



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA
INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA
PROVINCIA DE COTOPAXI”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física

Autora: Chiluisa Santo, Sofía Alexandra

Tutora: Lcda. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles, Mg.

Ambato- Ecuador

Abril- 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI” de Sofía Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la Carrera de Terapia Física, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato- Febrero del 2019

LA TUTORA

Lcda. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles, Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI”**, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2019

LA AUTORA

Chiluisa Santo, Sofía Alexandra

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto con fines de difusión pública: además apruebo la reproducción de este proyecto, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Febrero del 2019

LA AUTORA

Chiluisa Santo, Sofía Alexandra

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI”**, de Sofía Alexandra Chiluisa Santo, estudiante de la Carrera de Terapia Física.

Ambato, Abril del 2019

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

*“ Es necesario adaptar la terapia al paciente y no el paciente a la terapia.”
Lanzoudy. ”*

Con el compromiso de servir a quien lo necesite, dedico el esfuerzo de este trabajo a quienes me acompañaron incondicionalmente durante toda mi carrera.

A mis padres Enrique y Judith que me ilustraron el valor de la perseverancia y me acompañaron por el camino de la rectitud enseñándome que lo más importante en la vida es la humildad.

A mis hermanos Marco y Karina quienes me brindaron siempre su apoyo incondicional y con sus locuras brindaban sonrisa en los peores momentos.

Y como olvidar a la persona que desde el cielo estoy segura que disfruta de este triunfo al ver a su nieta culminar su carrera.

A una persona muy especial Jorge quien ha sido mi bastón al caminar, brindándome su apoyo, cariño y motivación.

Y para terminar Dios que me ha bendecido con una gran familia el amor de una gran persona y ha sido testigo de cada paso que he dado.

AGRADECIMIENTO

Con la satisfacción del deber cumplido y una vez transcurrido numeroso el tiempo desde que llegue por primera vez a Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de la Salud, quiero agradecer con mucha felicidad a los docentes de mi querida carrera de Terapia Física ya que han sido mis guías en este largo camino por los conocimientos transmitidos durante cada semestre y que han hecho de mí una gran profesional.

Un agradecimiento especial a Mi tutora la Lcda. Verónica Cobo por sus sabios consejos, apoyo y paciencia al momento de realizar mi proyecto de investigación. .

A mis compañeros de estudio que a lo largo de la vida universitaria hemos entablado una hermosa amistad, compartiendo alegrías y tristezas.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE GRAFICOS	xiii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	xv
ÍNDICE DE ANEXOS	xvi
RESUMEN.....	xvii
ABSTRACT	xviii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Antecedentes de la Investigación	2
1.2. OBJETIVOS.....	5
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II METODOLOGÍA.....	6
2.1 Materiales	6
2.2 Metodología.....	6
2.2.1 Tipo de Investigación	6
2.2.2 Descripción de la intervención	7
2.2.3 Descripción de las diferentes intervenciones fisioterapéuticas de lasdiferentes patologías.....	8
2.2.4 Descripción de los cuestionarios y pruebas realizadas en los diferentes Protocolos de Tratamiento.....	12
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	20
3.1 Lumbago no especificado.....	20
3.2 Tenosinovitis de Quervain.....	35
3.3 Epicondilitis.....	45

3.4 Tendinitis del tendón de Aquiles.....	59
3.5 Comprobación de la Hipótesis.....	66
CAPÍTULO IV.....	75
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	80
CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA.....	83
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Tabla general referente al grupo control inicial en Lumbago no especificado.....</i>	<i>20</i>
<i>Tabla 2. Tabla general referente al grupo experimental inicial en Lumbago no especificado.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 3. Tabla general referente grupo control final en Lumbago no especificado .</i>	<i>22</i>
<i>Tabla 4. Tabla general referente al grupo experimental final en Lumbago no especificado.....</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 5. Media del grupo control del cuestionario de Oswestry en Lumbago no especificado.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 6. Media del grupo experimental en la escala de Oswestry en Lumbago no especificado.....</i>	<i>25</i>
<i>Tabla 7. Grupo Control- Shear posterior test en Lumbago no especifico.....</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 8. Grupo experimental- Shear posterior test en Lumbago no especificado</i>	<i>27</i>
<i>Tabla 9. Grupo control - Spring test en Lumbago no especificado</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 10. Grupo experimental - Spring test en Lumbago no especificado.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 11. Grupo control –EVA lumbago no especificado</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 12. Grupo experimental –EVA en lumbago no especificado</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 13. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en Lumbago no especificado.....</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 14. Tabla general referente al grupo control inicial en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla 15. Tabla general referente al grupo experimental inicial en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 16. Tabla general referente al grupo control final en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabla 17. Tabla general referente al grupo experimental final en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 18. Grupo Control- Finkelstein en Tenosinovitis de Quervain</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 19. Grupo Experimental- Finkelstein en Tenosinovitis de Quervain</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 20. Grupo control –EVA en Tenosinovitis de Quervain</i>	<i>42</i>
<i>Tabla 21. Grupo experimental –EVA en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>43</i>

<i>Tabla 22. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 23. Tabla general referente al grupo control inicial en epicondilitis</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 24. Tabla general referente al grupo experimental inicial en epicondilitis</i>	<i>46</i>
<i>Tabla 25. Tabla general referente al grupo control final en epicondilitis</i>	<i>47</i>
<i>Tabla 26. Tabla general referente al grupo experimental final en epicondilitis</i>	<i>49</i>
<i>Tabla 27. Grupo Control- Thompson en epicondilitis</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 28. Grupo Experimental- Thompson en epicondilitis</i>	<i>51</i>
<i>Tabla 29. Grupo Control- test de la Silla en epicondilitis</i>	<i>52</i>
<i>Tabla 30. Grupo experimental- test de la Silla en epicondilitis</i>	<i>53</i>
<i>Tabla 31. Grupo control - test de Cozen en epicondilitis</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 32. Grupo experimental - test de Cozen en epicondilitis.....</i>	<i>55</i>
<i>Tabla 33. Grupo control –EVA en epicondilitis</i>	<i>56</i>
<i>Tabla 34. Grupo experimental –EVA en epicondilitis</i>	<i>57</i>
<i>Tabla 35. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en epicondilitis</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 36. Tabla general referente al grupo control y experimental inicial en tendinitis de Aquiles</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 37. Tabla general referente al grupo control y experimental final en tendinitis de Aquiles.....</i>	<i>61</i>
<i>Tabla 38. Grupo control – Thompson en tendinitis de Aquiles</i>	<i>62</i>
<i>Tabla 39. Grupo experimental – Thompson en tendinitis de Aquiles</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 40. Grupo control y experimental –EVA tendinitis de Aquiles</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 41. Tabla general de los resultados del grupo control y experimental en tendinitis de Aquiles</i>	<i>65</i>
<i>Tabla N°42. Análisis estadístico del cuestionario de Oswestry para Lumbago no especificado.....</i>	<i>66</i>
<i>Tabla N°43. Análisis estadístico de la prueba Shear Posterior para Lumbago no especificado.....</i>	<i>67</i>
<i>Tabla N° 44. Análisis estadísticos del Spring test para Lumbago no especificado... </i>	<i>68</i>
<i>Tabla N°45. Análisis estadístico de la escala de EVA para Lumbago no especificado.....</i>	<i>68</i>

Tabla N°46. Análisis estadístico de la prueba de Finkelstein para Tenosinovitis de Quervain.....	69
<i>Tabla N°47. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA para Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla N°48. Análisis estadístico de la prueba para Tenosinovitis de tendón de Aquiles.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabla N°49. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA inicial para Tendinitis del tendón de Aquiles.</i>	<i>71</i>
<i>Tabla N° 50. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA final para Tendinitis del tendón de Aquiles.</i>	<i>71</i>
<i>Tabla N° 51. Análisis estadístico de la prueba de Thompson para Epicondilitis</i>	<i>72</i>
<i>Tabla N° 52. Análisis estadístico de la prueba de la silla para Epicondilitis</i>	<i>73</i>
<i>Tabla N° 53. Análisis estadístico de la prueba de Cozen para Epicondilitis</i>	<i>73</i>
<i>Tabla N° 54. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA para Epicondilitis.....</i>	<i>74</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico N°1. Datos referentes al grupo control inicial en Lumbago no especificado</i>	20
<i>Gráfico N°2. Datos referentes al grupo experimental inicial en Lumbago no especificado</i>	21
<i>Gráfico N° 3. Datos referentes al grupo control final en Lumbago no especificado</i>	22
<i>Gráfico N° 4. Datos referentes al grupo experimental final en Lumbago no especificado</i>	23
<i>Gráfico N°5. Datos referentes al grupo control del cuestionario de Oswestry en Lumbago no especificado</i>	25
<i>Gráfico N°6. Datos referentes al grupo experimental de la escala de Oswestry en Lumbago no especificado</i>	25
<i>Gráfico N° 7. Datos referentes al grupo control, Shear posterior test Inicial-Final en Lumbago no especificado</i>	26
<i>Gráfico N° 8. Datos referentes al grupo experimental, Shear posterior test Inicial-Final en Lumbago no especificado</i>	27
<i>Gráfico N° 10. Datos referentes al grupo experimental, Spring test Inicial-Final en lumbago no especificado</i>	30
<i>Gráfico N° 11. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en Lumbago no especificado</i>	31
<i>Gráfico N° 12. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en Lumbago no especificado</i>	32
<i>Gráfico N° 13. Datos generales referentes al grupo experimental y control en lumbago no específico</i>	33
<i>Gráfico N° 14. Datos referentes al grupo control inicial en Tenosinovitis de Quervain</i>	36
<i>Gráfico N° 15. Datos referentes al grupo experimental inicial en Tenosinovitis de Quervain</i>	37
<i>Gráfico N° 16. Datos referentes al grupo control final</i>	38
<i>Gráfico N° 17. Datos referentes al grupo experimental final en Tenosinovitis de Quervain</i>	39
<i>Gráfico N° 18. Datos referentes al grupo control, Finkelstein Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain</i>	40

<i>Gráfico N° 19. Datos referentes al grupo experimental, Finkelstein Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>41</i>
<i>Gráfico N° 20. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>42</i>
<i>Gráfico N° 21. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>43</i>
<i>Gráfico N° 22. Datos generales referentes al grupo experimental y control en Tenosinovitis de Quervain.....</i>	<i>44</i>
<i>Gráfico N° 23. Datos referentes al grupo control inicial en epicondilitis</i>	<i>46</i>
<i>Gráfico N° 24. Datos referentes al grupo experimental inicial en epicondilitis</i>	<i>47</i>
<i>Gráfico N° 25. Datos referentes al grupo control final en epicondilitis</i>	<i>48</i>
<i>Gráfico N° 26. Datos referentes al grupo experimental final en epicondilitis</i>	<i>49</i>
<i>Gráfico N° 27. Datos referentes al grupo control, Thompson Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>50</i>
<i>Gráfico N° 28. Datos referentes al grupo experimental, Thompson Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>51</i>
<i>Gráfico N° 29. Datos referentes al grupo control, Silla Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>52</i>
<i>Gráfico N° 30. Datos referentes al grupo experimental, Silla Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>53</i>
<i>Gráfico N° 31. Datos referentes al grupo control, Cozen Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>54</i>
<i>Gráfico N° 32. Datos referentes al grupo experimental, Cozen Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>55</i>
<i>Gráfico N° 33. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>56</i>
<i>Gráfico N° 34. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en epicondilitis</i>	<i>57</i>
<i>Gráfico N° 35. Datos referentes al grupo control y experimental en epicondilitis ..</i>	<i>58</i>
<i>Gráfico N° 36. Datos referentes a los grupos control y experimental inicial en tendinitis de Aquiles</i>	<i>60</i>
<i>Gráfico N° 37. Datos referentes a los grupos control y experimental final en tendinitis de Aquiles</i>	<i>61</i>

<i>Gráfico N° 38. Datos referentes al grupo control, Thompson test Inicial-Final en tendinitis de Aquiles</i>	62
<i>Gráfico N° 39. Datos referentes al grupo experimental, Thompson test Inicial-Final en tendinitis de Aquiles</i>	63
<i>Gráfico N° 40. Datos referentes al grupo control y experimental, EVA Inicial-Final en tendinitis de Aquiles</i>	64
<i>Gráfico N° 41. Datos referentes al del grupo control y experimental en tendinitis de Aquiles.....</i>	65

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Shear posterior test.....	13
Ilustración 2. A Spring test	14
Ilustración 3. Test de Thompson.....	14
Ilustración 4. Test de la Silla.....	15
Ilustración 5. Test de Cozen.....	15
Ilustración 6. Prueba de Finkelstein	16
Ilustración 7. Examen del polo inferior de la rótula.....	16
Ilustración 8. Prueba de Thompson doloroso.....	18
Ilustración 9. Algómetro con dispositivo de muelle sencillo, sin control en la tasa de aplicación de la presión.....	18
Ilustración 10. Representación de la escala de EVA.....	19

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. OFICIO DIRIGIDA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN	86
ANEXO 2. OFICIO DEL MINISTERIO DE SALUD MEMORANDO Nro. MSP-CGDES-2017-0467	89
ANEXO 3. CARTA DE CONFIDENCILIDAD	91
ANEXO 4. CARTA DE COMPROMISO	97
ANEXO 5. RECIBIDOS DE LAS SOLICITUDES	99
ANEXO 6. OFICIOS DE CONTESTACIÓN QUE FUERON EXCLUIDOS	110
ANEXO 7. OFICIOS DE CONTESTACIÓN QUE CUMPLIERO CON EL PUNTON 2 DEL MSP.....	113
ANEXO 8. INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA LUMBAGO NO ESPECIFICADO.....	118
NEXO 9. INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA DE MIALGIA.....	122
ANEXO 10. INTERVENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA EN EPICONDILITIS	125
ANEXO 12. INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA PARA TENDINITIS ROTULIANA	133
ANEXO 13. INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA PARA TENDINITIS DEL TENDÓN DE AQUILES	135
ANEXO 14. CONSENTIMIENTO INFORMADO	135
ANEXO 15. ESTABILIZACIÓN DEL CORE FASE I	136
ANEXO 16. ESTABILIZACIÓN DEL CARE FASE II.....	138
ANEXO 17. ESTABILIZACIÓN DEL CARE FASE III.....	141
ANEXO. 18 CUESTIONARIO DE OSWESTRY	142

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI”

Autora: Chiluisa Santo, Sofía Alexandra

Tutora: Lcda. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles, Mg.

Fecha: Ambato, Febrero 2019

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de comparar la intervención fisioterapéutica integral con la intervención fisioterapéutica tradicional aplicada a lumbago no especificado, mialgia, epicondilitis, tenosinovitis de Quervain, tendinitis del tendón de Aquiles y tendinitis rotuliana dentro de la provincia de Cotopaxi.

Se realizó el estudio de tipo observacional con enfoque cualicuantitativo y corte transversal en la que participaron 2 Unidades de Salud Pública que cumplieron con los criterio de inclusión establecido principalmente el de contarán con áreas de fisioterapia implementadas con los trastornos musculoesqueléticos antes mencionados y aquellas que cumplan con el punto 2 de del oficio del MSP-CGDES-2017-0467-M

PALABRAS CLAVES: LUMBAGO NO ESPECIFICADO, MIALGIA, EPICONDILITIS, TENOSINOVITIS DE QUERVAIN, TENDINITIS DEL TENDÓN DE AQUILES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

**HEALTH SCIENCES FACULTY
CAREER OF PHYSICAL THERAPY**

**"EFFECTIVENESS OF INTEGRAL PHYSIOTHERAPEUTIC
INTERVENTION IN MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN THE
PROVINCE OF COTOPAXI"**

Author: Chiluisa Santo, Sofía Alexandra

Tutor: Lcda. Cobo Sevilla, Verónica de los Ángeles, Mg.

Date: Ambato, February 2019

ABSTRACT

The present research work was carried out with the purpose of comparing the integral physiotherapeutic intervention with the traditional physiotherapy intervention applied to unspecified lumbago, myalgia, epicondylitis, Quervain's tenosynovitis, tendonitis of the Achilles tendon and patellar tendonitis within the province of Cotopaxi. An observational study was carried out with a qualitative and cross-sectional approach in which 2 Public Health Units participated that fulfilled the established inclusion criteria, mainly that of having physiotherapy areas implemented with the aforementioned musculoskeletal disorders and those that comply with the point 2 of the office of the MSP-CGDES-2017-0467-M.

KEY WORDS: LUMBAGO NOT SPECIFIED, MIALGIA, EPICONDILITIS, TENOSINOVITIS OF QUERVAIN, TENDINITIS OF TENDON OF AQUILES.

INTRODUCCIÓN

Como todas las funciones del cuerpo humano, las funciones motrices efectuadas por los componentes músculo-esqueléticos deben ser objeto de un proceso adecuado y continuo de cuidado terapéutico que garantice un adecuado funcionamiento en el corto, mediano y largo plazo, de ahí que para cumplir con este requerimiento corporal surge la fisioterapia como una disciplina encargada de efectuar un tratamiento preventivo y correctivo según el caso, de pacientes que tienen dificultades motrices.

Los trastornos musculoesqueléticos representan uno de los problemas más importantes de la salud a nivel mundial, provocando alteraciones que afectan a las distintas estructuras; músculos, huesos, tendones, vaina tendinosa, y nervios. Siendo la principal causa de ausentismo laboral limitando a las personas en sus actividades, y participación alterando los costos económicos que producen la pérdida de los días de trabajo.

De ahí que, la fisioterapia ha diseñado un métodos y protocolos de tratamientos que han sido aplicados por los profesionales, los mismos que requieren ser evaluados en su efectividad con la finalidad de aportar en correctivos que logren mayor eficiencia y efectividad para así lograr una recuperación óptima en el menor tiempo posible para que el paciente pueda reintegrarse a sus labores cotidianas en completa satisfacción y recuperación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la Investigación

A nivel mundial se ha manifestado a través de diferentes estudios que los trastornos Músculo-Esqueléticos (TME) primordialmente son agravados o precipitados por un sinnúmero de factores ocupacionales como las repetitivas actividades, un esfuerzo mecánico excesivo, las posturas incorrecta del cuerpo, actividades laborales que requieren grandes manipulaciones de carga, exposición a vibraciones y otras que acarrear los accidentes laborales (1).

La producción, las actividades físicas o simplemente una mala postura corporal puede efectivamente originar o agudizar un problema de carácter músculoesquelético que a su vez trae complicaciones en la motricidad y normal desarrollo de las actividades, estos trastornos se está transformando en un problema que aqueja a las personas en todo el mundo sin distinción de las actividades que realiza, edad, género entre otras variantes, que de una u otra manera modifica su estilo de vida (1,2).

Por otro lado, la publicación de la CIE10 fue consumada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)(3). La misma que se utiliza a nivel internacional con fines estadísticos concernientes con la mortalidad y morbilidad. Este sistema fue planteado para promover la asimilación internacional de la recolección, procesamiento, sistematización y exposición de estas estadísticas (4).

La CIE10 es determinada como la clasificación central de la World Health Organization (WHO) Family of International Classifications (WHO-FIC) (en español, la Familia de las Clasificaciones Internacionales de la OMS). La lista CIE-10 tiene su inicio en la lista de causas de muerte, la misma que tuvo su primera edición en 1893 emitida por el Instituto Internacional de Estadística. La OMS en 1948 concibió su cargo incluyendo por primera vez las causas de morbilidad en su sexta edición. Al momento, la lista en vigor es la décima, y la OMS continua ocupándose en ella. En 1992 se desarrolló la CIE-10 y su objetivo estuvo planteada en indagar estadísticas de mortalidad. La OMS anuncia actualizaciones menores

anuales y actualizaciones mayores cada tres años. Subsiguientemente, cierto número de países han establecido sus extensiones del código CIE-10 (4,5).

La VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España (INSHT) indica que 74.2% de los trabajadores presentan algún tipo de molestia músculo-esquelética destinada a posturas inadecuadas y esfuerzos originarios del trabajo en la zona baja y alta de la espalda, cuello-nuca, las cuales son las más frecuentes (40.1%, 26.6%, y 27%) respectivamente (2)(6).

En el mundo el lumbago no especificado CIE 10: M545 es muy común entre los trabajadores de todas las áreas caracterizadas por la sensación de dolor o molestia, suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse o no a dolor referido o irradiado. Conforman una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral y ausentismo en menores de 45 años, se muestra en 80-90% de la población adulta en algún instante de su vida y por lo general es recurrente. Según la OMS es la primera causa más común de consulta a nivel mundial (70%) donde solo el 4% requiere de cirugía (7,8).

Por su puesto que los trabajadores por su actividad ya sea tanto de acciones que requieren esfuerzo físico y repetitivo, así como personas que deben permanecer toda la jornada en una postura fija se convierte en un grupo mucho más vulnerable, esta es una realidad que ha llamado la atención de autoridades laborales en todo el mundo (7,9).

En el Ecuador el lumbago no específico se muestra como una de las razones más frecuentes de consulta médica y aquejando aproximadamente a dos tercios de la población, equivalentes a 60% -80% de las personas principalmente entre 45 y 55 años. (10) En tanto que el 90% de estos pacientes logran recuperarse luego de los 3 meses, mientras que el 10% presenta una evolución tardía, con diferentes consultas y otros tratamientos que afecta los costos de los diferentes sistemas de salud. Sus causas son variadas sin embargo un 40 a 60% se deben a sobrecargas y malas posiciones que se presentan cuando se distienden los músculos lumbares (10,11).

El ministerio de Salud Pública de la provincia de Cotopaxi en el año 2016 muestra que existe un total de 1080 casos de lumbago no especificado equivalente al 1,4% de

la población, acorde a la tabla presentada de las veinte principales causas de morbilidad general se pudo diferenciar que el lumbago no especificado es elevado en relación al resto de patologías musculoesqueléticas, de ahí unas de las principales causas de consulta médica y ausentismo laboral (12).

Con respecto a la Mialgia CIE10- M791 se calcula que en Europa en el año 2009 existen unas 800.000 personas en la población adulta que padecen este síndrome, lo que significa que afecta al 1-3% de la población mayor de 18 años. Se presenta con una prevalencia del 2-6% en la consulta de medicina traumatólogica y en la consulta general según distintos autores, se presenta del 3,7 -20% con una incidencia del 3,9% en mujeres entre 20-40 años y 5,8% entre 40-60 años (13).

La mialgia post-ejercicio presente en muchos atletas y deportistas amateurs, según Martín Urrialde en su artículo publicado en el año 2006, indica que es problema clínico habitual al que se enfrenta el fisioterapeuta deportivo con una incidencia de un 30 y 50% sobre una población de 100 corredores de maratón. Además dicha patología es muy reiterada en diferentes deportes como el fútbol, baloncesto y pueden ocupar el 30% de todas las lesiones (14).

La fibromialgia presenta una incidencia del 1-5% en la población general y es mucho más abundante en mujeres que en hombres, especialmente entre los 30-60 años (14).

El Ministerio de Salud pública de la provincia de Cotopaxi determina que existen 361 casos de mialgia con un equivalente al 0,4% de la población que puede presentar este tipo de trastorno en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente en el cuello, manos, piernas y espalda provocando dificultad e incapacidad en las actividades laborales (12).

Por otra parte uno de los TME más frecuentes son las Tendinopatías en la población que practican algún tipo de deporte, ya sea a nivel más o menos profesional como en aquellas que lo hacen de forma recreacional (15), las tendinosis, ilustradas como el proceso degenerativo que se deposita en el tendón, pudiendo hallarse alrededor de un 48% de los padecimientos laborales. A nivel deportivo, se encuentran con gran categoría las lesiones por sobreuso que aquejan al tendón con un aproximado de 50% de las lesiones encontradas, siendo los tendones más dañados el tendón rotuliano y el

aquiliano. Estas lesiones, se localizan comúnmente agrupadas a alteraciones precedentes de carácter biomecánico (16).

En cuanto a la epicondilitis es otro TME que afectan con frecuencia la extremidad superior, las mismas que se muestran con una prevalencia aproximada del 3-7% en las personas, produciendo dolor y limitación funcional; se provocan por actividades relacionadas con una ocupación y una gran demanda asistencial, con una prevalencia del 4-7% y sobre todo entre los 30 y 50 años de edad sin distinción de sexo (17).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar la efectividad de la intervención fisioterapéutica integral comparado a la intervención fisioterapéutica tradicional en los trastornos musculoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la intervención fisioterapéutica tradicional aplicada a los trastornos musculoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi.
- Reportar la aplicación de la intervención fisioterapéutica integral y la intervención fisioterapéutica tradicional en los trastornos musculoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi.
- Comparar los resultados obtenidos de la intervención fisioterapéutica integral y la intervención fisioterapéutica tradicional en los trastornos musculoesqueléticos.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

Los materiales a utilizarse durante el desarrollo de la presente investigación son:
Instrumentos para la toma de datos para las diferentes patologías.

Ficha de observación para el reporte del dolor.

Cuestionario de Oswestry

Escala visual de EVA.

Materiales que poseen en los centros de rehabilitación como:

Compresa química caliente

Compresas frías

Camillas

Equipos de electroterapia

Colchonetas

2.2 Metodología

2.2.1 Tipo de Investigación

Con el fin de lograr los objetivos propuestos en la presente investigación, se plantea trabajar bajo los siguientes lineamientos: enfoque cualitativo y cuantitativo, corte trasversal, observacional-experimental debido a que el tratamiento fisioterapéutico designado por los docentes de la carrera son manejados por los fisioterapeutas que laboran en los centros de salud.

Investigación Cuantitativa, porque se trabajara con cantidades y datos estadísticos que permitirán establecer análisis, comparaciones y relaciones entre las variables de estudio.

Investigación cualitativa, porque se trabaja buscando determinar la efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en las unidades médicas de la provincia, facultando resultados que permiten describir las evaluaciones y análisis de datos

cuantitativos, así como su impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con trastornos musculoesqueléticos.

En la investigación se utiliza la observación de los hechos del desarrollo de la intervención fisioterapéutica de los profesionales a cargo de las unidades de salud, por medio de anotaciones para describir su análisis. Y es transversal debido a que las evaluaciones y recolección de datos se realizan en un determinado tiempo, es decir por una única oportunidad.

2.2.2 Descripción de la intervención

Con la finalidad de optimizar el proceso investigativo, se ha determinado un proceso sistemático que se detalla a continuación:

- Ubicación de las Instalaciones de salud Pública en la Zona 3 del Ecuador con una muestra total de 204 Unidades.
- Tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% un total de 134 Unidades de Salud.
- Unidades de salud que ofrecen servicio de Fisioterapia un total de 41.
- Instalaciones de salud Pública correspondientes a la Provincia de Cotopaxi un total de 12.
- Se emitió un oficio dirigida a la unidad de investigación de la Universidad Técnica de Ambato (Anexo 1), solicitando al Dr. José Marcelo Ochoa Egas formule los oficios correspondientes a las diferentes unidades de salud permitiendo se otorgue las facilidades para el ingreso a las instituciones, para la recolección de la información conforme el formato estandarizado del MSP-CGDES-2017-0467-M (Anexo 2), agregando el punto 3 y 4 que dispone contar con una carta de confidencialidad (Anexo 3) y compromiso por parte del investigador (Anexo 4).
- Posteriormente se procedió a la entrega de las solicitudes correspondientes a los diferentes Directores Distritales de Salud y directores de Hospitales, para obtener las autorizaciones siguiendo los canales administrativos pertinentes a las 12 Unidades de Salud concernientes a la Provincia de Cotopaxi (Anexo 5).

- No existió ninguna contestación por parte de 6 Unidades de salud Pública correspondientes a la Provincia de Cotopaxi, por lo cual fueron excluidas.
- Se obtuvo respuesta favorable de 3 Unidades de Salud Pública pertenecientes a la Provincia de Cotopaxi, quienes no dirigieron su autorización conforme el punto 2 del oficio del MSP-CGDES-2017-0467-M, por dichos motivos fueron excluidos de la investigación. (Anexo 6)
- Mediante oficio dirigido al Dr. José Marcelo Ochoa Egas se emitió la contestación a la solicitud de otorgamiento y autorización de 2 Unidades de Salud Pública conforme al documento del MSP. (Anexo 7)
- Posteriormente se diseñó los instrumentos de recolección de datos necesarios los cuales fueron sometidos a la validación respectiva. (Anexo 8) (Anexo 9) (Anexo 10) (Anexo 11) (Anexo 12) (Anexo 13).
- Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se ha debido trasladar a los 2 cantones para obtener la información de la fuente durante 10 días.
- Con la aceptación de los pacientes, mediante la aplicación del consentimiento informado aceptaron ser partícipes de la investigación y se pudo observar y tomar apuntes sobre el tratamiento fisioterapéutico (Anexo 14).
- Finalmente se procede con la tabulación y análisis estadístico para la comprobación de hipótesis mediante el programa IBM SPSS Statistics mediante la cual se aplicó el test T_i para el correspondiente análisis de los resultados obtenidos durante la investigación y la presentación del informe final.

2.2.3 Descripción de las diferentes intervenciones fisioterapéuticas de las diferentes patologías.

Lumbago no especificado

El protocolo de intervención fisioterapéutica para lumbago no especificado (Anexo 8) fue planteado con diferentes actividades con el fin de reducir el dolor y las consecuencias de las disfunciones asociadas, las mismas que se detallan a continuación:

- ✓ Estiramiento analgésico del cuadrado lumbar.-consta de 3 repeticiones de 6 segundos cada una, a partir de los 3 primeros días de la intervención.
- ✓ Estiramiento de activación del cuadrado lumbar.- consta de 3 repeticiones de 12 segundos cada una a partir del día cuarto al sexto día.
- ✓ Estiramiento de elongación del cuadrado lumbar.- consiste en 3 repeticiones de 21 segundos cada una, a partir del séptimo al décimo días.
- ✓ Ejercicios de estabilización lumbar fase I.- durante los 4 primeros días. (Anexo 15)
- ✓ Ejercicios de estabilización lumbar fase II.- a partir del quinto al séptimo día (Anexo 16)
- ✓ Ejercicios de estabilización lumbar fase III.- a partir del octavo al décimo día (Anexo 17)
- ✓ Masaje durante todas las sesiones de tratamiento

Mialgia

El protocolo establecido para la intervención fisioterapéutica en mialgia durante los 10 días de tratamiento, se basa en las siguientes actividades:

- ✓ Tens convencional; con una frecuencia de pulso de 50 Hz, con una duración de 50 μ s con un patrón de pulso continuo y con un tiempo de duración de 20 minutos en cada tratamiento.
- ✓ Entrenamiento específico de los músculos adoloridos; como ciclismo para miembro inferior y mediante tareas laborales para miembro superior.
- ✓ Movilización manual y masaje sueco profundo son intervenciones efectivas para el tratamiento en dolor de cuello.
- ✓ Ejercicios isométricos de contracciones voluntarias máximas. (Anexo 9)

Epicondilitis

La intervención fisioterapéutica en epicondilitis tuvo como objetivo disminuir el dolor y la debilidad muscular que aqueja en la cara lateral del codo. (Anexo 10)

- ✓ Láser.- se realizar durante las 10 sesiones con una potencia de 10W con una forma de onda continua generando una dosis total de tratamiento de 300 J en 5 minutos o 6.6. -1.3 J/ cm².
- ✓ Estiramientos de analgesia del tríceps braquial.- consta de 3 repeticiones de 6 segundos cada una a partir de los dos primeros días de tratamiento.
- ✓ Estiramientos de activación del tríceps braquial.- consiste en realizar 3 repeticiones de 12 segundos cada una, a partir del tercer al quinto día.
- ✓ Estiramientos de elongación del tripes braquial.- tres repeticiones de 21 segundos cada una, a partir del sexto al décimo día.
- ✓ Ejercicios de fortalecimiento excéntrico de la musculatura afectada.
- ✓ Uso de órtesis (nocturna).- es importante para la recuperación como parte del tratamiento, durante los dos primeros días de intervención.
- ✓ Uso de órtesis (diurna y nocturna).- durante los 8 días restante de tratamiento.

Tenosinovitis de Quervain

El tratamiento que fue aplicado en Tenosinovitis de Quervain tuvo como objetivo disminuir el dolor y la sensibilidad en el primer compartimiento dorsal. (Anexo 11)

- ✓ Crioterapia local durante las 10 sesiones.
- ✓ Órtesis o vendaje (diurno y nocturno).- Manteniendo el pulgar en extensión durante los tres primeros días de intervención.
- ✓ Órtesis o vendaje (nocturno).- Manteniendo el pulgar en extensión a partir del cuarto al último día.
- ✓ Movilización pasiva del miembro afectado respetando el umbral del dolor desde el cuarto al sexto día.
- ✓ Movilización activa asistida respetando el umbral del dolor a partir del séptimo al décimo día.
- ✓ Ejercicios de fortalecimiento excéntrico del pulgar.
- ✓ Estiramiento de analgesia del pulgar.- Durante los dos primeros día y 3 repeticiones de 6 segundos cada uno.
- ✓ Estiramiento de activación del pulgar.- A partir del tercer al quinto día con una duración de 12 segundos y 3 repeticiones cada una.

- ✓ Estiramiento de elongación del pulgar.- A partir del sexto al décimo día, con 3 repeticiones de 21 segundos cada una.

Tendinitis del tendón Rotuliano

El protocolo de intervención fisioterapéutica para la inflamación del tendón rotuliano (Anexo 8) fue planteado con diferentes actividades:

- ✓ Aplicación de crioterapia con la finalidad de disminuir el dolor, edema y reducir el espasmo muscular por dos días cada 4 horas y durante 10 minutos. A partir del tercer al décimo día se aplicó por 20 minutos dos veces/día.
- ✓ Órtesis o vendaje (diurno y nocturno).- Manteniendo la rodilla en extensión durante los 10 días del tratamiento.
- ✓ Elevación en el hogar.- Se recomendó elevar la zona afectada durante los 10 días de tratamiento para favorecer el retorno venoso.
- ✓ Ejercicios isométricos del aparato extensor de la rodilla.- Durante los cinco primeros días con un set de 15 repeticiones sostenidas de 10 segundos. A partir del sexto al décimo día 30 repeticiones sostenidas de 10 segundos cada una.
- ✓ Ejercicios de fortalecimiento excéntrico del aparato extensor de la rodilla a partir del sexto al décimo día.
- ✓ Estiramiento pasivo de 12 segundos los tres últimos días.

Tendinitis del tendón de Aquiles

La intervención fisioterapéutica en tendinitis de Aquiles está caracterizado en disminuir el dolor, hinchazón y alteración de la función, para lo cual se planteó:

- ✓ Crioterapia local por 10 minutos durante los 10 días.
- ✓ Órtesis o vendaje manteniendo el tobillo a 90° (diurno y nocturno) durante los 5 primeros días de intervención y solo nocturno partir del sexto al décimo día.
- ✓ Ejercicios de fortalecimiento excéntrico del tobillo a partir del cuarto al décimo día.

2.2.4 Descripción de los cuestionarios y pruebas realizadas en los diferentes Protocolos de Tratamiento.

Se aplicaron diferentes pruebas clínicas para cada TME que ayudaron a verificar el diagnóstico de las mismas y fueron aplicadas al inicio y al final de la intervención fisioterapéutica, es decir el primer y último día del tratamiento.

- **Lumbago no especificado.**

ESCALA DE INCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR DE OSWESTRY (Anexo 18)

Es una de las pruebas más utilizadas para medir la incapacidad por la presencia de dolor lumbar y recomendada a nivel mundial (18), consta de un cuestionario de 10 preguntas con 6 posibilidades de respuesta cada una que puede ser respondida por los pacientes (19).

Una de las primeras preguntas se refiere a la intensidad de dolor que muestra la persona y dando diferentes opciones la respuesta a la toma de analgésicos (20). Los ítems que se encuentran a continuación incluyen actividades de la vida diaria que se ven afectadas por el dolor (cuidados personales, levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social y viajar) (19).

Cada pregunta del cuestionario tiene una valoración de 0 a 5, de menor a mayor limitación. Si el paciente tiene en cuenta la primera opción de respuesta se califica con 0 y 5 si la señalada es la última opción. Si se señala más de una opción de respuesta se tiene en cuenta la puntuación más alta. Cuando no exista respuesta de algún ítem se excluye del cálculo final. La puntuación final es indicada en porcentaje de 0 a 100 %, el cual se consigue de sumar de las puntuaciones de cada ítem dividido por la máxima puntuación posible multiplicada por 100:

$$\text{Puntuación total} = \frac{50 - (5 \times \text{número de ítems no contestados})}{\text{suma de las puntuaciones de los ítems contestados} \times 100}$$

Dependen de los valores la limitación, si estos muy altos refieren mayor discapacidad funcional, pueden ser:

- 0-20 %: limitación funcional mínima;
- 20 %-40 %: moderada;
- 40 %-60 %: intensa;
- 60 %-80 %: discapacidad,
- Por encima de 80 %: limitación funcional máxima. (19,21)

SHEAR POSTERIOR TEST

Esta prueba se realiza con el paciente en bipedestación con los brazos cruzados en la parte anterior de su cuerpo a nivel del abdomen. El fisioterapeuta se coloca lateral y de cunclillas al costado del paciente con una mano la parte anterior de la persona y con el talón de la otra mano ejerce presión en diagonal sobre las apófisis espinosas, mientras realiza una fuerza estabilizadora con la mano opuesta, este test se utiliza para diagnosticar la inestabilidad lumbar en los segmentos L1-L2 a L5 –S1 es positivo si se evidencia una hiper movilidad segmentaria.



Ilustración 1. **Shear posterior test**

Fuente: Manual Physical Therapy of the Spine pg. 150 (22)

SPRING TEST

Este examen se usa para reproducir síntomas de dolor en los segmentos espinales lumbares e identificar hiper movilidad o hipomovilidad. El paciente se encuentra en decúbito prono sobre una almohada con los brazos junto al cuerpo (23).

Fisioterapeuta: Posición del terapeuta está del lado del paciente, mano derecha con el borde cubital de la mano: se coloca sobre la espalda del paciente, teniendo en cuenta que esté en contacto con la apófisis espinosa de las vértebras que se van a movilizar. La muñeca derecha debe estar completamente extendida con el antebrazo a medio camino entre la supinación y la pronación. Mano izquierda: refuerza a la

mano derecha, de modo que el segundo y el tercer dígito de la mano izquierda envuelven la segunda articulación metacarpofalángica de la mano derecha (23).

Procedimiento: El terapeuta aplica una fuerza posteroanterior en cada apófisis espinosa examinada y realiza un total de tres repeticiones lentas (23).



Ilustración 2. A **Spring test** B. **Posicionamiento de las manos para la prueba**

Fuente: Manual Physical Therapy of the spine, pg 193-198 (22).

INTERVENCIÓN FISIOTERPÉUTICA PARA EPICONDILITIS

La epicondilitis o también conocido como codo de tenista, es un cambio degenerativo inflamatorio, que sufre la musculatura que se inserta en el epicóndilo del húmero debido al uso excesivo de los mismos, caracterizada por el dolor en la cara externa del codo (24,25). Entre las pruebas provocativas de dolor más comunes se destacan:

Test de Thompson: el paciente se coloca con el hombro en flexión de 60°, codo extendido, antebrazo en pronación y muñeca en extensión de 30°. El fisioterapeuta aplica una ligera presión en el dorso del segundo o tercer metacarpiano con lo cual se genera estrés al el extensor radial corto del carpo y el extensor radial largo del carpo (17,26).



Ilustración 3. **Test de Thompson**

Fuente: Exploración física y pruebas clínicas para patología del codo. (27)

Test de la Silla: se pide al paciente que levante una silla liviana extendiendo el codo y el antebrazo en supinación, con la finalidad de liberar dolor y dar como resultado una prueba positiva (17,26).

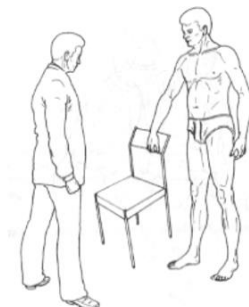


Ilustración 4. **Test de la Silla**

Fuente: Epicondilitis, epicondialgia lateral o "codo de tenista" (28)

Test de Cozen: se le pide al paciente que realice flexión de codo y extensión de muñeca del miembro afectado contra resistencia desencadenando el dolor y dando como resultado una prueba positiva (17).



Ilustración 5. **Test de Cozen**

Fuente: Exploración física y pruebas clínicas para patología del codo. (27)

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA PARA TENOSINOVITIS DE QUERVAIN

Es la inflamación que se produce en la vaina de los tendones del extensor corto y abductor del pulgar relacionado con los movimientos repetidos del mismo (29). Una de las pruebas más fiables y utilizadas para valorar la presencia de tenosinovitis es:

Prueba de Finkelstein: el paciente debe cerrar la mano afectada alojando el primer dedo en flexión entre la cara palmar y los cuatro últimos dedos, es decir haciendo puño con el pulgar en su interior. Posteriormente el fisioterapeuta estabiliza con una mano el antebrazo del paciente y con la otra lleva la muñeca a una desviación

cubital. La presencia de dolor en el trayecto tendinoso durante la realización de la prueba indica la presencia de patología por lo tanto es positiva (30).



Ilustración 6. **Prueba de Finkelstein**

Fuente: Jurado Bueno, Antonio, Medina Porqueres, Iván. Tendón: valoración y tratamiento en fisioterapia (33).

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN TENDINITIS DEL TENDÓN ROTULIANO

Las actividades que implican saltos repetitivos pueden ocasionar una tendinitis en el tendón rotuliano, por lo cual es llamado también rodilla del saltador que afecta la unión osteotendinosa del tendón rotuliano en el polo inferior de la rodilla (34). En la investigación se aplicó la técnica de palpación para su valoración descrita a continuación:

Palpación dolorosa en los polos de la rodilla: Se coloca al paciente en decúbito supino sobre la camilla. El examinador con una mano fija el polo superior de la rótula y con la punta del dedo índice de la otra mano se ejerce una presión craneal sobre el polo inferior de la rótula; existe un resultado positivo para la presencia de la patología durante la presencia de dolor a la presión moderada (35).



Ilustración 7. **Examen del polo inferior de la rótula**

Fuente: Jurado Bueno, Antonio, Medina Porqueres, Iván. Tendón: valoración y tratamiento en fisioterapia (33).

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN TENDINITIS DEL TENDÓN DE AQUILES

La tendinitis Aquiliana es muy frecuente dentro del ámbito deportivo y común de dolor en el talón posterior generando hinchazón, alteración de la función, inflamación del tendón o puede haber pequeños microdesgarros o incluso desgarros parciales (36,37). Para la valoración clínica se empleó:

Thompson doloroso durante la plantiflexión

La prueba se realiza para valorar el estado en el que se encuentra el tendón de Aquiles, la maniobra consiste en colocar al paciente en decúbito prono con los pies fuera de la camilla de exploración, el examinador se coloca de pie junto al miembro a evaluar y abarca el tercio medio de la pantorrilla entre su dedo pulgar y comprime el músculo, pidiendo al paciente que realice un movimiento de plantiflexión, sería positiva si desencadena dolor.



Ilustración 8. Prueba de Thompson doloroso

Fuente: Traumatología y Ortopedia, Pontificia Universidad Católica de Chile (38).

- **Mialgia**

Este TME se manifiesta con dolores musculares ante la presión, extensión pasiva o activa resultante de una actividad incorrecta del aparato locomotor y excesiva tensión muscular (39). Para su evaluación del dolor se realiza mediante un dispositivo denominado algómetro.

Algómetro de presión: El umbral del dolor ante la presión (UDP) se describe al provocar el dolor necesario ante la presión mínima provocada por el algómetro.

Existen diferentes tipos de algómetros de mano para calcular dicha presión, desde un sencillo dispositivo, y otros eléctricos más sofisticados que incluyen un calibrador de presión neumática. El tamaño de sonda frecuentemente más manejado es de 0,5-1cm² (40).

Se debe emplear la punta del algómetro de forma perpendicular al músculo y mantener una presión que ira aumentado de manera progresiva a 1 kg/seg (41). Cuando el paciente avisa la aparición del dolor inicial, cesa la aplicación de presión, ya sea por la manipulación del examinador o de un interruptor activado por el participante en los muchos de los algómetros eléctricos, con el objetivo de tener un registro exacto del umbral del dolor (40,41). Algunos algómetros más modernos permiten el control de la tasa de aplicación de la presión, y han desarrollado ser más exactos, pero son más caros (40).

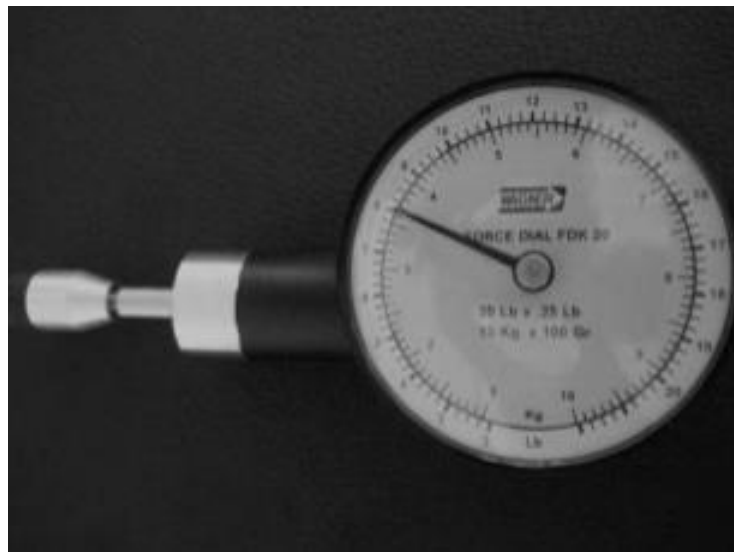


Ilustración 9. Algómetro con dispositivo de muelle sencillo, sin control en la tasa de aplicación de la presión.

Fuente: <http://www.elsevier.es/es-revista-osteopatia-cientifica-281-articulo-pruebas-deteccion-hipersensibilidad-sensorial-o-13136371#elsevierItemBibliografias>

EVA

El dolor, considerado también un signo vital clave para el desarrollo de la investigación, para lo cual se ha requerido de la utilización de diferentes test para cada TME y de esta manera evaluar la calidad del tratamiento, en especial mediante

la Escala Analógica (EVA) que fue aplicada para todos los trastornos, todos los días al inicio y al final de cada sesión la misma que se efectúa con valores que van de 0 a 10 en uno de los extremos consta sin dolor o no dolor y en el extremo opuesto el máximo dolor, permitiendo de esta manera hacer una medición subjetiva de la intensidad del dolor que manifiesta cada paciente (42,43).

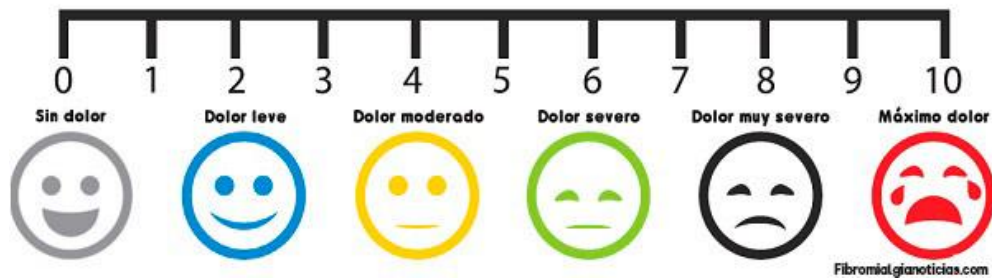


Ilustración 10. Representación de la escala de EVA

Fuente: <https://fibromialgianoticias.com/antidepressivos-en-dolor-cronico/>

PRUEBA UTILIZADA PARA LA COMPROBACIÓN DE LA HIPOTESIS

Para la tabulación de los datos obtenidos se utilizará la prueba T del programa IBM SPSS Statistics y de esta forma realizar recopilación de datos e interpretación de las hipótesis (44).

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Lumbago no especificado

PACIENTES	OSWESTRY_I	SHEARP_I	SPRING_I	EVA_INICIAL
1	50	1	1	7
2	55	1	1	8

Tabla 1. Tabla general referente al grupo control inicial en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

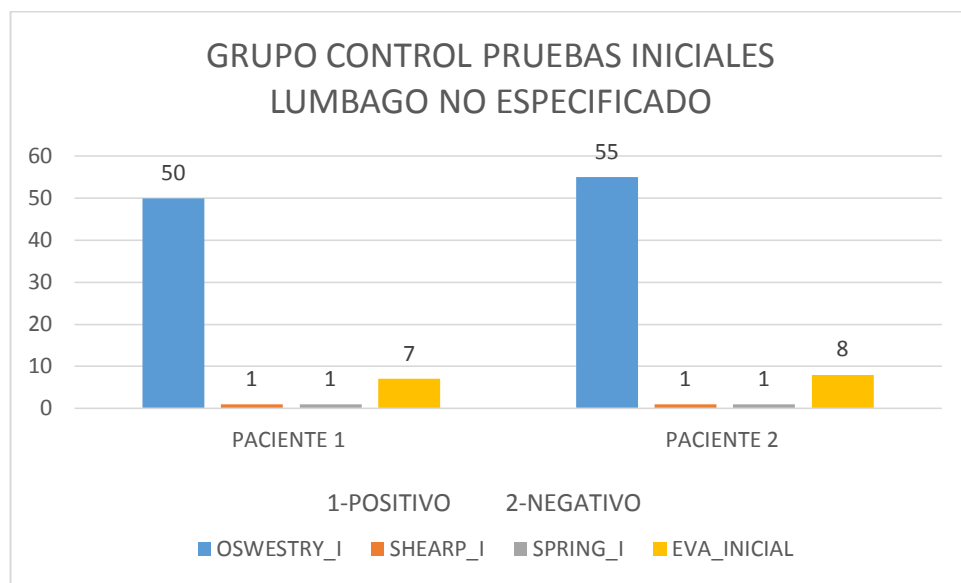


Gráfico N°1. Datos referentes al grupo control inicial en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control en cada prueba inicial aplicada para lumbago no especificado fueron:

Paciente 1 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado del 50 %, en la aplicación del shear posterior test fue positivo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 7.

Paciente 2 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado de 55%, en la aplicación shear posterior test fue positivo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 8.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio en el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Se encuentra en una condición intensa en rango de discapacidad. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población de estudio se encuentra en un inicio entre 7-8 representando un dolor muy severo. Mientras que en el shear posterior test se evidenciaron resultados positivos al igual que el spring test.

PACIENTES	OSWESTRY_I	SHEARP_I	SPRING_I	EVA_INICIAL
1	70	1	1	9
2	70	1	1	7

Tabla 2. Tabla general referente al grupo experimental inicial en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Chiluisa

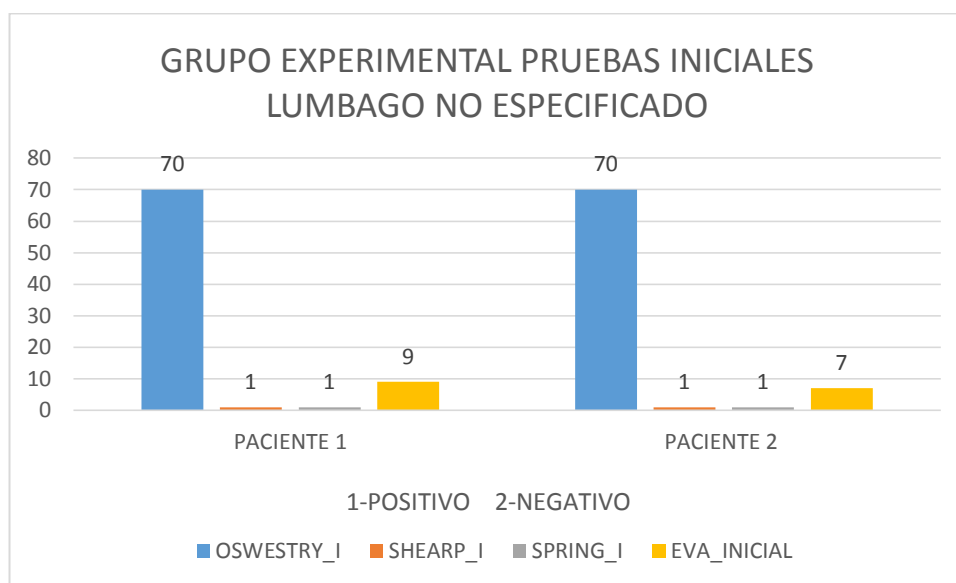


Gráfico N°2. Datos referentes al grupo experimental inicial en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo experimental en cada prueba inicial aplicada para lumbago no especificado fueron:

Paciente 1 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado del 70 %, en la aplicación del shear posterior test fue positivo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Paciente 2 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado de 70%, en la aplicación shear posterior test fue positivo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 7.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo experimental, podemos identificar que la población de estudio al inicio en el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry se encuentra en una condición de limitación funcional máxima. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población de estudio se encuentra en un inicio entre 7-9 representando un dolor muy severo y máximo dolor. Mientras que en el shear posterior test se evidenciaron resultados positivos al igual que el spring test.

PACIENTES	OSWESTRY_F	SHEARP_F	SPRING_F	EVA_FINAL
1	10	2	2	0
2	22	2	1	3

Tabla 3. Tabla general referente grupo control final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Chiluisa

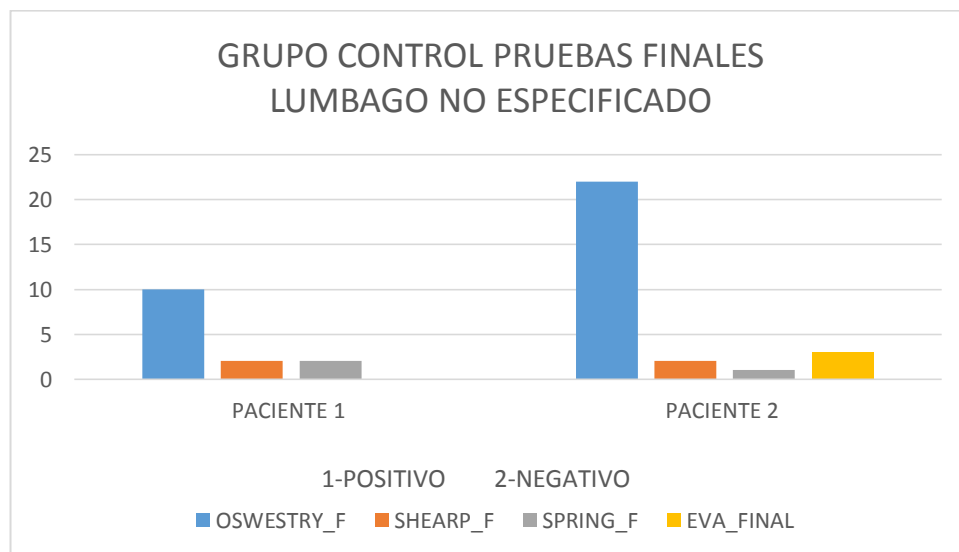


Gráfico N° 3. Datos referentes al grupo control final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control en cada prueba realizada al final del tratamiento fisioterapéutico aplicada para lumbago no especificado fueron:

Paciente 1 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado del 10 %, en la aplicación del shear posterior test fue negativo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 0.

Paciente 2 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado de 22%, en la aplicación shear posterior test fue negativo, mientras que el spring test fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 3.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al final del tratamiento en la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry se encuentra en una condición de limitación funcional mínima. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población de estudio se encuentra al final entre 0-3 sin dolor y dolor moderado respectivamente. Mientras que en el shear posterior test se evidenciaron resultados negativos y el spring test positivos.

PACIENTES	OSWESTRY_F	SHEARP_F	SPRING_F	EVA_FINAL
1	10	1	2	0
2	10	2	2	1

Tabla 4. Tabla general referente al grupo experimental final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Chiluisa

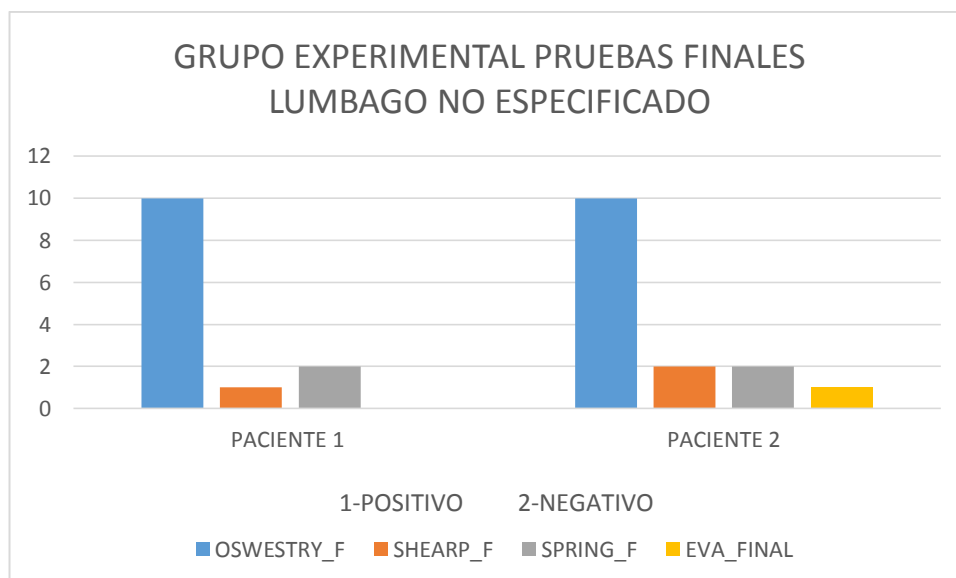


Gráfico N° 4. Datos referentes al grupo experimental final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo experimental en cada prueba realizada al final del tratamiento fisioterapéutico, aplicada para lumbago no especificado fueron:

Paciente 1 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado del 10 %, en la aplicación del shear posterior test fue positivo, mientras que el spring test dio un resultado negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 0.

Paciente 2 en el cuestionario de Oswestry se obtuvo un resultado de 10%, en la aplicación shear posterior test fue negativo al igual que el spring test y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 1.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo experimental, podemos identificar que la población de estudio al final del tratamiento en cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry se encuentra en una condición de limitación funcional mínima. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población de estudio se encuentra al final entre 0-1 sin dolor. Mientras que en el shear posterior test se evidenciaron resultados negativos y positivos, en el spring test fueron negativos.

SUJETOS	OSWESTRY_I	OSWESTRY_F
COT_M545_C	53	16

Tabla 5. Media del grupo control del cuestionario de Oswestry en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Chiluisa

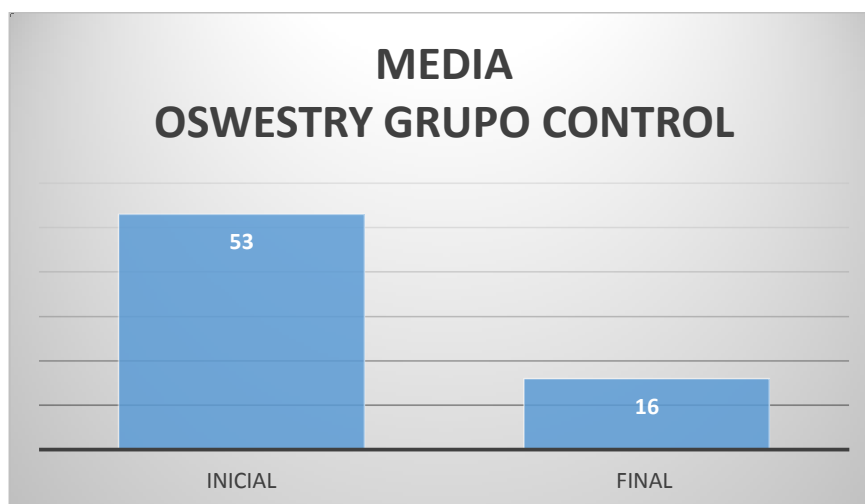


Gráfico N°5. Datos referentes al grupo control del cuestionario de Oswestry en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Al obtener la media de grupo experimental tanto inicial como final, en el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, se observó que al inicio del tratamiento este encontraba dentro de una limitación funcional intensa equivalente al 53%, mientras que los resultados obtenidos al final del tratamiento fueron de 16 % siendo equivalente a una limitación funcional mínima..

Análisis

En base a los datos estadísticos que se obtuvieron se puede evidenciar que existió un diferencia significativa de un 37% por lo tanto la aplicación de tratamiento tradicional ayuda a la disminución de dolor en los pacientes que presentan lumbago no específico.

SUJETOS	OSWESTRY_I	OSWESTRY_F
COT_M545_E	70	10

Tabla 6. Media del grupo experimental en la escala de Oswestry en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

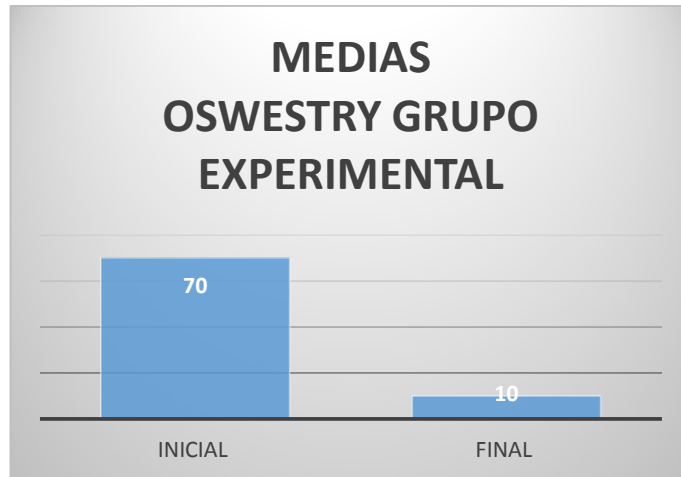


Gráfico N°6. Datos referentes al grupo experimental de la escala de Oswestry en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Al obtener la media de grupo experimental tanto inicial como final, en el cuestionario de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry, se observó que al inicio del tratamiento este encontraba dentro de una limitación funcional máxima equivalente al 70%, mientras que los resultados obtenidos al final del tratamiento fueron de 10 % siendo equivalente a una limitación funcional mínima.

Análisis

En base a los datos estadísticos que se obtuvieron, se puede evidenciar que existió una diferencia significativa de un 60%, por lo tanto la aplicación de tratamiento fisioterapéutico integral ayuda en gran porción a la disminución de dolor en los pacientes que presentan lumbago no específico.

PACIENTES	SHEARP_I	SHEARP_F		
1	1	1	POSITIVO	1
2	1	2	NEGATIVO	2

Tabla 7. Grupo Control- Shear posterior test en Lumbago no específico

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

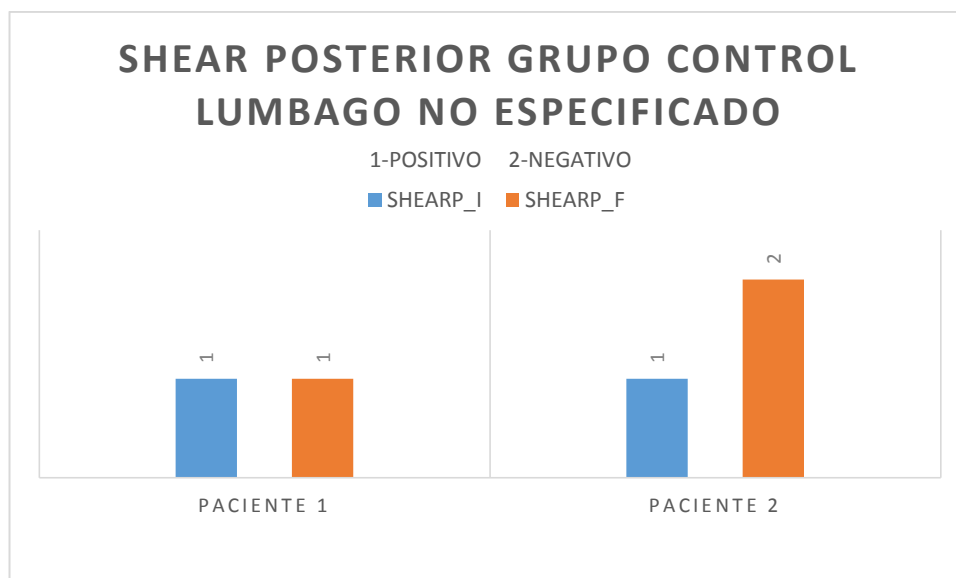


Gráfico N° 7. Datos referentes al grupo control, Shear posterior test Inicial-Final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el shear posterior test al paciente se obtuvo un resultado positivo tanto al inicio del tratamiento como al final.

Paciente 2 al aplicar el shear posterior test al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finalizar se produjo un resultado negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en uno de los pacientes, mientras que en otro no se encuentran cambios al final del tratamiento fisioterapéutico.

PACIENTES	SHEARP_I	SHEARP_F		
1	1	2	POSITIVO	1
2	1	2	NEGATIVO	2

Tabla 8. Grupo experimental- Shear posterior test en Lumbago no especificado
Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

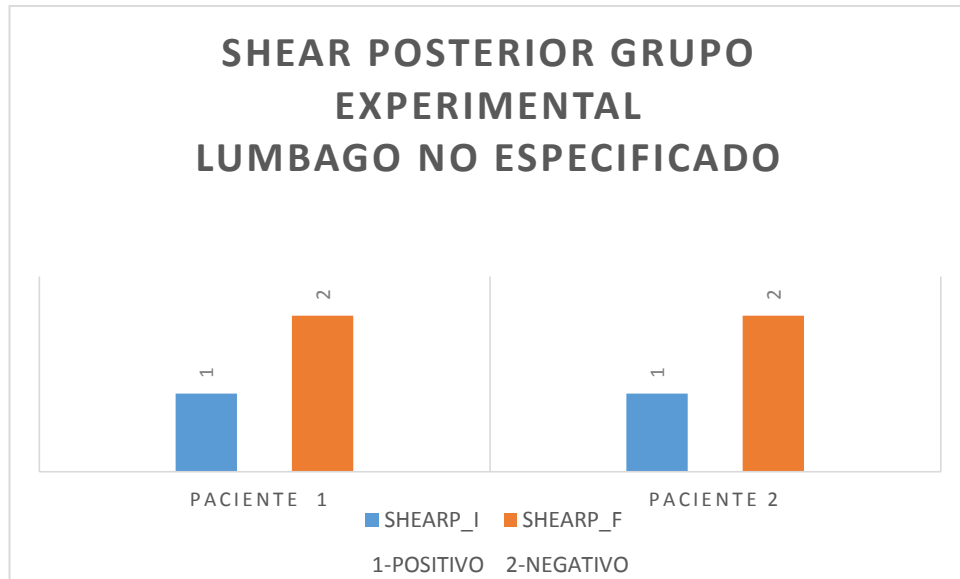


Gráfico N° 8. Datos referentes al grupo experimental, Shear posterior test Inicial-Final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí que corresponde al grupo experimental los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el shear posterior test al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finalizar el número de sesiones se produjo un resultado negativo.

Paciente 2 al aplicar el shear posterior test al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finalizar se produjo un resultado negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia significativa al finalizar la intervención fisioterapéutica en lumbago no especificado dando como resultado un test negativo en los dos pacientes que forman parte del grupo experimental.

PACIENTE	SPRING_I	SPRING_F
1	1	2
2	1	1

Tabla 9. Grupo control - Spring test en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

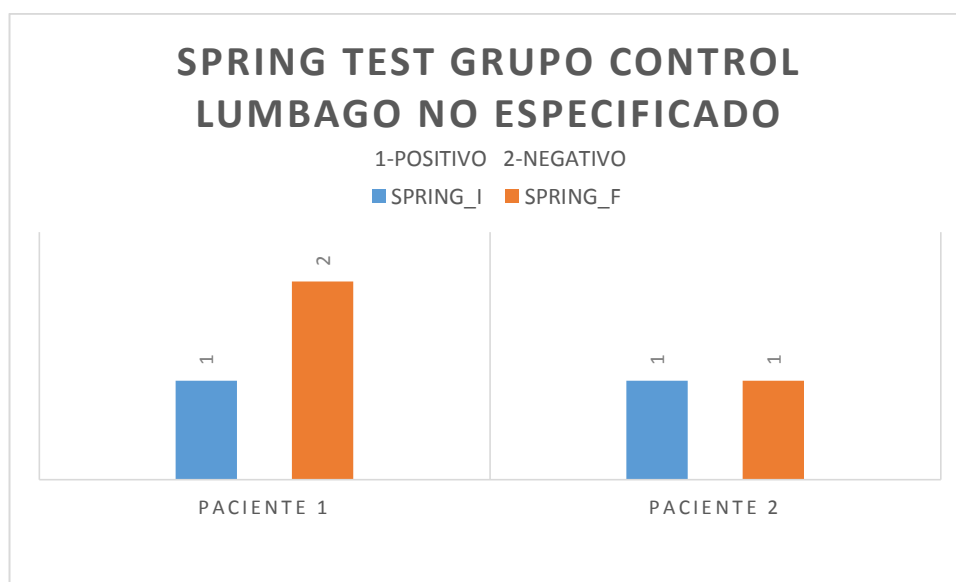


Gráfico N° 9. Datos referentes al grupo control, Spring test Inicial-Final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí, correspondientes al grupo control los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el spring test se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finaliza se produjo un test negativo.

Paciente 2 al aplicar el spring test se obtuvo un resultado positivo tanto al inicio como al final del tratamiento.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en uno de los pacientes con un resultado de positivo al inicio y negativo al final,

mientras que en otro no se encuentran cambios al final del tratamiento fisioterapéutico ya que los resultados fueron positivos tanto al inicio como al final.

PACIENTE	SPRING_I	SPRING_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 10. Grupo experimental - Spring test en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

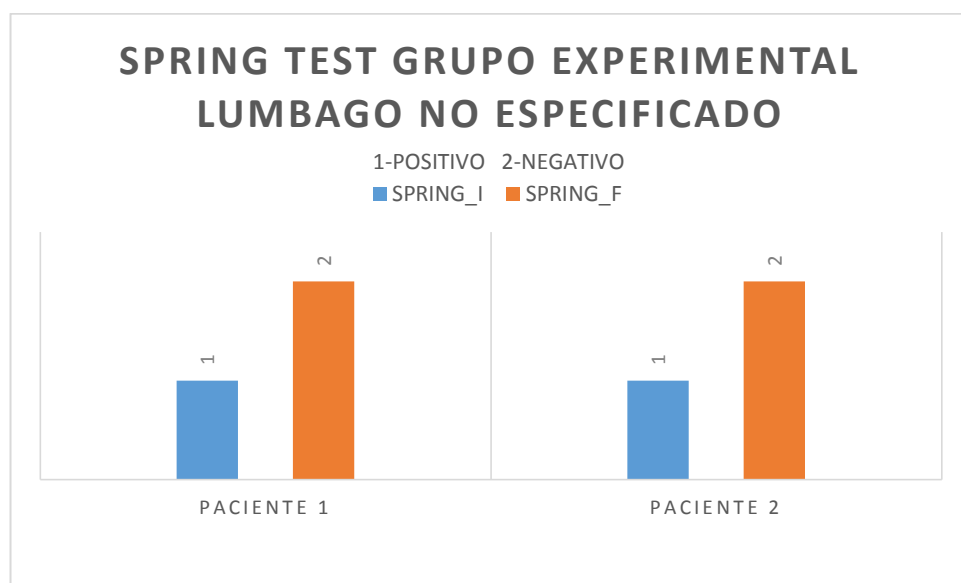


Gráfico N° 10. Datos referentes al grupo experimental, Spring test Inicial-Final en lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí que corresponde al grupo experimental los resultados obtenidos son:

Paciente 1.- Al aplicar el spring test al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finalizar el número de sesiones se produjo un resultado negativo.

Paciente 2.- Al aplicar el spring test al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y al finalizar se produjo un resultado negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia significativa al finalizar la intervención fisioterapéutica en lumbago no especificado dando como resultado un test negativo en los dos pacientes que forman parte del grupo experimental.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	7	0
2	8	3

Tabla 11. Grupo control –EVA lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

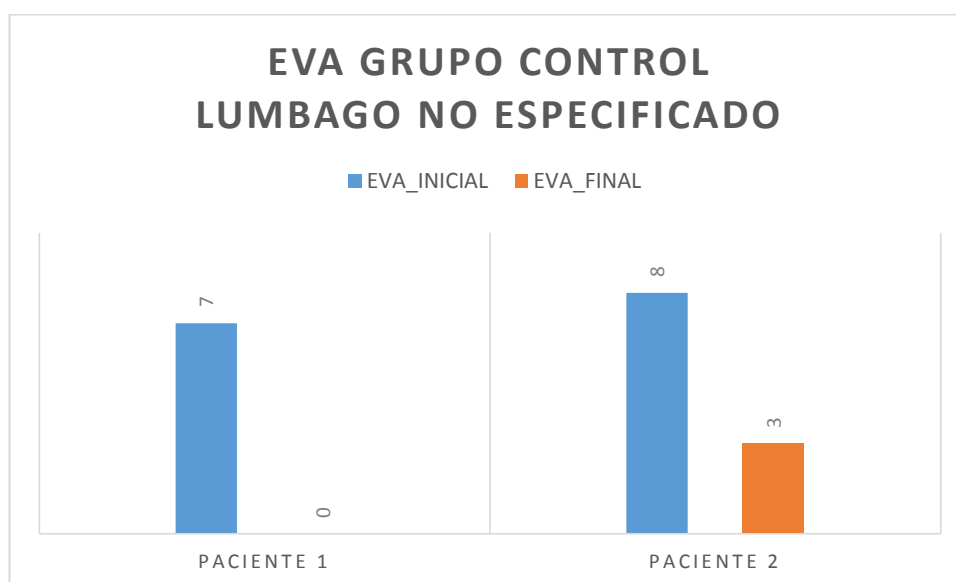


Gráfico N° 11. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí, correspondientes al grupo control los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 7 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 0.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 8 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 3.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en los dos pacientes obteniendo en la escala de EVA entre 0 - 3 que representa sin dolor y dolor leve respectivamente.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	9	0
2	7	1

Tabla 12. Grupo experimental –EVA en lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

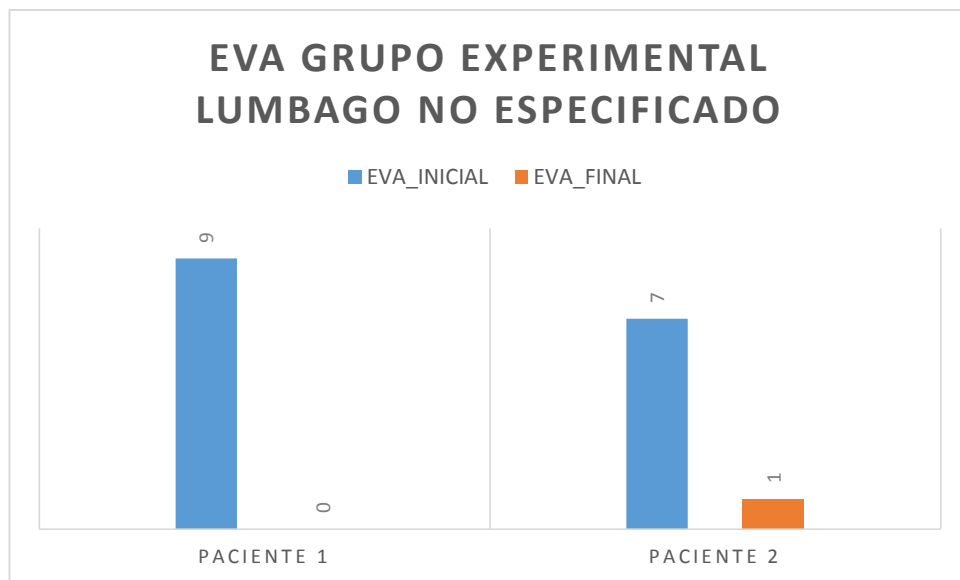


Gráfico N° 12. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí, correspondientes al grupo experimental los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 0.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 7 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 1.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo experimental, se aprecia que existe diferencia significativa con el resultado antes de la intervención como al finalizar en los dos pacientes, obteniendo en la escala de EVA inicial entre 9-7 que representa un dolor muy severo y posteriormente una escala de EVA final entre 0-1 que no implica dolor.

	Experimental		Control	
	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 1	Paciente 2
OSWESTRY_I	70	70	50	55
OSWESTRY_F	10	10	10	22
SHEARP_I	1	1	1	1
SHEARP_F	1	2	2	2
SPRING_I	1	1	1	1
SPRING_F	2	2	2	1
EVA_INICIAL	9	7	7	8
EVA_FINAL	0	1	0	3

Tabla 13. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en Lumbago no especificado

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

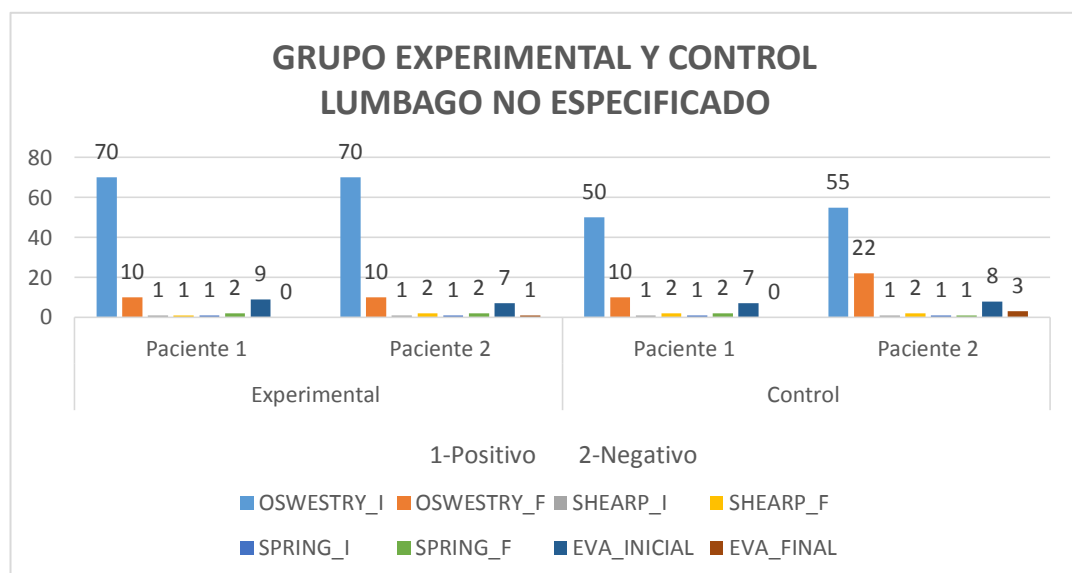


Gráfico N° 13. Datos generales referentes al grupo experimental y control en lumbago no específico

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Mediante los datos obtenidos en el Centro de Salud Tipo C Saquisilí, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo experimental en la etapa inicial del tratamiento se obtuvo un 70% en ambos pacientes en el cuestionario de Oswestry que representa a una discapacidad, mientras que en el grupo control se obtuvo un resultado entre 50% y 55% que equivale a una limitación funcional intensa.

Mientras que en el Shear posterior test inicial tanto del grupo experimental como el grupo control se obtuvo un resultado positivo.

En el Spring Test inicial del grupo experimental y control se obtuvo un resultado positivo para dicha prueba.

En la escala de Evaluación de EVA inicial en el grupo experimental se obtuvo como resultado una escala de 9 y 7, mientras que en el grupo control se obtuvo un EVA de 7 y 8.

En el grupo experimental en la etapa final del tratamiento se obtuvo un resultado de 10% en el cuestionario de Oswestry, que representa una limitación funcional mínima, mientras que en el grupo control se obtuvo un resultado de 22% lo que equivale a una limitación funcional moderada.

En el test del Shear posterior final del grupo control se obtuvo un resultado negativo al igual que en el grupo experimental en uno de los pacientes, mientras que en otro se obtuvo un resultado positivo.

En el Spring Test final del grupo experimental se consiguió un resultado negativo al igual que el grupo control en uno de los pacientes y en otro se obtuvo un resultado positivo.

En la escala de Evaluación de EVA final en el grupo experimental se obtuvo como resultado una media de 1, mientras que el grupo control se obtuvo una media de 2.

Análisis:

En la encuesta de Oswestry en el grupo experimental presento una disminución de la limitación funcional del 60%, mientras que el grupo control se presentó una disminución del 37%, por lo tanto, se puede evidenciar que en el grupo experimental

se obtuvo mejores resultados comparados con los resultados del grupo control en la encuesta de Oswestry.

En cuanto al Test Shear Posterior se evidencio que existió cambios favorables en los dos grupos de investigación tanto del grupo control como el grupo experimental, por lo tanto la aplicación de las 2 intervenciones es favorable para el paciente.

Los datos estadísticos obtenidos sobre el Spring Test fueron negativos en el grupo experimental y en el grupo control fue positivo para uno de ellos, sin embargo se puede determinar que existen cambios favorables en ambos grupos.

Mediante la escala analógica visual EVA se obtuvieron los siguientes resultados; de y 1 en el grupo experimental que significa ausencia de dolor y en el grupo control de 0 y 3 (dolor leve) demostrando que en el grupo experimental se obtuvo cambio significativo para la ausencia de dolor.

3.2 Tenosinovitis de Quervain

PACIENTE	FINKELSTEIN_I	EVA_I
1	1	9
2	1	9

Tabla 14. Tabla general referente al grupo control inicial en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

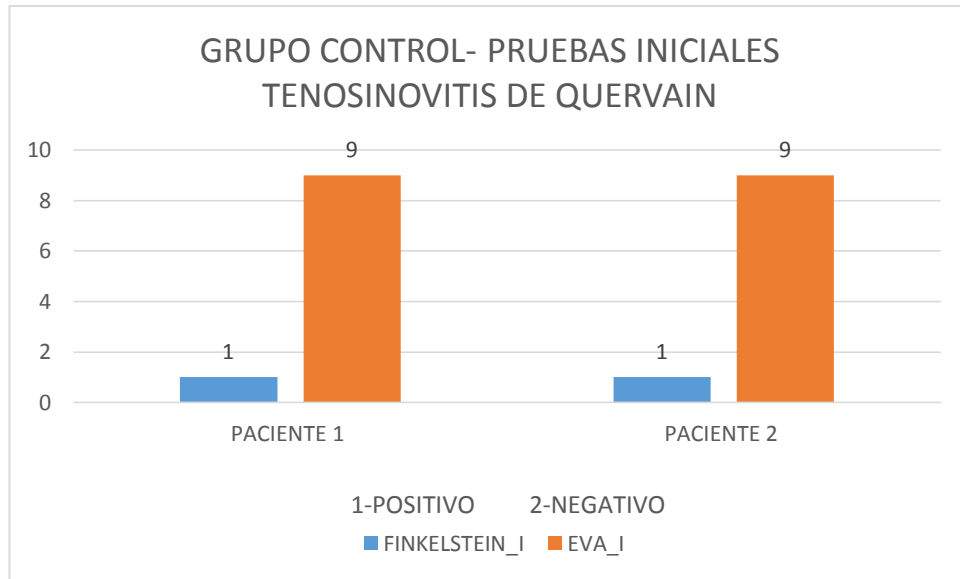


Gráfico N° 14. Datos referentes al grupo control inicial en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control en cada prueba inicial aplicada para tenosinovitis de Quervain fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio del tratamiento en la prueba de Finkelstein se evidenció resultados positivos. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población se encuentra en un inicio con 9 representando un dolor máximo.

PACIENTE	FINKELSTEIN_I	EVA_INICIAL
1	1	8
2	1	7

Tabla 15. Tabla general referente al grupo experimental inicial en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

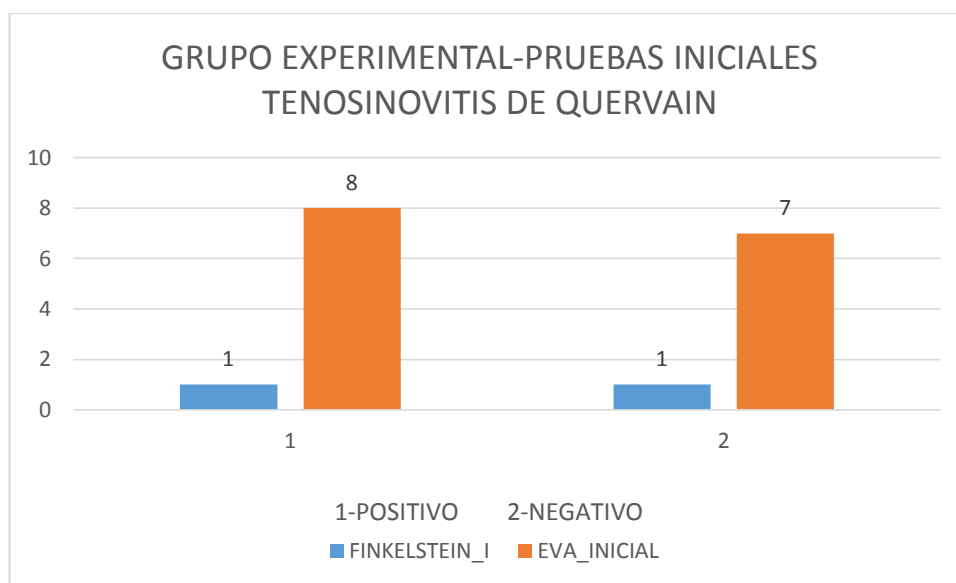


Gráfico N° 15. Datos referentes al grupo experimental inicial en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo experimental en cada prueba inicial aplicada para tenosinovitis de Quervain fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 8.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 7.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio del tratamiento en la prueba de Finkelstein se evidenció resultados positivos. En la escala de evaluación de EVA los

resultados obtenidos indican que la población se encuentra en un inicio un dolor entre 7-8 que representan un dolor muy severo.

PACIENTE	FINKELSTEIN_F	EVA_F
1	2	2
2	1	3

Tabla 16. Tabla general referente al grupo control final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

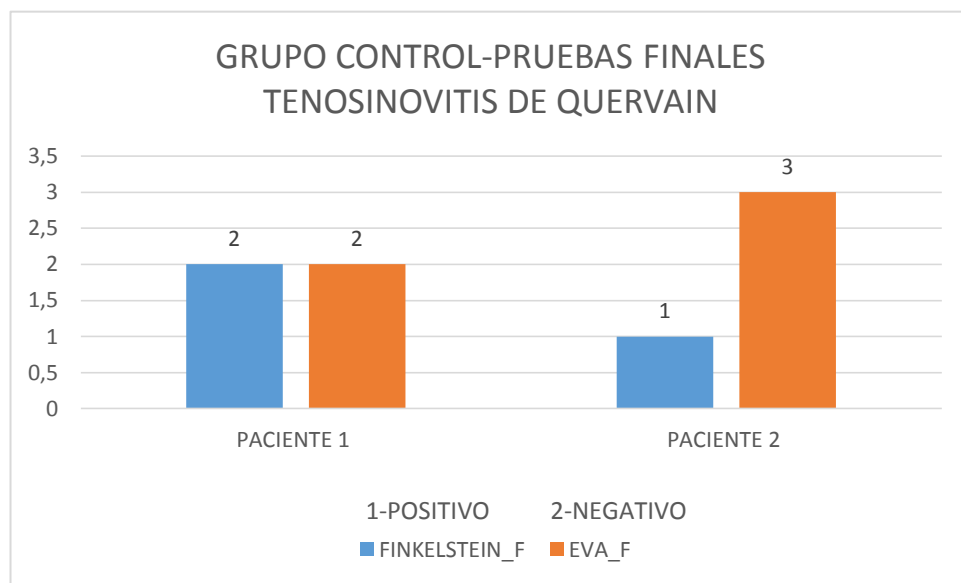


Gráfico N° 16. Datos referentes al grupo control final

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control en cada prueba final aplicada para tenosinovitis de Quervain fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 2.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 3.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al finalizar el tratamiento en la prueba de

Finkelstein se evidenció un resultado negativo y positivo para los dos pacientes respectivamente. En la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población se encuentra al final entre 2-3 que representan un dolor leve.

PACIENTE	FINKELSTEIN_F	EVA_FINAL
1	2	0
2	2	0

Tabla 17. Tabla general referente al grupo experimental final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

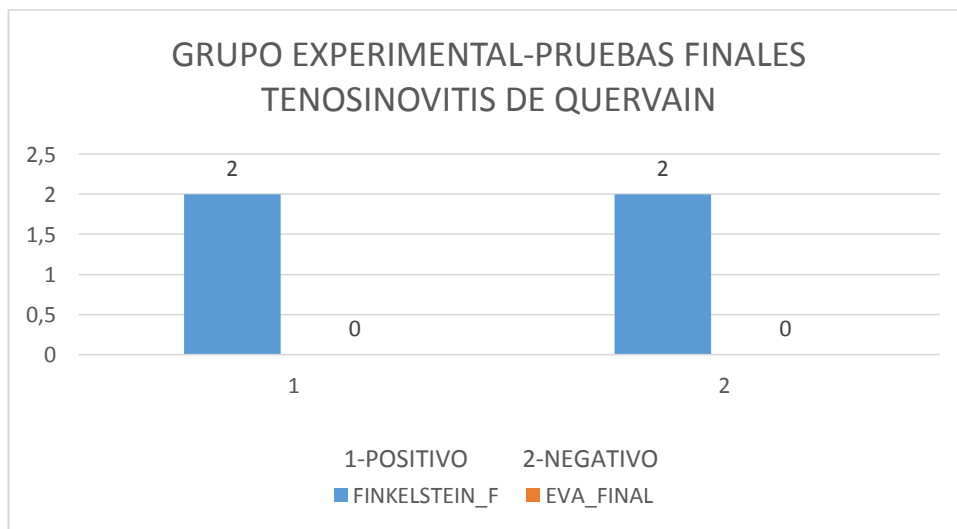


Gráfico N° 17. Datos referentes al grupo experimental final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo experimental en cada prueba final aplicada para tenosinovitis de Quervain fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 0.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Finkelstein fue negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 0.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al finalizar el tratamiento en la prueba de Finkelstein se evidenció un resultado negativo en los dos pacientes. En la escala de

evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población se encuentra al final con un dolor de 0 es decir sin dolor.

PACIENTE	FINKELSTEIN_I	FINKELSTEIN_F
1	1	2
2	1	1

Tabla 18. Grupo Control- Finkelstein en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

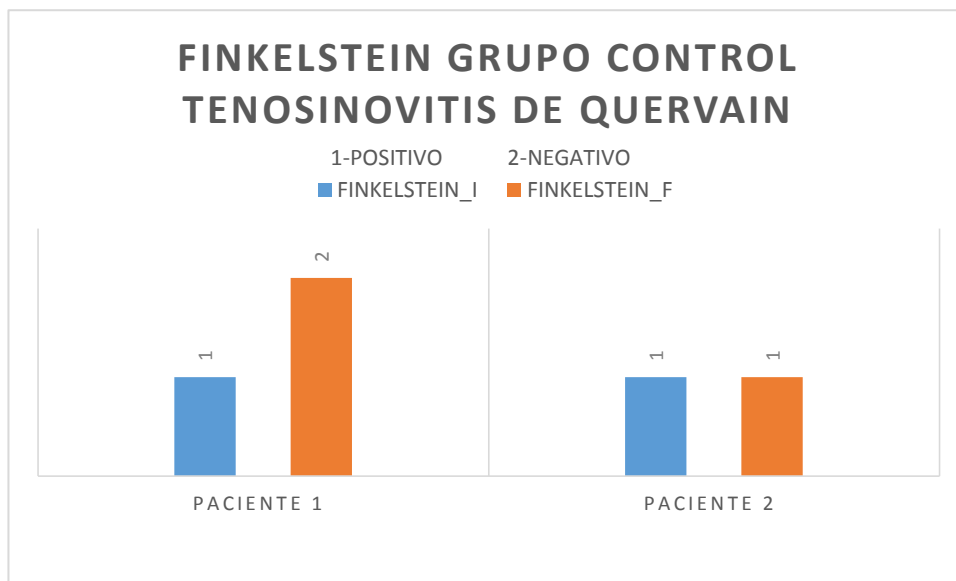


Gráfico N° 18. Datos referentes al grupo control, Finkelstein Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la prueba de Finkelstein al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento, mientras que al final fue negativo.

Paciente 2 al aplicar la prueba de Finkelstein al paciente se obtuvo un resultado positivo tanto al inicio como al final del tratamiento.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en uno de los pacientes, mientras que en otro no se encuentran cambios al final del tratamiento fisioterapéutico.

PACIENTE	FINKELSTEIN_I	FINKELSTEIN_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 19. Grupo Experimental- Finkelstein en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

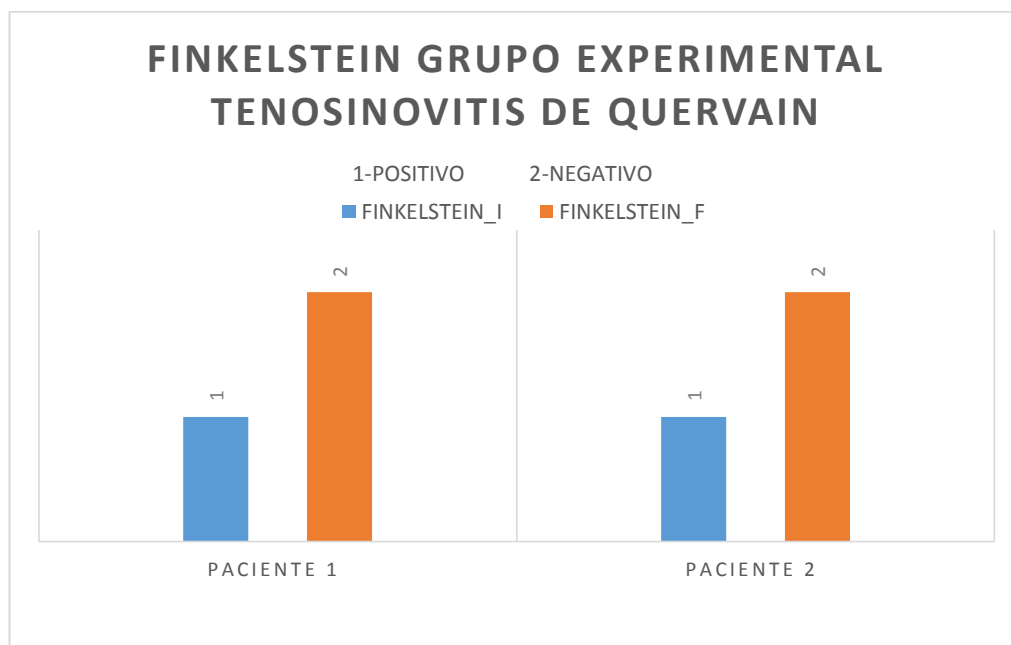


Gráfico N° 19. Datos referentes al grupo experimental, Finkelstein Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la prueba de Finkelstein al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento, mientras que al final fue negativo.

Paciente 2 al aplicar la prueba de Finkelstein al paciente se obtuvo un resultado positivo mientras que al final se obtuvo un resultado negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia significativa al finalizar el tratamiento fisioterapéutico, se obtiene un resultado de finkelstein negativo para ambos casos.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	9	2
2	9	3

Tabla 20. Grupo control –EVA en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

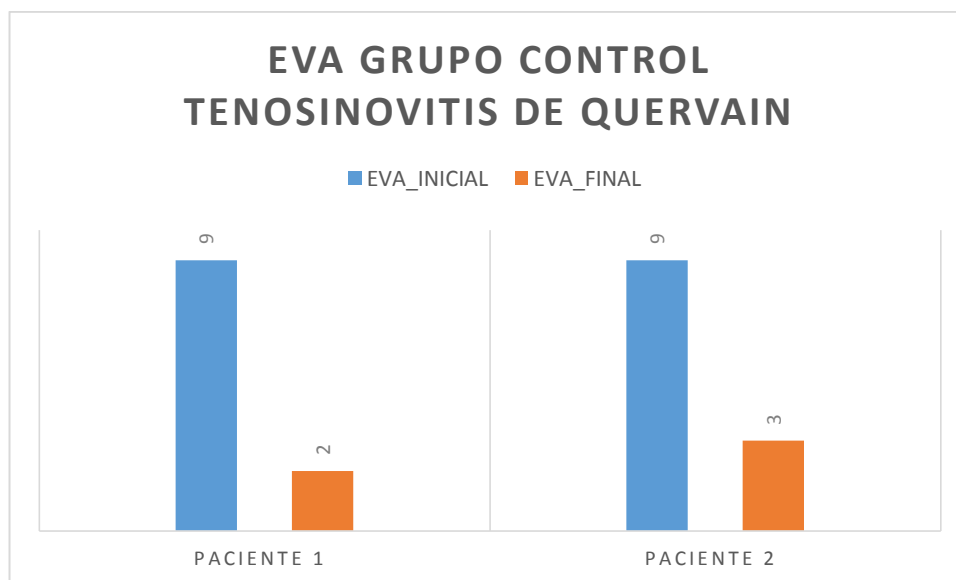


Gráfico N° 20. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí, correspondientes al grupo control los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 2.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 3.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en los dos pacientes obteniendo en la escala 9 de EVA que representa un máximo dolor, mientras que al finalizar el tratamiento se presenta entre 2-3 de EVA que constituye un dolor leve.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	8	0
2	7	0

Tabla 21. Grupo experimental –EVA en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

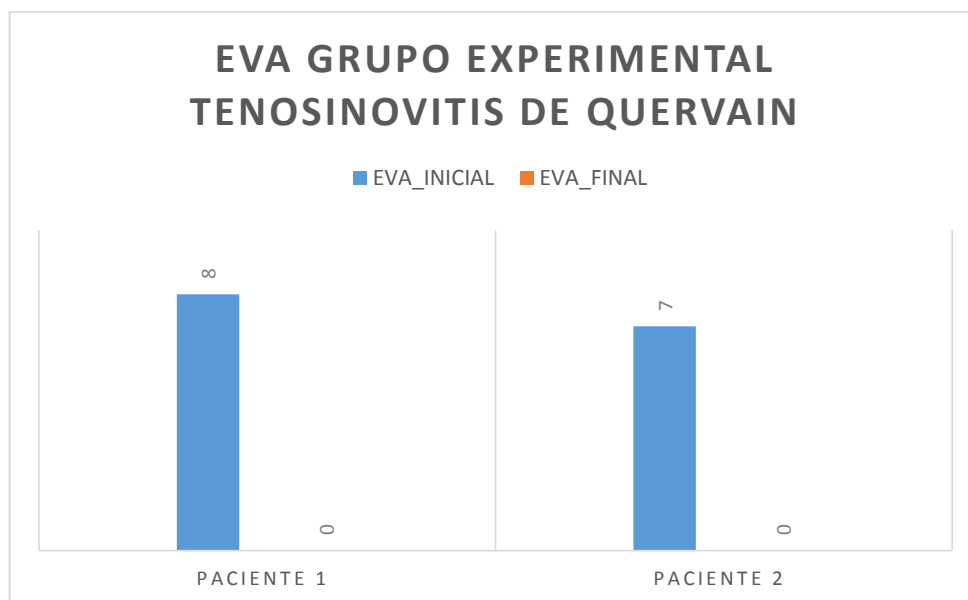


Gráfico N° 21. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí, correspondientes al grupo experimental los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 8 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 0.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 7 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 0.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo experimental, se aprecia que existe diferencia significativa con el resultado antes de la intervención como al finalizar en los dos pacientes, obteniendo en la escala de EVA inicial entre 8-7 que representa un dolor muy severo y posteriormente una escala de EVA final de 0 que no implica dolor.

	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 1	PACIENTE 2
FINKELSTEIN_I	1	1	1	1
FINKELSTEIN_F	2	2	2	1
EVA_I	8	7	9	9
EVA_F	0	0	2	3

Tabla 22. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

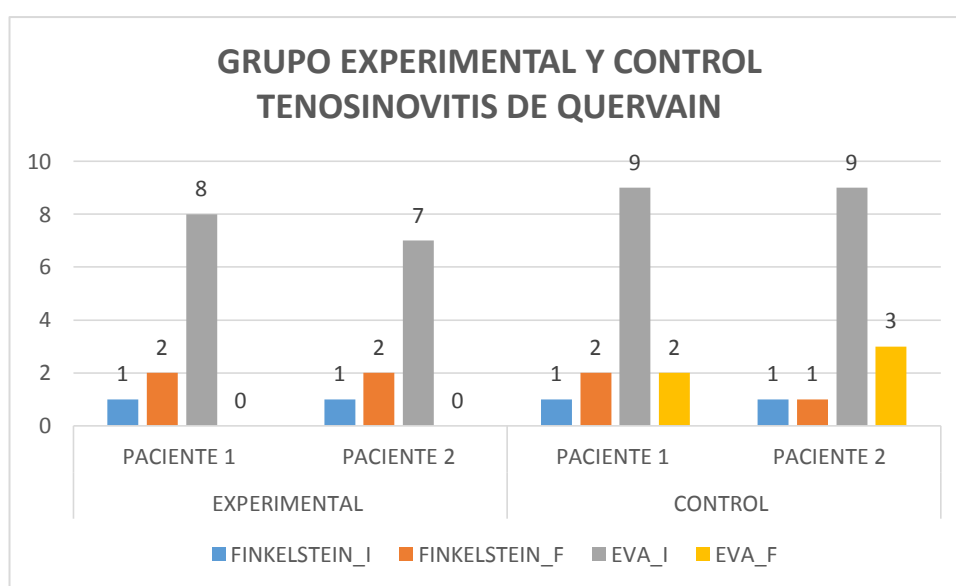


Gráfico N° 22. Datos generales referentes al grupo experimental y control en Tenosinovitis de Quervain

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Mediante los datos obtenidos en el Centro de Salud Tipo C Saquisilí para tendinitis de Quervain, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo experimental en la etapa inicial del tratamiento al aplicar la prueba de Finkelstein tanto en el grupo control como experimental los resultados son positivos.

En la escala de Evaluación de EVA inicial en el grupo experimental se obtuvo como resultado 8 y 7 mientras que en el grupo control fue 9 en ambos pacientes.

En el grupo experimental en la etapa final del tratamiento tanto en el grupo control como experimental en la prueba de Finkelstein los resultados son negativos y un positivo para el grupo control.

En la escala de Evaluación de EVA final en el grupo experimental se obtuvo como resultado una 0 en ambos pacientes, mientras que el grupo control se obtuvo un EVA entre 2 y 3.

Análisis:

En la prueba de Finkelstein tanto inicial como final no existen diferencias significativas en ambos grupos, ya que estos comenzaron con resultados positivos y al finalizar con resultados negativos.

Mediante la escala analógica visual de EVA se obtuvieron los siguientes resultados: en los dos grupos se evidenció cambios en la disminución de dolor, pero en el grupo experimental con mayor significancia de EVA FINAL 0 que significa sin dolor, mientras en grupo control obtuvo un resultado entre 2 y 3 que representa un dolor leve.

3.3 Epicondilitis

PACIENTE	THOMPSON_I	SILLA_I	COZEN_I	EVA_INICIAL
1	1	1	1	8
2	1	1	1	9

Tabla 23. Tabla general referente al grupo control inicial en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

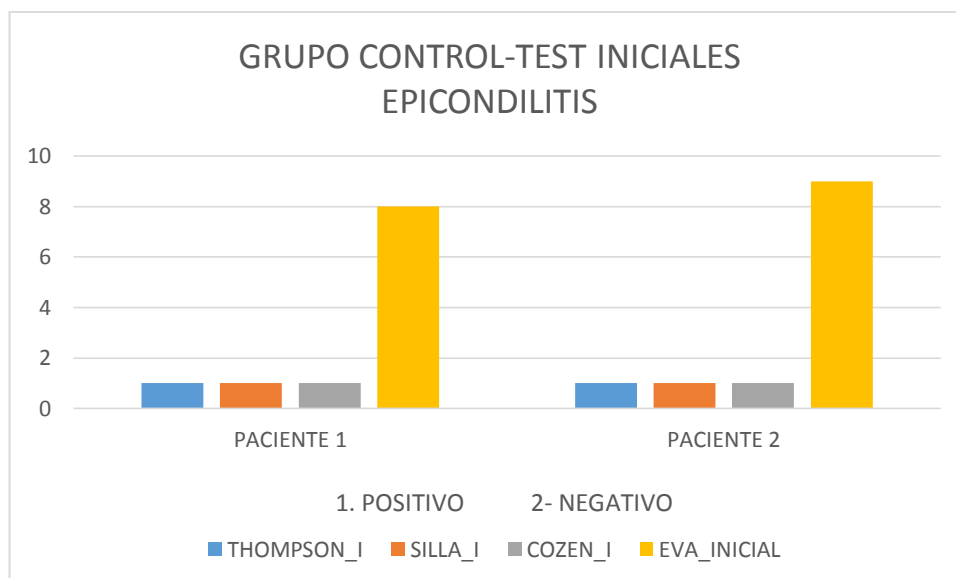


Gráfico N° 23. Datos referentes al grupo control inicial en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control, en cada prueba inicial aplicada para epicondilitis fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Thompson fue positivo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 8.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Thompson fue positivo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio en la escala de evaluación de EVA se encuentra entre 8-9 que representa un máximo dolor. Mientras que en las pruebas de Thompson, Silla y Cozen se evidenciaron resultados positivos.

PACIENTE	THOMPSON_I	SILLA_I	COZEN_I	EVA_INICIAL
1	1	1	1	9
2	1	1	1	8

Tabla 24. Tabla general referente al grupo experimental inicial en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

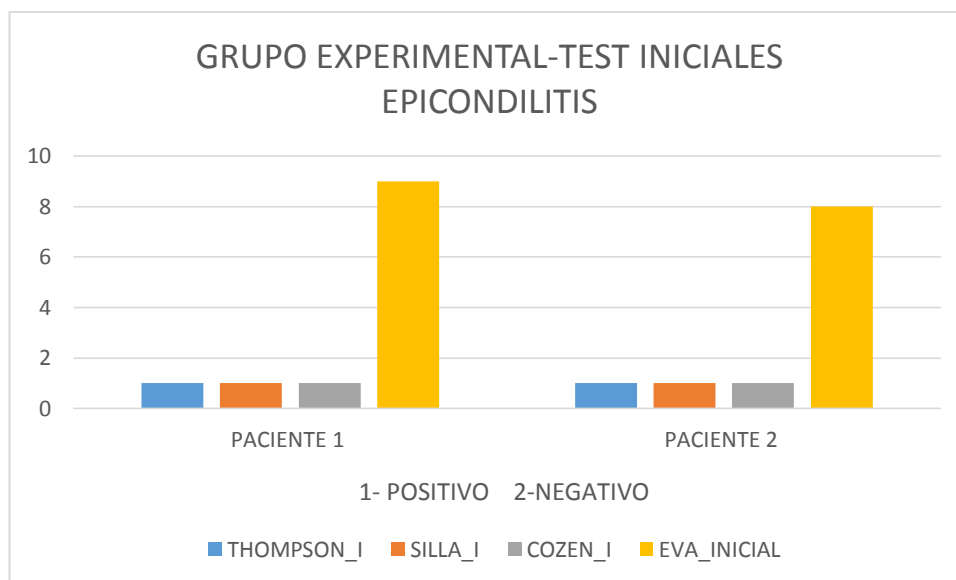


Gráfico N° 24. Datos referentes al grupo experimental inicial en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control, en cada prueba inicial aplicada para epicondilitis fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Thompson fue positivo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Thompson fue positivo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 8.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo experimental, podemos identificar que la población de estudio al inicio en la escala de evaluación de EVA se encuentra entre 8-9 que representa un máximo dolor. Mientras que en las pruebas de Thompson, Silla y Cozen se evidenciaron resultados positivos.

PACIENTE	THOMPSON_F	SILLA_F	COZEN_F	EVA_FINAL
1	2	1	2	2
2	2	2	2	2

Tabla 25. Tabla general referente al grupo control final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

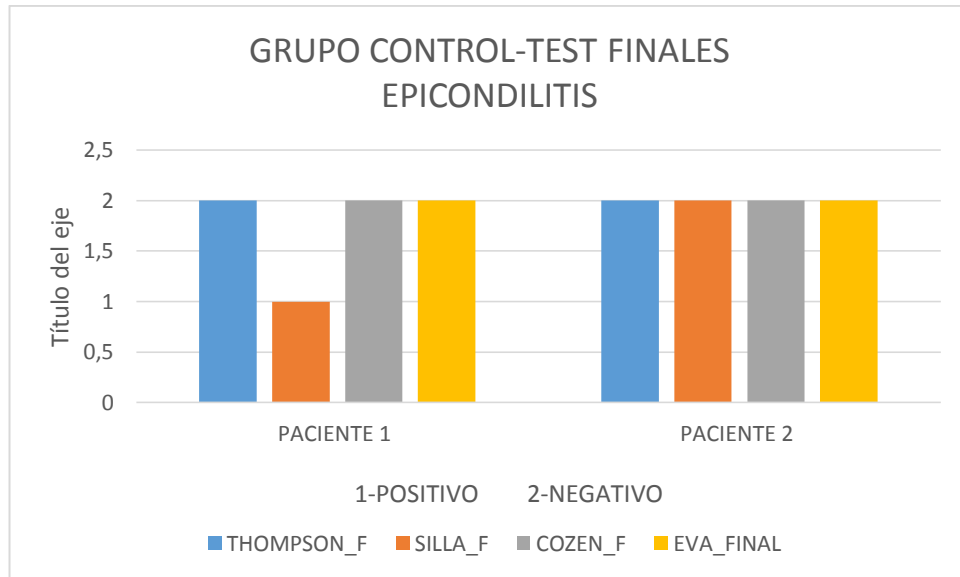


Gráfico N° 25. Datos referentes al grupo control final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo control, en cada prueba aplicada al final del tratamiento para epicondilitis fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Thompson fue negativo, en la prueba de la silla resulto positivo, mientras que en la prueba de Cozen fue negativo, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 2.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Thompson fue negativo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 2.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al final en la escala de evaluación de EVA es 2 que representa un dolor leve. Mientras que en las pruebas de Thompson y Cozen, se evidenciaron resultados negativos para ambos pacientes y en la prueba de la Silla se obtuvo resultados positivos y negativos respectivamente.

PACIENTE	THOMPSON_F	SILLA_F	COZEN_F	EVA_FINAL
1	2	2	2	3
2	2	2	2	1

Tabla 26. Tabla general referente al grupo experimental final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

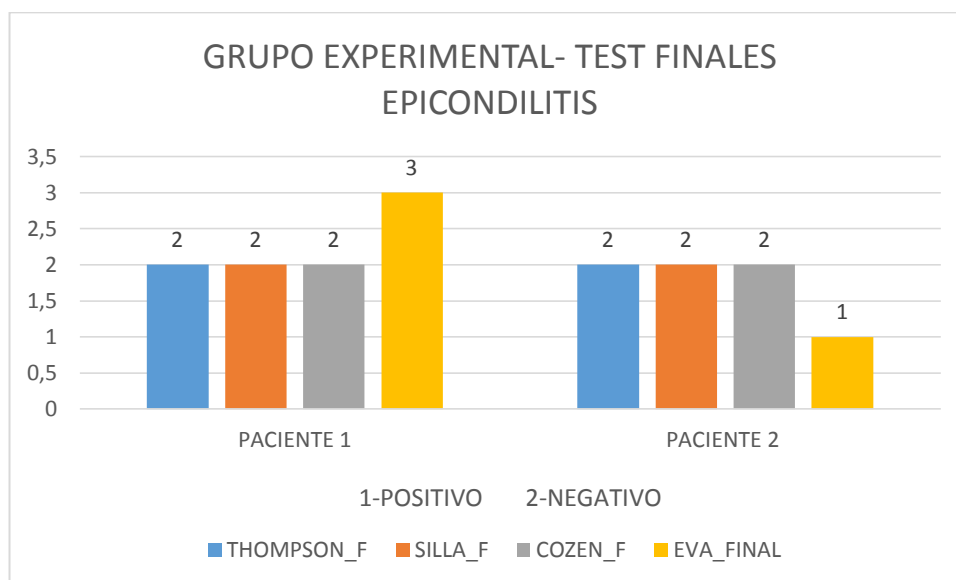


Gráfico N° 26. Datos referentes al grupo experimental final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en el grupo experimental, en cada prueba aplicada al final del tratamiento para epicondilitis fueron:

Paciente 1 en la aplicación de la prueba de Thompson, Silla y Cozen fueron negativos, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 3.

Paciente 2 en la aplicación de la prueba de Thompson fue negativo al igual que la prueba de la silla y de Cozen, en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 1.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo experimental, podemos identificar que la población de estudio al final en la escala de evaluación de EVA es entre 1-3 que representa un dolor leve. Mientras que en las pruebas de Thompson, Silla y Cozen, se evidenciaron resultados negativos para ambos pacientes.

PACIENTE	THOMPSON_I	THOMPSON_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 27. Grupo Control- Thompson en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

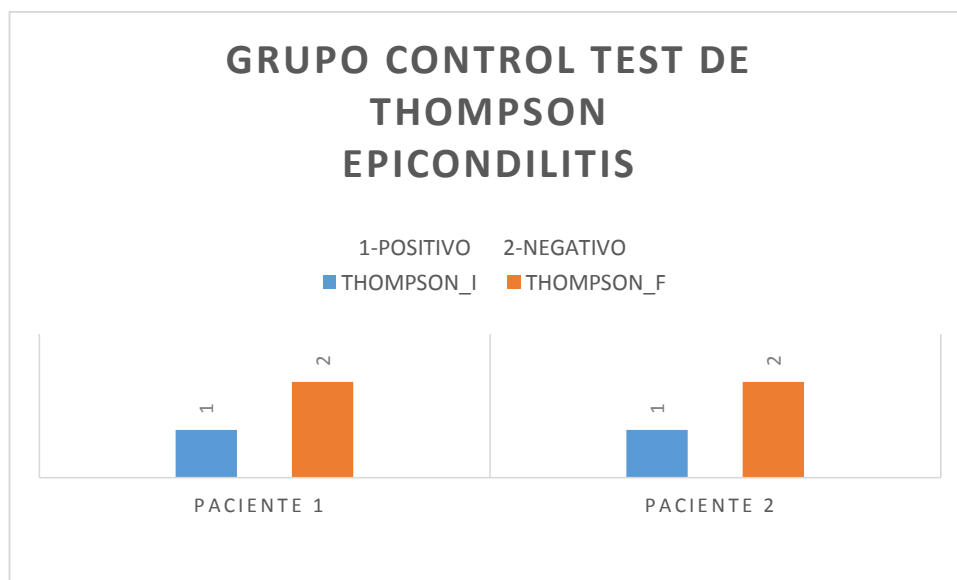


Gráfico N° 27. Datos referentes al grupo control, Thompson Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Paciente 2 al aplicar el test de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en ambos pacientes con un resultado de Thompson positivo al inicio y negativo al final.

PACIENTE	THOMPSON_I	THOMPSON_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 28. Grupo Experimental- Thompson en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

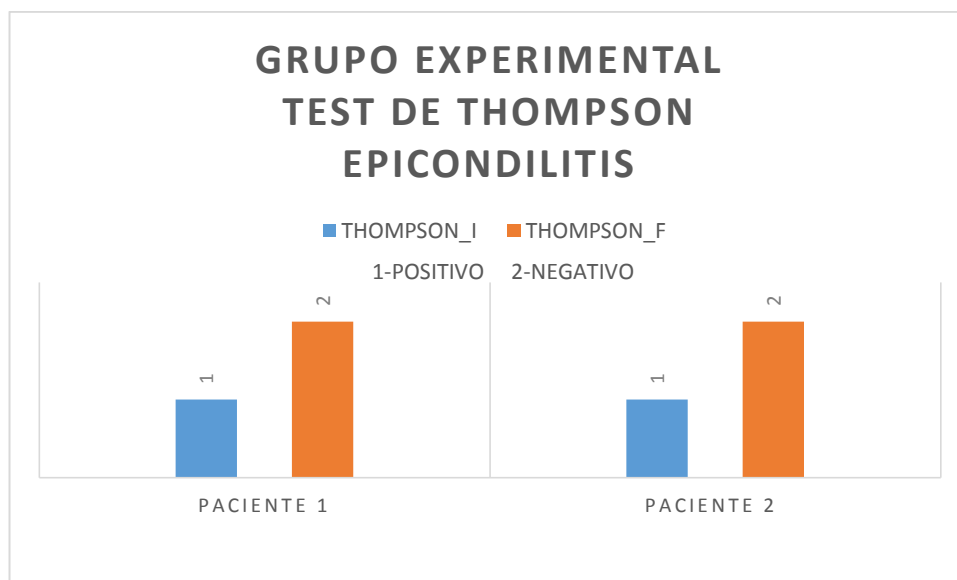


Gráfico N° 28. Datos referentes al grupo experimental, Thompson Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Paciente 2 al aplicar el test de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo experimental, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en ambos pacientes con un resultado de Thompson positivo al inicio y negativo al final.

PACIENTE	SILLA_I	SILLA_F
1	1	1
2	1	2

Tabla 29. Grupo Control- test de la Silla en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

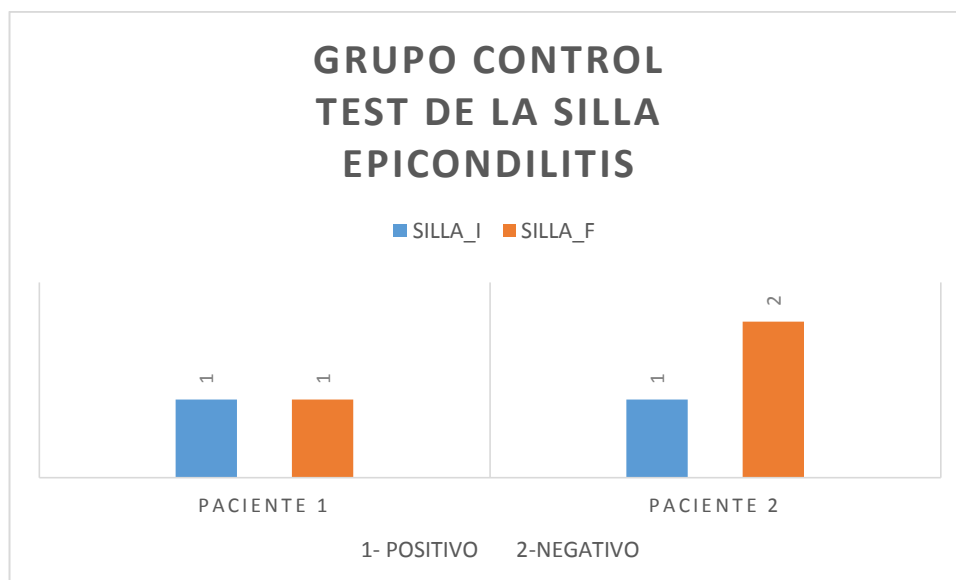


Gráfico N° 29. Datos referentes al grupo control, Silla Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de la Silla al paciente se obtuvo un resultado positivo tanto al inicio como al final.

Paciente 2 al aplicar el test de la Silla al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en uno de los pacientes con un resultado de positivo al inicio y negativo al final, mientras que en otro no se encuentran cambios al final del tratamiento fisioterapéutico ya que los resultados fueron positivos tanto al inicio como al final.

PACIENTE	SILLA_I	SILLA_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 30. Grupo experimental- test de la Silla en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

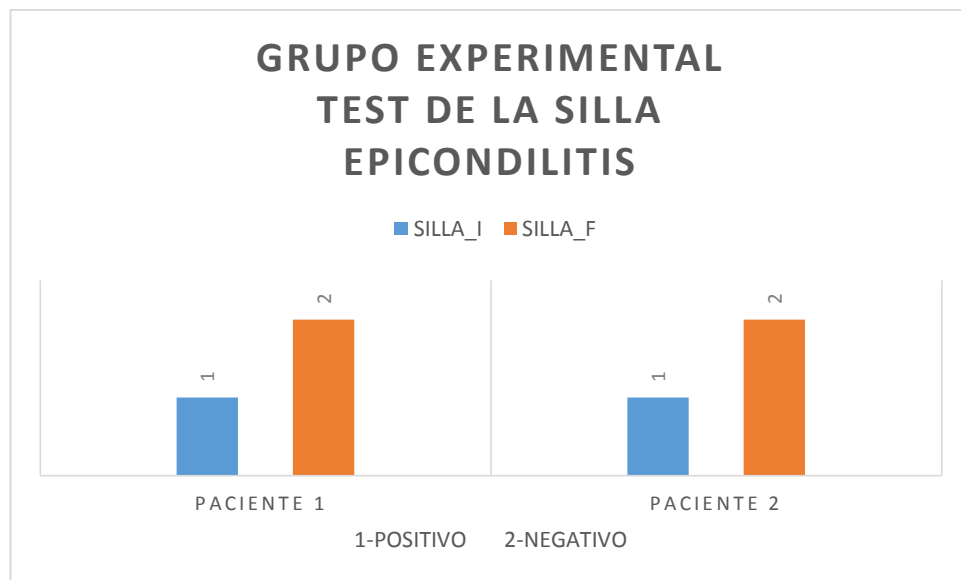


Gráfico N° 30. Datos referentes al grupo experimental, Silla Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de la Silla al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el número de sesiones.

Paciente 2 al aplicar el test de la Silla al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo experimental, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en ambos pacientes con un resultado de positivo al inicio y negativo al final.

PACIENTE	COZEN_I	COZEN_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 31. Grupo control - test de Cozen en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

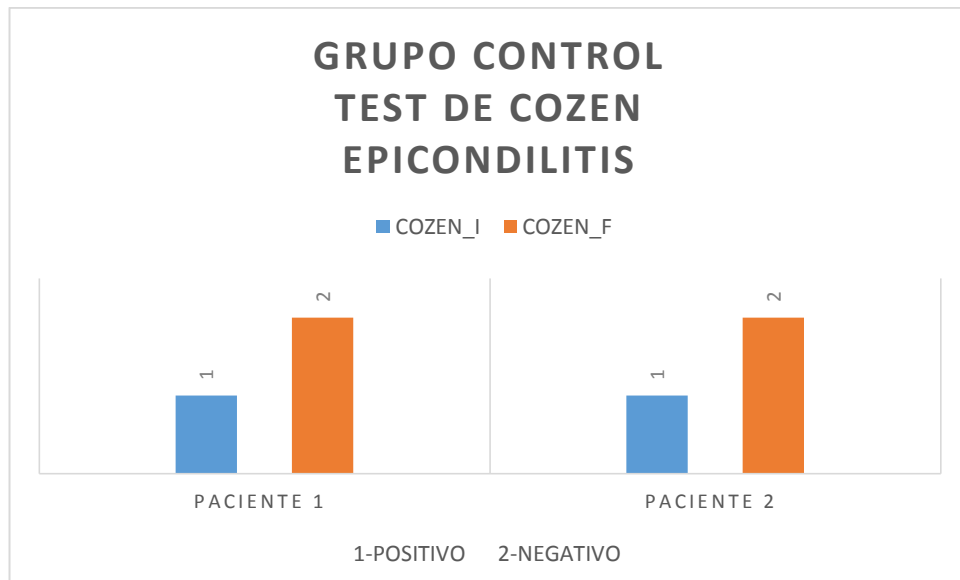


Gráfico N° 31. Datos referentes al grupo control, Cozen Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de la Cozen al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el número de sesiones.

Paciente 2 al aplicar el test de Cozen al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en ambos pacientes, con un resultado positivo al inicio y negativo al final.

PACIENTE	COZEN_I	COZEN_F
1	1	2
2	1	2

Tabla 32. Grupo experimental - test de Cozen en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

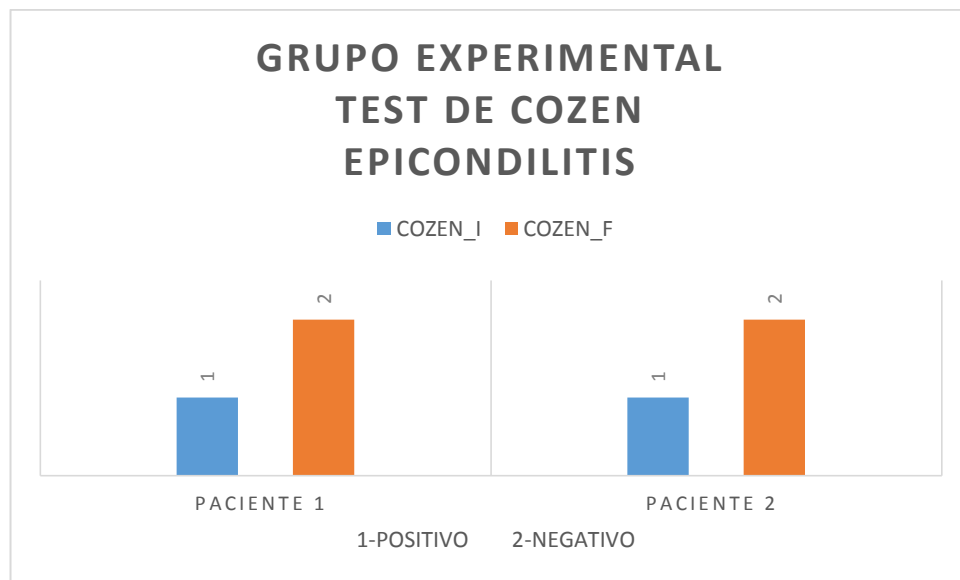


Gráfico N° 32. Datos referentes al grupo experimental, Cozen Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar el test de la Cozen al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el número de sesiones.

Paciente 2 al aplicar el test de Cozen al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento y negativo al finalizar el mismo.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo experimental, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en ambos pacientes, con un resultado positivo al inicio y negativo al final.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	8	2
2	9	2

Tabla 33. Grupo control –EVA en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

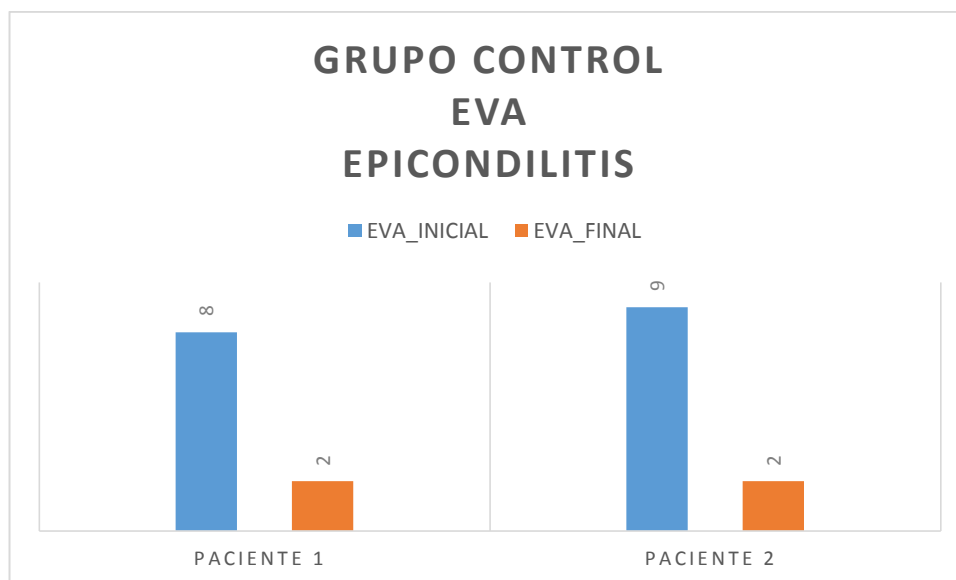


Gráfico N° 33. Datos referentes al grupo control, EVA Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga, correspondientes al grupo control los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 2.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 2.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en los dos pacientes obteniendo en la escala de EVA inicial 9 que representa un máximo dolor y al finalizar el protocolo fisioterapéutico EVA 2 que refiere un dolor leve.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1	9	3
2	8	1

Tabla 34. Grupo experimental –EVA en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

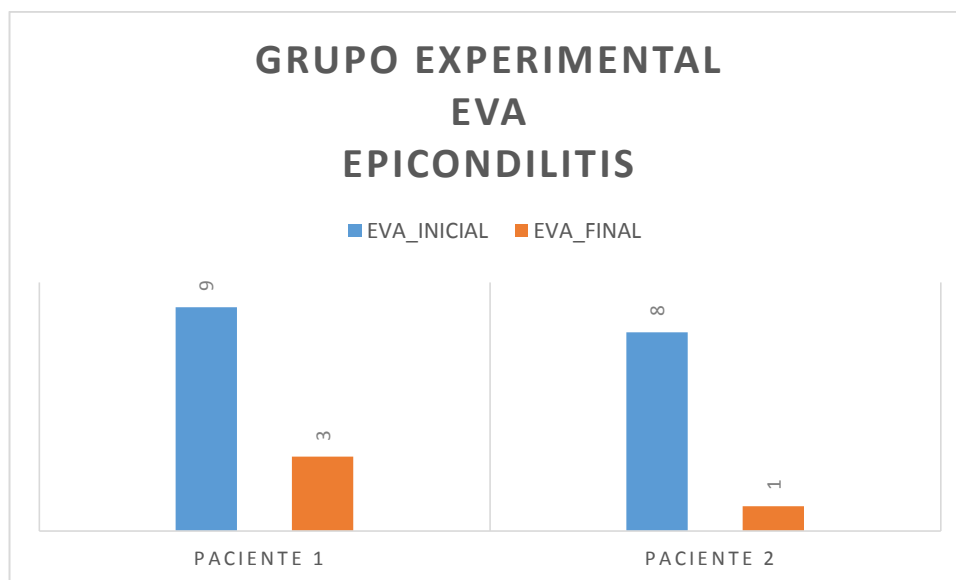


Gráfico N° 34. Datos referentes al grupo experimental, EVA Inicial-Final en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y en el cantón Latacunga, correspondientes al grupo experimental los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 3.

Paciente 2 al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 8 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 1.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en los dos pacientes obteniendo en la escala de EVA inicial entre 9-8 que representa un máximo dolor y al finalizar el protocolo fisioterapéutico EVA entre 3-1 que refiere un dolor leve.

	EXPERIMENTAL		CONTROL	
	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 1	PACIENTE 2
THOMPSON_I	1	1	1	1
THOMPSON_F	2	2	2	2
SILLA_I	1	1	1	1
SILLA_F	2	2	1	2
COZEN_I	1	1	1	1
COZEN_F	2	2	2	2
EVA_I	9	8	8	9
EVA_F	3	1	2	2

Tabla 35. Tabla general de los resultados del grupo experimental y control en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

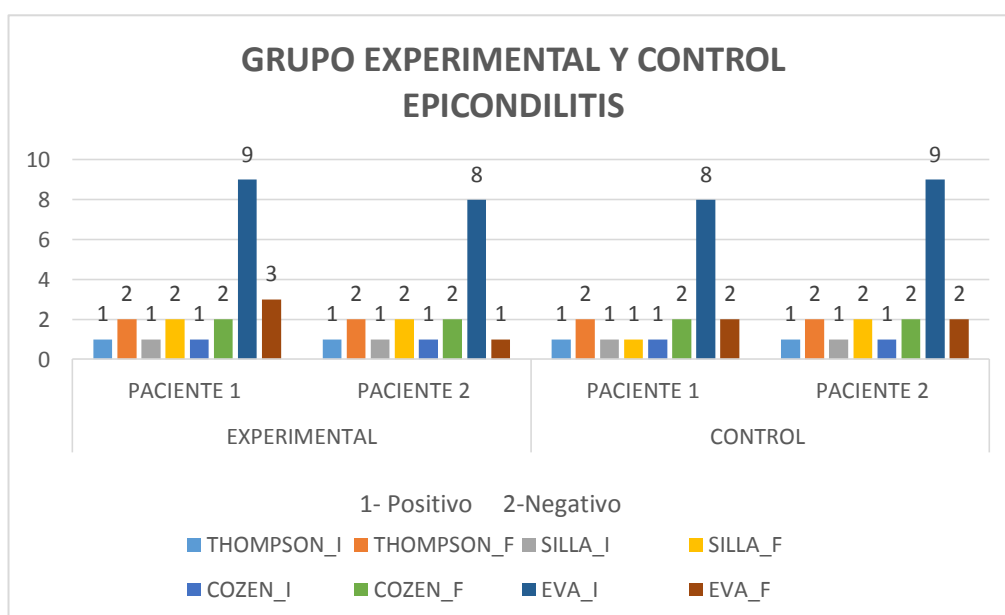


Gráfico N° 35. Datos referentes al grupo control y experimental en epicondilitis

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Mediante los datos obtenidos para Epicondilitis, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo experimental en la etapa inicial del tratamiento al aplicar la prueba de Thompson, silla y Cozen, tanto en el grupo control como experimental los resultados son positivos.

En la escala de Evaluación de EVA inicial en el grupo experimental se obtuvo como resultado un EVA entre 8 y 9 al igual que el grupo control.

En el grupo experimental en la etapa final del tratamiento tanto en el grupo control, como experimental en la prueba de Thompson, silla y Cozen los resultados son negativos.

En la escala de Evaluación de EVA final en el grupo experimental se obtuvo como resultado un EVA entre 1 y 3 mientras que el grupo control se obtuvo una escala de 2.

Análisis:

En la pruebas para epicondilitis tanto inicial como final no existen diferencias significativas en ambos grupos, ya que estos comenzaron con resultados positivos y al finalizar con resultados negativos, determinando que ambos tratamientos son efectivos.

Mediante la escala analógica visual de EVA se obtuvieron los siguientes resultados: en los dos grupos se evidencio cambios significativos en la disminución de dolor, representando en EVA un dolor leve.

3.4 Tendinitis del tendón de Aquiles

PACIENTE	THOMPSON_I	EVA_INICIAL
1_E	1	5
1_C	1	9

Tabla 36. Tabla general referente al grupo control y experimental inicial en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

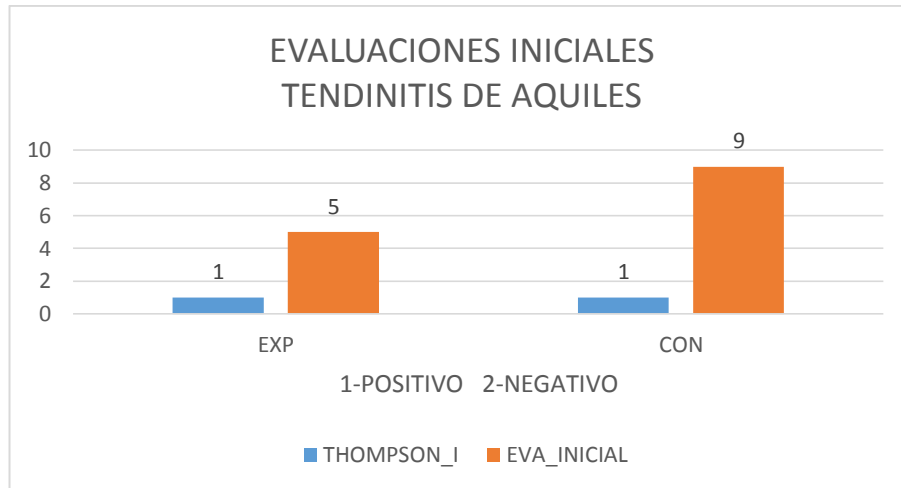


Gráfico N° 36. Datos referentes a los grupos control y experimental inicial en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en cada prueba inicial aplicada para tendinitis del tendón de Aquiles fueron:

Paciente 1 grupo experimental en la aplicación de la prueba de Thompson doloroso durante la plantiflexión fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 5.

Paciente 1 grupo control en la aplicación de la prueba de Thompson doloroso durante la plantiflexión fue positivo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 9.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio del tratamiento en la prueba de Thompson se evidenció resultados positivos y en la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población se encuentra en un inicio con 9 representando un dolor máximo. Mientras que en el grupo experimental en la prueba de valoración de Thompson resultó positivo y una escala de evaluación de EVA inicial de 5 que representa un dolor severo.

PACIENTE	THOMPSON_F	EVA_FINAL
1_E	2	1
1_C	2	2

Tabla 37. Tabla general referente al grupo control y experimental final en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

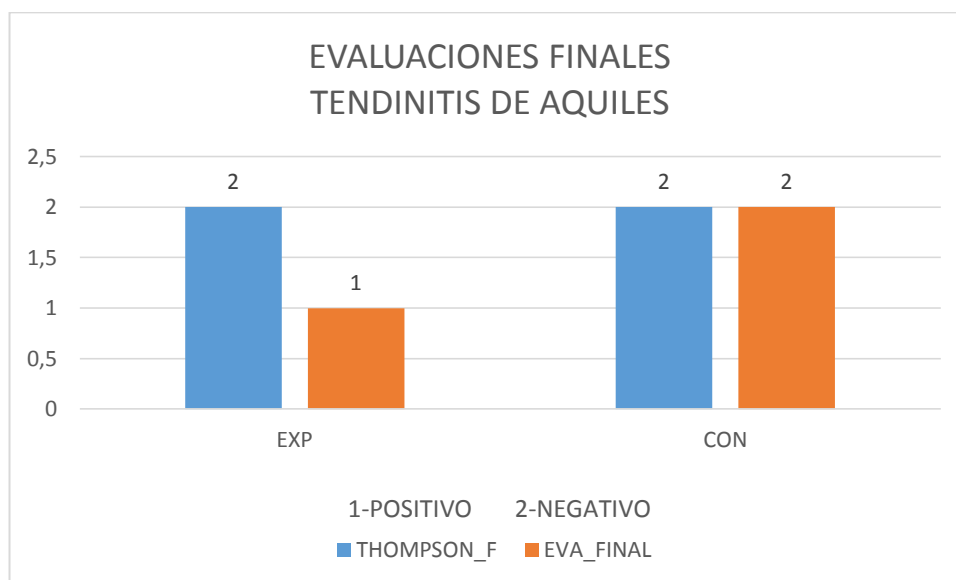


Gráfico N° 37. Datos referentes a los grupos control y experimental final en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Los resultados obtenidos en cada prueba aplicada al final del tratamiento para tendinitis del tendón de Aquiles fueron:

Paciente 1 grupo experimental en la aplicación de la prueba de Thompson doloroso durante la plantiflexión fue negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 1.

Paciente 1 grupo control en la aplicación de la prueba de Thompson doloroso durante la plantiflexión fue negativo y en la evaluación de EVA se obtuvo un puntaje de 2.

Análisis

Mediante la tabla de los resultados obtenidos en el grupo control, podemos identificar que la población de estudio al inicio del tratamiento en la prueba de

Thompson se evidenció resultados negativos y en la escala de evaluación de EVA los resultados obtenidos indican que la población se encuentra al finalizar el tratamiento con EVA 2 representando un dolor leve. Mientras que en el grupo experimental en la prueba de valoración de Thompson resultó negativo y una escala de evaluación de EVA final de 1 que representa un dolor leve.

PACIENTE	THOMPSON_I	THOMPSON_F
1	1	2

Tabla 38. Grupo control – Thompson en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

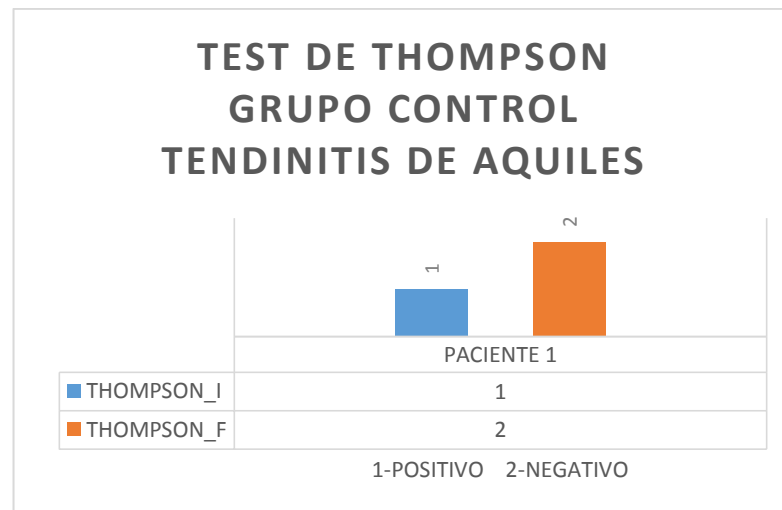


Gráfico N° 38. Datos referentes al grupo control, Thompson test Inicial-Final en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: El paciente que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la prueba de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento, mientras que al final fue negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en el paciente presentando un Thompson doloroso durante la plantiflexión positivo al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se obtuvo un resultado negativo en la misma prueba.

PACIENTE	THOMPSON_I	THOMPSON_F
1	1	2

Tabla 39. Grupo experimental – Thompson en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

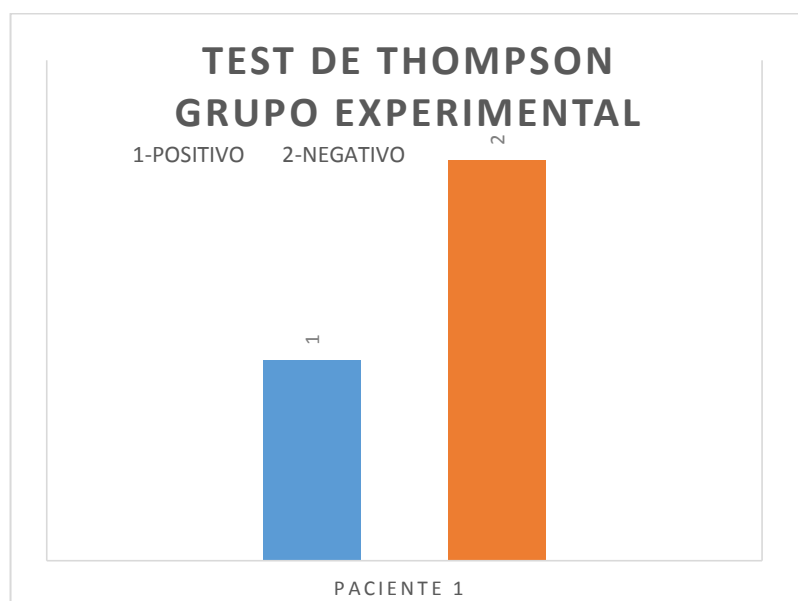


Gráfico N° 39. Datos referentes al grupo experimental, Thompson test Inicial-Final en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: El paciente que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 al aplicar la prueba de Thompson al paciente se obtuvo un resultado positivo al inicio del tratamiento, mientras que al final fue negativo.

Análisis

Con los datos obtenidos se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en el paciente presentando un Thompson doloroso durante la plantiflexión positivo al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se obtuvo un resultado negativo en la misma prueba.

PACIENTE	EVA_INICIAL	EVA_FINAL
1_E	5	1
1_C	9	2

Tabla 40. Grupo control y experimental –EVA tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

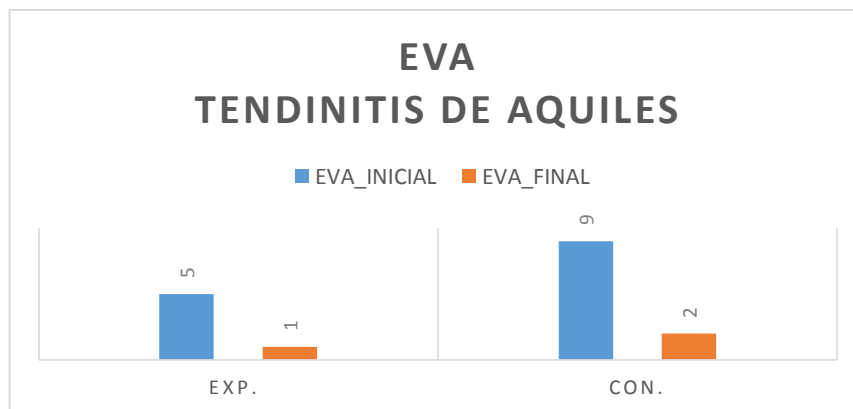


Gráfico N° 40. Datos referentes al grupo control y experimental, EVA Inicial-Final en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: De los dos pacientes que fueron atendidos en el Centro de Salud Tipo C del cantón Saquisilí y cantón Latacunga los resultados obtenidos son:

Paciente 1 grupo experimental al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 5 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 1.

Paciente 1 grupo control al aplicar la escala visual analógica se obtuvo un EVA de 9 al inicio del tratamiento, mientras que al finalizar se produjo un resultado de 2.

Análisis

Con los datos obtenidos en el grupo control, se aprecia que existe diferencia al finalizar el tratamiento en el paciente obteniendo en la escala de EVA inicial de 9 que representa un máximo dolor y al finalizar un Eva de 2 que manifiesta un dolor leve. Mientras que en el grupo experimental se aprecia un EVA inicial de 5 que semeja un dolor severo y al finalizar el tratamiento un EVA de 1 que representa un dolor leve.

	EXPERIMENTAL	CONTROL
THOMPSON_I	1	1
THOMPSON_F	2	2
EVA_INICIAL	5	9
EVA_FINAL	1	2

Tabla 41. Tabla general de los resultados del grupo control y experimental en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

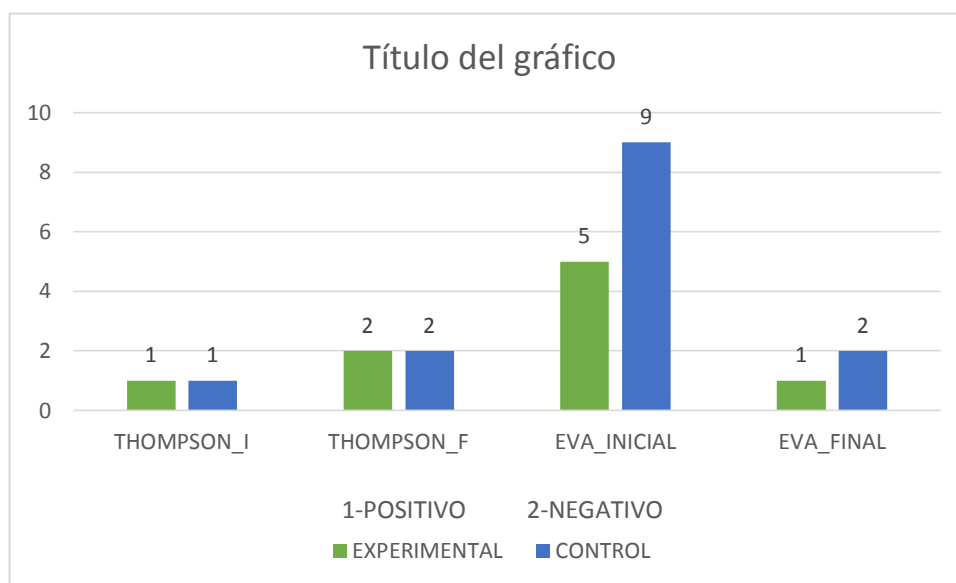


Gráfico N° 41. Datos referentes al del grupo control y experimental en tendinitis de Aquiles

Elaborado por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Interpretación: Mediante los datos obtenidos para Tendinitis Aquiliana, se obtuvieron los siguientes resultados:

En el grupo experimental en la etapa inicial del tratamiento al aplicar la prueba de Thompson, tanto en el grupo control como experimental los resultados son positivos.

En la escala de Evaluación de EVA inicial en el grupo experimental se obtuvo como resultado una media de 5, mientras que en el grupo control una media de 9.

En el grupo experimental en la etapa final del tratamiento tanto en el grupo control, como experimental en la prueba de Thompson los resultados son negativos.

En la escala de Evaluación de EVA final en el grupo experimental se obtuvo como resultado una media de 1, mientras que en el grupo control una media de 2 .

Análisis:

En la pruebas de Thompson tanto inicial como final no existen diferencias significativas en ambos grupos, ya que estos comenzaron con resultados positivos y al finalizar con resultados negativos, determinando que ambos tratamientos son efectivos.

Mediante la escala analógica visual de EVA se obtuvieron los siguientes resultados: en los dos grupos se evidencio cambios significativos en la disminución de dolor.

3.5 Comprobación de la Hipótesis

Lumbago no especificado M545

OSWESTRY								
Prueba T para la igualdad de medias								
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
						Inferior	Superior	
OSWESTRY_ I	Se han asumido varianzas iguales	7,000	2	,020	17,500	2,500	6,743	28,257
	No se han asumido varianzas iguales	7,000	1,000	,090	17,500	2,500	-14,266	49,266
OSWESTRY_ F	Se han asumido varianzas iguales	-1,000	2	,423	-6,000	6,000	-31,816	19,816
	No se han asumido varianzas iguales	-1,000	1,000	,500	-6,000	6,000	-82,237	70,237

Tabla N°42. Análisis estadístico del cuestionario de Oswestry para Lumbago no especificado.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención Fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en lumbago no especificado se demuestra que estadísticamente no existe diferencia en comparación

con el tratamiento fisioterapéutico tradicional en la prueba de Oswestry ya que no es

SHEAR POSTERIOR TEST

	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	-1,000	2	,423	-,500	,500	-2,651	1,651
RP_F No se han asumido varianzas iguales	-1,000	1,000	,500	-,500	,500	-6,853	5,853

menor a 0,05 pero si logró un cambio clínico significativo.

Tabla N°43. Análisis estadístico de la prueba Shear Posterior para Lumbago no especificado.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en lumbago no especificado no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el índice del Shear posterior test no es menor a 0,05 sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

SPRING TEST

	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
Se han asumido SPRI varianzas iguales	1,000	2	,423	,500	,500	-1,651	2,651
NG_F No se han asumido varianzas iguales	1,000	1,000	,500	,500	,500	-5,853	6,853

Tabla N° 44. Análisis estadísticos del Spring test para Lumbago no especificado.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en lumbago no especificado no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el índice del Spring test no es menor a 0,05 sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

EVA

	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilate ral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
EVA_I Se han asumido varianzas iguales	,447	2	,698	,500	1,118	-4,311	5,311
NICIA L No se han asumido varianzas iguales	,447	1,471	,712	,500	1,118	-6,419	7,419
EVA_F Se han asumido varianzas iguales	-,632	2	,592	-1,000	1,581	-7,803	5,803
INAL No se han asumido varianzas iguales	-,632	1,220	,625	-1,000	1,581	-14,272	12,272

Tabla N°45. Análisis estadístico de la escala de EVA para Lumbago no especificado.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en lumbago no especificado no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el índice de la escala de EVA no es menor a 0,05 sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

Tenosinovitis de Quervain CIE10. M65.4

FINKELSTEIN

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferenci a de medias	Error típ. de la diferenci a	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
FINKELS TEIN_F	Se han asumido varianzas iguales	1,000	2	,423	,500	,500	-1,651	2,651
	No se han asumido varianzas iguales	1,000	1,000	,500	,500	,500	-5,853	6,853

Tabla N°46. Análisis estadístico de la prueba de Finkelstein para Tenosinovitis de Quervain.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en tenosinovitis de Quervain no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el índice de la prueba de Finkelstein no es menor a 0,05 sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

EVA INICIAL- EVA FINAL

	Prueba T para la igualdad de medias						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
						Inferior	Superior
EVA_INI Se han asumido varianzas iguales	-3,000	2	,095	-1,500	,500	-3,651	,651
No se han asumido varianzas iguales	-3,000	1,000	,205	-1,500	,500	-7,853	4,853
EVA_FI Se han asumido varianzas iguales	-5,000	2	,038	-2,500	,500	-4,651	-,349
No se han asumido varianzas iguales	-5,000	1,000	,126	-2,500	,500	-8,853	3,853

Tabla N°47. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA para Tenosinovitis de Quervain.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba T independiente para muestras semejantes a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en Tenosinovitis de Quervain se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el índice de la escala de evaluación de EVA final es menor a 0,05 .

Tendinitis del Tendón de Aquiles CIE10 M76.6 (Etapa Aguda)

Estadísticos de contraste ^a		
	THOMPSON_I	THOMPSON_F
U de Mann-Whitney	,500	,500
W de Wilcoxon	1,500	1,500
Z	,000	,000
Sig. asintót. (bilateral)	1,000	1,000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	1,000 ^b	1,000 ^b

a. Variable de agrupación: GRUPO

b. No corregidos para los empates.

Tabla N°48. Análisis estadístico de la prueba para Tenosinovitis de tendón de Aquiles

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la prueba U de Man-Whitney y Z de Kolmogorov-Smirnov aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en tenosinovitis del tendón de Aquiles no se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que el rango promedio de la prueba de Thompson es semejante, sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

GRUPO * EVA_INICIAL

GRUPO			
EVA_INICIAL	Media	N	Desv. tít.
5	1,00	1	.
9	2,00	1	.
Total	1,50	2	,707

Tabla N°49. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA inicial para Tendinitis del tendón de Aquiles.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en tenosinovitis del tendón de Aquiles no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que las medias de la escala de EVA inicial es semejante.

GRUPO * EVA_FINAL

GRUPO			
EVA_FINAL	Media	N	Desv. tít.
1	1,00	1	.
2	2,00	1	.
Total	1,50	2	,707

Tabla N° 50. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA final para Tendinitis del tendón de Aquiles.

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en tenosinovitis del tendón de Aquiles no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que la medias de la

escala de EVA final es semejante, sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

Epicondilitis CIE10 M77.1

Test Thompson			THOMPSON_I	THOMPSON_F
GRUPOS				
EXPERIMENTAL	Media		1,00	2,00
	N		2	2
	Desv. típ.		,000	,000
CONTROL	Media		1,00	2,00
	N		2	2
	Desv. típ.		,000	,000
Total	Media		1,00	2,00
	N		4	4
	Desv. típ.		,000	,000

Tabla N° 51. *Análisis estadístico de la prueba de Thompson para Epicondilitis*

Elaborador por: *Sofía Alexandra Chiluisa Santo*

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en epicondilitis no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que la medias de la prueba de Thompson final son similares, sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

Test Silla

GRUPOS		SILLA_I	SILLA_F
EXPERIMENTAL	Media	1,00	2,00
	N	2	2
	Desv. típ.	,000	,000
CONTROL	Media	1,00	1,50
	N	2	2
	Desv. típ.	,000	,707
Total	Media	1,00	1,75
	N	4	4
	Desv. típ.	,000	,500

Tabla N° 52. Análisis estadístico de la prueba de la silla para Epicondilitis

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en epicondilitis se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que la medias de la prueba de la silla final tiene una diferencia de 0,50 con respecto al grupo experimental.

Test de Cozen

GRUPOS		COZEN_I	COZEN_F
EXPERIMENTAL	Media	1,00	2,00
	N	2	2
	Desv. típ.	,000	,000
CONTROL	Media	1,00	2,00
	N	2	2
	Desv. típ.	,000	,000
Total	Media	1,00	2,00
	N	4	4
	Desv. típ.	,000	,000

Tabla N° 53. Análisis estadístico de la prueba de Cozen para Epicondilitis

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en epicondilitis no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que la medias de la prueba de Cozen final son similares, sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

Evaluación EVA			EVA_INICIAL	EVA_FINAL
GRUPOS				
EXPERIMENTAL	Media		8,50	2,00
	N		2	2
	Desv. tít.		,707	1,414
CONTROL	Media		8,50	2,00
	N		2	2
	Desv. tít.		,707	,000
Total	Media		8,50	2,00
	N		4	4
	Desv. tít.		,577	,816

Tabla N° 54. Análisis estadístico de la escala de evaluación de EVA para Epicondilitis

Elaborador por: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

De acuerdo a la media aplicada a dos muestras independientes, a la intervención fisioterapéutica propuesta por el grupo de investigación docente, en epicondilitis no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el tratamiento fisioterapéutico tradicional, ya que la medias de la escala de evaluación de EVA final son similares, sin embargo se pudo observar un cambio clínico significativo.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- En las unidades de salud pública en la provincia de Cotopaxi se identificó que la intervención fisioterapéutica tradicional para lumbago no especificado CIE 10- M54.5, epicondilitis CIE 10 M77.1, tenosinovitis de Quervain CIE10-M65.4, Tendinitis del tendón de aquiles CIE10-M76.6 y otros trastornos que son atendidos en las unidades de salud, en una primera instancia el diagnóstico, evaluación y tratamiento es dictaminado y especificado por el médico fisiatra, sin tomar en cuenta el criterio del fisioterapeuta, sin embargo debido a estas limitación el profesional a cargo del área de fisioterapia y rehabilitación realiza la respectiva evaluación física, para establecer o modificar el tratamiento antes propuesto por el especialista enfocándose en incorporar técnicas manuales, agentes físicos, electroterapia y mecanoterapia para lograr una disminución de los síntomas que presentan los distintos pacientes en las diferentes patologías y de esta manera reintegrar a sus pacientes a las actividades de la vida diaria.
- La intervención fisioterapéutica integral establecida por los docentes y aplicada por los profesionales a cargo de las unidades de salud para lumbago no especificado (crónico) se establecieron: estiramiento analgésico del cuadrado lumbar (3 repeticiones de 6 segundos cada una) durante los tres primeros días, estiramiento de activación del cuadrado lumbar (3 repeticiones de 12 segundos cada una) desde el cuarto al sexto día, estiramiento de elongación del cuadrado lumbar (3 repeticiones de 21 segundos cada una) desde el séptimo hasta el décimo día, ejercicios de estabilización lumbar (fase I) durante los cuatro primeros días, ejercicios de estabilización lumbar (fase II) durante el quinto al séptimo día, ejercicios de estabilización lumbar (fase II) durante el octavo hasta el décimo día, masaje durante los 10 días que duró el tratamiento.

En cuanto a la intervención fisioterapéutica tradicional que es ejecutada en los Centros de Salud de la provincia de Cotopaxi para lumbago no especificado consistió en la aplicación de: compresa química caliente, corriente TENS, masoterapia con equipos electrónicos durante los 10 días del tratamiento y ejercicios de Williams junto con Mackenzie los 5 últimos días.

Es importante mencionar que en la realización de esta investigación tanto en la intervención fisioterapéutica integral como tradicional fueron aplicadas los mismos parámetros de evaluación: cuestionario de Oswestry, shear posterior test, spring test en el día uno y día 10 del tratamiento, mientras que en la evaluación EVA fue tomada al inicio y al final de cada sesión durante los 10 días de la intervención.

Por otra parte la intervención fisioterapéutica integral para epicondilitis dispuesta por los docentes se basó en: aplicación de láser: potencia de 10 W forma de onda continua generando una dosis total de tratamiento de 300J en 5 minutos, estiramiento del tríceps braquial (3repeticionesde 6 segundos cada una) durante los dos primeros días, estiramiento del tríceps braquial (3repeticiones de 12 segundos cada una) desde el tercer al quinto día, estiramiento del tríceps braquial (3 repeticiones de 21 segundos cada una) desde el sexto al décimo día, fortalecimiento muscular del codo a través de ejercicios excéntricos durante los 10 días, estiramiento del tríceps braquial (e repeticiones de 12 segundos cada una) los dos primeros días, estiramiento del tríceps braquial (3 repeticiones de 12 segundos cada una) desde el tercer al quinto día, estiramiento de tríceps braquial (3 repeticiones de 21 segundos cada una) a partir del sexto al décimo día, uso de órtesis nocturna los dos primeros días, uso de órtesis diurna y nocturna durante los ocho días restantes, cabe mencionar que la aplicación de láser no fue posible debido a la falta de mismo en los centros de salud.

En tanto que a la intervención fisioterapéutica tradicional en epicondilitis se efectúa: aplicación de compresa química caliente con la aplicación del electroestimulador con tipo de corriente interferencial de 4 polos, masaje descontracturante de antebrazo durante las 10 sesiones, ejercicios excéntricos y fortalecimiento muscular los cinco últimos días. Con referencia a lo anterior se menciona que ambas intervenciones fueron evaluadas mediante el test de Thompson, test de la silla, test de cozen el primer y último día y tanto al inicio como al final de cada sesión con la escala visual analógica de EVA.

Por lo contrario en la intervención fisioterapéutica integral en tenosinovitis de Quervain se estableció: vendaje manteniendo el pulgar en extensión (diurno y nocturno) durante los tres primeros días, órtesis o vendaje manteniendo el

pulgar en extensión (nocturno) a partir del cuarto al décimo día, crioterapia local durante los 10 sesiones, movilización pasiva respetando el umbral de dolor desde el cuarto al sexto día, ejercicios de fortalecimiento del pulgar los seis últimos días, estiramiento del pulgar (3 repeticiones de 12 segundos cada una) a partir del tercer al quinto día, estiramientos del pulgar (3 repeticiones de 21 segundos cada una) los 5 últimos días. Por lo contrario el tratamiento tradicional aplicado para dicha patología se centró en: aplicación de compresa química caliente conjuntamente con corrientes TENS durante los 10 días, ejercicios de fortalecimiento de la mano durante los 5 últimos días. Para la evaluación de ambos grupos se basó en la prueba de Finkelstein al inicio y al final del tratamiento y la evaluación de EVA al inicio y final de cada sesión.

En atención a la intervención fisioterapéutica integral en tenosinovitis del tendón de Aquiles se planteó: crioterapia local por 10 minutos durante los 10 días, ejercicios de fortalecimiento excéntrico del tobillo y pie a ritmo lento los 6 últimos días, órtesis manteniendo el tobillo a 90° (diurno y nocturno) durante los primeros 5 días y la misma órtesis nocturna desde el sexto al décimo día. Comparativamente con la intervención fisioterapéutica tradicional se empleaba: compresa química caliente más corrientes TENS durante los 10 días, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento de tobillo.

Del mismo modo para la evaluación de las intervenciones antes mencionadas se realizó mediante el test de Thompson doloroso durante las plantiflexión para el primer y último día, evaluación de EVA al inicio y al final de cada sesión durante los 10 días.

- Con los resultados estadístico obtenidos de los datos general de lumbago no especificado se determina qué; en la encuesta de Oswestry en el grupo experimental presenta una disminución de la limitación funcional del 60% en relación al 37% que se obtuvo del grupo control, comparando de esta manera que se obtuvo resultados favorables del grupo experimental. En el test Shear posterior y Spring test de la población de estudio se evidencio iguales resultados en los dos grupos, presentando signos positivo del test al inicio y negativo al final del tratamiento, demostrando que en este sentido ambos tratamientos son igualmente efectivos. En cuanto a la escala visual analógica EVA se muestra que ambos grupos inician con un resultado de 8 el cual

indica un dolor muy severo y al finalizar el tratamiento se obtuvo un resultado de 1 en el grupo experimental, mientras que el grupo control se refleja un puntaje de 2, los mismo que muestran la ausencia de dolor y dolor leve respectivamente, por lo que la diferencia entre los dos grupos es casi nula.

En cuanto al análisis estadístico mediante la utilización de la prueba T, en los diferentes test y cuestionarios antes mencionados se rechaza la hipótesis, ya que no se obtuvo resultados menores a 0,05. Sin embargo se muestra un cambio clínico significativo del grupo experimental, que es evidenciado en la escala visual analógica EVA y cuestionario de Oswestry.

Con respecto a la media obtenida en epicondilitis se determina que ambas intervenciones ocasionaron resultados favorables, los mismo que se evidenciaron estadísticamente en las evaluaciones iniciales (N= 1) y finales (N=2), así como en la escala analógica visual EVA inicial (N=8,50) con los mismo resultados al y al final (N=2), recalando que los mismo se debe a que el tratamiento son notoriamente similares por lo cual no se obtiene discrepancias demostrativas.

Al respecto de los resultados estadísticos de la media obtenida en tenosinovitis de Quervain se evidencian similares resultados en las pruebas de Finkelstein demostrando signos positivos y negativos al inicio y al final del tratamiento, en la escala visual analógica EVA se muestra que el grupo control inicia con una escala de 9 y el grupo experimental con una escala de 8 y al finalizar el tratamiento se obtuvo resultados de 0 para el tratamiento integral y 3 para el tradicional, los mismo que constituyen la ausencia de dolor y dolor leve respectivamente. De la misma forma se muestra en el análisis estadístico de la prueba T un valor de 0,03 en la escala de EVA final del grupo experimental, comparando de esta forma que el tratamiento integral es más efectivo que el tradicional.

En último lugar se comprobó en la media general del tratamiento para tenosinovitis de Quervain en las pruebas realizadas en ambos grupos no existe diferencia significativa, ya que estos comenzaron con resultados positivos al inicio de tratamiento y negativos al final del mismo. De igual manera en la escala de EVA se obtiene resultados similares que indican 1 (sin

dolor) al grupo experimental y 2 (dolor leve) al grupo experimental. Comparando de esta forma que ambos tratamientos son significativamente beneficiosos para el paciente.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a quien corresponda la dirección de los diferentes centros, hospitales y dispensarios de salud tomen las medidas adecuadas para autorizar y brindar todas las facultades de ingreso de los estudiantes a realizar las actividades de investigación.
- Se recomienda que en los Centros de Salud en cuanto a las evaluaciones, diagnóstico y tratamiento se establezcan con el médico especialista y junto con el criterio de los fisioterapeutas encargados, para establecer el protocolo de intervención más conveniente para los pacientes que acuden a diario a estas unidades de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Añamisi I. Estudio de la prevalencia de lumbalgias asociadas a factores de riesgo en el personal con licenciatura en enfermería del Hospital Militar de Quito, durante el año 2011. 2012;1-163. (11)
- Arenas-Ortiz L, Cantú-Gómez Ó. Factores de riesgo de trastornos músculo-esqueléticos crónicos laborales. Med Interna Mex. 2013; (2)
- Biriukov AA (Andreewicz). El masaje en la rehabilitación de traumatismos y enfermedades. Paidotribo; 1996. 175 p. (38)
- Evaluation F, Oswestry BY, Index D, With P, Forlumbar PA, Stenosis S. Evaluación Funcional Mediante La Escala De Oswestry En Pacientescon Artrodesis Postero- Lateralpor Canal Lumbar Estrecho Functional Evaluation By Oswestry Disability Index in Patients With Postero-Lateral Arthrodesis Forlumbar. 2017;23(2):6-12. (20)
- Flynn TW, Childs JD, Bell S, Magel JS, Rowe RH. Manual Physical Therapy : Vol. 38. 2008. 97-98 p. (23)
- Howse J, George D. Técnica de la danza y prevención de lesiones. Editorial Paidotribo; 2002. (36)
- Konin JG. Tests especiales para el examen en ortopedia. Editorial Paidotribo; 2004. (29)
- Garro K. Lumbalgias. Medicina Legal de Costa Rica. 2012. (7)
- Méndez Valencia S, Cuevas Romo A, Hernández Sampieri R. Manual introductorio al SPSS Statistics Standard Edition 22. 2015;1-55. (43)
- Minsal. Norma Técnica de Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Musculoesqueléticos Relacionados al Trabajo (TMERT) de Extremidades Superiores. Dep Salud Ocup. 2012; (1)
- Olson KA. Manual physical therapy of the spine. 419 p. (22)
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Sld.Cu. 1992. (3)
- Poiraudau S, Lefevre Colau M-M, Fayad F, Rannou F, Revel M. Lumbalgias. EMC - Apar Locomot. 2004; (8)

- Scher D, Moriatis Wolf J, Owens B. Lateral Epicondylitis. Orthopedics. 2009;32(4):276-82. (26)
- Stasinopoulos, D., & Stasinopoulos I, Stasinopoulos D, Stasinopoulos I. Comparison of effects of Cyriax physiotherapy, a supervised exercise programme and polarized polychromatic non- coherent light (Bioptron light) for the treatment of lateral epicondylitis. Clin Rehabil. 2006;20(20):12-23. (25)
- Trabajo-INSHT IN de S e H en el. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. J Chem Inf Model. 2011; (6)

LINKGRAFÍA

- Cie10 [Internet]. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.cie10.org/Cie10_Que_es_cie10.php (4)
- Betancourt DP. Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Dolor Lumbar Inespecífico y Enfermedad Discal Relacionados con la Manipulación Manual de Cargas y otros Factores de Riesgo en el Lugar de Trabajo (GATI-DLI- ED) [Internet]. Vol. 2007. 2010. 1-135 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/GATISO-DOLOR_LUMBAR_INESPECÍFICO.pdf (9)
- Epicondilitis, epicondilalgia lateral o "codo de tenista" | Síntomas | Lesiones | Fisioterapia [Internet]. [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://blog.fisaude.com/fisioterapia/lesiones/epicondilitis-epicondilalgia-lateral-o-codo-de-tenista/sintomas.html> (28)
- Enrique J, Orcasita C, José M, Peñafiel M, Carolina C, Gutiérrez P, et al. Incapacidad física e intensidad sensitiva de la lumbalgia mecánica por la utilización de " El Rallo " Materiales y Métodos. 2013;19(1):31-40. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v19n1/v19n1a7.pdf> (21)
- Exploración física y pruebas clínicas para patología de codo. [Internet]. [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/exploracion-fisica-y-pruebas-clinicas-patologia-codo> (27)
- Generales D, Manuales RL, Social E, No T, No T, Inaugurados S, et al. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA INFORME NARRATIVO.

2016;(1):1-21. Disponible en:

<http://18d02.mspz3.gob.ec/sitio/attachments/article/29/informeDDS18D02AB2017.pdf> (12)

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) [Internet]. [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) (5)
- Machado Alba J, Machado Duque M, Calderón V, González A, Cardona F, Ruiz R, et al. Control del dolor postquirúrgico en pacientes de un hospital de tercer nivel. Rev Med [Internet]. 28 de junio de 2013 [citado 19 de agosto de 2018];21(1):46. Disponible en: <http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1154> (42)
- Mery Tatiana Castro Barrera, Katherine Ivonne Ochoa Arízaga PFSP. Resultado de la aplicación de esferodinamia como tratamiento para el lumbago no es específico en el Hospital «José Carrasco Arteaga» en el periodo Noviembre 2013-Mayo 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: [dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21003/1/TESIS %2810%29.pdf](https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21003/1/TESIS%2010%29.pdf) (10)
- Morales Vergara MV, Londoño Mesa A. Validación en Colombia del cuestionario de discapacidad de Oswestry en pacientes con dolor bajo de espalda [Internet]. Vol. 21, Iatreia. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 1988 [citado 11 de febrero de 2019]. 22-22 p. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932008000600019 (18)
- Muñoz T, Chamorro C. Medicina intensiva [Internet]. Vol. 30, Medicina Intensiva. IDEPSA, International de Ediciones y Publicaciones, S.A; 2006 [citado 19 de agosto de 2018]. 379-385 p. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004 (41)
- Rodríguez Sanz D CAJD. Tendinitis crónica versus tendinosis en patología podológica. Marco citológico e histológico actual. Rev Int ciencias Podol

[Internet]. 2010;5(1):37-43. Disponible en: <http://discovery.ucl.ac.uk/398831/>
(16)

- Roturas y luxaciones tendinosas del tobillo y pie [Internet]. [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en:
<http://www.docenciatraumatologia.uc.cl/2016-04-27-20-02-52/roturas-luxaciones-tendinosas-tobillo-pie-patologia-traumatica-t> (37)
- Sanch D, Introducci F. Las Tendinopatias Del Tendon De Aquiles Y Del Tendon Rotuliano: Tratamiento Y Prevencion. 2012;1-22. Disponible en: www.feb.es/Documentos/Archivo/pdf/medicina/articulos/Tendinopatias.pdf
%0A%0A (15)
- Sevilla. Manual de Fisioterapia. Modulo Iii. Traumatologia, Afecciones Cardiovasculares Y Otros Campos de Actuacion. En: Primer edición. España : MAD-Eduforma; 2004 [citado 18 de agosto de 2018]. p. 226. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=95nPrEWfCY8C&source=gbs_navlinks_s (35)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS- BASE DE DATOS UTA

ELSEVIER

- Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. Rehabilitación [Internet]. enero de 2006 [citado 30 de julio de 2018];40(3):150-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0048712006748812> (19)
- Martin Urrialde JA, García-Muro San José F. Mialgia postejercicio: revisión de sus causas y de las bases fisioterápicas en su tratamiento. Fisioterapia [Internet]. febrero de 2006 [citado 6 de agosto de 2018];28(1):41-8. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211563806740214> (14)
- Hidalgo Lozano A, Arroyo Morales M, Moreno Lorenzo C, Castro Sánchez A. Dolor y estrés en fisioterapia: algometría de presión. Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol [Internet]. enero de 2006 [citado 19 de agosto de 2018];9(1):3-10. Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138604506731094> (40)

- Sterling M. Pruebas para la detección de hipersensibilidad sensorial o hiperexcitabilidad central asociada al dolor cervical. *Osteopat Científica* [Internet]. abril de 2009 [citado 19 de agosto de 2018];4(1):20-5. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1886929709707453> (39)

PUBMED

- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* [Internet]. febrero de 1990 [citado 6 de agosto de 2018];33(2):160-72. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2306288> (13)

PROQUEST

- Mauricio D, Ruiz Md C. Epicondilitis lateral: conceptos de actualidad. Revisión de tema Lateral Epicondylitis: current concepts. Review [Internet]. Vol. 74, rev. fac. med. 2011 [citado 31 de julio de 2018]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1824720196/8208B9C70CE349BBPQ/1?accountid=36765> (17)
- Fernando Ortiz Corredor, Mónica Rincón Roncancio and JCMP. Texto de medicina física y rehabilitación [Internet]. 2016 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/2148369627/282B3EE7BBAE4E06PQ/14?accountid=36765> (32)
- Jurado Bueno A. Tendón : valoración y tratamiento en fisioterapia. Editorial Paidotribo; 2008. 598 p. (33)
- Ortiz Corredor F, Rincón Roncancio M MPJ. Tendinopatías de la mano y la muñeca: tenosinovitis de De Quervain [Internet]. Editorial. Tendón: valoración y tratamiento en fisioterapia. Bogota: Editorial Paidotribo; 2016 [citado 18 de agosto de 2018]. 14, 15 p. Disponible en: <https://search.proquest.com/legacydocview/EBC/4823943?accountid=36765>. (30)

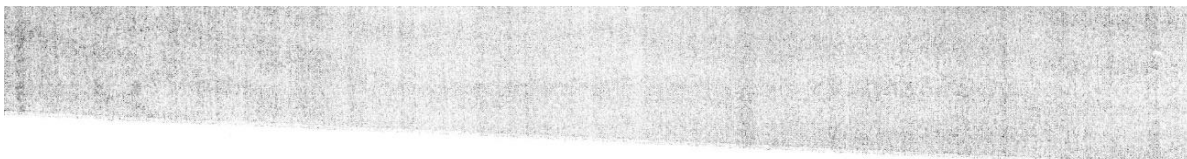
- Ortiz Corredor F, Rincón Roncancio M MPJ. Manual de pruebas diagnosticas/ Diagnostic test Manual Traumatología Y Ortopedia/ Traumatology and Orthopedics. [Internet]. Editorial. Bogota: Editorial Paidotribo; 2016 [citado 18 de agosto de 2018]. 14, 15 p. Disponible en: <https://search.proquest.com/legacydocview/EBC/4823943?accountid=36765>.
(31)

EBOOK CENTRAL

- Bueno J, Antonio M, Porqueres I. Tendinopatía rotuliana (rodilla del saltador). En: Tendón: valoración y tratamiento en fisioterapia [Internet]. 1973. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=4909884>.
(34)
- Walker B. La anatomía de las lesiones deportivas. Barcelona:Editorial Paidotribo México; 2010. Pág 172- 173 (24)

ANEXOS

ANEXO 1. OFICIO DIRIGIDA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



UNIDAD OPERATIVA DE
INVESTIGACIÓN

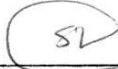
FCS
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Ambato, 18 de Mayo de 2018
PFCS32-022-2018

Dra. Mg.
Milagros Escalona
COORDINADORA UODIDE-FCS
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Presente.-

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
RECIBIDO HOY Viernes HORA 09:10
22 MAY 2018

De mi consideración,


FIRMA DE RESPONSABILIDAD

El presente tiene por objetivo solicitar de la manera más comedida se gestione a través de Decanato la autorización de ingreso del estudiante de la Carrera de Terapia Física Srta. Sofía Alexandra Chiluisa Santo a las unidades de salud del listado a continuación con el fin de realizar su tesis con el tema: “Efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en los trastornos musculoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi” aprobado mediante resolución CD-P-2018-1428, siendo parte del objetivo 3 del proyecto “Programa de abordaje fisioterapéutico integral en las disfunciones físicas de origen Musculoesquelético en la población ecuatoriana de la Zona 3” aprobado mediante resolución 1591-CU-P-2016. Cabe recalcar que es importante que la unidad de salud remita la respuesta de aprobación para realizar la investigación con el fin de cumplir con el punto 2 del documento MSP-CGDES-2017-0467-M, que reza: “Carta de interés institucional en el tema de estudio, del establecimiento de salud donde se realizará la investigación, dirigida a la Institución de Educación Superior, con copia a la Coordinación Zonal, en la que conste el título de la investigación y el investigador principal”.

El listado de unidades de Salud de la Provincia de Pastaza y a quienes debe dirigirse la solicitud de autorización son:

1. Lic. Mónica Morán – Directora del Distrito de Salud 05D03
2. Ing. Adriana Fray – Directora del Distrito de Salud 05D02
3. Abg. Michelle Carrillo – Directora del Distrito de Salud 05D04



**UNIDAD OPERATIVA DE
INVESTIGACIÓN**

**F C S
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

4. Dr. Guillermo Gamboa – Director Distrito de Salud 05D01
5. Lic. Soraya Heredia – Directora del Hospital General de Latacunga
6. Ing. Eliana Rivera – Directora del Hospital Básico de Latacunga IESS
7. Lic. Oscar Monge – Director del Distrito de Salud 05D05
8. Dra. Cumandá Barriga – Directora del Distrito de Salud 05D06
9. Coronel Edwin Gómez – Jefe de la Subzona de Policía de Cotopaxi
10. Comandante Byron Benavides – Director Hospital Básico BACO

En relación a los requisitos estipulados en el documento MSP-CGDES-2017-0467 se anexa la siguiente documentación:

1. Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte de la Institución de Educación Superior o Institución de la cual proviene el tesista: Resolución CD-P-2018-1428 (una hoja), resolución Honorable Consejo Universitario 1591-CU-P-2016 (1 hoja) y borrador del protocolo fisioterapéutico para lumbago no especificado (CIE-10 M54.5) mialgia (CIE-10 M79.1) y otros trastornos comunes como las tendinitis (24 hojas)
3. Carta de confidencialidad por parte del tesista en la que se manifiesta se guardará reserva de los datos. Una carta para cada unidad (4 hojas) (total 40 hojas)
4. Carta de compromiso por parte del tesista para entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente. Una carta para cada unidad (1 hoja) (total 10 hojas)

Por otro lado se adjunta también la autorización Zonal para recolectar información por parte de los estudiantes de la Carrera de Terapia Física en base a los convenios de colaboración mutua. Documento MSP-CZONAL3-2017-0859-O del 4 de diciembre de 2017 (1 hoja)

Finalmente solicito de la manera más comedida que de requerir mayor información se comunique con la Lic. MSc. Verónica Cobo Sevilla, Coordinadora del Proyecto macro al email: vdla.cobo@uta.edu.ec, quien además se compromete en remitir una copia del producto final: “Programa de abordaje fisioterapéutico integral en las disfunciones físicas de origen



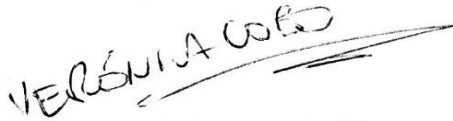
**UNIDAD OPERATIVA DE
INVESTIGACIÓN**

**F C S
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

musculoesquelético en la población ecuatoriana de la Zona 3” a todas las unidades de salud que han colaborado como participantes en el estudio.

Por la atención brindada a la presente, me suscribo

Atentamente,



Lic. MSc. Verónica Cobo Sevilla
COORDINADORA PROYECTO PFCS32
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

**ANEXO 2. OFICIO DEL MINISTERIO DE SALUD MEMORANDO Nro.
MSP-CGDES-2017-0467**



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

Memorando Nro. MSP-CGDES-2017-0467-M

Quito, D.M., 19 de agosto de 2017

PARA: Srta. Dra. Karla Estefania Baquero Lozada
Coordinadora Zonal 2 - SALUD

Sr. Ing. Jorge Alejandro Guevara Reyes
Coordinador Zonal de la Zona 3 - Salud (e)

Sra. Mgs. Carmina Pinargote Quiroz
Coordinadora Zonal 4 - Salud

Sr. Dr. Hector Oswaldo Suarez Diaz
Coordinador Zonal 6 - SALUD

Sr. Dr. Julio Javier López Marín
Coordinador Zonal 8 - Salud

Sra. Mgs. Carmen Tatiana Guerrero Díaz
Coordinadora Zonal 9 -Salud

Sra. Mgs. Bernarda Teresa Salas Moreira
Coordinadora Zonal 1 - Salud

Sra. Dra. Martha Beatriz Cedeño Romero
Coordinadora Zonal 5 - SALUD

Sr. Mgs. Manuel Jose Procel Gonzalez
Coordinador Zonal 7-SALUD

ASUNTO: Respuesta a: Autorización de Investigaciones en Salud

De mi consideración:

Por medio del presente, me permito informarle sobre el proceso en relación a investigaciones (tesis o titulación, entre otras) que NO cumplan con los requisitos estipulados para estudios observacionales y ensayos clínicos descritos en los memorando Nro: MSP-VGVS-2017-1051-M y MSP-CGDES-2017-0378-M, que se anexan a esta comunicación:

Los establecimientos de salud, en donde se desarrollen investigaciones, por medio de su máxima autoridad y por una sola vez, al inicio de la investigación, deben suscribir si existe, una carta de interés institucional en el tema del estudio. (Esta carta no constituye una aprobación del estudio, sino que informa el interés en el tema de la investigación del

Av. República de El Salvador 36-64 y Suecia
Código Postal: 170515 Teléfono: 593 (2) 3814400
www.salud.gob.ec



Ministerio
de Salud Pública



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

Memorando Nro. MSP-CGDES-2017-0467-M

Quito, D.M., 19 de agosto de 2017

establecimiento de salud como centro de investigación, se anexa un modelo que puede servir de referencia).

Las máximas autoridades según el establecimiento de salud estarán representadas por: a) en puestos de salud, el director distrital; b) en establecimientos tipo A, el director distrital, c) en establecimientos tipo B, el administrador técnico, d) en establecimiento tipo C, el administrador técnico, e) en hospitales, el gerente o director.

El cambio de autoridad en el establecimiento o distrito, NO implicará que se emita una nueva carta para proseguir la investigación. En caso de que sean protocolos correspondientes a tesis de grado o titulación, estos son APROBADOS directamente por las Instituciones de Educación Superior de las cuales provengan los tesisistas, y solo de ser el caso, por la ARCSA y la DIS si se plantea un ensayo clínico o un estudio observacional que se enmarque en los requisitos de aprobación de la DIS (<http://www.salud.gob.ec/autorizacion-de-investigaciones-en-salud/>).

Las Coordinaciones Zonales NO APRUEBAN los protocolos anteriormente mencionados, sin embargo siempre deberán estar en conocimiento de las investigaciones que se llevarán a cabo en sus zonas previo a su ejecución. Para ello, los establecimientos de salud correspondientes a cada zona deberán INFORMAR de manera mensual, de las investigaciones que están ejecutándose en cada establecimiento de salud, señalando en el formato estandarizado que se anexa a este comunicado.

* Cada establecimiento de salud deberá contar para la ejecución de un estudio de investigación con la siguiente documentación:

1. Carta de aprobación del protocolo de investigación por parte de la Institución de Educación Superior o Institución de la cual proviene el investigador o los tesisistas (en caso de que aplique). *Resolución*
2. Carta de interés institucional en el tema del estudio, del establecimiento de salud donde se realizará la investigación, dirigida a la "Institución de Educación Superior", "Centro/ Institución de Investigación" o a "Quien Corresponda", con copia a la Coordinación Zonal, en la que conste el título de la investigación y el investigador principal.
3. Carta de confidencialidad por parte del investigador o tesisista en la que se manifieste que se guardará reserva de los datos que le han sido facilitados por los establecimientos, sin perjuicio de la difusión de los resultados a los cuales llegare la investigación realizada.
4. Carta de compromiso por parte del investigador o tesisista para entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente.
5. De ser un ensayo clínico o un estudio observacional que requiera ser aprobado por la DIS, deberá contarse también con la aprobación correspondiente.

Una vez que se hayan cumplido las disposiciones antes mencionadas, los





Ministerio
de Salud Pública



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud

Memorando Nro. MSP-CGDES-2017-0467-M

Quito, D.M., 19 de agosto de 2017

establecimientos de salud deberán proporcionar facilidades a los investigadores o tesisistas para acceder a la información necesaria para su investigación, tomando en cuenta el cumplimiento de las disposiciones mencionadas en la normativa legal vigente: "Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud concerniente a Información confidencial", Acuerdo Ministerial 5216 adjunto.

Al respecto, corresponde señalar que la información a la que se tenga acceso el investigador para su análisis, sean datos epidemiológicos, investigaciones o cualquiera otro dato que requiera en el ámbito de su investigación, es pertinente y deberá darse todo el acceso y facilidades para ello, tomando en cuenta esta información seguirá siendo confidencial, y que la custodia del personal sanitario deberá establecer las seguridades para que las fuentes del dato, registros, historias clínicas, u otra documentación, no sea transportada físicamente fuera del área de custodia, no sea dañada ni mutilada de ninguna forma, sirviendo solamente como fuente para capturar los datos requeridos. Al efecto se adjuntan comunicaciones con criterio jurídico pertinente.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador tiene especial interés en promover investigaciones científicas que se conviertan en sustentos de evidencia para la emisión de su Política Pública. Por lo cual, en base a lo mencionado, y a efectos de canalizar la información receptada, se sugiere a las Coordinaciones Zonales se proceda a difundir el presente comunicado a sus respectivos Distritos y establecimientos de salud. Particular que pongo en su conocimiento para los trámites pertinentes.

Me despido de usted presentándole mis sentimientos de distinguida consideración y alta estima

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Econ. Ruth Alicia Lucio Romero

COORDINADORA GENERAL DE DESARROLLO ESTRATÉGICO EN SALUD

Referencias:

- MSP-CZ9-2017-7312

Anexos:

- am_5216_reglamento_de_informacion_confidencial_en_sns0442113001500913690.pdf
- base_de_datos_reporte_a_coordinaciones_zonales.xls
- msp-cgdes-2017-0378-m.pdf
- msp-vgvs-2017-1051-m0933138001501712891.pdf

ANEXO 3. CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL CENTRO DE SALUD LATACUNGA

La señorita Sofía Alexandra Chiluisa Santo, con cédula de ciudadanía número 050423886-6, Egresada de la Universidad Técnica de Ambato, de la carrera de Terapia Física, con el tema de investigación “EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI” que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará “El Investigador”, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

21. La Constitución de la República del Ecuador manda:

“Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley.

Art. 362.- Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

22. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

“Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento jurídico interno. Se excepciona el procedimiento establecido en las indagaciones previas.

23. El Código Integral Penal tipifica:

“Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

24. El Reglamento Para El Manejo De Información Confidencial En El Sistema Nacional De Salud prescribe:

“Art. 2.- Confidencialidad.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información”

“Art. 4.- Disponibilidad de la información.- Es la condición de la información que asegura el acceso a los datos cuando sean requeridos, cumpliendo los protocolos definidos para el efecto y respetando las disposiciones constantes en el marco jurídico nacional e internacional.”

“Art. 5.- Seguridad en el manejo de la información.- Es el conjunto sistematizado de medidas preventivas y reactivas que buscan resguardar y proteger la información para mantener su condición de confidencial, así como su integridad y disponibilidad. Inicia desde el momento mismo de la generación de la información y trasciende hasta el evento de la muerte de la persona.”

El deber de confidencialidad respecto a la información de los documentos que contienen información de salud perdurará, incluso, después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información.

“Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, Imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.

En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud.”

“Art. 9.- El personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tenga acceso a información de los/las usuarios/as durante el ejercicio de sus

funciones, deberá guardar reserva de manera indefinida respecto de dicha información y no podrá divulgar la información contenida en la historia clínica, ni aquella constante en todo documento donde reposen datos confidenciales de los/las usuarios/as.”

*“Art. 12.- En el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto.
El custodio de dichas historias deberá llevar un registro de las entregas de las mismas con los siguientes datos: nombres del receptor, entidad en la que trabaja, razón del uso, firma y fecha de la entrega.”*

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, “El Investigador” se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Centro de Salud Latacunga.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

“El Investigador” ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Centro de Salud Latacunga, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

“El Investigador” se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Centro de Salud Latacunga o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Centro de Salud Latacunga.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

“EL Investigador” se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

“EL Investigador” conoce que el incumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo será sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley. sin perjuicio de las acciones penales respectivas.

CLÁUSULA QUINTA.- COMPROMISO:

“El Investigador” declara de forma libre y voluntaria su compromiso para entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del Centro de Salud Latacunga y la Coordinación Zonal 3 correspondiente.

CLÁUSULA SEXTA.- DECLARACIÓN:

“El Investigador” declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

“EL Investigador” declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, del Código Orgánico Integral Penal y del Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad y Compromiso se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA OCTAVA.- ACEPTACIÓN:

“EL Investigador” acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Latacunga, el 18 de Mayo del 2018.

Nombre: Sofia Alexandra Chiluisa Santo

Firma:



C.I.050423886-6

Teléfono: 0995316481

Correo Electrónico: sofia.chiluisa.s@gmail.com

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL CENTRO DE SALUD DE SAQUISILÍ

La señorita Sofía Alexandra Chiluisa Santo, con cédula de ciudadanía número 050423886-6, Egresada de la Universidad Técnica de Ambato, de la carrera de Terapia Física, con el tema de investigación “EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI” que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará “El Investigador”, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

13. La Constitución de la República del Ecuador manda:

“Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas:

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley.

Art. 362.- Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

14. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

“Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

ANEXO 4. CARTA DE COMPROMISO

CARTA PARA ENTREGA DE COPIA DE TESIS AL CENTRO DE SALUD DE LATACUNGA

18 de Mayo del 2018

Yo, Sofía Alexandra Chiluisa Santo, con cédula de ciudadanía número 050423886-6, Egresada de la Universidad Técnica de Ambato, de la carrera de Terapia Física, con el tema de investigación “EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI”, me comprometo a entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente. Recalcando que los resultados obtenidos de la investigación, no podrán ser publicados y utilizados por dicha institución, sin una previa autorización de la Universidad Técnica de Ambato.

Nombre: Sofia Alexandra Chiluisa Santo

Firma:



C.I.050423886-6

Teléfono: 0995316481

Correo Electrónico: sofia.chiluisa.s@gmail.com

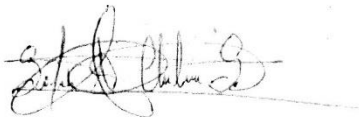
CARTA DE PARA ENTREGA DE COPIA DE TESIS AL CENTRO DE SALUD DE SAQUISILÍ

18 de Mayo del 2018

Yo, Sofía Alexandra Chiluisa Santo, con cédula de ciudadanía número 050423886-6, Egresada de la Universidad Técnica de Ambato, de la carrera de Terapia Física, con el tema de investigación “EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA INTEGRAL EN LOS TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI”, me comprometo a entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del establecimiento de salud y la coordinación zonal correspondiente. Recalcando que los resultados obtenidos de la investigación, no podrán ser publicados y utilizados por dicha institución, sin una previa autorización de la Universidad Técnica de Ambato.

Nombre: Sofía Alexandra Chiluisa Santo

Firma:

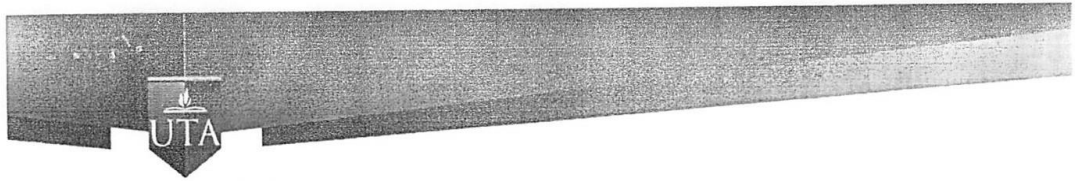


C.I.050423886-6

Teléfono: 0995316481

Correo Electrónico: sofia.chiluisa.s@gmail.com

ANEXO 5. RECIBIDOS DE LAS SOLICITUDES



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-CZ3-DDS05D03-2018-0036-E
Fecha : 2018-05-30 11:05:41 GMT -05
Recibido por : Mirian Maritza Murillo Miguez

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colón
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0994668274
Ambato - Ecuador
Para verificar el estado de su documento ingrese a
<https://www.gestiondocumental.gub.uta.edu.ec>
con el usuario: "1702675636"

* Documento generado por Outlook

1/3

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06, SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

Ministerio de Salud Pública
DIRECCION DISTRITAL
05D04 - PUJILI - SAQUISILÍ - SALUD
RECEPCION CORRESPONDENCIA
Documento N° _____ Nº Hojas 24
Fecha 31-5-18 Anexos _____
Hora 9h23 Firma *[Firma]*



Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06, SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director



Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06, SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996688223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3

Recibido
29/05/2018
73:36



Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

COMANDO PROVINCIAL DE POLICIA No. 13

OFICIO
29-05-2018
15:40



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD Nº. 05D02
RECIBIDO - SECRETARÍA
Fecha: 30 MAY 2018
HORA: 8:07
FIRMA: <i>[Firma]</i>

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996688223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06, SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL
DE LATACUNGA
SECRETARIA
29/05/2018
X-7
14:33

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996688223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06, SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD No 05D01
RECIBIDO
FECHA. 29/05/2018 HORA. 10:46
SECRETARIA

DR. GALO NARANJO LÓPEZ. PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996688223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director



DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996688223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA

Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

Byron Benavides
29/05/2018 - MAY 2018

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR

Dirección: Av. Colombia y Chile
Teléfono: (+593) 3730268 ext. 5206 - 0996588223
Ambato - Ecuador

www.uta.edu.ec

1/3



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0146-O

Ambato, 24 de mayo de 2018

Asunto: AUTORIZACIÓN ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

Licenciada
Monica Moran
Directora del Distrito de Salud 05d03

Ingeniera
Adriana Fray
Directora del Distrito de Salud 05d02

Abogada
Michelle Carrillo
Directora del Distrito de Salud 05d04

Doctor
Guillermo Gamboa
Director del Distrito de Salud 05d01

Licenciado
Oscar Monge
Director del Distrito de Salud 05d05

Doctora
Cumanda Barriga
Directora
DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 05D06 , SALCEDO

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA


Ingeniera
Eliana Rivera
Directora del Hospital Básico de Latacunga - Iess

Coronel
Edwin Gomez
Jefe sub Zona de Policia de Cotopaxi

Señor
Byron Benavides
Director

DR. GALO NARANJO LÓPEZ, PH.D
RECTOR



 DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD N° 05D06
RECIBIDO
Fecha: 30/05/2018
Firma: *[Handwritten Signature]*

12:13

www.uta.edu.ec

1/3

ANEXO 6. OFICIOS DE CONTESTACIÓN QUE FUERON EXCLUIDOS



POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
COMANDO DE POLICÍA DE LA SUBZONA COTOPAXI No. 5



MEMORANDO

Autorizado
[Firma]

MEMO N° 2669-SZX-5-2018
Latacunga, 29 de mayo de 2018

Señor Tnte. de Sanidad
Dr. Bolivar Campos Alomoto.
COORDINADOR DEL CENTRO DE SALUD URBANO DE LA SZX-5
Presente.-

Adjunto al presente remito el Oficio N° UTA-FCS-2018-0146-O de fecha 24 de mayo del 2018, suscrito por el señor Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, a fin que enterada de su contenido sírvase coordinar y de ser procedente atienda el pedido formulado en el referido documento. Estricto cumplimiento.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD.

[Firma]
Dr. Edwin Mauricio Gómez Barahona
Crnl. de Policía de E.M.
JEFE DE POLICIA DE LA SZX-5.

EMGB/Jhv.
Dist. Org. Destino



Recibido
30-05-20
sgs-13/kyse
09100

Dir: General Proaño y Juan Abel Echeverría Telf: 2 812 683
Correo electrónico institucional
cp13.secretaria@policiaecuador.gob.ec



Memorando Nro. MSP-CZ3-DDS05D03-2018-2123-M

El Corazón, 30 de mayo de 2018

PARA: Sr. Med. Hilton Jair Zuñiga Dominguez
Administrador/a Técnico del Establecimiento de Salud del Primer Nivel
de Atención

Sr. Med. Cristhian Andres Moreira Bravo
Director del Hospital Básico El Corazón

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TESIS -SRTA. SOFIA CHILUISA

De mi consideración:

Para su conocimiento y fines pertinentes me permito hacer referencia al Documento No. **OFICIO.NRO.UTA.FCS-2018-0146-O**

Solicitud para facilidades correspondientes a la Srta. Sofia Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la carrera de Terapia Física para realizar Tesis "efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en trastornos musculo esqueléticos en la provincia de Cotopaxi".

Ante este contexto solicito de manera comedida se sirva brindar las facultades respectivas para la solicitud antes mencionada.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Leda, Mónica de los Angeles Morán Jativa
DIRECTORA DEL DISTRITO 05D03 PANGUA - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ3-DDS05D03-2018-0036-E

Anexos:
- img-180530112051.pdf



Fecha 12/06/2018

Memorando Nro. MSP-CZ3-DDS05D02-2018-1332-M

La Maná, 30 de mayo de 2018

PARA: Srta. Lcda. Evelyn Janeth Lucas Benavidez
Trabajadora Social Distrital

Sra. Ing. Nelly Marlene Vega Pastuña
Analista Distrital de Talento Humano

ASUNTO: AUTORIZACION ENTIDADES COTOPAXI PARA REALIZAR TESIS
SRTA. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ3-DDS05D02-GDVUAU-2018-0319-E, adjunta oficio N° UTA-FCS-2018-0146-O de fecha 24 de mayo del 2018, suscrito por el Dr. Jose Marcelo Ochoa Egas - Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, quien solicita se otorgue la facilidades correspondientes para que la Srta. Sofia Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la carrera de Terapia Física pueda realizar su tesis "Efectividad de la intervención integral en los trastornos musculoesqueléticos,

Por lo antes expuesto, solicito se de la facilidades a la Srta. Sofia Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la carrera de Terapia Física pueda realizar su tesis "Efectividad de la intervención integral en los trastornos musculoesqueléticos, y hacer cumplir la normativa y directrices emitidas por el MSP en relación a las actividades de investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Adriana Paulina Fray Salazar
DIRECTORA DISTRITAL 05D02 - LA MANÁ - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ3-DDS05D02-GDVUAU-2018-0319-E

Anexos:
- autorizacion_de_tesis_3.pdf
- autorizacion_de_tesis_2.pdf
- autorizacion_de_tesis.pdf
- autorizacion_de_tesis_1_parte_2.pdf

ANEXO 7. OFICIOS DE CONTESTACIÓN QUE CUMPLIERO CON EL PUNTON 2 DEL MSP.



Coordinación Zonal 3 - Salud
Dirección Distrital 05D04 – Pujilí - Saquisilí

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D04-2018-0133-O

Pujilí, 04 de junio de 2018

Asunto: Contestación a la solicitud de otorgamiento y se brinde las facilidades para que la Srta. Sofía Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la carrera de etrapia física realice su tesis Efectividad de la Intervención Fisioterapéutica integral.

Señor Doctor
José Marcelo Ochoa Egas
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO- UTA
En su Despacho

De mi consideración:

En referencia al oficio N.- UTA-FCS-2018-0146-O, Ambato 24 de mayo del 2018, suscrito por el Dr. José Marcelo Ochoa Egas Decano de la facultad de Ciencias de la Salud, donde en su parte medular solicita: Autorización se otorgue facilidades correspondiente para que la señorita Sofía Alexandra Chiluisa Santo estudiante de la carrera de terapia Física pueda realizar su tesis “Efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en los trastornos musculoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi “aprobada con resolución CD-P-2018-1428, siendo parte del objetivo 3 del proyecto “Programa de abordaje fisioterapéutico integral en las disfunciones físicas de origen musculoesqueléticos en la población ecuatoriana de la Zona 3” aprobado mediante resolución 1591-CU-P-2016, en relación a los requisitos estipulados en el documento MSP-CGDES-2017-0467, anexa la documentación; al respecto cumpla en informar:

1.- El Art. 59 (LOSEP) manifiesta que las instituciones del sector público podrán celebrar convenios o contratos de pasantías con estudiantes de institutos, universidades y escuelas politécnicas, respetando la equidad y paridad de género, discapacidad y la interculturalidad así mismo, las Instituciones del Estado podrán celebrar convenios de Práctica con los establecimientos de educación secundaria. Estos convenios o contratos no originan relación laboral y se caracterizan por tener duración limitada.

2.- El Art.- 149 (R-LOSEP) los convenios y contratos de pasantías o prácticas se sustentaran en acuerdos previamente celebrados con las respectivas instituciones del sistema de educación superior, a través de estos convenios se definirán las características de los programas de pasantías y requerimientos de las instituciones públicas.

Con los antecedentes antes expuestos una vez revisado el oficio N.- MSP-CZONAL3-2017-0859-O, de fecha Riobamba 04 de diciembre del 2017 suscrito por el Ing. Jorge Alejandro Guevara Reyes, Coordinador Zonal 3 Salud encargado de ese entonces, *en el que autoriza la petición realizada por la Universidad Técnica de Ambato para el ingreso a los estudiantes de la carrera de terapia Física a las Unidades de Salud*



nto generado por Qupux

Simón Bolívar y Vicente Rocafuerte (Esq.)
2do. Piso (Edif. GAD Cantonal Pujilí) Telf: 03-2325004
www.salud.gob.ec

1/2

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D04-2018-0133-O

Pujilí, 04 de junio de 2018

pertenecientes al Ministerio de Salud Pública en la zona, la cual será comunicada a los diferentes distritos y hospitales para que brinden las facultades al respecto, los mismos que serán los responsables de hacer cumplir la normativa y directrices emitidas por el MSP, en relación a las actividades de investigación; en este sentido claramente existe el aval por parte de la Coordinación Zonal para que pueda realizar la petición solicitadas en vista que adjunta el expediente pertinente y el cual se encuentra en vigencia actualmente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Abg. Michelle Ivonne Carrillo Navas
DIRECTORA DISTRITAL 05D04 - PUJILÍ-SAQUISILÍ - ZONA 3 SALUD

Referencias:
- MSP-CZ3-DDS05D04-GDVUUAU-2018-0313-E

Anexos:
- of-n-uta-fcs-2018-0146-020180531_16375312.pdf

pb

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D01-2018-0278-O

Latacunga, 06 de junio de 2018

Asunto: Respuesta a solicitud de la Estudiante de Carrera de Terapia Física Universidad Técnica de Ambato Srta. SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO realice su tesis "Efectividad de la intervención fisioterapéutica integral de los trastornos muscoesqueléticos"

Señor Doctor
Juan Carlos Ramirez Barroso
Coordinador Técnico del C.S. Tipo "C" Latacunga/ Administrador Técnico del Establecimiento de Salud de Primer Nivel (R)
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Señor Licenciado
Francisco Manuel Bonilla Cruz
Responsable Distrital de la Unidad Administrativa de Talento Humano
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Señor Doctor
José Marcelo Ochoa Egas
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO- UTA
En su Despacho

Cordiales saludos.

En atención al pedido efectuado por el Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, mediante Documento Externo Nro. MSP-CZ3-DDS05D01-VU-2018-0640-E de fecha 30 de mayo de 2018 (Oficio No. UTA-FCS-2018-0146-O, de fecha 24 de mayo de 2018), en el cual manifiesta "(...)se otorgue las facilidades correspondientes para que la señorita SOFIA ALEXANDRA CHILUISA SANTO estudiante de la carrera de Terapia Física pueda realizar su tesis "Efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en los trastornos muscoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi" aprobada con resolución CD-P-2018-1428.(...)"; al respecto, conforme el criterio jurídico emitido por la Abg. Maricela Elizabeth Herrera Arcos, Analista Distrital de Asesoría Jurídica con Memorando Nro. MSP-CZ3-DDS05D01-AJ-2018-0035-M de 1 de junio de 2018, me permito manifestar lo siguiente:

Según Memorando No. MSP-CZONAL3-2014-10131-M, de fecha 02 de octubre de 2015, suscrito por la Dra. Claudia Ávila Molina, ex Coordinadora Zonal 3 Salud, se emitieron los lineamientos para la aprobación en investigaciones en salud, mismo que en

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D01-2018-0278-O

Latacunga, 06 de junio de 2018

la parte pertinente dice: “(...)Aprobación Tesis .- Las tesis de postgrado que no sean ensayos clínicos o no se enmarquen dentro de los criterios señalados en “aprobación de estudios observacionales”, no requieren aprobación de la Dirección Nacional de la Salud del MSP, deberán ser aprobadas por la institución de las que dependa el investigador principal(...)”.

Mediante Memorando No. MSP-CZ3-GS-2015-0087-M, de fecha 24 de diciembre de 2015, suscrito por el Dr. Telmo Velasco Jara, Director de Gobernanza de la Salud Pública (E), Zona 3 Salud, emite dictamen favorable para la aprobación de tesis el mismo que en su parte pertinente dice: “(...)Las tesis de pregrado que no sean ensayos clínicos deberán ser aprobadas para su ejecución por la entidad académica correspondiente(...)”.

La Dirección de Inteligencia de la Salud, que forma parte de la Coordinación General de desarrollo Estratégico en Salud, tiene entre sus competencias la **aprobación y registro de los protocolos, proyectos y/o programas de investigación en salud** cuyos objetivos y fines se desarrollen dentro de las áreas de investigación biomédica predictiva, preventiva y curativa; esto en correlación a lo establecido en el Estatuto por Procesos del Ministerio de Salud Pública.

Cabe recalcar que el desarrollo Estratégico en Salud, tiene entre sus competencias la autorización y registro de los protocolos, proyectos y/o programas de investigación en salud cuyos objetivos y fines se desarrollen dentro de las áreas de investigación biomédica predictiva, preventiva y curativa; aplica a todo los estudios de salud no experimentales que utilizan fuentes primarias y secundarias y son realizados por el MSP o instituciones o personas externas a esta cartera de Estado. Ejemplos: Estudios descriptivos transversales o longitudinales, estudios analíticos transversales o longitudinales, series de casos, estudios de casos y controles, estudios de incidencia o prevalencia, estudios de asociación cruzada, descripción de historia natural de patología, revisiones sistemáticas y meta-análisis, estudios epidemiológicos descriptivos, operativos y otros relacionados, etc.

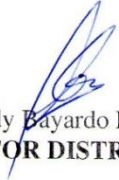
Por lo antes expuesto y con fundamento en las disposiciones previamente citadas, se colige que, es procedente AUTORIZAR lo solicitado por el Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, a fin de que la Estudiante de la Carrera de Terapia Física, realice la tesis titulada: “Efectividad de la intervención fisioterapéutica integral en los trastornos muscoesqueléticos en la provincia de Cotopaxi” en el CENTRO DE SALUD TIPO “C” LATACUNGA; debiendo hacer hincapié que las tesis de pregrado, que no sean ensayos clínicos o no se enmarquen dentro de los criterios señalados en “aprobación de estudios observacionales”, no requieren aprobación de la Dirección Nacional de la Salud del Ministerio de Salud Pública.

Particular que comunico para los fines consiguientes.

Oficio Nro. MSP-CZ3-DDS05D01-2018-0278-O

Latacunga, 06 de junio de 2018

Atentamente,


Dr. Freddy Bayardo Iza Anguisac
DIRECTOR DISTRITAL 05D01 LATACUNGA-SALUD (E)



Referencias:

- MSP-CZ3-DDS05D01-AJ-2018-0035-M

Anexos:

- 180531032801.pdf
- 180531032537.pdf
- 180531031458.pdf
- 180531031302.pdf
- 180531031143.pdf

Copia:

Señorita Psicóloga Industrial
Andrea Paulina Garay Baño
Analista Distrital de Talento Humano

Señorita Psicóloga Organizacional
Victoria Carolina Tobar Mora
Analista Distrital de Formación, Desarrollo y Capacitación

Señora
Mónica Marcela Cueva Segovia
Asistente de Talento Humano

Señor Doctor
Segundo Xavier Morales Perez
Responsable de Provisión de Servicios de Salud (E)

Señor Doctor
Milton Rodrigo Paredes Chicaiza
Responsable Distrital de Vigilancia de la Salud Pública

gm

ANEXO 8. INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA LUMBAGO NO ESPECIFICADO.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN LUMBAGO NO ESPECIFICADO (CRONICO) CIE-10 M54.5

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
BANDERAS ROJAS	Dolor nocturno que no permite dormir	✓	Referencias del paciente	Dolor al realizar viajes prolongados levantar peso, estar de pie y sentado						
OSWESTRY INICIAL	70 % discapacidad.									
SHEAR POSTERIOR	+									
SPRING TEST	+									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	7	6	6	5	5	3	3	2	2	2
I. INTERVENCION										
ESTIRAMIENTOS ANALGESICOS DEL CUADRADO LUMBAR: 3 REPETICIONES DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓	✓							
ESTIRAMIENTOS DEL CUADRADO LUMBAR DE ACTIVACION MUSCULAR: 3 REPETICIONES DE 12 SEGUNDOS CADA UNA				✓	✓	-				
ESTIRAMIENTOS DEL CUADRADO LUMBAR PARA ELONGACION: 3 REPETICIONES DE 21 SEGUNDOS CADA UNA							✓	✓	✓	✓
ESTABILIZACION LUMBAR FASE I	✓	✓	✓	✓						
ESTABILIZACION LUMBAR FASE II					✓	✓	✓			
ESTABILIZACION LUMBAR FASE III								✓	✓	✓
MASAJE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EVALUACION FINAL EVA	5	5	4	4	3	2	2	1	1	1
OSWESTRY FINAL	10 %									
SHEAR POSTERIOR	Negativo									
SPRING TEST	Negativo									

Leto Germanico Guatipa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 Dia 7

Leto Germanico Guatipa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 Dia 10

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN LUMBAGO NO ESPECIFICADO (CRONICO) CIE-10 M54.5

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
OSWESTRY INICIAL	50% limitación funcional intensa									
SHEAR POSTERIOR	Positivo									
SPRING TEST	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
	02/06/2018	03/06/2018	04/06/2018	05/06/2018	06/06/2018	09/06/2018	10/06/2018	11/06/2018	12/06/2018	13/06/2018
EVALUACION INICIAL EVA	7	7	6	5	4	3	2	1	1	0
EVALUACION FINAL EVA	6	6	5	4	3	2	1	0	0	0
OSWESTRY FINAL	10% limitación funcional mínima.									
SHEAR POSTERIOR	Negativo									
SPRING TEST	Negativo.									

Lcdo. Germanico Guadalupe
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542

Lcdo. Germanico Guadalupe
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 D. 10.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN LUMBAGO NO ESPECIFICADO (CRONICO) CIE-10 M54.5

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C: Saquisilí									
BANDERAS ROJAS	Dolor nocturno que no permite dormir	X	Referencias del paciente	Paciente refiere que al levantar un objeto pesado tuvo dolor en la zona lumbar muy intenso que le imposibilita caminar, sentar y en las AVD.						
OSWESTRY INICIAL	70% discapacidad									
SHEAR POSTERIOR	positivo									
SPRING TEST	positivo hipomovilidad									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
	02/06/2018	03/06/2018	04/06/2018	05/06/2018	06/06/2018	07/06/2018	08/06/2018	09/06/2018	10/06/2018	11/06/2018
EVALUACION INICIAL EVA	9	7	7	6	6	4	3	3	2	2
INTERVENCION										
ESTIRAMIENTOS ANALGESICOS DEL CUADRADO LUMBAR: 3 REPETICIONES DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	X	X	X							
ESTIRAMIENTOS DEL CUADRADO LUMBAR DE ACTIVACION MUSCULAR: 3 REPETICIONES DE 12 SEGUNDOS CADA UNA				X	X	X				
ESTIRAMIENTOS DEL CUADRADO LUMBAR PARA ELONGACION: 3 REPETICIONES DE 21 SEGUNDOS CADA UNA							X	X	X	X
ESTABILIZACION LUMBAR FASE I	X	X	X	X						
ESTABILIZACION LUMBAR FASE II					X	X	X			
ESTABILIZACION LUMBAR FASE III								X	X	X
MASAJE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EVALUACION FINAL EVA	8	6	6	5	4	3	2	2	1	0
OSWESTRY FINAL	10% limitación funcional mínima.									
SHEAR POSTERIOR	Positivo									
SPRING TEST	Negativo									

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 Dia 7

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 Dia 10

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN LUMBAGO NO ESPECIFICADO (CRONICO) CIE-10 M54.5

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
OSWESTRY INICIAL	55%									
SHEAR POSTERIOR	Positivo									
SPRING TEST	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
	8	8	7	7	6	6	6	5	5	4
EVALUACION INICIAL EVA	7	7	5	5	4	4	4	4	4	3
EVALUACION FINAL EVA	Positivo									
OSWESTRY FINAL	29%									
SHEAR POSTERIOR	Negativo									
SPRING TEST	Positivo									

Lcdo. Germanico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542

Día 1

Lcdo. Germanico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542

Día 10

NEXO 9. INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA DE MIALGIA

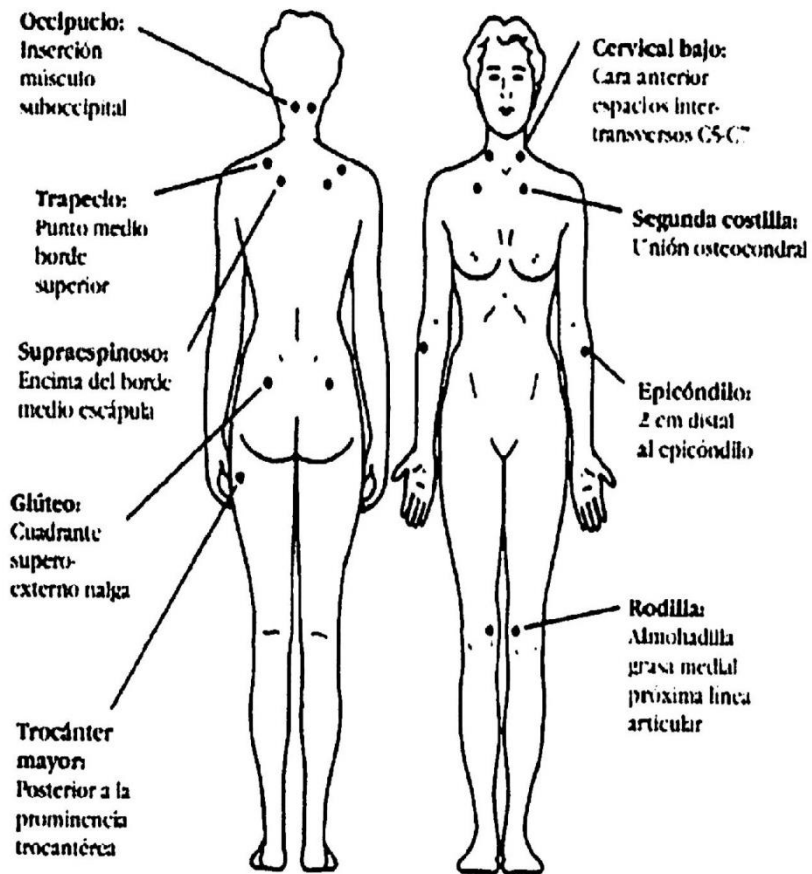
UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN MIALGIA CIE-10 M79.1

ESTABLECIMIENTO											
MUSCULO(S) AFECTADO(S)											
FECHA		DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
E.	EVALUACION INICIAL EVA										
	UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO										
I.	INTERVENCION										
	TENS CONVENCIONAL										
	Forma de onda de pulso: asimétrica bifásica Tipo: corriente constante; Frecuencia de pulso: 50 Hz Duración del pulso: 50 µs ; Patrón de pulso: continuo Tiempo de duración del tratamiento: 20 minutos										
	ENTRENAMIENTO ESPECIFICO DE LOS MUSCULOS ADOLORIDOS										
	MOVILIZACION MANUAL										
	MASAJE SUECO/PROFUNDO										
	CONTRACCIONES VOLUNTARIAS ISOMETRICAS										
E.F.	EVALUACION FINAL EVA										
	UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO										

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN MIALGIA CIE-10 M79.1

ESTABLECIMIENTO										
UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO INICIAL										
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA										
EVALUACION FINAL EVA										
UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO FINAL										

Figura 1. Localización de los puntos dolorosos en la FM⁵



UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN EPICONDILITIS CIE10 M77.1

Lic. Ft. Pablo Andrade
 FISIOTERAPISTA
 C.E. 050325714-9E
 DÍA 1

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Latacunga									
TEST DE THOMPSON	Positivo									
TEST DE LA SILLA	Positivo									
TEST DE COZEN	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	9	7	6	6	5	3	3	3	5	4
INTERVENCION:										
LASER: Potencia de 10 W con forma de onda continua generando una dosis total de tratamiento de 3000 J en 5 minutos o 6.6-1.3J/cm2	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo	No existe equipo
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	
FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL CODO A TRAVÉS DE EJERCICIOS EXCENTRICOS	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	
USO DE ORTESIS NOCTURNA	NO	NO								
USO DE ORTESIS DIURNA Y NOCTURNA			Inmovilizado	Inmovilizado	" "	" "	" "	" "	No	No
EVALUACION FINAL EVA	7	5	4	4	3	1	1	1	3	1
TEST DE THOMPSON										
TEST DE LA SILLA										
TEST DE COZEN										

Lic. Ft. Pablo Andrade
 FISIOTERAPISTA
 C.E. 050325714-9E
 DÍA 10

ANEXO 10. INTERVENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA EN EPICONDILITIS

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN EPICONDILITIS CIE10 M77.1

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
TEST DE THOMPSON	Positivo									
TEST DE LA SILLA	Positivo									
TEST DE COZEN	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	8	7	7	6	6	5	4	5	4	3
INTERVENCION:										
LASER: Potencia de 10 W con forma de onda continua generando una dosis total de tratamiento de 3000 J en 5 minutos o 6.6-1.3J/cm2	NO existe	NO existe	NO existe	—	—	—	—	—	—	—
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	✓
FORTALECIMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL CODDO A TRAVÉS DE EJERCICIOS EXCENTRICOS	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL TRICEPS BRAQUIAL 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	✓
USO DE ORTESIS NOCTURNA	✓	✓								
USO DE ORTESIS DIURNA Y NOCTURNA			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
EVALUACION FINAL EVA	7	7	6	5	5	5	3	4	3	1
TEST DE THOMPSON	Negativo									
TEST DE LA SILLA	Negativo									
TEST DE COZEN	Negativo									

Lcdo. Germanico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 010-14-1327542
 Dia 1

Lcdo. Germanico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 010-14-1327542
 Dia 10

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN EPICONDILITIS CIE10 M77.1

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
TEST DE THOMPSON	Positivo									
TEST DE LA SILLA	Positivo									
TEST DE COZEN	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	7	8	7	7	5	4	3	4	4	4
EVALUACION FINAL EVA	7	7	6	6	3	3	2	3	3	2
TEST DE THOMPSON	Negativo									
TEST DE LA SILLA	Negativo									
TEST DE COZEN	Negativo.									

Lcdo. Germanico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 D. 31

Lcdo. Germanico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 D. 10.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN EPICONDILITIS CIE10 M77.1

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
TEST DE THOMPSON	Positivo									
TEST DE LA SILLA	Positivo									
TEST DE COZEN	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	8	8	7	5	5	6	6	5	4	4
EVALUACION FINAL EVA	7	7	6	3	4	4	4	4	3	2
TEST DE THOMPSON	Negativo									
TEST DE LA SILLA	Positivo									
TEST DE COZEN	Negativo									

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542
Día 7

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542
Día 8

ANEXO 11. INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA EN TENOSINOVITIS DE QUERVAIN

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENOSINOVITIS DE QUERVAIN CIE10 M65.4

Centro de Salud Tipo C Saquisilí										
FINKELSTEIN INICIAL										
Positivo										
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	7	7	5	4	4	2	2	1	1	0
INTERVENCION:										
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL PULGAR EN EXTENSION (DIURNO Y NOCTURNO)	✓	✓	✓							
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL PULGAR EN EXTENSION (NOCTURNO)				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CRITOTERAPIA LOCAL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MOVILIZACION PASIVA RESPETANDO EL UMBRAL DE DOLOR				✓	✓	✓				
MOVILIZACION ACTIVA ASISTIDA RESPETANDO EL UMBRAL DEL DOLOR							✓	✓	✓	✓
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO EXCENTRICO DEL PULGAR				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	✓
EVALUACION FINAL EVA	5	5	4	3	3	1	1	0	0	0
FINKELSTEIN FINAL	Negativo.									

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542
Día 1

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542

Día 10 E.F.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENOSINOVITIS DE QUERVAIN CIE10 M65.4

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Latacunga									
FINKELSTEIN INICIAL	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	8	7	7	5	3	3	3	2	2	2
INTERVENCION:										
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL PULGAR EN EXTENSION (DIURNO Y NOCTURNO)	✓	✓	✓							
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL PULGAR EN EXTENSION (NOCTURNO)				✓	✓	✓	✓	No	No	No
CRITIOTERAPIA LOCAL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
MOVILIZACION PASIVA RESPETANDO EL UMBRAL DE DOLOR				✓	✓	✓				
MOVILIZACION ACTIVA ASISTIDA RESPETANDO EL UMBRAL DEL DOLOR							✓	✓	✓	✓
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO EXCENTRICO DEL PULGAR				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 6 SEGUNDOS CADA UNA	✓	✓								
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 12 SEGUNDOS CADA UNA			✓	✓	✓					
ESTIRAMIENTOS DEL PULGAR 3 REPS DE 21 SEGUNDOS CADA UNA						✓	✓	✓	✓	✓
EVALUACION FINAL EVA	5	5	5	3	1	1	1	1	1	0
FINKELSTEIN FINAL	Negativo									

Lic. F. Pablo Andrada
FISIOTERAPISTA
C.I. 050325714-5
DIA 1

Lic. F. Pablo Andrada
FISIOTERAPISTA
C.I. 050325714-5
DIA 10

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENOSINOVITIS DE QUERVAIN CIE10 M65.4

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
FINKELSTEIN INICIAL	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	9	9	8	7	6	5	5	4	3	3
EVALUACION FINAL EVA	7	7	6	3	3	3	3	3	2	2
FINKELSTEIN FINAL	Negativo									

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 10/3/

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 1010-14-1327542
 D. J. O.

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENOSINOVITIS DE QUERVAIN CIE10 M65.4

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
FINKELSTEIN INICIAL	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	9	9	8	8	7	7	6	5	4	4
EVALUACION FINAL EVA	7	7	6	5	5	5	4	4	3	3
FINKELSTEIN FINAL	Positivo									

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542
Día 1

Lcdo. Germánico Gualpa
FISIOTERAPISTA
1010-14-1327542
Día 10

ANEXO 12. INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA PARA TENDINITIS ROTULIANA

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENDINITIS DEL TENDON ROTULIANO CIE10 M76.5 (ETAPA AGUDA)

ESTABLECIMIENTO											
PALPACION DOLOROSA EN LOS POLOS SUPERIOR E INFERIOR DE LA ROTULA (RODILLA EN EXTENSION)											
UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO INICIAL											
FECHA		DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
E.	EVALUACION INICIAL EVA										
I.	INTERVENCION:										
	ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO LA RODILLA EN EXTENSION (DIURNO Y NOCTURNO)										
	ELEVACION DEL MIEMBRO EN EL HOGAR										
	CRIOTERAPIA LOCAL POR 10 MINUTOS CADA 4 HORAS										
	CRIOTERAPIA LOCAL POR 20 MINUTOS DOS VECES AL DIA										
	ESTIRAMIENTOS PASIVOS DE 12 SEGUNDOS										
	EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO ISOMETRICO DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA 3 SETS DE 15 REPS SOSTENIDAS DE 10 SEGUNDOS										
	EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO ISOMETRICO DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA 3 SETS DE 30 REPS SOSTENIDAS DE 10 SEGUNDOS										
	EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO EXCENTRICO DEL APARATO EXTENSOR DE LA RODILLA										
E.F.	EVALUACION FINAL EVA										
	PALPACION DOLOROSA EN LOS POLOS SUPERIOR E INFERIOR DE LA ROTULA (RODILLA EN EXTENSION)										
	UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO FINAL										

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENDINITIS DEL TENDON ROTULIANO CIE10 M76.5 (ETAPA AGUDA)

ESTABLECIMIENTO										
PALPACION DOLOROSA EN LOS POLOS SUPERIOR E INFERIOR DE LA ROTULA (RODILLA EN EXTENSION)										
UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO INICIAL										
EVALUACION INICIAL EVA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION FINAL EVA										
PALPACION DOLOROSA EN LOS POLOS SUPERIOR E INFERIOR DE LA ROTULA (RODILLA EN EXTENSION)										
UMBRAL DE DOLOR DE PRESION CON ALGOMETRO FINAL										

ANEXO 13. INTERVENCION FISIOTERAPÉUTICA PARA TENDINITIS DEL TENDÓN DE AQUILES

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
CARRERA TERAPIA FISICA
INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENDINITIS DEL TENDON DE AQUILES CIE10 M76.6 (ETAPA AGUDA)

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud tipo C Latacunga									
THOMPSON DOLOROSO DURANTE PLANTIFLEXION	Positivo. reproduccion de sintomas									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	5	5	6	3	3	3	2	3	2	2
INTERVENCION:										
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL TOBILLO A 90° (DIURNO Y NOCTURNO)	X	X	X	X	X					
ORTESIS O VENDAJE MANTENIENDO EL TOBILLO A 90° (NOCTURNO)						X	X	X	No	No
CRIOTERAPIA LOCAL POR 10 MINUTOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO EXCENTRICO DEL TOBILLO- PIE A RITMO LENTO				X	X	X	X	X	X	X
EVALUACION FINAL EVA	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1
THOMPSON DOLOROSO DURANTE PLANTIFLEXION	Negativo.									

Lic. El Pablo Andrad
FISIOTERAPISTA
C.I. 050325714-9

Día 1

Lic. El Pablo Andrad
FISIOTERAPISTA E.F.
C.I. 050325714-9

Día 10

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO
 DIRECCION DE INVESTIGACION Y DESARROLLO
 CARRERA TERAPIA FISICA
 INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA EN TENDINITIS DEL TENDON DE AQUILES CIE10 M76.6 (ETAPA AGUDA)

ESTABLECIMIENTO	Centro de Salud Tipo C Saquisilí									
THOMPSON DOLOROSO DUNRANTE PLANTIFLEXION	Positivo									
FECHA	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7	DIA 8	DIA 9	DIA 10
EVALUACION INICIAL EVA	9	9	7	7	6	6	3	4	3	3
EVALUACION FINAL EVA	8	7	5	5	3	3	2	3	2	2.
THOMPSON DOLOROSO DUNRANTE PLANTIFLEXION	Negativo									

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 101014-1327542

Lcdo. Germánico Gualpa
 FISIOTERAPISTA
 101014-1327542

ANEXO 14. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Esta investigación persigue la obtención clara y confiable de datos que permitan documentar el problema planteado: Efectividad de la intervención fisioterapéutica en trastornos musculoesqueléticos en la población ecuatoriana de la Zona 3. Está dirigido a pacientes que acuden a las Unidades Públicas de Salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud.

La información recolectada arrojará datos de línea base para desarrollar proyectos de investigación e innovación que podrán ser ejecutados a futuro por profesionales de la fisioterapia. Por esta razón, se le invita a participar en esta investigación ya que se requiere de su consentimiento, el cual contribuirá al éxito de esta investigación.

Esta investigación incluye una ficha de observación, en la que el observador tomará apuntes sobre el tratamiento fisioterapéutico que usted recibe en la unidad de fisioterapia y rehabilitación.

Al participar en esta investigación, pueda que no obtenga ningún beneficio personal, pero es importante y beneficioso para dicha investigación su participación ya que aportará información valiosa, pudiendo de ser de beneficio para la futura atención en el área de Fisioterapia y Rehabilitación.

Al participar en esta investigación usted no se expone a ningún riesgo de tipo físico y/o laboral.

Usted puede elegir si desea ser parte o no de esta investigación, así como puede interrumpir su participación en cualquier momento, siendo respetada su elección.

Si tiene alguna duda sobre la investigación puede comunicarse con la Srta. Sofia Alexandra Chiluisa Santo al email sofia.chiluisa.s@gmail.com o al teléfono 0995316481, o a la MSc. Verónica Cobo Sevilla, docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud y responsable de la presente investigación al email vdla.cobo@uta.edu.ec o al teléfono 0996441319.

Firma: _____

C.I.: _____

Teléfono: _____

ANEXO 15. ESTABILIZACIÓN DEL CORE FASE I

ESTABILIZACION DEL CORE

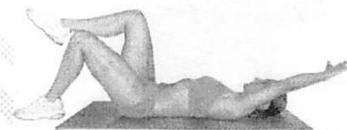
Fase I. Ejercicios correctivos: control postural y activación de la musculatura profunda. Patrones motores básicos.

En esta etapa primera etapa de formación es indispensable, ya que no es para prevenir sino para que los pacientes obtengan un aprendizaje en el control de la postura, en la estabilidad de la pared abdominal y por ende en la correcta activación de los músculos que forman parte del core, y se lo realizara antes de avanzar a otras actividades más dinámicas.

Estos ejercicios se los realizara 3 veces por semana y para mejorar los pacientes comienzan con 1 o 2 bloques de 15 repeticiones y sigue avanzando a 3 bloques de 15-20 repeticiones.
(1)

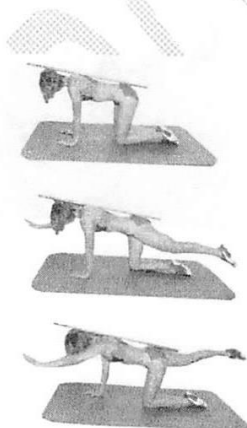
Doblando la Rodilla

Se coloca decúbito supino con sus rodillas dobladas y las plantas de los pies topando el suelo, luego se le pide al paciente que contraiga el abdomen dejando su columna lumbar en posición neutra y que levante suavemente una pierna a unos 15 - 30 cm y de esta manera ira cambiando.(2)



Cambio De Pierna y Brazo opuesto

En este ejercicio se activa especialmente el multifido estabilizador interno de la columna y extensor.

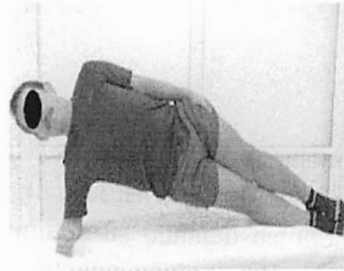
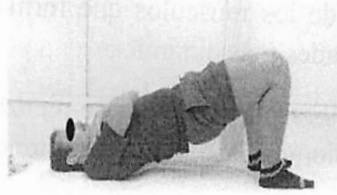


Se coloca el paciente en cuadrúpeda luego se le pide que contraiga su abdomen manteniendo su columna lumbar neutra, y se procede a elevar el brazo y pierna opuesto y se lo hará de la misma manera del otro lado (extremidades superior e inferior opuestas). La pierna debe levantarse solo hasta la altura en que el paciente pueda controlar cualquier movimiento excesivo de la región lumbar.

Elevación De Cadera (Puente)

Otros ejercicios clásicos que se agregan durante esta etapa son los puentes, anterior, lateral y con apoyo en rodillas y pies, en los cuales se agregan la participación de los glúteos, los

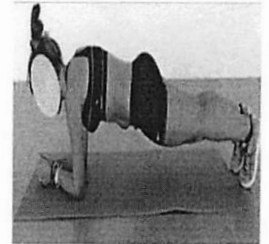
cuádriceps, los erectores de la columna, los oblicuos externos y el cuadrado lumbar, entre otros



(Vásquez, Nava, 2014)

Decúbito Prono

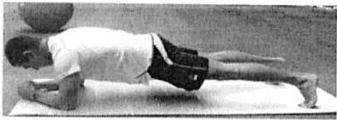


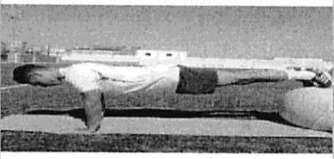
Paciente soporta su propio peso con sus codos doblados 90° y apoyados sobre una superficie y sus piernas estiradas y colocadas sobre la misma, y de esta manera se mantendrá su columna neutra contrae los músculos del glúteo y mantiene la cabeza a nivel del suelo, se le enseña a respirar de forma normal durante el ejercicio, mientras mantiene contraído el abdomen. La posición durante 20 se incrementa a 1 minuto por 2-3 repeticiones. (4)

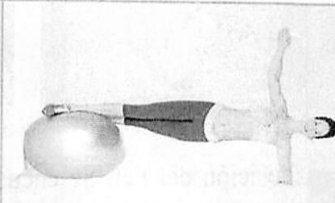
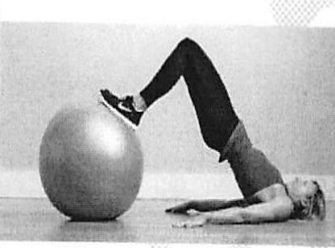
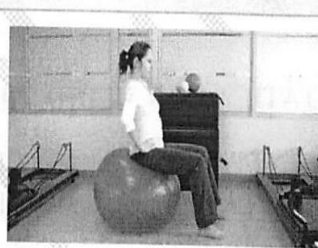


ANEXO 16. ESTABILIZACIÓN DEL CARE FASE II

Fase 2

Estabilización / Movilidad: ejercicios de estabilización estática, dinámica,

EJERCICIOS DE ESTABILIZACIÓN ESTÁTICA			
EJERCICIO	GRÁFICO	EJECUCIÓN	SERIES
Plancha frontal		Pct. Se coloca en plancha con los antebrazos apoyados sobre el suelo, y mantiene la posición en plancha sin dejar que las rodillas toquen el suelo (3)	30 -45 seg en cada postura. 3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie
Plancha lateral derecho e izquierdo		Posición del Pct. Se encuentra lateral apoyando su antebrazo en el piso formando una escuadra entre su cuerpo y el suelo (3)	30 -45 seg en cada postura. 3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie
Plancha glúteo-arriba con 2 pies apoyados		Posición del Pct. De cubito supino con rodillas flexionadas, eleva la cadera (3)	30 -45 seg en cada postura. 3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie
EJERCICIOS DE ESTABILIZACIÓN ESTÁTICA CON MEDIO INESTABLE			
Plancha frontal + inestabilidad.		Posición del Pct. De cubito prono en posición de plancha con las manos fijas sobre el suelo y los pies sobre el balón suizo. Realiza la extensión de brazos para lograr la posición de plancha (3)	30 -45 seg en cada postura. 3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg

			por cada serie
Plancha lateral + inestabilidad. (lado derecho + lado izquierdo)		Posición del pct. Se encuentra lateral apoyando su antebrazo en el piso, sus pies sobre el balón suizo formando una plancha(4)	30 -45 seg en cada postura.3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie
Plancha glúteo + inestabilidad.		Posición del Pct. De cubito supino, con los pies sobre el balón suizo. Ejecución realiza una extensión de cadera (4)	30 -45 seg en cada postura.3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie
EJERCICIOS DE ESTABILIDAD DINÁMICA			
Círculos sobre el balón suizo		Posición del Pct. Se encuentra sentado sobre el balón suizo, Ejecución. Realiza círculos sobre el balón (3)	3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie

<p>Flexión de tronco sobre el balón suizo</p>		<p>Posición del Pct. en decúbito prono con las piernas sobre el balón suizo y los brazos en extensión sobre el suelo</p> <p>Ejecución. Realiza una flexión de tronco (4)</p>	<p>30 -45 seg en cada postura.3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie</p>
<p>Extensión de miembros sobre balón suizo</p>		<p>Posición del Pct. Decúbito prono sobre el balón suizo</p> <p>Ejecución. Realiza una extensión del brazo y de la pierna contralateral (4)</p>	<p>30 -45 seg en cada postura.3 a 5 REP. De 3 a 5 series con descanso de 30seg por cada serie</p>
<p>EJERCICIOS DE DISOCIACIÓN PÉLVICA</p>			
<p>Anteversión y retropulsión de cadera en cubito supino</p>		<p>Posición del Pct. De cubito supino con las rodillas flexionadas</p> <p>Ejecución. Realiza una Anteversión y una retropulsión de cadera</p> <p>El ejercicio se ira dificultando hasta llegar a una extensión total de rodillas (2)</p>	<p>Realizara 1 serie de 15 repeticiones</p>
<p>Anteversión y retropulsión de cadera en cuatro puntos de apoyo</p>		<p>Posición del Pct. en cuatro puntos de apoyo</p> <p>Ejecución. Realiza una Anteversión y retropulsión de cadera (2)</p>	<p>Realizara 1 serie de 15 repeticiones</p>
<p>Anteversión y retropulsión de cadera en cuatro puntos de apoyo + extensión de miembros contralaterales</p>		<p>Posición del Pct. en cuatro puntos de apoyo con una extensión de MMS Y MMI contralateral</p> <p>Ejecución. Realiza una Anteversión y retropulsión de cadera(3)</p>	<p>Realizara 1 serie de 15 repeticiones</p>

ANEXO 17. ESTABILIZACIÓN DEL CARE FASE III

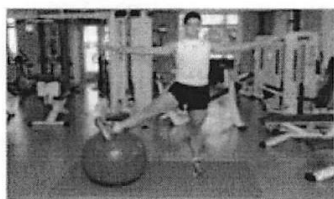
Fase III. Mejora de la resistencia, tolerancia y capacidad: implicación cadenas musculares

Disminuye la base de sustentación para así obligar al trabajo de estabilización dentro ya de cadenas musculares.

En este nivel cobra importancia el control postural en la correcta ejecución. Se eliminan los apoyos de forma progresiva, tomando más protagonismo el componente de estabilidad.

Pasa de ser un ejercicio analítico a tener un carácter funcional.

Existe un control neuromuscular donde los diferentes grupos musculares se coordinan en una secuencia de activación para conseguir fluidez y eficiencia en el movimiento. (1)



2 x 10-20"
mantener

Ejercicio 24
Equilibrio a un pie
sobre fitball

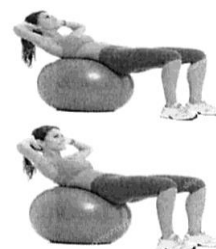
- Crunch con giro

El paciente se encontrará de cubito supino con las piernas flexionadas y sus manos detrás de la nuca, se le pedirá que realice una flexión de tronco y realice un giro al lado derecho, este ejercicio se realizará bilateralmente. Realizara 2 series de 20 repeticiones por cada lado (derecho-izquierdo) manteniendo 30 segundos cada ejercicio antes de regresar a la posición de inicio. Se fortalecerá el músculo recto del abdomen junto con los oblicuos (2)



- Crunch en balón suizo

El paciente se encontrará de cubito supino recostado sobre el balón suizo, manteniendo una flexión de MMI a 90%, con las manos entrecruzadas por detrás de la nuca. Se le pedirá que realice una flexión de tronco. Deberá realizar 2 series de 20 repeticiones manteniendo por cada ejercicio 30 segundos antes de regresar a la posición inicial. Se fortalece el recto del abdomen y el músculo transverso del abdomen.



ANEXO. 18 CUESTIONARIO DE OSWESTRY

ALCÁNTARA-BUMBIEDRO S ET AL. ESCALA DE INCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR DE OSWESTRY

ANEXO I. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry 1.0 (Flórez et al¹⁹)

Por favor lea atentamente: Estas preguntas han sido diseñadas para que su médico conozca hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Responda a todas las preguntas, señalando en cada una sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa MEJOR su problema.

1. Intensidad de dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- Los calmantes me alivian completamente el dolor
- Los calmantes me alivian un poco el dolor
- Los calmantes apenas me alivian el dolor
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo

2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme, y suelo quedarme en la cama

3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero si puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto

4. Andar

- El dolor no me impide andar
- El dolor me impide andar más de un kilómetro
- El dolor me impide andar más de 500 metros
- El dolor me impide andar más de 250 metros
- Sólo puedo andar con bastón o muletas
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- El dolor me impide estar sentado más de una hora
- El dolor me impide estar sentado más de media hora
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos
- El dolor me impide estar sentado

6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- El dolor me impide estar de pie más de una hora
- El dolor me impide estar de pie más de media hora
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie

7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de seis horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de cuatro horas
- Incluso tomando pastillas duermo menos de dos horas
- El dolor me impide totalmente dormir

8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- No tengo vida social a causa del dolor

10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital