

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain



**EFFECTIVIDAD DEL PLAN CASERO COMPLEMENTARIO PARA LA
REHABILITACION DE PACIENTES CON TENOSINOVITIS D'QUERVAIN**

Elaboró

**DIANA CAROLINA CASTELLANOS T.O
BIVIANA DEL PILAR PORTILLO T.O**

Colaboradores

MARIA EMMA REYES. Psicóloga

AMPARO ARDILA. Fisioterapeuta

Docentes del Departamento de Investigación

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACIÓN
ESPECIALIZACIÓN REHABILITACIÓN DE LA MANO Y MIEMBRO
SUPERIOR
BOGOTÁ, NOVIEMBRE 2010**

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

APROBACION

Efectividad del plan casero como complemento para la rehabilitación de pacientes con Tenosinovitis D'Quervain de las instituciones prestadoras de servicios de salud Rehabilitamos y Fisiosalud de la ciudad de Túquerres Nariño. Autoras: DIANA CAROLINA CASTELLANOS Y BIVIANA DEL PILAR PORTILLO, se realizó la evaluación, el 4 de octubre de 2010.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Las autoras expresan su agradecimiento principalmente:

A Dios y a nuestras familias por ser un apoyo constante e incondicional.

A las profesoras Amparo Ardila y María Ema Reyes asesoras del proyecto, por su aporte y colaboración en la consecución de los objetivos propuestos.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud Rehabilitamos y Fisiosalud de la ciudad de Túquerres Nariño que hicieron parte del estudio.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

RESUMEN

La investigación permite determinar la efectividad del Plan Casero como complemento para la rehabilitación de pacientes con Tenosinovitis D'Quervain, (TDQ) que para efectos de este proyecto apoyará en la disminución de la sintomatología, en el incremento de los niveles de funcionalidad para la ejecución de la prensión y la recuperación de la movilidad de la mano.

La investigación es de tipo cuasi-experimental, con dos grupos, de 10 personas cada uno, con edades entre los 20 y 75 años de diferentes estratos sociales y niveles educativos, de zonas urbanas y rurales, todos pertenecientes al sistema de salud subsidiado y contributivo, a los cuales se les aplicó una valoración inicial y final que comprende variables de examen muscular, funcionalidad para la prensión, e intensidad del dolor. La medición se hizo con base en las escalas validadas en estudios anteriores y registradas en el formato de evaluación.

Posteriormente, se formaron dos grupos de forma aleatoria con los cuales se inició el proceso de intervención de la siguiente forma: al grupo uno se le realizó el proceso terapéutico en consulta durante 10 días, distribuidos en tres sesiones semanales, mas la aplicación del plan casero validado en el trabajo de grado elaborado por la Terapeuta Ocupacional Sandra Milena Arroyo Riascos y la Fisioterapeuta Ania Magdalena Rodríguez realizado en el año 2009. Al grupo dos, se le aplicó el proceso terapéutico en consulta.

Concluido el proceso de intervención se realizó una valoración final a la totalidad de la población estudio, cuyos datos al ser tabulados y analizados en programas Excel y Stargraph, permitieron determinar que la población correspondiente al grupo uno, logró, una mejor evolución en términos de funcionalidad en las variables.

En conclusión el plan casero como complemento en la rehabilitación se

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

convierte en una herramienta importante en el proceso de intervención ya que maximiza los resultados en la evolución.

Palabras clave:

Plan casero, Rehabilitación, Tenosinovitis D´Quervain, Funcionalidad

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
1. INTRODUCCION	11
2. MARCO REFERENCIAL	12
3. DISEÑO METODOLOGÍA	24
4. RESULTADOS	26
5. DISCUSION	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	59

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Evaluación inicial grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular	27
Tabla 2. Evaluación inicial grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas.	28
Tabla 3. Evaluación inicial grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad evaluación articular.	29
Tabla 4. Evaluación inicial grupo 2. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular.	30
Tabla 5. Evaluación inicial grupo 2. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas.	31
Tabla 6. Evaluación inicial grupo 2. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad evaluación articular.	32
Tabla 7. Evaluación final grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular.	33
Tabla 8. Evaluación final grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas.	34
Tabla 9. Evaluación final grupo 1. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación articular.	35

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 10. Evaluación final grupo 2. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular.	36
Tabla 11. Evaluación final grupo 2. (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas	37
Tabla 12. Evaluación final grupo 1 (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación articular.	38
Tabla 13. Formato de evaluación (anexo A)	59

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Posición valoración Tenosinovitis D´Quervain	63
Figura 2. Manejo sedativo con hielo	65
Figura 3. Manejo sedativo con calor	65
Figura 4. Mano muñeca en neutro	66
Figura 5. Mano muñeca en desviación	66
Figura 6. Mano muñeca neutro	66
Figura 7. Mano muñeca flexión	66
Figura 8. Pulgar extendido	67
Figura 9. Pulgar hacia la palma	67
Figura 10. Palmas hacia el piso	67
Figura 11. Palmas en desviación	67
Figura 12. Palma posición neutra	68
Figura 13. Pulgar base dedos 5to	68
Figura14. Pulgar base dedos 4to	68
Figura 15. Pulgar base dedos 3ro	68
Figura16. Pulgar base dedos 2do	68
Figura17. Palma boca arriba	69
Figura18. Pulgar índice	69
Figura19. Pliegues pulgar táctil	69
Figura 20. Manos entrelazadas muñeca en desviación radial	70
Figura 21. Mano palma con peso y flexión	71
Figura 22. Mano palma con peso y extensión	71
Figura 23. Mano con resorte para extensión de dedos	72
Figura 24. Sostener pelota con pulgar, 1, 2, 3,4 dedos	72
Figura 25. Agarre mano llena lápiz, movilización pulgar	

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

en diferentes direcciones	73
Figura 26. Agarre mano llena lápiz desviación radia	73
Figura 27. Mano en posición neutra y flexión de dedos	74
Figura 28. Agarre presión pelota	74

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, especialistas en la rehabilitación de mano y miembro superior, dirigen su quehacer a diferentes acciones que van desde la prevención de la enfermedad hasta la recuperación de diferentes patologías, entre las cuales se destacan traumas acumulativos que afectan de manera recurrente al individuo. Uno de los síndromes con mayor incidencia es la TDQ patología en la cual el individuo no puede desempeñar de manera funcional las actividades de la vida cotidiana. Por lo tanto es de gran importancia brindar al paciente alternativas basadas en herramientas teóricas y físicas que disminuyan la aparición de la sintomatología y que actúen como factores protectores.

“La enfermedad D'Quervain corresponde a una tenosinovitis estenosante del primer compartimiento dorsal de la muñeca el cual incluye los tendones del Abductor Pollicis Longus y del Extensor Pollicis Brevis. Estudios histológicos en pacientes con tenosinovitis estenosante confirman que se trata de un proceso que afecta a la vaina sinovial del tendón” (1)

La ocurrencia de la Tenosinovitis D'Quervain se ha incrementado en los últimos años, debido a la exposición de las articulaciones a movimientos repetitivos indiscriminadamente, como consecuencia en mayor grado a el desempeño de múltiples actividades.

De acuerdo a informes realizados por el Ministerio de la Protección Social, en el año 2007, la Tenosinovitis D'Quervain es considerada una de las 10 patologías más frecuentes, con un 4%, entre los traumas acumulativos, con mayor incidencia en mujeres que en hombres, en edades entre los 40 y 44 años en Colombia.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

“A nivel mundial, se conoce que se agrupan dentro del 80% y el 82% de todos los diagnósticos de afecciones músculo esquelético reportado en las entidades de salud pública y privada”. (1)

Por lo tanto se crea la necesidad de buscar alternativas de intervención con el objetivo de lograr una óptima recuperación del paciente, como lo es un plan casero, que apoya el tratamiento terapéutico realizado en consulta, porque es necesario tener en cuenta las dificultades de asequibilidad y accesibilidad al sistema de salud colombiano específicamente en las regiones más apartadas del territorio; Por lo anterior surge la pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad del plan casero en la rehabilitación de pacientes con Tenosinovitis D'Quervain?, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos

1. Evaluación inicial del paciente
2. Asesoría e implementación del plan casero.
3. Evaluación final.
4. Recomendaciones para su continuidad.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

MARCO REFERENCIAL

La presente investigación refiere revisiones bibliográficas relacionadas con el tema sin que se hayan encontrado evidencias científicas que identifiquen la efectividad de los planes caseros para usuarios con TDQ.

Un primer trabajo se titula “The experience of a woman working in nursing suffering from D´Quervain's” Realizado por Patricia Campos Leite; Miriam Aparecida Barbosa Merighi; Arlete Silva de la Universidad de São Paulo, Escuela de Enfermería, Catedrático en la Universidad de Guarulhos en el año 2007. El objetivo principal del estudio fue comprender lo que significa ser una mujer que trabaja en la enfermería y el sufrimiento de un trastorno osteomuscular relacionado con condiciones de trabajo.

Este tipo de estudio permite establecer los cambios que se generan en la vida de una paciente con TDQ y cómo las manifestaciones dolorosas y las limitaciones físicas alteran el desempeño laboral, en el hogar y los sentimientos que se pueden desencadenar.

El estudio permite enfatizar la importancia de facilitar mediante diferentes métodos terapéuticos la evolución del paciente y su recuperación con métodos asequibles

La Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social publicó en el año 2004 el informe de enfermedad profesional en Colombia 2001 – 2002, en el cual se define un plan de trabajo cuyo objetivo fundamental es establecer el diagnóstico y prevenir las enfermedades profesionales de mayor prevalencia en Colombia. Dicho plan de trabajo fue incluido en el Plan Nacional de Salud Ocupacional 2003 – 2007 refrendando de

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

esta manera el compromiso del Ministerio frente al tema de la prevención de las enfermedades profesionales.

El seguimiento realizado a los diagnósticos de enfermedad profesional, durante el período comprendido entre los años 2001 a 2005, permite llegar a conclusiones entre las cuales se menciona que tres diagnósticos merecen destacarse por su tendencia continua al incremento durante los años 2002 a 2004, ellos se encuentra la Tenosinovitis D'Quervain). (1)

Aunque la incidencia y la prevalencia para algunos autores no han sido aun establecidas para la enfermedad D'Quervain, algunos reportan prevalencias entre el 2,5 y el 8% en mujeres en población trabajadora. Las mujeres son más frecuentemente afectadas que los hombres (relación 8:1) y la edad de inicio está entre los 30 y 60 años. De igual manera se ha observado que muchas mujeres la padecen durante el embarazo o el período postparto. (2)

Teniendo en cuenta las anteriores investigaciones es importante conocer el término Tenosinovitis D'Quervain que se refiere a:

“La tenosinovitis D'Quervain es un trastorno que se caracteriza por dolor, sensibilidad y tumefacción de la muñeca en el lado del pulgar (en la apófisis estiloides del radio). Está asociada especialmente con movimientos laterales de la muñeca y a menudo produce deficiencia de la función del pulgar. Es causada por deterioro del deslizamiento de los tendones del músculo abductor largo del pulgar (ALP) y del extensor corto del pulgar (ECP). Estos dos tendones tienen casi la misma función: el movimiento del pulgar hacia afuera en el plano de la mano. Este deterioro del deslizamiento es probablemente causado mayormente por el engrosamiento del retináculo extensor de la muñeca (la parte engrosada de la vaina general

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

del tendón que mantiene a los tendones de los músculos extensores en su lugar.” (3).

D´Quervain, médico suizo, fue el primero en describir esta afección con un informe de cinco casos en 1895 y ocho casos adicionales en 1912. Aunque a menudo se utiliza el término tenosinovitis estenosante, la fisiopatología de la enfermedad D´Quervain no incluye la inflamación. En la revisión histopatológica las características predominantes son los cambios degenerativos (degeneración mixoide, metaplasia fibrocartilaginosa y depósito de mucopolisacáridos). Es más probable que el dolor se produzca a causa de un pinzamiento mecánico entre el tendón y su túnel fibro-óseo reducido que resulta en la estimulación de los nociceptores (3).

Existe la tendencia a incluir la TDQ en el grupo general de lesiones por esfuerzos repetidos (LER) y trastornos musculo esqueléticos relacionados con el trabajo de la extremidad superior (TMERT-ES). Varios autores han propuesto modelos en los que complejas interacciones entre factores genéticos, factores biomecánicos, las características biofísicas y el perfil psicológico de un paciente llevan a los TMERT. En una revisión bibliográfica de estudios epidemiológicos se encontraron pruebas sólidas de conexiones entre algunos factores de riesgo biomecánicos y trastornos musculo esqueléticos de la extremidad superior (Bernard 1997). Algunos han cuestionado que el trabajo sea causante de la TDQ (4)

Entre los síntomas encontramos dolor, sensibilidad y/o edema sobre la estiloides radial en el área de la tabaquera anatómica y exacerbado con abducción y extensión del pulgar. Los hallazgos físicos incluyen hipersensibilidad a la palpación de la estiloides radial y maniobra de Finkelstein positiva, la cual se describe como una prueba clínica patognomónica para esta

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

patología. Consiste en que el paciente envuelve o rodea su pulgar en la palma de la mano, cierra los dedos sobre él y el examinador realiza una desviación ulnar de la muñeca. El test evoca un dolor característico localizado sobre el primer compartimiento del retináculo extensor.

Los hallazgos adicionales al examen físico incluyen edema o engrosamiento del primer compartimiento extensor, o eritema y crepitación, el cual puede ser palpado a lo largo del borde radial del antebrazo, si un fluido significativo está presente en la vaina tendinosa. (5)

Una vez descrita la patología conocida como Tenosinovitis D'Quervain y la prueba para evaluarla es importante dentro de la investigación determinar la importancia del plan casero dentro de la recuperación funcional de la persona con esta patología.

Plan casero

Definición operacional según la cual es un medio educativo diseñado por el profesional de la rehabilitación terapéutica que apoya y complementa el proceso de rehabilitación, mediante el cual se instruye al paciente en una serie de pautas establecidas como: recomendaciones, actividades, ejercicios, entre otras, para que sea implementado y ejecutado con regularidad por el paciente en el hogar. Estas deben ser claras y asequibles para que el usuario las realice sin dificultad.

Para iniciar este proceso, lo primero que se hace es la valoración, por medio de la escala del dolor y funcionalidad de patrones integrales de movimiento,

Escala análoga del dolor

Escala visual análoga (EVA): consiste en una línea recta, habitualmente de

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

10 cm. de longitud, con las leyendas "SIN DOLOR" y "DOLOR MAXIMO" en cada extremo (Figura 1). El paciente anota en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo con su percepción individual, señalando desde el punto cero (SIN DOLOR), hasta el punto 10 (MAXIMO DOLOR). También pueden confrontarse con escalas semejantes que en un extremo tengan "SIN ABOLICION DEL DOLOR" y en el otro "AUSENCIA DE DOLOR" o "MAXIMA ABOLICION".

La EVA es hoy de uso universal. Es un método relativamente simple, que ocupa poco tiempo, aun cuando requiere de un cierto grado de comprensión y de colaboración por parte del paciente. Tiene buena correlación con las escalas descriptivas, buena sensibilidad y confiabilidad, es decir, es fácilmente reproducible.

El tratamiento de la TDQ implica la utilización de diferentes medios terapéuticos entre los cuales se encuentran:

Medios físicos

Es importante resaltar la utilización de los medios físicos, ya que estos ayudan al proceso de rehabilitación y permiten tener mejores resultados. Estos son variados y dependiendo del tipo presentan unas características, por lo tanto, se debe tener en cuenta la utilización de los mismos con las indicaciones necesarias para evitar incidentes o accidentes; la crioterapia es un medio físico definido como el conjunto de procedimientos que utiliza el frío en la terapéutica, para el manejo de dolor, de tono muscular, de traumatismos e inflamación. Se puede aplicar por medio de masajes con cubos de hielo, fomentos o compresas frías. (6)

Otro recurso terapéutico a tener en cuenta es la termoterapia que consiste en

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

la aplicación de calor como agente terapéutico natural y cuya utilización se remonta a los tiempos más primitivos. Griegos, Romanos, Egipcios y otros pueblos de la antigüedad lo utilizaban con eficacia en el tratamiento de múltiples afecciones, debido a que el ser humano es un animal homotermo, es decir, para su normal desarrollo debe mantener constante la temperatura dentro de unos estrechos márgenes (35-36 °C), y este dispone de unos mecanismos de termorregulación encargados de disipar calor cuando se producen aumentos de temperatura o de generar calor cuando la temperatura corporal desciende por debajo de los márgenes establecidos, por lo tanto cuando la aplicación de calor se realiza de forma localizada sobre una zona o región anatómica se producen una serie de efectos locales de interés terapéutico, como el sedante, el analgésico y de relajación muscular, todos pertinentes para la presente investigación. Se puede aplicar por medio de compresas húmedas calientes, parafina, luz infrarroja. (6).

Otro recurso terapéutico es la electroterapia basada en la aplicación de un agente físico para manejo de dolor, traumatismo e inflamación. Existen diversas modalidades en esta modalidad, como el ultrasonido terapéutico. Este medio terapéutico utiliza la vibración acústica (del mismo tipo que las del sonido) pero en frecuencias muy altas, que de acuerdo con el modo de aplicación, intermitente o continuo puede generar modificaciones en la temperatura de los tejidos donde se aplica, lo cual es de utilidad para el manejo del dolor, los espasmos musculares y los puntos del dolor localizados.

Otro método importante y eficaz es la hidroterapia o el empleo del agua con fines terapéuticos. Puede ser fría o caliente según el objetivo terapéutico buscado. Esta se puede aplicar en base de baños, tinas de remolino (semejantes a las de hidromasaje), jacuzzi, o en un tanque terapéutico (piscina terapéutica) (6).

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Por otra parte la quinesioterapia o método que utiliza el movimiento con finalidad terapéutica, constituye la aplicación de ejercicio terapéutico para manejo de dolor, tono muscular, traumatismos e inflamación. Este ejercicio terapéutico puede ir desde estiramientos pasivos o activos, ejercicios de fortalecimiento, hasta la reeducación de la actividad muscular normal según la patología de fondo. Se utiliza para su aplicación polainas, mancuernas, ligas, colchones, pelotas, bicicletas, caminadoras, etc. (7).

Finalmente se encuentra el método terapéutico manual denominado masoterapia el cual mediante mecanismos directos o reflejos, modifica el estado de los tejidos del área tratada, además de producir una beneficiosa repercusión sobre el estado general del paciente (7).

Dentro del tratamiento del la TDQ, el dolor representa un síntoma claro y de difícil manejo definido éste como: una experiencia sensorial y emocional displacentera que puede estar relacionada con el daño real o potencial de tejidos. "El dolor es la conciencia de la existencia de una falencia del cuerpo, y que puede ser agudo con un inicio no mayor de tres semanas, desde el primer día a tres semanas, o crónico cuya duración es mayor de tres semanas hasta seis semanas o meses. (8)

Antiguamente se creía que era necesario tolerar el dolor severo. Por fortuna, eso ya no es cierto y hoy día, gracias a las opciones de tratamiento, los profesionales de la salud entre ellos los terapeutas pueden trabajar a los pacientes para evitar o aliviar el dolor. Cuando se controla el dolor, el paciente mejora, recobra el vigor y se siente mejor con más rapidez y los tratamientos con o sin medicinas pueden ayudar a prevenir y controlar el dolor, la meta es que su nivel de dolor no pase de 4 en una escala análoga de dolor, categorizada de 0 a10 (8).

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Es relevante para esta investigación establecer la importancia de la mano como herramienta fundamental para el desempeño de todas las actividades, como bien dice Kapandji, “La mano del hombre es un instrumento maravilloso capaz de ejecutar acciones innumerables, gracias a su función esencial, la prensión” (9).

La mano es un órgano indispensable para la independencia de una persona, por eso hay que prestarle especial atención. Cuando se ve afectado por una lesión, conlleva a una falta de movilidad y funcionalidad, por lo cual hay que asegurarse de que se le brinde todos los cuidados e intervenciones necesarias, tanto para disminuir la sintomatología, como para ofrecerle la máxima funcionalidad posible a pesar de la lesión. Por ello es importante tener en cuenta los tipos de prensión que realiza la mano y en la patología que aquí se trata, los que involucran los dedos pulgar e índice.

Toda la compleja organización anatómica y funcional de la mano concurre en la prensión, por lo cual, para este trabajo es importante tener en cuenta las siguientes presas digitales:

- La presa por oposición terminal o término pulpejo que es la más fina y la más precisa. Permite asir un objeto de pequeño calibre o muy fino. El pulgar y el índice (o el medio) se oponen por la extremidad del pulpejo, e incluso para algunos objetos muy finos (coger un cabello) por el canto de la uña. Es el modo de prensión que más fácilmente se compromete por la menor afección de la mano; en efecto se requiere un juego articular total (la flexión se lleva al máximo) y sobre todo la integridad de los grupos musculares y tendones
- La prensión por oposición subterminal o del pulpejo permite asir objetos relativamente poco gruesos: un lápiz o una hoja de papel. En este

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

modo de prensión, pulgar e índice (u otro dedo) se oponen por la cara palmar del pulpejo.

- La presión por oposición subterminolateral o pulpejo-lateral, como en el caso de sostener una moneda

1. Las presas pluridigitales: hacen intervenir, además del pulgar, los otros dos, tres o cuatro dedos. Permiten una prensión mucho más firme que la bicipital que persiste como una presa de precisión.

2. Las presas tridigitales: interesan al pulgar, índice y medio y son las que se utilizan con mayor frecuencia. Una parte importante, por no decir preponderante, de la humanidad que no conoce el uso del tenedor. Se asemeja entonces a la presa tridigital del pulpejo, como la que se emplea para sostener una pequeña bola, escribir con un lápiz, por ejemplo, necesita una presa tridigital, del pulpejo para el índice y el pulgar, y lateral para la tercera falange del medio que sirve de soporte de la misma forma que el fondo de la comisura.

3. Las presas tetradigitales: se utilizan cuando el objeto es más grueso y debe cogerse con mayor firmeza. La presa puede ser entonces Tetradigital por los pulpejos cuando coge un objeto esférico como una pelota de ping-pong. Se observa entonces que el contacto es por el pulpejo para el pulgar, índice y medio, mientras que es lateral para la tercera falange del anular, cuya función tetradigital pulpejo-lateral en el curso del desenroscado de una tapa.

4. Las presas pentadigitales emplean todos los dedos", con el pulgar oponiéndose de forma variada a los otros." Se utilizan," en general, para coger grandes objetos.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Para la evaluación de las presas se realizó una calificación de acuerdo con el nivel de funcionalidad que se califican de la siguiente manera:

F = funcional: Ejecuta la presa cumpliendo con el objetivo.

SF = Semifuncional: Ejecuta la presa con dificultad de tal forma que no se cumple el objetivo / Realiza el patrón con aditamento realiza el Patrón con ayuda de una persona

NF = No funcional: No ejecuta la presa.

La realización de los movimientos de la mano implica cuantificar la amplitud articular para determinar las limitaciones que se han generado a partir de un estado patológico, en este caso para llevar a cabo la medición se ha traído a referencia el goniómetro como instrumento de medición más utilizado y reconocido a nivel internacional.

Para la evaluación se tuvieron en cuenta los parámetros normales registrados en el test de movilidad articular de J. Daza Lesmes. (10)

Así mismo se hace mención de los movimientos articulares que se comprometen en la TDQ como lo son los movimientos articulares de la muñeca y el pulgar los cuales se describen de la siguiente manera.

MOVILIDAD ARTICULAR		
MUÑECA	DESVIACION RADIAL	0 a 20-25
	DESVIACION CUBITAL	0 a 35-45
	FLEXION	0 a 80-90
	EXTENSION	0 a 70-80
PULGAR	FLEXION MCF	0 a 70
	EXTENSION MCF	70 a 0
	FLEXION IF	0 a 90
	EXTENSION IF	90 a 0
	ABDUCCION LATERAL	0 a 70
	ADUCCION	70 a 0

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Por otra parte el examen muscular es una evaluación clínica valiosa para medir la fuerza de los músculos responsables de cada movimiento. En el caso de la TDQ los músculos afectados corresponden al abductor pollicis longus y el extensor pollicis brevis, los cuales se evalúan teniendo en cuenta el sistema de calificación y registro que se plantea en el test de movilidad articular y examen muscular de las extremidades por J. Daza Lesmes. (10)

En el texto del autor mencionado, se califica la fuerza muscular de 1 a 5, sistema que desde 1965 ha sido utilizado por la Fundación Nacional para la parálisis Infantil de los Estados Unidos de América con la escala de 1 a 5.

A continuación se presenta la escala de calificación muscular a utilizar.

	5/5	N (Normal)	100 %	=	Arco de movimiento normal en contra de la acción de la gravedad y máxima resistencia.
	4/5	B (Bueno)	75%	=	Arco de movimiento normal en contra de la acción de la gravedad y mediana resistencia.
	3/5	R (Regular)	50%	=	Arco de movimiento normal en contra de la acción de la gravedad sin resistencia.
	2/5	M (Malo)	25%	=	Arco de movimiento normal cuando se elimina la acción de la gravedad.
	1/5	V (Vestigios)	10%	=	Presencia de contracción sin movimiento
	0/5	Cero	0%	=	No existe evidencia de contracción

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

METODO

Estudio cuasi-experimental con la participación de una muestra de 20 pacientes adultos en edades entre 18 a 72 años de las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud Rehabilitamos y Fisiosalud de la ciudad de Túquerres Nariño.

Se excluyeron los pacientes con trauma agudo, neoplasias, enfermedades inflamatorias, neurológicas y pacientes mayores de 72 años. Se incluyeron pacientes remitidos a terapia por especialistas del área, con diagnóstico de TDQ

Dentro de las variables se encuentran:

1. DOLOR

Intensidad

2. FUNCIONALIDAD

Funcionalidad para la prensión

3. PLAN CASERO

Numero de sesiones

Frecuencia.

En la presente investigación se empleo la Técnica de la Observación que se fundamenta mediante el proceso de evaluación respectivo, de acuerdo con las áreas pertinentes a valorar como son el dolor, la funcionalidad para la ejecución de las presas, la evaluación muscular del abductor pollicis longus y extensor pollicis brevis y la movilidad articular de la muñeca y el pulgar.

Con base en lo mencionado anteriormente, para lograr la recolección de la Información se emplearon los instrumentos:

Escala Análoga Visual (EAV) para evaluación del dolor, evaluación funcional de presas, evaluación muscular y movilidad articular. (Ver anexo A)

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Plan casero previamente validado en el trabajo realizado por la Terapeuta Ocupacional Sandra Milena Arroyo Riascos y la Fisioterapeuta Ania Magdalena Rodríguez en el año 2009. (Ver anexo B) (11)

Luego de la autorización de las instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Túquerres, se reunió a los pacientes que ingresaron a las IPS para terapia y que presentaron TDQ para brindarles la información oportuna a la investigación y su participación en ésta, posteriormente se realizó la solicitud de la firma del consentimiento informado, el cual fue elaborado de acuerdo con la Resolución No 08430 de 1993 del Ministerio de Salud (Ver anexo E)

Una de las investigadoras realizó la evaluación de cada paciente con el fin de minimizar los sesgos en la investigación. Durante la evaluación se registraron los datos de cada paciente aplicando las siguientes pruebas; escala análoga del dolor, evaluación funcional para la prensión, evaluación muscular y movilidad articular.

Posteriormente se dio la información del plan casero con las indicaciones necesarias para su ejecución de forma verbal, demostrativa y en medio físico.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

RESULTADOS

Con base en los objetivos planteados en la investigación se hace la presentación de los resultados en el siguiente orden:

- Análisis cuantitativo y cualitativo de las variables generales de la muestra en cuanto a edad, ocupación y género.
- Análisis cualitativo de los grados de funcionalidad para la ejecución de las presas de la mano
- Análisis cuantitativo de los grados de movilidad articular de la muñeca y el pulgar
- Análisis sobre la efectividad del plan casero en la evolución de los pacientes con TDQ.

Tabla1. Evaluación inicial grupo 1. Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación. Dolor y evaluación muscular.

PACIENTES	Edad	Dominancia	Ocupación	Genero	DOLOR	EVALUACIÓN MUSCULAR	
					Dolor	Extensor Pollicis Brevis	Abductor Pollicis Longus
1	72	Derecha	Ama de casa	Femenino	4	4	5
2	34	Derecha	Enfermera	Femenino	4	4	4
3	40	Derecha	Tejedora	Femenino	5	4	4
4	35	Derecha	Servicios generales	Masculino	3	4	3
5	32	Derecha	Servicios generales	Femenino	5	3	4
6	43	Derecha	Costurera	Femenino	7	4	3
7	35	Derecha	Secretaria	Femenino	2	4	4
8	27	Derecha	Administradora	Femenino	3	4	4
9	50	Izquierda	Servicios generales	Femenino	6	3	3
10	39	Derecha	Ama de casa	Femenino	5	4	4

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Tabla 3 Evaluación inicial grupo 1 (Pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Evaluación articular.

EVALUACIÓN ARTICULAR										
Pacientes	Desviación Radial	Desviación Cubital	Flexión	Extensión	Flexión MCF	Extensión MCF	Flexión IF	Extensión IF	Abducción	Adduccion
1	15	34	81	69	69	69	89	89	65	69
2	14	38	80	68	68	68	87	87	64	67
3	16	37	81	70	68	68	86	86	63	66
4	13	40	84	72	67	67	82	82	64	65
5	22	35	85	78	70	70	88	88	64	63
6	23	37	82	75	65	65	25	25	67	69
7	24	43	83	77	66	66	87	87	68	68
8	25	42	87	79	70	70	90	90	68	67
9	16	32	90	66	67	67	86	86	64	65
10	14	38	89	67	70	70	90	90	65	64

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 4 Evaluación inicial grupo 2 (pacientes a los que no se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular.

PACIENTES	Edad	Dominancia	Ocupación	Genero	DOLOR	EVALUACIÓN MUSCULAR	
					Dolor	Extensor Pollicis Brevis	Abductor Pollicis Longus
1	55	Derecha	Servicios generales	Femenino	5	4	4
2	34	Derecha	Secretaria	Femenino	6	3	3
3	38	Derecha	Profesora	Femenino	3	4	4
4	42	Derecha	Conductor	Masculino	2	4	4
5	47	Izquierda	Servicios generales	Femenino	7	3	3
6	33	Derecha	Costurera	Femenino	5	3	4
7	49	Derecha	Secretaria	Masculino	3	4	4
8	37	Derecha	Secretaria	Femenino	5	4	4
9	50	Derecha	Ama de casa	Femenino	4	4	4
10	39	Izquierda	Ama de casa	Femenino	4	4	4

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 6. Evaluación inicial grupo 2 (pacientes a los que no se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Evaluación articular.

PACIENTES	EVALUACIÓN ARTICULAR									
	Desviación Radial	Desviación Cubital	Flexión	Extensión	Flexión MCF	Extensión MCF	Flexión IF	Extensión IF	Abducción	Adduccion
1	14	38	89	67	70	70	90	90	65	64
2	16	32	90	66	67	67	86	86	64	65
3	25	42	87	79	66	70	90	90	68	67
4	24	43	83	77	65	66	87	87	68	68
5	23	37	82	75	70	65	25	25	67	69
6	22	35	85	78	56	70	88	88	64	63
7	15	41	82	70	65	65	80	79	61	62
8	17	38	79	75	70	69	85	85	65	64
9	15	38	81	67	67	67	86	86	67	67
10	13	38	81	70	70	70	89	89	64	63

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 7. Evaluación final grupo 1 (pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación muscular.

Paciente	DOLOR	EVALUACIÓN MUSCULAR	
	Dolor	Extensor Pollicis Brevis	Abductor Pollicis Longus
1	2	5	5
2	2	5	5
3	2	5	4
4	0	5	4
5	3	4	5
6	2	4	4
7	0	5	5
8	0	5	5
9	2	4	4
10	1	5	5

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 8. Evaluación final grupo 1 (pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas

Paciente	Dolor	Presa por oposición Terminal	Presa por oposición subterminal	Presa por oposición subterminolateral	Presa tridigital	Presa tridigital del pulpejo	Presa tridigital pulpejo lateral	Del pulpejo pulgartridigital	Presa pentadigitales
1	2	F	F	F	SF	SF	SF	SF	SF
2	2	F	F	F	F	SF	F	SF	SF
3	2	SF	SF	F	SF	SF	F	F	F
4	0	F	F	F	F	F	F	F	F
5	3	SF	F	F	F	SF	F	F	F
6	2	SF	F	SF	F	SF	SF	F	F
7	0	F	F	F	F	F	F	F	F
8	0	F	F	F	F	F	F	F	F
9	2	SF	SF	F	SF	SF	F	F	F
10	1	F	F	F	SF	SF	SF	SF	F

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 9. Evaluación final grupo 1 (pacientes a los que se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Dolor y evaluación articular

Paciente	DOLOR	EVALUACIÓN ARTICULAR									
	Dolor	Desviación Radial Muñeca	Desviación Cubital muñeca	Flexión Muñeca	Extensión muñeca	Flexión MCF Pulgar	Extensión MCF	Flexión IF pulgar	Extensión IF Pulgar	Abducción pulgar	Adducción pulgar
1	2	18	40	82	71	70	79	90	90	66	69
2	2	16	39	80	68	69	69	88	88	67	67
3	2	18	37	84	70	68	68	87	87	64	66
4	0	16	42	85	74	68	67	84	83	65	65
5	3	23	38	88	79	70	70	90	90	65	63
6	2	24	47	82	75	66	66	27	28	69	69
7	0	24	45	84	77	66	66	87	88	68	68
8	0	25	43	90	80	70	70	90	90	68	67
9	2	19	36	90	66	67	67	86	86	64	65
10	1	16	40	89	67	70	70	90	90	65	64

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 10. Evaluación final grupo 2 (pacientes a los que no se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación).Dolor y evaluación muscular.

<i>Paciente</i>	DOLOR	EVALUACIÓN MUSCULAR	
	<i>Dolor</i>	<i>Extensor Pollicis Brevis</i>	<i>Abductor Pollicis Longus</i>
1	3	5	5
2	3	4	4
3	1	4	5
4	1	5	5
5	4	4	4
6	3	4	5
7	2	5	4
8	3	4	4
9	2	4	5
10	2	5	5

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Tabla 11. Evaluación final grupo 2 (pacientes a los que no se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Funcionalidad para la ejecución de las presas

Nombre	Dolor	Presa por oposición Terminal	Presa por oposición subterminal	Presa por oposición subterminolateral	Presa tridigital	Presa tridigital del pulpejo	Presa tridigital pulpejo lateral	Del pulpejo pulgartridigital	Presa pentadigitales
1	3	F	SF	SF	SF	SF	SF	SF	F
2	3	F	SF	F	SF	F	F	SF	SF
3	1	F	F	F	SF	SF	F	F	F
4	1	F	F	F	F	SF	F	F	F
5	4	SF	SF	SF	F	F	SF	SF	F
6	3	F	SF	F	F	SF	F	F	F
7	2	F	F	F	F	F	F	F	F
8	3	SF	SF	F	SF	F	F	SF	SF
9	2	SF	SF	F	F	F	F	SF	SF
10	2	SF	SF	F	SF	F	SF	F	F

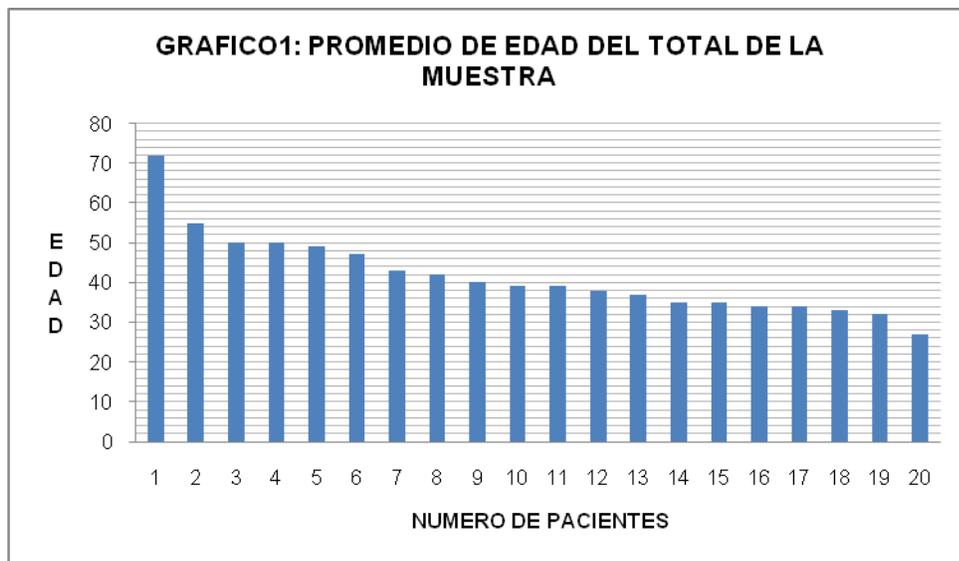
Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Tabla 12. Evaluación final grupo 2 (pacientes a los que no se les aplicó el plan casero como complemento para su rehabilitación). Evaluación articular

Nombre	Dolor	EVALUACIÓN ARTICULAR									
		Desviación Radial Muñeca	Desviación Cubital muñeca	Flexión Muñeca	Extensión muñeca	Flexión MCF Pulgar	Extensión MCF	Flexión IF pulgar	Extensión IF Pulgar	Abducción pulgar	Adduccion pulgar
1	3	16	39	90	70	70	70	90	90	67	66
2	3	18	33	90	68	68	68	87	86	64	65
3	1	26	43	88	80	67	67	90	90	70	70
4	1	27	43	85	82	66	66	88	88	69	70
5	4	25	39	83	78	70	70	82	82	68	68
6	3	24	36	87	79	56	56	88	88	65	65
7	2	17	43	84	72	67	67	80	80	62	62
8	3	22	40	82	76	70	70	85	85	67	67
9	2	17	38	84	69	67	67	86	86	67	67
10	2	14	42	86	73	70	70	89	89	65	65

Análisis cuantitativo de variables generales de la muestra en cuanto a edad, ocupación y género.

Análisis de promedios edad del total de la muestra.

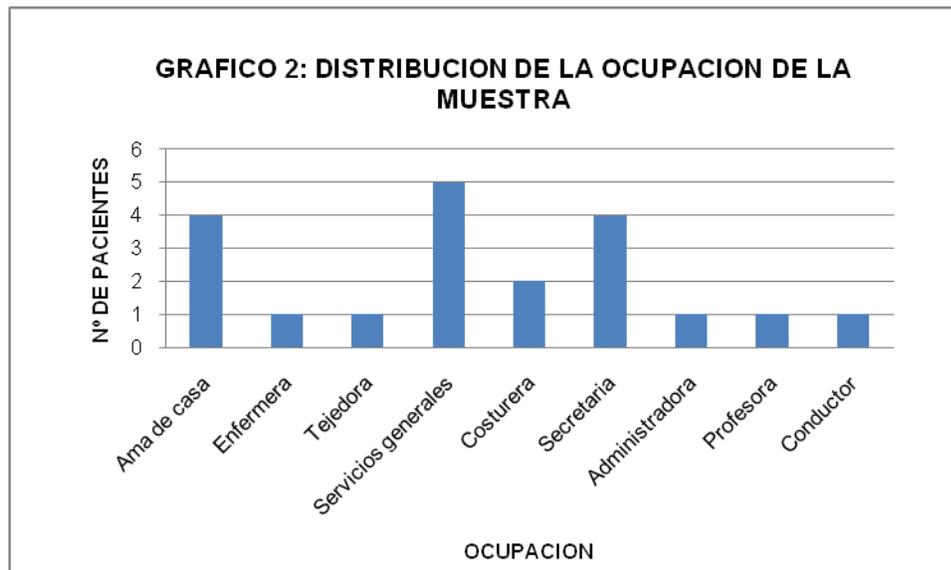


A partir de la gráfica se puede determinar que el promedio de edad de la muestra es de 41.5 años. Así como también que la mayoría de pacientes (9) representado por el 45 % de los datos tiene edades entre 34 y 44 años.

De acuerdo con lo anterior se puede establecer que la edad promedio de los pacientes que presentan tendinitis de D'Quervain está entre los 34 y 44 años.

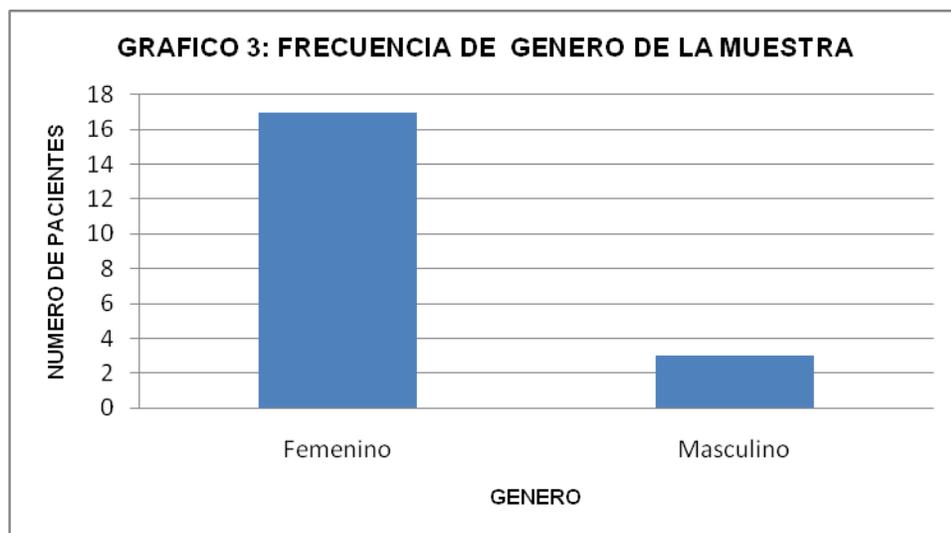
Análisis de distribución de ocupaciones que registran los pacientes del total de la muestra.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain



A partir de la gráfica se puede determinar que la ocupación que más prevalece en la muestra es la relacionada con servicios generales correspondiente al 25%, en segundo lugar encontramos ama de casa con un 20% y por ultimo secretaria con 20%

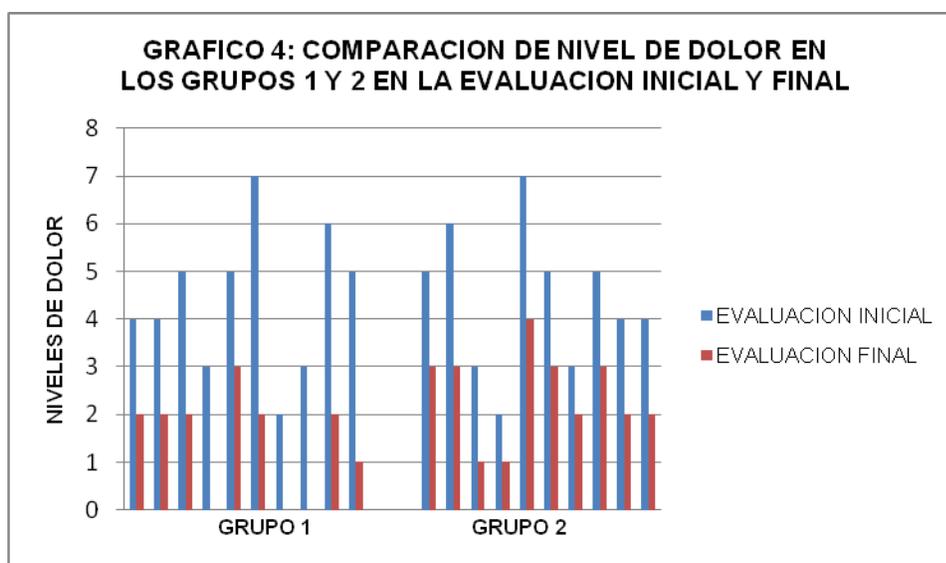
Análisis de frecuencia de género en la muestra.



Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

A partir de la gráfica se puede establecer que hay una incidencia de un 85% del género femenino sobre un 15 % en el género masculino, lo que concluye que de acuerdo con la muestra la TDQ la padecen más mujeres que hombres.

Análisis cuantitativo de los niveles de dolor según escala análoga para comparar la evolución de los grupos 1 y 2

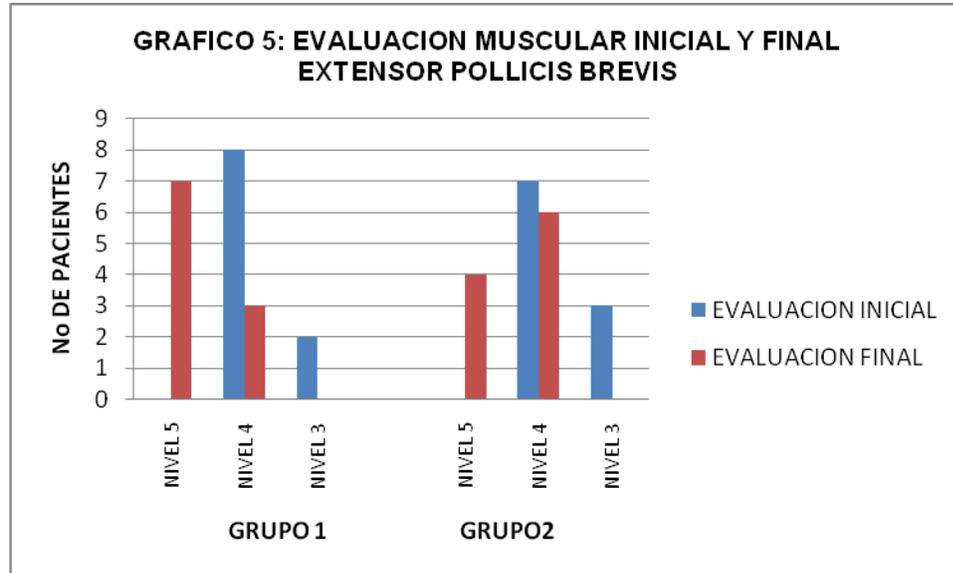


Se encontró que el promedio en relación con la variable DOLOR tiene un valor de 4,4 en la evaluación inicial según escala análoga, el cual se reduce a un promedio de 1.4 en el grupo 1 en el cual se aplicó el plan casero.

Con relación al grupo 2 al cual no se le aplicó el plan casero teniendo un valor inicial igual al grupo 1, solo se obtuvo una reducción correspondiente al 2.4. Con lo anterior se puede establecer la efectividad del plan casero en relación con la disminución del dolor.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Análisis comparativo de la evaluación muscular de extensor pollicis brevis en los grupos 1 y 2 con la evaluación inicial y final.

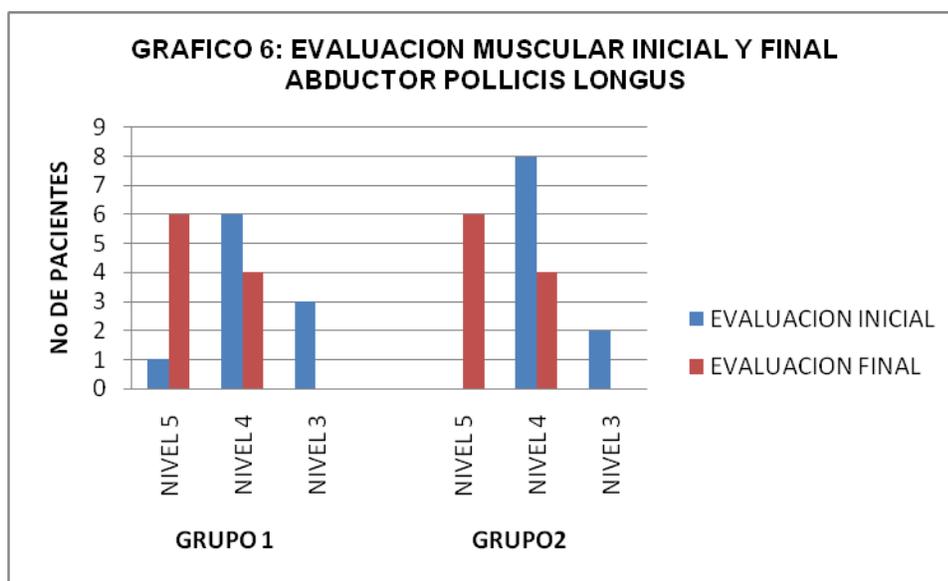


Se encontró que a la evaluación muscular del extensor pollicis brevis en el grupo 1, un 80% de pacientes presenta un nivel de potencia de 4 a la evaluación inicial, que posterior a la aplicación del plan casero se incrementó en 5 en el 80% de la muestra.

Por otra parte en el segundo grupo se observa que del 60 % que registraron una potencia de 4 a la evaluación inicial, logrando un incremento en la potencia correspondiente a 5 en el 40% de los pacientes. En conclusión se evidencia que la variación en la potencia muscular no presenta cambios significativos entre los grupos.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Análisis comparativo de la evaluación muscular de abductor pollicis longus en los grupos 1 y 2 a la evaluación inicial y final.

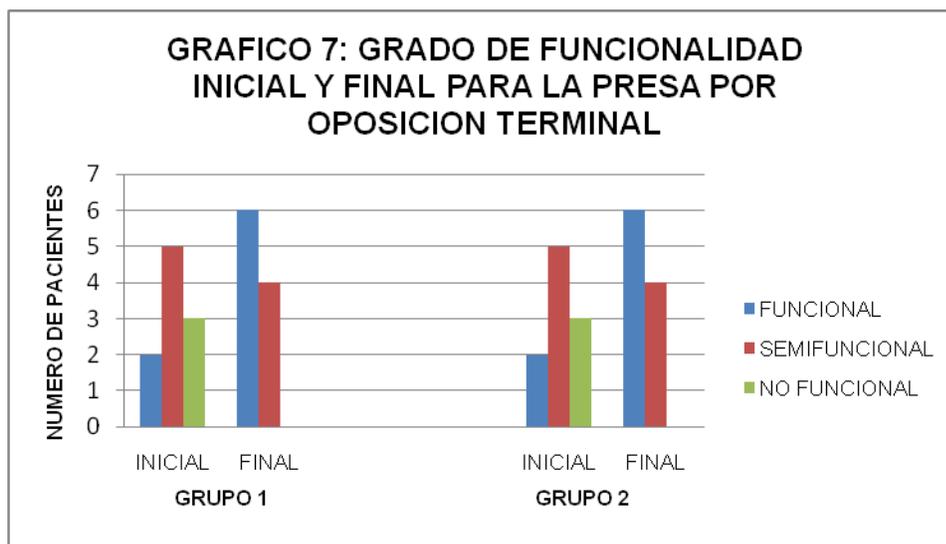


Se encuentra que a la evaluación muscular del abductor pollicis longus en el grupo 1, un 30% de pacientes presenta una potencia de 3 ante evaluación inicial, la cual alcanza una potencia de 5 después de la aplicación del plan casero. Por otra parte en el segundo grupo se observa que del 80% de los pacientes que registraron una calificación de 4 a la evaluación inicial, el incremento en potencia para el 60% incrementó su potencia a 5.

Comparando la evolución de la potencia del músculo en mención para el grupo 1 y 2, se puede decir que presentaron un incremento en su potencia sin evidencia significativa para algunos de los grupos.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Análisis cuantitativo de los grados de Funcionalidad para la ejecución de las prensas de la mano



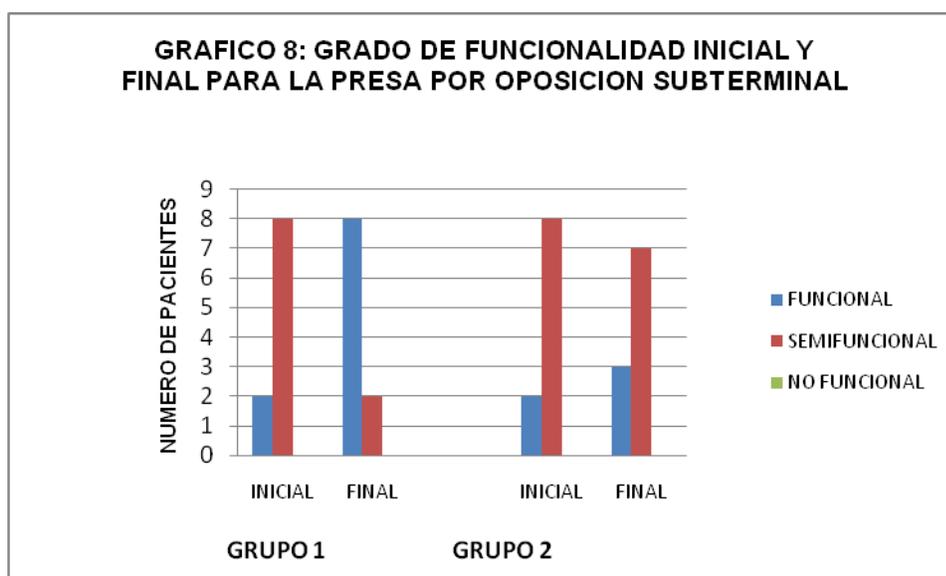
La gráfica muestra que a la valoración inicial del grupo 1, el 20% correspondiente a dos pacientes ejecutaron la presa con una calificación de Funcional, mientras que el 50% es decir cinco pacientes ejecutaron la presa con una calificación de semifuncional y el 30% correspondiente a tres pacientes la realizaron con una calificación de no funcional. Posterior a la aplicación del plan casero ante la evaluación final se observa que el 60% del total de la muestra alcanzó una calificación de funcional para la ejecución de la presa y el 40% alcanzó una calificación de semifuncionalidad para la realización de la presa por oposición terminal.

En relación con el grupo 2 se observa que en la evaluación inicial, el 20% de la muestra realiza la presa con calificación funcional, el 50% de los pacientes ejecutan la presa con una calificación de semifuncional y un último 30% es no funcional, a la evaluación final sin la aplicación del plan casero se evidenció que el 60% de los pacientes pasaron a ejecutar la presa con calificación

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

funcional respecto al 40% que calificaron la ejecución de la presa como semifuncional.

En comparación tanto el grupo 1 como el 2 mostró incremento en los niveles de funcionalidad y semifuncionalidad y, se puede decir que el grupo 1 al que se le aplicó el plan casero no mostró diferencia para esta variable.

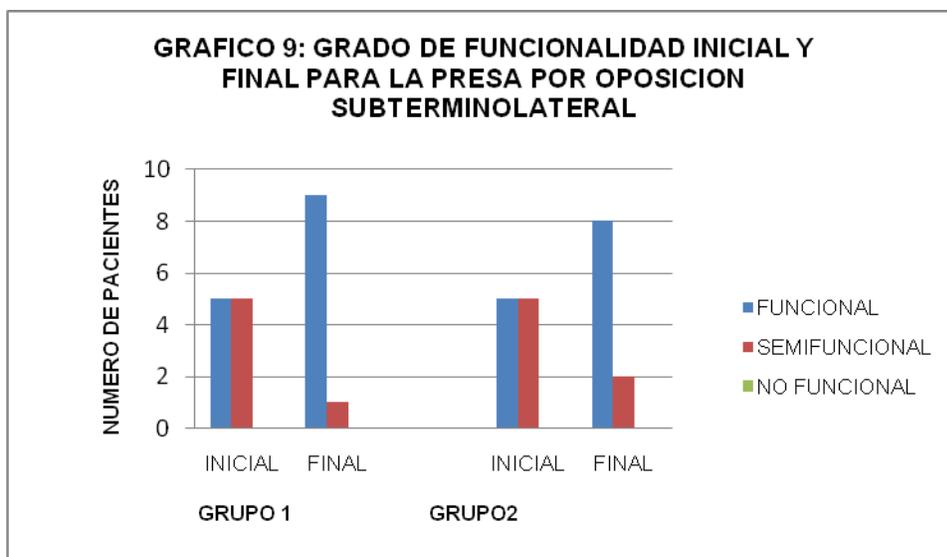


La gráfica muestra que a la valoración inicial del grupo 1, el 20% de la muestra realizó la presa con calificación funcional, el 80% la ejecutó con calificación semifuncional. Posterior a la aplicación del plan casero ante evaluación final se evidenció que un 80% alcanzó una calificación de funcionalidad y un 20% continuó calificando como semifuncional para la ejecución de la presa subterminal.

Para el grupo 2 se observa que un 80% de la muestra ejecutó la presa con una calificación de semifuncionalidad, y un 20% de funcionalidad, posterior a la ejecución del proceso terapéutico se observa una evolución correspondiente a 70% de funcionalidad y un 30% de semifuncionalidad para la ejecución de la presa por oposición subterminal.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Con base en los resultados se puede concluir que el grupo 1 en comparación con el 2 logró incrementar los niveles de funcionalidad para la ejecución de la presa subterminal, por lo tanto el plan casero influyó positivamente en la evolución de los pacientes.

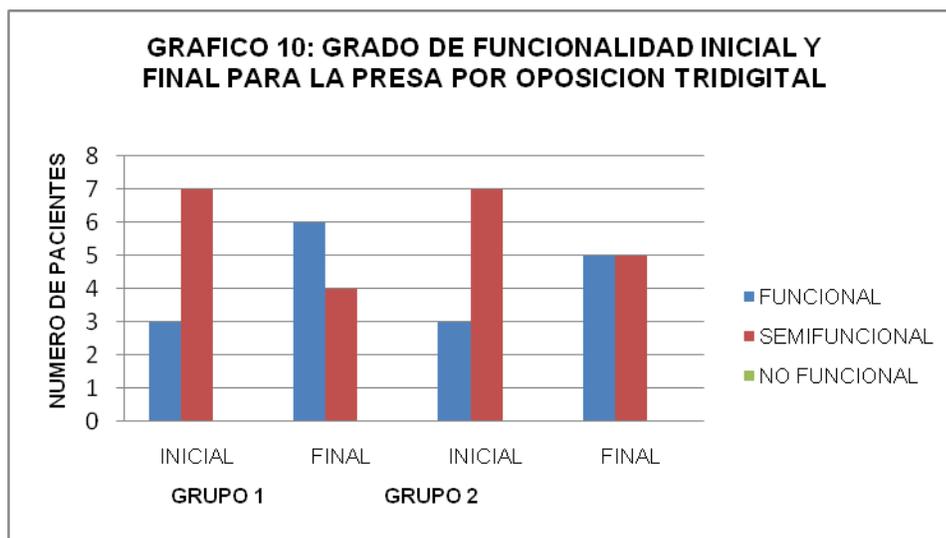


La gráfica muestra que a la valoración inicial tanto el grupo 1 como el 2 presentan un 50% de los pacientes ejecutaron la presa con calificación funcional, y un 50% de los pacientes la ejecutaron con calificación de semifuncional, posterior a la aplicación del plan casero, a la evaluación final el grupo 1 presentó que un 90% de los ejecutaron la presa con calificación funcional, mientras que un 10% no tuvieron variación en la funcionalidad y continúan siendo semifuncionales en la realización de la presa, mientras tanto en el grupo 2 se reporta que un 80% de los pacientes calificaron con funcionalidad y un 20% continúan calificando con semifuncionalidad para la ejecución de la presa.

Al realizar la comparación se clarifica que tanto el grupo 1 como el 2 lograron incrementar los niveles de funcionalidad y un porcentaje eleva el

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

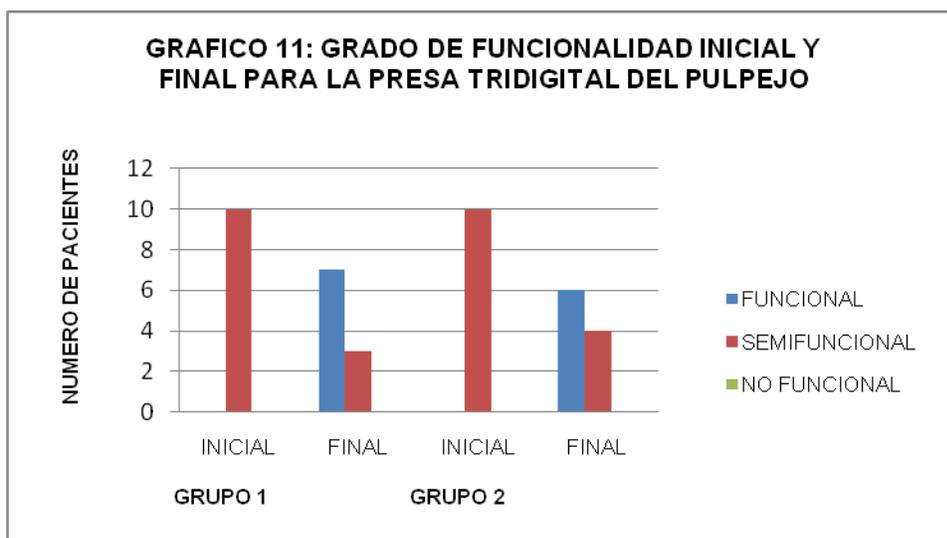
grado a semifuncionalidad, aunque es necesario clarificar que en el grupo 1 se logró una mejor evolución hacia la semifuncionalidad.



Como se puede observar a la valoración inicial tanto el grupo 1 como el 2 presentan que un 30% de la muestra calificaron como funcional para la ejecución de la presa por oposición y 70% correspondiente a siete pacientes calificaron como semifuncional para la ejecución de la misma. A la evaluación final el grupo 1 presentó un incremento del 60% de los pacientes que calificaron como funcionales para la realización de la presa mientras que el 40% de la muestra continúan calificando con semifuncionalidad, por otra parte el grupo 2 reporta un 50% del total de la muestra con calificación funcional y un 50% continúan siendo semifuncionales para la realización de la presa.

En conclusión el grupo 1 después de la aplicación del plan casero logró incrementar los niveles de funcionalidad para la ejecución de la presa por oposición tridigital.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

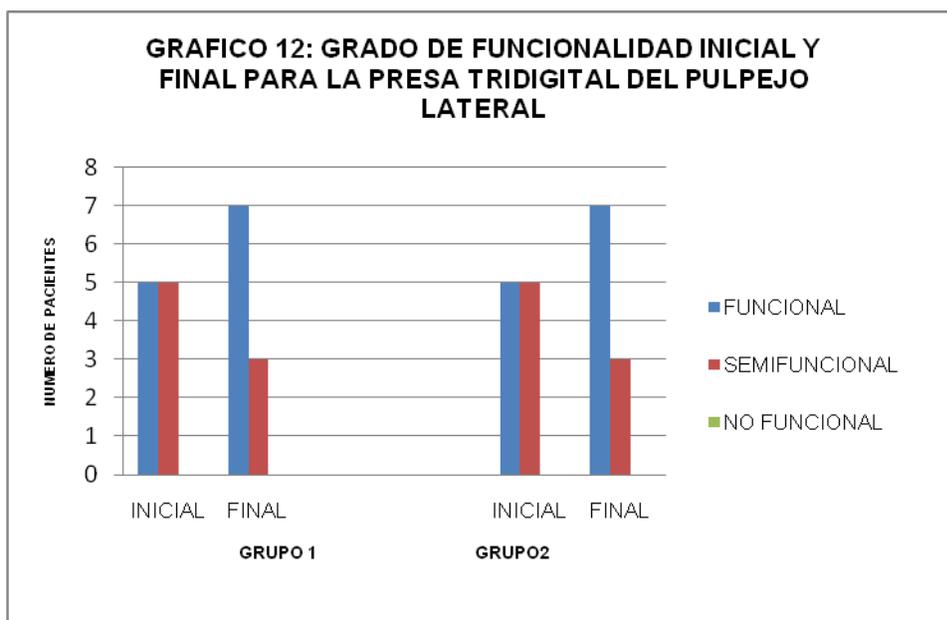


En la gráfica se observa que a la valoración inicial el 100% de los pacientes tanto del grupo 1 como del 2 presentaron una calificación semifuncional para la ejecución de la presa.

A la valoración final en el grupo 1 se logró una evolución hacia el 70 % de funcionalidad y el 30 % de semifuncionalidad, mientras que el grupo 2 obtuvo una evolución del 60% que calificó con funcionalidad y el 40 % se mantuvo semifuncional en la realización de la presa tridigital del pulpejo.

Gracias a lo anterior se puede determinar que el grupo 1 en comparación con el 2 logró incrementar la calificación funcional para la ejecución de la presa. Por lo tanto el plan casero influyó positivamente en la evolución de los pacientes.

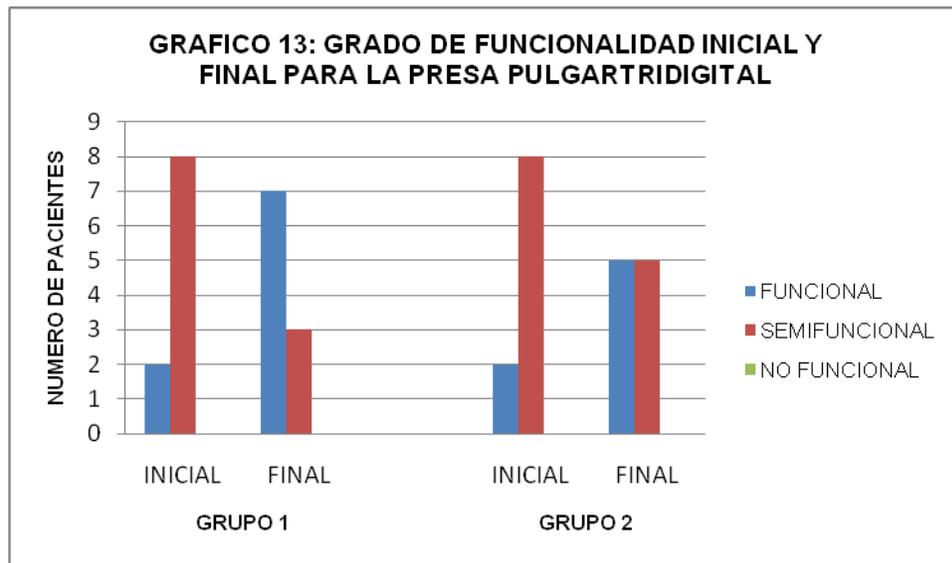
Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain



Se puede observar en la gráfica que en la valoración inicial tanto el grupo 1 como el 2, un 50% de los pacientes califican la ejecución de la presa con semifuncional, y el 50% califican la ejecución como funcional. Al final de la aplicación del plan casero se obtiene que el grupo 1, tanto como el 2 al que no le fue aplicado el plan casero presentaron una evolución para la ejecución de la presa logrando una calificación de funcional en un 70%, y una calificación de semifuncional en la realización de la presa en el 30% de pacientes.

Por esto se puede afirmar que la evolución se presentó en las mismas proporciones para los dos grupos.

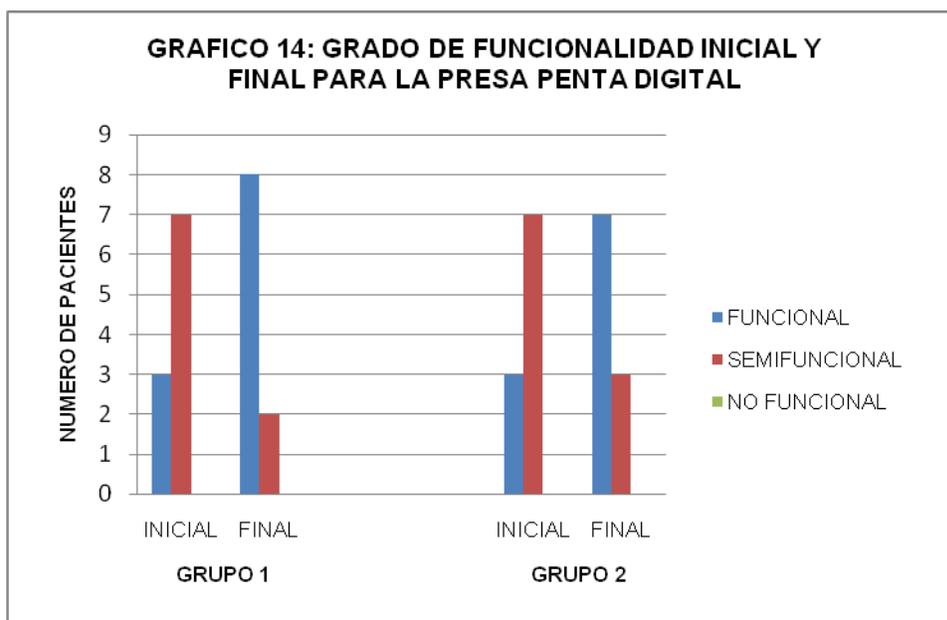
Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain



La gráfica muestra que a la valoración inicial tanto en el grupo 1 como en el 2 el 80% de los pacientes califican la ejecución de la presa como semifuncional, y 20% de los pacientes califica como funcional. Al final de la aplicación del plan casero se obtuvo que el grupo 1 logró incrementar la calificación a funcional en el 70% de los pacientes y el 30% continúan ejecutando la presa con calificación de semifuncional, por otro lado el grupo 2, al que no le fue aplicado el plan casero presentó una evolución a funcional para la realización de la presa en un 50% de los pacientes, mientras el otro 50% de pacientes restantes continúan calificando como semifuncional para la realización de la misma.

Por esto se puede afirmar que la evolución hacia la funcionalidad de la presa se presentó en mayor proporción para el grupo 1 al que le fue aplicado el plan casero.

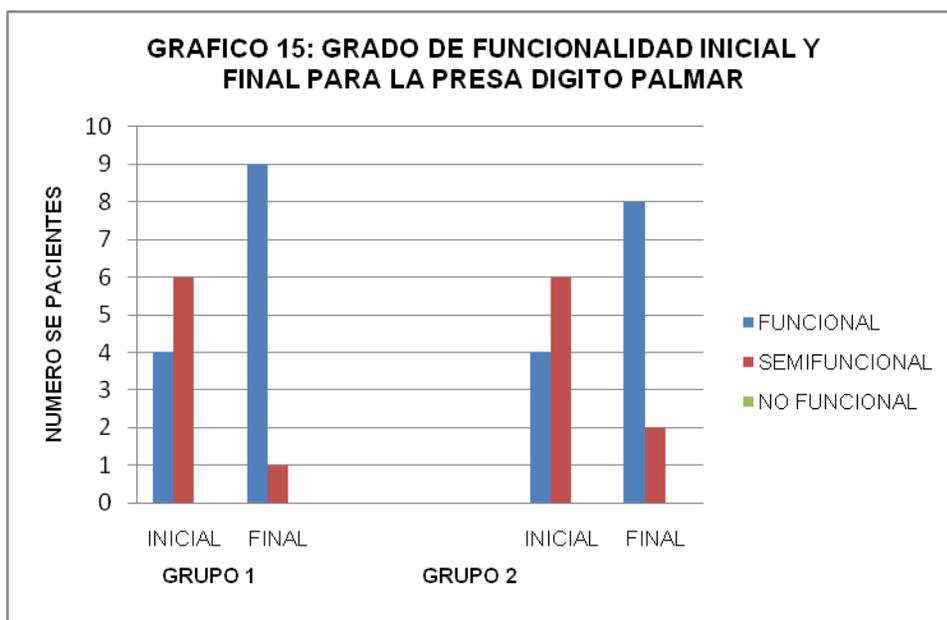
Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain



La gráfica muestra que a la valoración inicial tanto en el grupo 1 como en el 2 un 70% de los pacientes califica la ejecución de la presa como semifuncional, y un 30% como funcional. Al final de la aplicación del plan casero se obtiene que el grupo 1 logró incrementar la calificación a de funcional en el 80% de los pacientes y el 20% continuó calificando como semifuncional para la realización de la presa pentadigital. Por otra parte el grupo 2, al que no le fue aplicado el plan casero presentó una evolución para la calificación de la presa a funcional en un 70% de los pacientes, y el 30% restante de los pacientes continuaron calificando como semifuncional para la realización de la presa pentadigital.

Por esto se puede afirmar que la evolución hacia la funcionalidad de la presa se presentó en más proporción para el grupo 1 al que le fue aplicado el plan casero.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain



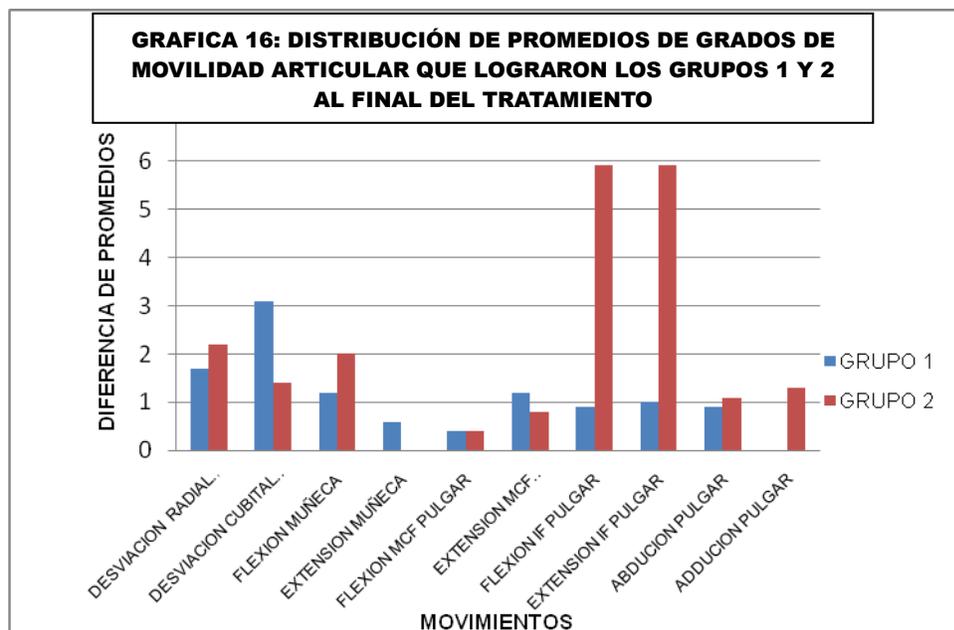
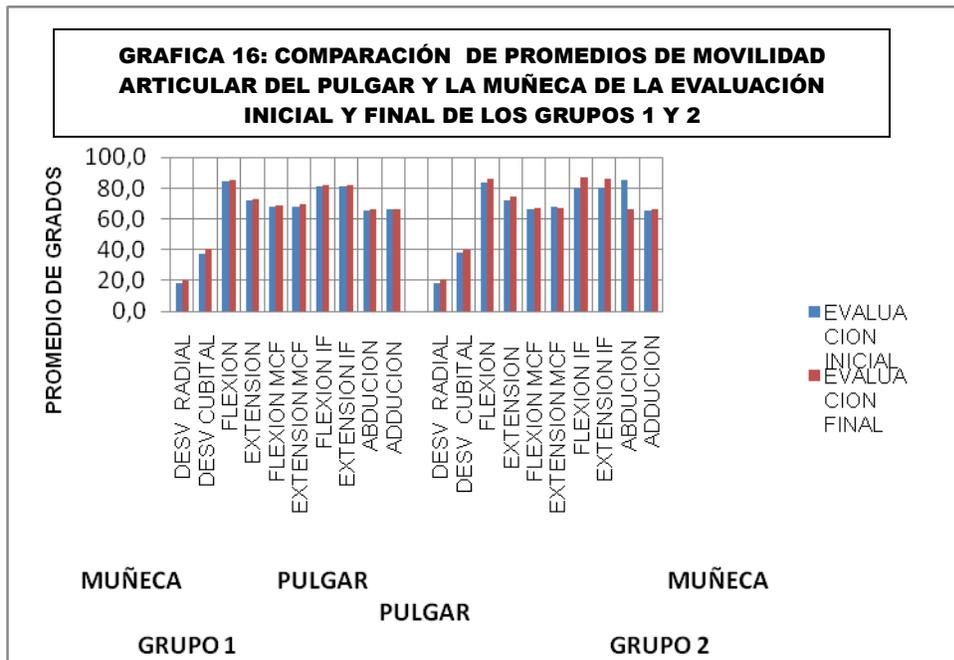
Se puede observar por medio de la gráfica que a la valoración inicial tanto en el grupo 1 como en el 2 un 40% de los pacientes ejecutaron la presa con calificación de funcional, y 60% calificaron la ejecución como semifuncional. A la evaluación final el grupo 1 presentó una evolución en la ejecución de la presa logrando una calificación funcional en el 90% de los pacientes, mientras que el 10% continuó ejecutando la presa con calificación semifuncional, mientras tanto en el grupo 2 se reportó que un 80% de los pacientes ejecutaron la presa con calificación funcional y un 20% aún ejecutaron la presa digito palmar con calificación semifuncional.

En conclusión el grupo 1 en relación con el 2 después de la aplicación del plan casero logró aumentar significativamente los niveles de funcionalidad para la ejecución de la presa .

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Análisis comparativo de los promedios de movilidad articular de los movimientos de la muñeca y el pulgar en la evaluación inicial y final de los grupos 1 y 2

Distribución de promedios de los movimientos de la muñeca y el pulgar en la evaluación inicial y final de los grupos 1 y 2



Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

De acuerdo con las gráficas se puede decir que los niveles de movilidad articular se lograron incrementar en 1.7 grados para la desviación radial en el grupo 1 y en 2.2 para el grupo 2

Para la desviación cubital se logró un incremento de 3.1 grados de movimiento mientras que el grupo 2 logró un incremento de 1,4 grados en el movimiento

Para el movimiento de flexión de la muñeca el grupo 1 logró 1.2 grados de movilidad articular mientras que el grupo 2 obtuvo 2 grados de movilidad articular.

Entre los registros más significativos está el que registra el grupo 2 para la flexión y extensión del pulgar con un 5.9 grados de incremento sobre el 0.9 y 1 grado que registró el grupo 1 al cual se le aplicó el plan casero.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

DISCUSION

La pertinencia de la investigación se fundamentó en la aplicación de un plan casero para pacientes con TDQ, previamente validado en trabajo de grado realizado por la Terapeuta Ocupacional Sandra Arroyo y la Fisioterapeuta Ania Rodríguez, el cual buscó determinar la efectividad del mismo para disminuir la sintomatología y promover la recuperación de los pacientes.

Se especificaron los procedimientos de la investigación mediante los cuales se realizó una evaluación inicial y final de los grupos 1 y 2 a través de la aplicación de un instrumento que evaluó variables de dolor, funcionalidad y movilidad articular que permitieron comparar la evolución de los pacientes durante la aplicación del plan casero.

Se recolectó la información para posteriormente ser analizada en programa estadístico de lo cual se obtuvo un resultado que establece que la aplicación de un plan casero como complemento en la rehabilitación permite al paciente su mejor recuperación y evolución en las variables que se tuvieron cuenta.

El trabajo brinda un aporte a los profesionales de la salud para que se tenga cuenta la importancia del plan casero previamente validado como un método para facilitar la recuperación y evolución de los pacientes con TDQ

Posterior a la aplicación del plan casero como complemento en la recuperación de los pacientes y evidenciando la importancia y eficacia de los resultados, es importante divulgarlo a los todos los profesionales de rehabilitación con el objetivo de promover su aplicación en todo el medio profesional para así brindar una estrategia mas, encaminada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con TDQ.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

Se debe concienciar al paciente acerca de la relevancia de ejecutar adecuadamente el Plan Casero, ya que esto permitirá disminuir o erradicar la sintomatología, logrando de esta manera independencia, funcionalidad y la realización de las actividades de la vida diaria.

Se debe tener en cuenta la importancia de continuar con la investigación, aplicando el plan casero a pacientes con TDQ y determinando así la efectividad del mismo. Todo lo anterior se puede si se hacen procesos de validación empírica aplicada y por expertos con seguimiento continuo, sistemático y técnico de la evolución de los pacientes.

Es importante que los terapeutas busquen alternativas de intervención cuando existen dificultades para cumplir con el tratamiento de las patologías. Esta investigación abre nuevas alternativas para crear opciones de abordaje para dicha condición se incluyen nuevas alternativas y recomendaciones terapéuticas que el paciente debe seguir dentro de su tratamiento de rehabilitación dirigido y orientado por el profesional tratante dentro de la terapéutica elegida, de manera que esta sea cada día más enriquecedora para el paciente y el profesional tratante.

Así mismo se crea la necesidad de realizar otras investigaciones en las cuales se diseñen planes caseros que aborden integralmente las diferentes patologías y que puedan aportar mayores avances a la comunidad científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TAFUR SACIPA, Francisco José. Informe de enfermedad profesional en Colombia 2003-2005. En: Informe ministerio de la protección social. (Feb., 2007).
2. POLIT Hungler, Investigación Científica En Ciencias De La Salud, 6 ed. Madrid: Editorial. Madrid.
3. E.F., Clark; WILGIS, Shan; AIELLO, Bonnie; ECKHAUS, Dale; RALDATA, Lauren Eddington. Hand Rehabilitation a Practical Guide. 2 ed. New York: Gaylorl.; editorial Chorchill Livingstone, 1997.
4. GUTIÉRREZ STRAUSS, Ana María. Investigación, Guía de Atención Integral Basada en la Evidencia para Desórdenes Músculo esqueléticos (DME) relacionados con movimientos Repetitivos de Miembros Superiores (Síndrome de Túnel Carpiano, Epicondilitis y Enfermedad de De Quervain (GATI- DME)” MPS. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2008.
5. HOPKINS Helen y SMITH H. Terapia Ocupacional. 8 ed. Madrid: Medica panamericana, 1998.
6. PLAJA, Juan. Analgesia por medios físicos. 1 ed. Buenos Aires: Mc Graw Hill, 2003.
7. RODRIGUEZ MARTIN, José María. Electroterapia en fisioterapia. 1 ed. Bogotá: Medica Panamericana, 2001.
8. KOTTKE, Frederic J.; LEHMANN, Justus F. Medicina física y rehabilitación. 4 ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1990.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

9. Kapandji, fisiología articular. Miembro superior. 5 ed. 1995

10 J.DazaLesmes. Test de movilidad articular y examen muscular de las extremidades.1 ed Medica Panamericana, 1996. Bogotá

11. ARROYO Sandra Milena, RODRÍGUEZ ANIA MAGDALENA, Escuela Colombiana de Rehabilitación, Proyecto de investigación. Diseño y validación de un plan casero para la rehabilitación de pacientes con tenosinovitis D´Quervain 2009.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

ANEXO A
ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN REHABILITACION DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR
FORMATO DE EVALUACIÓN

FECHA DE EVALUACIÓN INICIAL:		FINAL:	
NOMBRE:			
EDAD:		GENERO:	
OCUPACION:		DOMINANCIA:	
EVALUACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR:			
DOLOR		EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
INTENSIDAD SEGUN ESCALA ANALOGA DEL DOLOR			
EXAMEN MUSCULAR			
MUSCULO		EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
ABDUCTOR POLLICIS BREVIS			
EXTENSOR POLLICIS BREVIS			
MOVILIDAD ARTICULAR		EVALUACIÓN INICIAL	EVALUACIÓN FINAL
MUNECA	DESVIACION RADIAL	0 A 20-25	
	DESVIACION CUBITAL	0 A 35-45	
	FLEXION	0 A 80-90	
	EXTENSION	0 A 70-80	
PULGAR	FLEXION MCF	0 A 70	
	EXTENSION MCF	70 A 0	
	FLEXION IF	0 A 90	
	EXTENSION IF	90 A 0	
	ABDUCION LATERAL	0 A 70	
	ADUCCION	70 A 0	

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

FUNCIONALIDAD PARA LA PRENSION							
MANO AFECTADA:		CALIFICACIÓN INICIAL			CALIFICACIÓN FINAL		
TIPOS DE PRENSION	PRESAS	F	SF	NF	F	SF	NF
PRESAS DIGITALES	PRESA POR OPOSICIÓN TERMINAL						
	PRESA POR OPOSICIÓN SUBTERMINAL						
	PRESA POR OPOSICIÓN SUBTERMINOLATERAL						
PRESAS PLURIDIGITALES	PRESA TRIDIGITAL						
	PRESAS TETRADIGITALES	TRIDIGITAL DEL PULPEJO					
		TRIDIGITAL PULPEJO LATERAL					
		DEL PULPEJO PULGARTRIDIGITAL					
PRESAS PENTADIGITALES							
PRESAS PALMARES	PRESA DIGITO PALMAR						
	LA PRENSIÓN PALMAR TOTAL DE LA MANO						
	CILÍNDRICA						
	ESFÉRICA						

Grados de funcionalidad

F = funcional: Ejecuta la presa cumpliendo con el objetivo.

SF = Semifuncional: Ejecuta la presa con dificultad de tal forma que no se cumple el objetivo / Realiza el patrón con aditamento realiza el Patrón con ayuda de una persona

NF = No funcional: No ejecuta la presa.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Escala de calificación muscular

- 5 = Arco completo de movimiento contra gravedad y máxima resistencia
- 4 = Arco completo de movimiento contra gravedad y resistencia
- 3 = Arco completo de movimiento contra gravedad
- 2 = Arco completo de movimiento sin gravedad
- 1 = Contracción sostenida
- 0 = No se aprecia contracción (parálisis)

OBSERVACIONES _____

ANEXO B

PLAN CASERO PARA TENOSINOVITIS DE D'QUERVAIN

ESTIMADO PACIENTE, ES IMPORTANTE QUE USTED CONOZCA SU ENFERMEDAD Y COMPRENDA LO IMPORTANTE QUE ES REALIZAR LOS EJERCICIOS DIARIAMENTE CON EL FIN DE DISMINUIR EL DOLOR Y PERMITIR UNA ADECUADA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

¿Cuándo puedo volver a las actividades normales?

Cada persona se recupera de su lesión a un ritmo diferente. Su vuelta a la actividad dependerá de qué tan rápido se recupere su pulgar, y no de cuántos días o semanas hayan pasado desde que se produjo la lesión. En general, cuánto más tiempo tarde en iniciar su tratamiento, después de tener síntomas, más tiempo tardará en sanarse. El objetivo de la rehabilitación por medio del plan casero es que usted pueda volver a realizar sus actividades normales lo más pronto posible

En primera instancia debe evitar realizar las actividades que causan dolor en la muñeca y pulgar, hasta que los síntomas desaparezcan. Si continúa realizando actividades que causan dolor, sus síntomas volverán a aparecer y tardará más tiempo en recuperarse. Por lo mencionado anteriormente es importante que conozca la enfermedad.

¿Qué es la Tenosinovitis D'Quervain?

Figura 1. Posición valoración (tenosinovitis de D'Quervain)



La Tenosinovitis de D'Quervain es una condición que se genera por inflamación de los tendones que se encuentran en el borde del pulgar y la muñeca; esto hace que los tendones presenten dificultad para moverse como debieran. La inflamación causa dolor, el cual usualmente se manifiesta al tratar de hacer un puño, agarrar, tomar cosas, o al rotar la muñeca.

¿Que hacer para el manejo del dolor?

Antes de iniciar los ejercicios, todos los días se debe hacer manejo del dolor, mediante la aplicación de medios físicos como son: frío (hielo) y calor (paños calientes).

Si no tiene tolerancia al frío o calor no se debe aplicar.

1. Con ayuda de una mesa y una silla, sentarse cómodamente. Llevar las manos al frente con los codos estirados, el dedo meñique hacia al piso y el pulgar al cielo, aplicar hielo en el pulgar y muñeca (zona donde presenta dolor) durante 7 minutos exactos; debe tener en cuenta que no

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

se debe exceder en el tiempo de la aplicación del hielo porque esto puede causar efectos en contra del tratamiento.

Figura 2. Manejo sedativo con hielo



2. Con la posición anterior, aplicar compresas calientes en la zona de dolor durante 15 minutos, 2 veces al día; la primera aplicación de calor se debe hacer antes de realizar los ejercicios y la otra al finalizarlos, teniendo siempre presente que no se debe exceder en el tiempo de aplicación.

Figura 3. Manejo sedativo con calor



Ejercicios

Primeras 6 semanas

Recuerde que si los ejercicios causan dolor o malestar debe suspenderlos inmediatamente y comunicarlo cuanto antes al Terapeuta. Llevar las manos al

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

frente con los codos estirados y la palma de mano en dirección al piso, hacer puño y mover la muñeca hacia afuera alejando el dedo pulgar del cuerpo, mantener el ejercicio por 8 segundos y descansar 3 segundos; realizar el ejercicio 5 veces.

Figura 4. Mano muñeca neutro



Figura5. Mano muñeca desviación Cubital



Con la posición anterior, hacer puño y llevar la muñeca hacia abajo, mantener el ejercicio por 8 segundos y descansar 3 segundos; realizar el ejercicio 5 veces.

Figura 6. Mano muñeca neutro



Figura7. Mano muñeca flexión



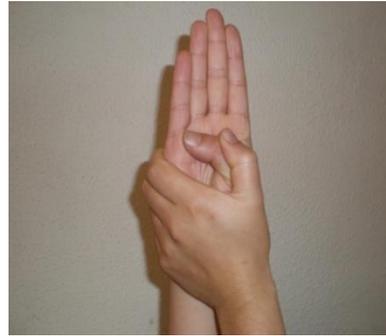
Con los codos apoyados en la mesa, los dedos extendidos en dirección a la pared, lleve el dedo pulgar hacia la palma de la mano; mantenga por 8 segundos esta posición, luego retírelo de la palma y descase por 3 segundos. Repita el ejercicio 5 veces. (Ver imágenes)

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Figura 8. Pulgar y extensión de MCF, IFs de los dedos



Figura 9. Pulgar hacia la palma



Con los codos flexionados pegados al cuerpo formando una "L", y con las palmas de las manos mirando hacia el piso; llevar las manos hacia afuera de forma que el pulgar se aleje del cuerpo, mantenga la posición por 8 segundos, descansé 3 segundos. Repetir el movimiento 5 veces. (ver imágenes)

Figura 10. Palmas hacia el piso



Figura 11. Palmas en desviación



1. Con el codo apoyado en la mesa y la palma de la mano hacia el cielo llevar la yema del dedo pulgar a tocar la base de los dedos, iniciando por el dedo meñique y terminando por el índice; mantener el ejercicio durante 8

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

segundos por cada dedo. Repetir el movimiento 3 veces por cada dedo con periodos de descanso de 3 segundos.

Figura 12. Palma posición neutra



Figura 13. Pulgar base dedos 5to

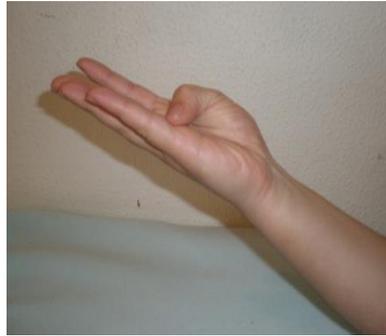


Figura14. Pulgar base dedos 4to



Figura 15. Pulgar base dedos 3ro

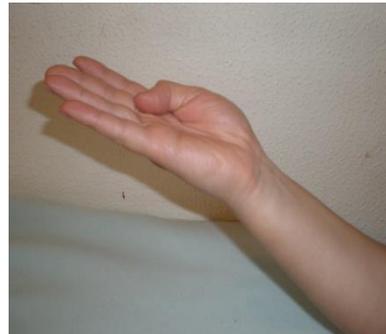


Figura16. Pulgar base dedos 2do



Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Con el codo apoyado en la mesa y la palma de la mano hacia el techo, pegar el pulgar en la parte anterior del índice, luego separar el pulgar hacia el frente del dedo índice de tal forma que el pulgar no se mueva a los lados, mantener el ejercicio durante 8 segundos y acercar el pulgar al índice y mantener 3 segundos como periodo de descanso, Repetir el movimiento 3 veces con periodos de descanso de 3 segundos.

Figura17. Palma boca arriba



Figura18. Pulgar indice



Con el codo apoyado en la mesa y la palma de la mano en dirección al cielo llevar la yema del dedo pulgar a tocar las 3 divisiones o pliegues de los dedos uno por uno, iniciando por el dedo meñique y terminando por el índice; mantener el ejercicio durante 5 segundos por cada pliegue. Repetir el movimiento 3 veces por cada dedo con periodos de descanso de 3 segundos.

Figura19. Pliegues pulgar táctil

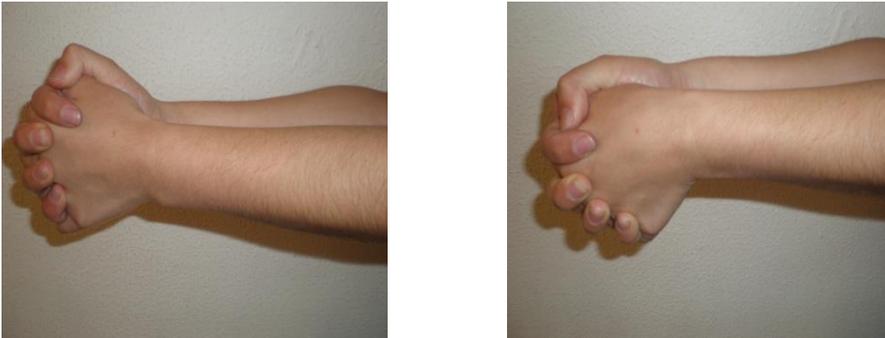


Con los codos estirados y las manos entrelazadas, los pulgares alineados llevar

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

la muñeca hacia abajo. Mantenga la posición por 8 segundos y descanse durante 3 segundos. Repetir el ejercicio 5 veces.

Figura 20. Manos entrelazadas muñeca en desviación radial



DESPUES DE TRES SEMANAS DE EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES ANTERIORES Y CON MEJORÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA DE DOLOR DE LA MUÑECA USTED PUEDE SOSTENER EL EJERCICIO POR 12 SEGUNDOS, CON IGUAL TIEMPO DE DESCANSO Y REPETICIONES DURANTE OTRAS TRES SEMANAS.

SI PRESENTA ALGÚN MALESTAR CONSULTAR A SU TERAPEUTA TRATANTE, DE LO CONTRARIO DEBE CONTINUAR CON LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES EJERCICIOS.

Lleve las manos al frente con los codos estirados y con las palmas de las manos hacia al cielo, mantenga un peso pequeño o una pelota en la palma mano lesionada; luego, llevar su muñeca hacia arriba. Mantener durante 3 segundos, repetir 10 veces y descansar 3 segundos por cada movimiento.

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Figura 21. Mano palma con peso y flexión



Con la posición anterior, pero esta vez la palma de la mano hacia abajo, llevar la muñeca hacia atrás sostener por 3 segundos y descansar 3 segundos. Repetir el ejercicio 10 veces.

Figura 22. Mano palma con peso y extensión



Con ayuda de una mesa y una silla, siéntese cómodamente y apoye el codo en la mesa de tal forma que la palma de la mano mire hacia la cara, luego coloque un resorte alrededor de los dedos por la parte externa de ellos y abrir

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

los dedos estirando la banda elástica lo mas que pueda, luego sostener por 3 segundos unir los dedos por 2 segundos y estirar la banda nuevamente. Repetir 10 veces. (ver imagen).

Figura 23. Mano con resorte para extensión de dedos



Con el codo apoyado en la mesa y la palma de la mano en dirección a la pared, luego sostener una pelota entre el dedo índice y pulgar presionando la pelota durante 10 segundos por cada dedo, inicie con el dedo índice y termine con el meñique. Repetir el ejercicio 5 veces por cada dedo con periodos de descanso de 3 segundos.

Figura 24. Sostener pelota con pulgar, 1,2,3,4 dedos

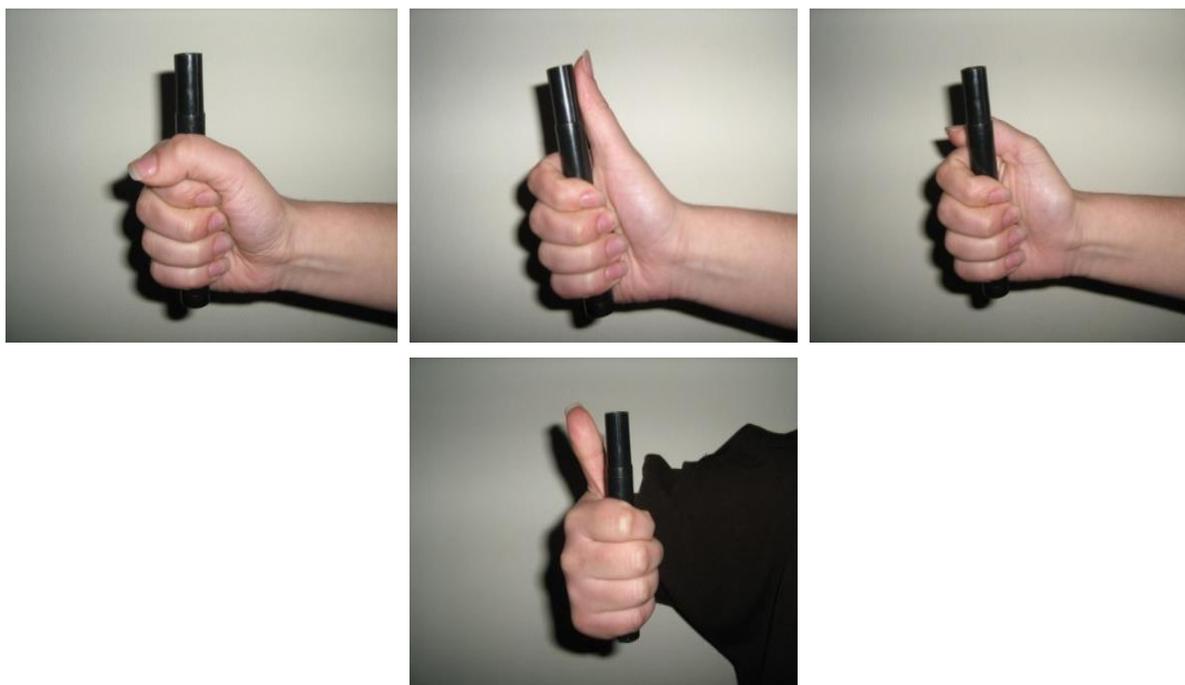


Empuñar un lapicero en la mano con el pulgar hacia adentro, luego rodear con

Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

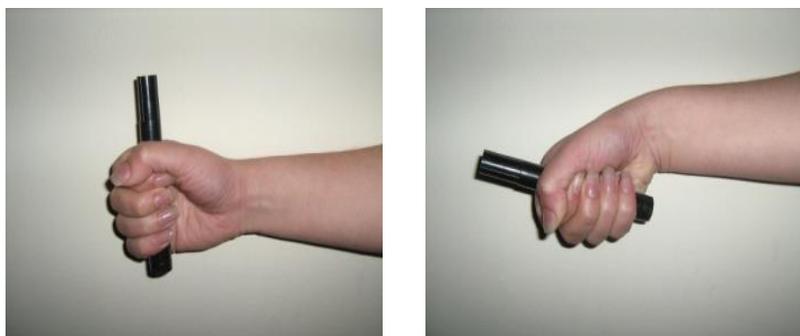
el pulgar el lapicero desplazando el pulgar hacia afuera y hacia dentro 10 veces por cada lado. Descansar 3 segundos cada 5 ejercicios y repetir 5 veces por cada lado.

Figura 25. Agarre mano llena lápiz, movilización pulgar en direcciones



Empuñar un peso liviano en la mano con el pulgar hacia adentro, luego llevar el pulgar hacia abajo. mantener por 3 segundos, repetir 10 veces por cada lado. Descansar 3 segundos entre cada ejercicio.

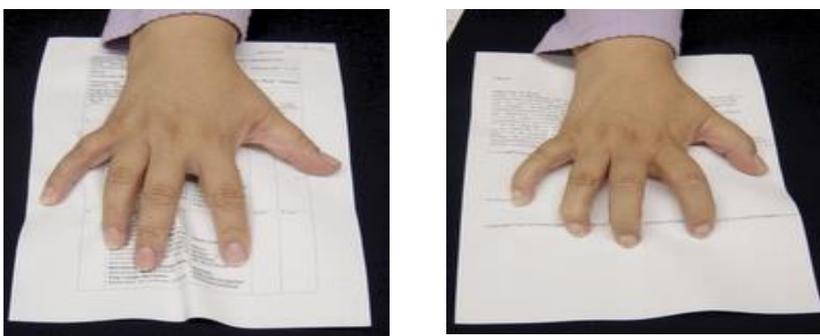
Figura 26. Agarre mano llena lápiz desviación radia



Efectividad del plan casero en Tendinitis D'Quervain

Con la muñeca descansando en una posición neutra sobre una tabla o mesa, doble un trozo de papel con la mano. Haga 10 veces el ejercicio, manteniendo 2 segundos con el mismo trozo. Tenga cuidado para no agarrar con fuerza excesiva.

Figura 27. Mano en posición neutra y flexión de dedos



Mantener la muñeca en posición neutra con el dedo pulgar hacia el techo y el meñique hacia el piso, luego apretar la pelota entre la mano cuidadosamente. No hay que agarrar con fuerza excesiva. Mantenga la actividad durante 8 segundos, Repita 10 veces, Descansar abriendo los dedos de las manos durante 3 segundos.

Figura 28. Agarre presión pelota



- Recuerde evitar realizar movimientos repetitivos que generen dolor que

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

involucren muñeca y pulgar.

- Es importante el uso de una férula nocturna para disminuir dolor y mantener una así una posición adecuada del pulgar.
- No olvide realizar controles periódicos cada 6 semanas con su médico y terapeuta tratante y permanecer en contacto con estos para comunicar cualquier posible cambio del dolor en relación a la enfermedad que usted presenta.
- Señor paciente usted debe ser constante en la realización del plan casero para obtener excelente resultados en el tratamiento. (9)

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

ANEXO C

CARTAS DE SOLICITUD A LAS IPS

TUQUERRES, NARINO 01 de septiembre de 2010

Doctora

JENNY PATRICIA GUERRERO

Directora (IPS) FISIOSALUD

CIUDAD.

Respetada doctora Jenny, con la presente nos dirigimos a usted, con el fin de solicitarle permiso para llevar a cabo la investigación denominada EFECTIVIDAD DEL PLAN CASERO PARA LA REHABILITACION DE PACIENTES CON TENOSINOVITIS DE D´QUERVAIN, plan que se llevara a cabo con diez (10) pacientes que presenten esta patología dentro de las instalaciones de la IPS, FISIOSALUD, el día 04 de Octubre se realizara la evaluación descrita con el grupo de pacientes establecido y se brindaran las especificaciones para la ejecución y desarrollo del plan casero, el día 26 del mismo mes se llevara a cabo la evaluación final de cada uno de los usuarios, para obtener las conclusiones con la implementación del plan descrito.

Agradecemos toda la colaboración que nos pueda prestar frente al tema, ya que esta se realizara con el objeto de cumplir con nuestra formación académica como profesionales en rehabilitación de mano y miembro superior y con el objetivo de brindar a los usuarios de la IPS un mejor servicio frente a una patología.

Atentamente,

DIANA CAROLINA CASTELLANOS M
TERAPEUTA OCUPACIONAL

BIVIANA DEL PILAR PORTILLO
TERAPEUTA OCUPACIONAL

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

TUQUERRES, NARINO 01 de septiembre de 2010

Doctora
ADRIANA ASCUNTAR. FT
Directora (IPS) REHABILITAMOS
CIUDAD.

Respetada doctora Adriana, con la presente nos dirigimos a usted, con el fin de solicitarle permiso para llevar a cabo la investigación denominada EFECTIVIDAD DEL PLAN CASERO PARA LA REHABILITACION DE PACIENTES CON TENOSINOVITIS DE D´QUERVAIN, plan que se llevara a cabo con diez (10) pacientes que presenten esta patología dentro de las instalaciones de la IPS, FISIOSALUD, el día 4 de Octubre se realizara la evaluación descrita con el grupo de pacientes establecido y se brindaran las especificaciones para la ejecución y desarrollo del plan casero, el día 26 del mismo mes se llevara a cabo la evaluación final de cada uno de los usuarios, para obtener las conclusiones con la implementación del plan descrito.

Agradecemos toda la colaboración que nos pueda prestar frente al tema, ya que esta se realizara con el objeto de cumplir con nuestra formación académica como profesionales en rehabilitación de mano y miembro superior y con el objetivo de brindar a los usuarios de la IPS un mejor servicio frente a una patología y una alternativa para su recuperación.

Atentamente,

DIANA CAROLINA CASTELLANOS M
TERAPEUTA OCUPACIONAL

BIVIANA DEL PILAR PORTILLO
TERAPEUTA OCUPACIONAL

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

ANEXO D**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ESCUELA COLOMBIANA DE REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN REHABILITACION DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR

Yo _____ mayor de edad con CC _____

Actuando en nombre propio.

DECLARO

Que he sido informado en el día de hoy por la Terapeuta _____
sobre el estudio que realizara denominado Efectividad del plan casero para la rehabilitación
de pacientes con tenosinovitis de D´Quervain

Se me ha brindado la información oportuna a la investigación y se me ha permitido preguntar y
aclarar las dudas sobre la investigación.

Por lo anterior doy mi constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el estudio que se
realiza, y doy mi consentimiento para que se me realice la evaluación, y se me brinde las
indicaciones sobre el plan casero de forma verbal, escrita y demostrativa.

También se me ha informado de mi derecho a retirarme del estudio cuando lo desee.

Firma del paciente _____ a los _____ días del mes de
_____ 2.010

Firma y cedula del testigo

Firma y cedula del testigo

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

ANEXO E**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACION - AÑO 2010	
FECHAS	ACTIVIDADES
Marzo	Revisión de bibliográfica Formulación del título, justificación y problema Presentación de la propuesta –asesoría
Abril	Asesoría –formulación de objetivos.
Mayo	Asesoría-corrección de la propuesta Socialización de la propuesta desarrollada en el modulo I
Junio	Primera entrega Revisión bibliográfica Desarrollo de marco teórico Segunda entrega
Julio	Desarrollo de la metodología e instrumentos para la recolección de la información. Tercera entrega
Agosto	Evaluación inicial Cuarta entrega Asesoría
Septiembre	Asesoría
Octubre	Asesoría Evaluación inicial y final de pacientes Entrega de documento con resultados
Noviembre	Asesoría Análisis de los resultados Entrega de documento informe final

Efectividad del plan casero en Tendinitis D´Quervain

ANEXO F
PRESUPUESTO

ELEMENTO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Impresión de documentos	160	\$600	\$71200
Transporte			\$320000
llamadas	100	\$18000	\$180000
Internet 4 días/sema	180 horas	\$2000	\$360000
fotocopias	120	\$ 250	\$30000
TOTAL			\$910000