuentran limitados en amplitud articular debido a la hemiparesia.

2. Posición de pie y sentada paciente es independiente con postura normal y equilibrio estable.

3. La ambulaci3n la realiza con un bast3n de 4 puntos.
4. La coordinaci3n en la ambulaci3n carece del balanceo de brazos y presenta una marcha de hemipl3jico la cual consiste en que el miembro inferior afecto no presenta todas las fases de la marcha teniendo como resultado que arrastre el pie.
5. La sensibilidad superficial y profunda si percibe todo tipo de sensaci3n tanto t3rmicas y de dolor, reconoce todo tipo de objetos y sentido de posici3n.

4. Objetivos fisioterap3uticos

-  Mantener amplitud articular y fuerza muscular en el lado sano.
-  Aumentar amplitud articular y fuerza muscular en el lado afecto
-  Disminuir rigidez articular.
-  Corregir la marcha.
-  Mejorar coordinaci3n en la ambulaci3n.

5. Tratamiento fisioterap3utico

-  Calor local en miembro superior izquierdo.
-  Ejercicios rectil3neos en miembro superior e inferior izquierdo.
-  Ejercicios de coordinaci3n para la ambulaci3n.
-  Correcci3n de la marcha aplicando descargas de peso en ambos miembros en paralelas, con bast3n de 4 puntos utilizando todas las fases de la marcha.

6. Segunda evaluación

1. Posición supina, amplitud articular y fuerza muscular normales en tronco, miembro superior e inferior derecho, en miembro superior izquierdo ya no se encuentra rígidas las articulaciones de hombro, codo, muñeca y flexores de los dedos pero aun poseen limitación por la hemiparesia. En miembro inferior izquierdo cadera, rodilla y tobillo se encuentran limitados debido a la hemiparesia.
2. Posición de pie y sentada paciente es independiente con postura normal y equilibrio estable.
3. La ambulación la realiza con un bastón de 4 puntos.
4. La coordinación en la ambulación se ha visto franca mejoría, ya que no arrastra el pie afectado y realiza todas las fases de la marcha en diferentes terrenos y se puede apreciar más balanceo de brazos.
5. La sensibilidad superficial y profunda si percibe todo tipo de sensación tanto térmicas y de dolor, reconoce todo tipo de objetos y sentido de posición.

7. Objetivos fisioterapéuticos

-  Aumentar amplitud articular y fuerza muscular en el lado afecto.
-  Corregir la marcha.
-  Mejorar coordinación en la ambulación.

8. Tratamiento fisioterapéutico

-  Ejercicios rectilíneos en miembro superior e inferior izquierdo.

-  Ejercicios de coordinación para la ambulaci3n.
-  Ejercicios de equilibrio en bipedestaci3n.
-  Estabilizaciones r3tmicas en bipedestaci3n.
-  Corregir la marcha con bast3n de 4 puntos utilizando todas las fases de la marcha en diferentes tipos de terrenos con distancias cortas y largas.

9. Evoluci3n del caso

Se inici3 con ejercicios de ambulaci3n en las paralelas para mejorar la marcha, al principio 3l no pod3a asentar completamente el pie y arrastraba dicho miembro, debido a su perseverancia el asiste a fisioterapia 3 veces por semana para adelantar su proceso de rehabilitaci3n. En el mes de abril se ha visto franca mejor3a en la ambulaci3n ya que no arrastra el pie afectado y realiza todas las fases de la marcha en diferentes terrenos y se puede apreciar m3s balanceo de brazos.

Para aumentar la amplitud articular y fuerza muscular se aplic3 calor en miembro superior izquierdo para despu3s movilizarlo, en este miembro tiene m3s afectado el 3rea de los dedos manteni3ndolos en flexi3n, lo que le impide agarrar objetos y realizar actividades de la vida diaria; para mejorar la condici3n de la mano y dedos, se le coloca una f3rula larga de buena posici3n para mantener los dedos en extensi3n durante el periodo de tiempo que 3l permanec3a en el servicio de fisioterapia. Al concluir el tratamiento diario, se le retiraba la f3rula para que pueda realizar sus actividades de la vida diaria sin limitaciones, obteniendo resultados satisfactorios en la flexoextensi3n de los dedos.

Presentación del caso

Caso 2

Datos generales

Edad: 68 años.

Fecha de nacimiento: 26/03/1946.

Sexo: Masculino.

1. Historia clínica

Paciente refiere que el día del accidente el realizaba su rutina cotidiana de todos los días en su casa, de repente siente un fuerte dolor de cabeza lo cual lo obliga llamar a los bomberos y lo llevan de emergencia al hospital.

2. Diagnóstico

 Evento cerebro vascular derecho.

3. Primera evaluación

1. Posición supina, amplitud articular y fuerza muscular normales en tronco, miembro superior e inferior izquierdo, en miembro superior derecho se encuentran limitadas las articulaciones de hombro, codo, la muñeca se ve más afectada porque la mantiene en puño debido a la hemiplejía. En miembro inferior derecho cadera, rodilla y tobillo se encuentran limitados en amplitud articular debido a la hemiplejía.

2. Posición de pie y sentada paciente es independiente con postura normal y equilibrio estable.

3. La ambulaci3n la realiza con un bast3n de 4 puntos.
4. La coordinaci3n en la ambulaci3n carece del balanceo de brazos y presenta una marcha de hemipl3jico la cual consiste en que el miembro inferior afecto no presenta todas las fases de la marcha teniendo como resultado que arrastre el pie.
5. La sensibilidad superficial y profunda si percibe todo tipo de sensaci3n tanto t3rmicas y de dolor, reconoce todo tipo de objetos y sentido de posici3n.

4. Objetivos fisioterap3uticos

-  Mantener amplitud articular y fuerza muscular en el lado sano.
-  Aumentar amplitud articular y fuerza muscular en el lado afecto.
-  Corregir la marcha.
-  Mejorar coordinaci3n en la ambulaci3n.

5. Tratamiento fisioterap3utico

-  Calor local en miembro superior derecho.
-  Se aplic3 el m3todo de Rood con la t3cnica de frotado en la mu1eca derecha.
-  Ejercicios rectil3neos en miembro superior e inferior derecho.
-  Ejercicios de coordinaci3n para la ambulaci3n.
-  Corregir la marcha aplicando descargas de peso en ambos miembros en paralelas, con bast3n de 4 puntos utilizando todas las fases de la marcha.

6. Segunda evaluaci3n

1. Posici3n supina, amplitud articular y fuerza muscular normales en tronco, miembro superior e inferior izquierdo, en miembro superior derecho se encuentran todav3a limitadas

las articulaciones de hombro, codo, muñeca y dedos debido a la hemiplejia. En miembro inferior derecho cadera, rodilla y tobillo se encuentran limitados por la hemiplejia.

2. Posición de pie y sentada paciente es independiente con postura normal y equilibrio estable.

3. La ambulaci3n la realiza con un bast3n de 4 puntos.

4. La coordinaci3n en la ambulaci3n se ha visto franca mejoría, ya que no arrastra el pie afectado y realiza todas las fases de la marcha en diferentes terrenos y se puede apreciar m3s balanceo de brazos.

5. La sensibilidad superficial y profunda si percibe todo tipo de sensaci3n tanto t3rmicas y de dolor, reconoce todo tipo de objetos y sentido de posici3n.

7. Objetivos fisioterap3uticos

-  Aumentar amplitud articular y fuerza muscular en el lado afecto.
-  Corregir la marcha.
-  Mejorar coordinaci3n en la ambulaci3n.

8. Tratamiento fisioterap3utico

-  Calor local en miembro superior derecho.
-  Se aplic3 el m3todo de Rood con la t3cnica de frotado en la muñeca derecha.
-  Ejercicios rectilíneos en miembro superior e inferior derecho.
-  Ejercicios de coordinaci3n para la ambulaci3n.
-  Ejercicios de equilibrio en bipedestaci3n.
-  Estabilizaciones rítmicas en bipedestaci3n.

- 🖨️ Corregir la marcha con bastón de 4 puntos utilizando todas las fases de la marcha en diferentes tipos de terrenos con distancias cortas y largas.

9. Evolución del caso

Se inició con ejercicios de ambulación en las paralelas para mejorar la marcha haciendo descargas de peso y reforzar el balanceo de brazos, al principio él no podía asentar completamente el pie y arrastraba dicho miembro. En el mes de mayo se ha visto franca mejoría en la ambulación ya que no arrastra el pie afectado y realiza todas las fases de la marcha en diferentes terrenos y se puede apreciar más balanceo de brazos.

Para aumentar la amplitud articular y fuerza muscular se aplicó calor en miembro superior derecho para después movilizarlo, en este miembro tiene más afectado el área de la muñeca debido a que lo mantiene en puño, lo que le impide agarrar objetos y realizar actividades de la vida diaria; para mejorar la condición de la mano se aplicó el método de Rood con la técnica de frotado para movilizar y se le enseñaron ejercicios para realizar después de la terapia para mantener en movimiento y evitar contracturas.

Análisis de casos

Durante el tiempo que se realizó el seguimiento de casos se pudo observar cambios en la ambulación de los residentes pasando de una marcha hemipléjica a una marcha normal obteniendo como resultado balanceo de brazos y la realización de todas las fases de la marcha en diferentes tipos de terrenos con distancias cortas y largas para que realicen sus actividades de la vida diaria con la independencia y autovalencia que ellos necesitan.

Capítulo IV

Conclusiones

-  Se brindó apoyo fisioterapéutico en el Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la zona 5, a 22 residentes, aplicando 946 tratamientos, teniendo con mayor recurrencia los diagnósticos de discapacidad motora senil con 27.27% y evento cerebro vascular con 27.27%; teniendo mayor incidencia entre las edades 66 a 76 años, con un 50%, en cuanto a género la mayor incidencia es la población de género masculino con 54.55%.

-  La modalidad más aplicada dentro del tratamiento fisioterapéutico fue el masaje con 51.97% de acuerdo a las evaluaciones realizadas en la clínica de fisioterapia se encontraron casos cuyo dominador común es el dolor y el espasmo muscular en los meses de enero a junio de 2014.

-  Se dio a conocer la importancia de la fisioterapia con diversas charlas tanto al personal como a los residentes; teniendo como respuestas positivas mayor asistencia de residentes del hogar a las gimnasias.

-  Se visitó e instruyó a los residentes en sus habitaciones acerca de diversos ejercicios para mejorar su movilidad e independencia.

-  Se dio seguimiento a dos casos con el diagnóstico de evento cerebro vascular en los cuales se vio franca mejoría modificando la marcha hemipléjica, presentando todas las fases de la marcha, logrando que realicen todas sus actividades de la vida diaria sin ninguna dificultad y sin necesidad de ayuda tanto de enfermería como del personal presente en el hogar, pero si auxiliándose de un bastón.

Recomendaciones

-  Brindar a los etesistas mayor información sobre el lugar de trabajo donde se realizara el ejercicio Técnico Profesional Supervisado y así poder llevar los elementos necesarios que se van a utilizar.

-  Mejorar la comunicación dentro del personal del Hogar y Centro Ocupacional de Ancianos San Vicente de Paul de la zona 5, para poder brindar una mejor atención al residente.

-  En las referencias médicas, especificar más los diagnósticos para un tratamiento fisioterapéutico más eficaz.

Bibliografía

-  Benton, William. Enciclopedia Barsa. Estados Unidos, 1964. Encyclopedia Britannica, Inc.
-  Anónimo. Enciclopedia Escolar. España, 1967.

Egrafía

-  http://wikiguate.com.gt/wiki/Guatemala_%28departamento%29
-  http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Guatemala.
-  <http://fisioterapia.blogspot.com/p/que-es-fisioterapia.html>.
-  <http://www.arturosoria.com/fisioterapia/art/first.asp>
-  <http://www.terapia-fisica.com/rehabilitacion-del-adulto-mayor.html>
-  <http://educavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>
-  <http://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
-  http://www.saludactual.cl/geriatria/enfermedades_mas_comunes_tercera_edad.php
-  <http://www.fisterra.com/Salud/1infoConse/ictus.asp>
-  José María López. <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16-altmarcha.pdf>. 20/03/2014.
-  <http://www.efisioterapia.net/articulos/caso-practico-un-hemiplejico-izquierdo>.

Anexos

Anexo 1

Presentación del protocolo de tratamiento fisioterapéutico en etapa de ambulaci3n para la correcci3n de la marcha en pacientes de la tercera edad con diagn3stico de evento cerebro vascular

1. Objetivos fisioterapéuticos

-  Mantener amplitud articular y fuerza muscular en el lado sano.
-  Aumentar amplitud articular y fuerza muscular en el lado afecto.
-  Mejorar coordinaci3n en la ambulaci3n.
-  Corregir la marcha en diferentes tipos de terrenos con distancias cortas y largas siguiendo la secuencia seg3n necesite el paciente.

2. Medios físicos a emplear

-  Si hay dolor y rigidez en hombro afecto se aplica calor local.

3. Métodos y técnicas

-  Ejercicios rectilíneos en miembro superior e inferior afecto.
-  Ejercicios de coordinaci3n en la ambulaci3n.
-  Ejercicios de equilibrio y estabilizaciones rítmicas en bipedestaci3n.
-  Técnicas de descargas de peso y movilidad del centro de gravedad para avanzar en la marcha.

Anexo 2

Hoja de evaluación de amputados

Fecha: _____.

Nombre: _____.

Diagnóstico: _____.

Muñón

1. Forma: _____.

2. Piel: _____.

3. Cicatriz: _____.

Observaciones: _____

_____.

4. Sensación del miembro fantasma

SI NO

Cuando: _____.

Equilibrio

1. Sentado: _____.

2. De pie: _____.

Fuerza muscular: _____

_____.

Amplitud articular: _____

_____.

Fisioterapeuta: _____.

Anexo 2

Evaluación de fisioterapia

Fecha: _____.

Nombre: _____.

Diagnóstico: _____.

Miembro Afecto: _____.

Posición supina

1. Miembro superior, miembro inferior y tronco

Evaluación	M. S. D.	M. S. I.	M. I. D.	M. I. I.	Tronco
Bueno					
Regular					
Malo					

Posición sentada

1. Transferencia: _____

_____.

2. Postura: _____

_____.

3. Equilibrio: _____

_____.

Posición de pie

1. Transferencia: _____

_____.

2. Postura: _____

_____.

3. Equilibrio: _____

_____.

Ambulación

1. Silla de ruedas: _____.
2. Andador: _____.
3. Bastón: _____.

Coordinación

1. Miembros superiores: _____.
2. Miembros inferiores: _____.
3. Ambulación: _____.

Sensibilidad

1. Sensibilidad superficial: _____
- _____.
2. Sensibilidad profunda: _____
- _____.

Estado de salud

1. Hipertenso: _____.
2. Insuficiencia cardiaca: _____.
3. Problemas respiratorios: _____.

Observaciones: _____

_____.

