



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA

TESINA DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
CIENCIAS DE LA SALUD EN TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA**

TÍTULO:

**“EFICACIA DE LAS MOVILIZACIONES NEUROMENÍNGEAS DEL
NERVIO CIÁTICO EN PACIENTES CON AFECCIONES DE REGION
LUMBAR QUE ACUDEN AL ÁREA DE FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD
DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS N° 309 DE LA CIUDAD SUCÚA
PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO EN EL PERÍODO OCTUBRE 2015
A MARZO 2016”**

AUTOR:

JUNIOR GUSTAVO BORJA LEON

TUTOR:

DRA. NANCY VELASTEGUÍ

2015 - 2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TESINA DE GRADO PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA SALUD, EN TERAPIA FÍSICA Y DEPORTIVA.

CALIFICACIÓN DE LA TESINA DE GRADO

JUNIOR GUSTAVO BORJA LEON

TUTOR DEL PROYECTO

FIRMA

Lcda. Gioconda Santos

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dra. Nancy Velasteguí

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

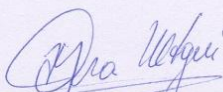
Msc. Carlos Vargas

NOTA SOBRE ----- (10)

CERTIFICACIÓN

Dra. Nancy Velasteguí
TUTORA DE TESIS
Universidad Nacional de Chimborazo

Certifica: Que el señor Junior Gustavo Borja Leon ha trabajado bajo mi tutoría la presente tesina, previa a la obtención del título de Licenciado en Ciencias de las salud en la carrera de terapia física y deportiva, la misma que cumple con la reglamentación pertinente, así como lo programado en el plan de tesis y reúne la suficiente validez técnica y práctica, por consiguiente se encuentra apto para que pueda ser expuesta al público luego de ser evaluada por el Tribunal designado por la Comisión.


Dra. Nancy Velasteguí

TUTORA

Dra. Nancy Velasteguí
ESPECIALISTA FISIATRA
SENECYT 1005-07-666501
MSP. L. 1°A" F. 3 N° 14
Cód. INHMT-C. 04-08-0079

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

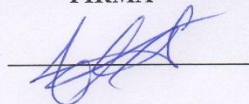
Después de haber leído y revisado el trabajo de investigación aprobamos la Tesina de Grado previo a la obtención del título de licenciado en ciencias de la salud en terapia física y deportiva con el título "EFICACIA DE LAS MOVILIZACIONES NEUROMENÍNGEAS DEL NERVIÓ CIÁTICO EN PACIENTES CON AFECCIONES DE REGION LUMBAR QUE ACUDEN AL ÁREA DE FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS N° 309 DE LA CIUDAD SUCÚA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO EN EL PERÍODO OCTUBRE 2015 A MARZO 2016"

Declaramos que se encuentra lista para la defensa pública.

TUTOR DEL PROYECTO

Lcda. Gioconda Santos

FIRMA



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Nancy Velasteguí

FIRMA

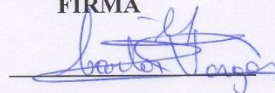


Dra. Nancy Velasteguí
ESPECIALISTA FISIATRA
SENECYT 1005-07-666501
MSP. L. 1 "A" F. 3 N° 14
Cod. INHMT-C. 04-08-0079

MIEMBRO DEL TRIBUNAL


Msc. Carlos Vargas

FIRMA



DERECHOS DE AUTORÍA.

Yo: Junior Gustavo Borja Leon soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuestas en el presente trabajo de investigación y los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



JUNIOR BORJA

CI: 1400946305

AGRADECIMIENTO.

En primer lugar tengo que agradecer a Dios por bendecirme con el don de la vida, a mis padres por la confianza que me han brindado desde pequeño para caminar por un sendero de bien y así cumplir mis metas y a todas esas personas que nunca dudaron de mi persona y me brindaron su apoyo incondicional, a las autoridades de la Universidad y a mi tutora que me brindo sus conocimientos y consejos, a la Universidad Nacional de Chimborazo por abrirme sus puertas para así llegar ha se un profesional.

DEDICATORIA.

Este trabajo investigativo está dedicado a mi padre Clever Borja y a mi tío Rodrigo Borja porque con su esfuerzo y trabajo me enseñaron a valorar la importancia del estudio y que en la vida te encontraras con grandes obstáculos pero siempre tienes que andar con paso firme y seguro para así lograr tus más grandes éxitos, a mi madre María Leon porque a pesar de todo siempre ha estado a mi lado dándome consejos para cumplir mis sueños.

A mis abuelos y demás familiares que de una u otra manera me han extendido su mano y a Marcela Fárez por apoyarme todo este tiempo e impedir que mis metas se destruyan.

RESUMEN

El trabajo investigativo tiene como finalidad determinar la “**EFICACIA DE LAS MOVILIZACIONES NEUROMENÍNGEAS DEL NERVIPO CIÁTICO EN AFECCIONES DE REGION LUMBAR A PACIENTES QUE ACUDEN AL ÁREA DE FISIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS – SUCÚA N° 309 EN LA CIUDAD SUCÚA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO**”. La técnica de movilizaciones neuromeningeas es un método de mecánica corporal el cual va a influir directa o indirectamente en el sistema mecánico y mecanosensitivo, al aplicar esta técnica disminuye el grado de dolor en los pacientes que padezcan de afecciones de dolor lumbar. En el transcurso de la recolección de datos el método investigativo a desarrollar ha sido cualitativo y descriptivo, que en capítulos posteriores detallaremos. Como resultado de este estudio observamos que en la Unidad Ambulatoria del IESS N° 309 en la ciudad de Sucúa se acercaron una cantidad considerable de pacientes en el período de los meses de Octubre – Marzo que fue nuestro período investigativo, que en total fueron 35 pacientes con afección de dolor lumbar, se recolectaron los datos mediante historias clínicas. En las tabulaciones obtenidas evidenciamos que en los pacientes en un 54 % al finalizar el tratamiento de Movilizaciones Neuromeningeas presentaron un grado de dolor leve. Dentro de las conclusiones se pudo evidenciar que en aquellas personas que su recibieron de 16 a 20 sesiones se ubican en el grado de dolor de 8 a 9 (dolor muy severo) su tratamiento fue muy beneficioso ya que este número de personas disminuyó su grado de dolor de 0 a 1 (sin dolor) reincorporándose a sus labores diarias y llevando así una mejor actividad física.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

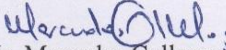
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, CULTURA FISICA Y TURISMO

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The research work presents, the main objective which is described below; " Efficacies of Neuromeningial mobilizations of the Sciatic nerve with disease in lumbar region, in patients who come to the area Physiotherapy in the ambulatory care Social Security # 309 of the Hospital in Sucua city, province of Morona Santiago" During of data collection research qualitative and descriptive method was developed, which was detailed. in later chapters. As a result of this study, we observed that in the ambulatory united of the IESS No. 309 in Sucua, approached a considerable number of patients during the months of October - March, that was our investigative period, which in total were 35 patients with lumbar pain condition, using medical records data were collected. The results obtained of patients who come to area of physical therapy 29% are between the ages of 31 to 40 years, with 54% of the total sample they started treatment with a degree of severe pain and with 54% at the end of the treatment of mobilizations neuromeningeal showed a degree of mild pain.in the conclusions it was evident that, people who received from 16 to 20 sessions they identify with a degree of severe pain located in grade 8 or 9 (very severe pain) the treatment was very beneficial because these people diminished their degree of pain from 0 to 1 (painless) they resumed their daily work and have better physical activity.

Reviewed by


Ms. Mercedes Gallegos N.
LANGUAGE TEACHER
HEALTH SCIENCE SCHOOL



ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	II
DEDICATORIA.....	III
RESUMEN.....	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I.....	2
1. PROBLEMATIZACIÓN:.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 OBJETIVOS.....	3
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4 JUSTIFICACIÓN	4
CAPITULO II	5
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	5
2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.2.1. MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS	6
2.2.1.1. DEFINICIÓN	6
2.2.1.2. BENEFICIOS:.....	6
2.2.1.2. VENTAJAS DE LAS MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS	7
2.2.2. PROGRAMA DE MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS.....	7
2.2.2.2. NERVIOS CIÁTICOS Y SU RECORRIDO.	9
2.2.2.3. PRUEBA DE ELEVACIÓN DE LA PIERNA RECTA O PRUEBA DE LASÉGUE 11	
2.2.2.4. PRUEBA DE SLUMP	12
2.2.2.5. MANIOBRAS DE DESLIZAMIENTO DEL NERVIOS CIÁTICOS EN EL MUSLO Y LA CORREDERA CIÁTICA	14
2.2.2.6. MANIOBRA DE DESLIZAMIENTO DEL NERVIOS CIÁTICOS EN EL MUSLO Y CORREDERA CIÁTICA.....	16
2.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	18

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	19
2.4.1 HIPÓTESIS	19
2.4.2 VARIABLES	19
VARIABLES INDEPENDIENTES	19
VARIABLES DEPENDIENTES	19
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
CAPÍTULO III	21
3. MARCO METODOLÓGICO	21
3.1 MÉTODO	21
3.2 POBLACIÓN	22
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	23
3.4.- Análisis e Interpretación de Resultados	23
3.5.- COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	30
3.6.- PROPUESTA	33
CAPITULO IV	35
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
4.1. CONCLUSIONES	35
4.2. RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	38
Anexo 1	38
Anexo 2	40

ÍNDICES DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Anatomía del nervio ciático Fuente: Atlas Anatomía Humana “Netter”	7
Ilustración 2: Plexo Lumbosacro.....	8
Ilustración 3: Fisiología Nervio Ciático.	9
Ilustración 4: Recorrido del nervio Ciático.	10

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS.

Fotografía 1: Prueba de Laségue	11
Fotografía 2: Prueba De Elevación De La Pierna “Ejecución”	12
Fotografía 3: Prueba De Slump	13
Fotografía 4: Prueba De Slump “Ejecución”	13
Fotografía 5: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático En El Muslo.....	15
Fotografía 6: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 1”.....	16
Fotografía 7: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 2”.....	16
Fotografía 8: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 3”.....	17
Fotografía 9: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 4”.....	17

INCIDE DE TABLAS

Tabla 1 Resultados De Acuerdo Al Sexo	23
Tabla 2 Resultados De Acuerdo A La Edad	24
Tabla 3 Resultados De Acuerdo Al Área De Trabajo	25
Tabla 4 De Acuerdo Al Índice De Dolor Inicial.....	27
Tabla 5 Resultados De Índice De Dolor Final	28
Tabla 6 Resultados Sesiones Recibidas	29
Tabla 7 Resultados Comparativos	30

INTRODUCCIÓN

La investigación se llevó a cabo en el área de Fisioterapia de la Unida Ambulatoria del IESS – Sucúa N° 309 a través de historias clínicas fisioterapéutica que permitieron identificar la población que desconocen del tema y el estado en que se encuentra su patología.

El trabajo de investigación se realizó para determinar la intervención del fisioterapeuta durante el proceso de tratamiento, mediante la técnica de Movilizaciones Neuromeníngeas, mejorando su calidad de vida y percepción respecto al protocolo y de esta manera ser incluidos como una elección muy provechosa en el ámbito de terapia física.

La tesina abarca tres capítulos. En el primer capítulo el planteamiento del problema y formulación del problema fueron tomados en cuenta partiendo del desconocimiento del tema en la ciudad del Cantón Sucúa, así también como los objetivos generales y específicos será una solución notable para la comprobar la eficacia de las movilizaciones neuromeníngeas, justificado con la aplicación de los protocolos de tratamiento.

En el segundo capítulo citaremos el posicionamiento teórico personal, la fundamentación teórica que constará de libros, páginas de internet con conceptos teóricos que se tomarán en cuenta en todo el proceso de elaboración de la tesina, además de la hipótesis, variables y operacionalización de las variables.

El tercer capítulo contiene los métodos, diseño y tipo de investigación, población y muestra además las técnicas e instrumentos de recolección de datos, al finalizar tenemos las técnicas para el análisis e interpretación de resultados donde se representará los resultados obtenidos en forma estadística para posteriormente dar las posibles conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel nacional el dolor lumbar o lumbago es uno de los términos conocidos para la afección que se da en la espalda baja causada por un síndrome musculoesquelético es decir trastornos de las vértebras lumbares y partes blandas como músculos ligamentos y nervios para lo cual es necesario un protocolo de tratamiento fisioterapéutico.

Es un deber de nuestro país brindar información a la ciudadanía de las causas por la cual se hace presenta esta patología en los ciudadanos que realizan diferentes actividades laborales o cotidianas.

En el cantón Sucúa de la provincia de Morona Santiago es evidente que las personas que padecen de afecciones lumbares desconocen del tema consecuentemente no obtienen información o conocimientos de los efectos y complicaciones que conlleva esta patología.

Por esta razón en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Sucúa N° 309 se quiere anunciar una gran contribución del fisioterapeuta ya que el índice de esta afección es una de las más altas debido a las actividades laborales a la que se dedica la población.

Mediante la aplicación de las movilizaciones neuromeningeas vamos a estimular tejido nervioso con modalidades pasivas y activas. Las movilizaciones neuromeningeas es un método específico de estimulación mecánica que puede influir de manera directa en el comportamiento biomecánico y mecanosensitivo del tejido nervioso y de los tejidos que forman el continente inmediato. Este método terapéutico puede contribuir a mejorar las condiciones locales mecánicas y mecanosensitivas alteradas y la activación de los mecanismos neuromodulares centrales del dolor. (ZAMORANO, FISIOTERAPIA EN OBSTETRICIA, 2013)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia de las movilizaciones neuromeníngeas del nervio ciático en afecciones de dolor lumbar a personas que acuden al área de fisioterapia en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N° 309 en la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago en el periodo Octubre 2015 a Marzo 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficacia de las movilizaciones neuromeningeas del nervio ciático en afecciones de dolor lumbar a personas que acuden al área de fisioterapia en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N° 309 aplicando protocolos de tratamiento para disminuir el grado de dolor en la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago en el periodo Octubre 2015 a Marzo 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar con una evaluación fisioterapéutica a las personas con afecciones de dolor lumbar que acuden al área de fisioterapia en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N° 309 en la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago.
- ✓ Aplicar los protocolos de tratamiento para aliviar las molestias que causa el dolor a las personas que acuden al área de fisioterapia en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N° 309 en la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago en el periodo Octubre 2015 a Marzo 2016.
- ✓ Sintetizar los resultados obtenidos de fichas de evaluación fisioterapéutica de las personas con afecciones de dolor lumbar que acuden al área de fisioterapia para apoyar en su recuperación en la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N° 309 en la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El proyecto de investigación es relevante porque nos permitirá conocer la eficacia de las movilizaciones neuromeníngeas a las personas que acuden al área de fisioterapia en la Unidad de Atención de Ambulatoria del IESS en la ciudad de Sucúa.

En vista que la ciudad de Sucúa cuenta con el centro de salud que puede brindar el servicio de fisioterapia sin embargo se desconoce de los beneficios de la técnica de movilizaciones neuromeníngeas para personas con la afección de dolor lumbar es considerado este tratamiento beneficiario para tratar a esta patología, esta fue la motivación de realizar este trabajo de investigación para informarles de su importancia, de esta manera se le brindará a los pacientes suficiente confianza y seguridad para tratar su dolencia y disminuir el grado de dolor durante el tiempo de tratamiento fisioterapéutico, utilizando adecuadamente los ejercicios y técnicas fisioterapéuticas de acuerdo al protocolo de tratamiento, se logrará una mejoría de malestar del paciente y así pueda integrarse nuevamente a las actividades de la vida diaria en incorporarse a sus labores, permitiéndole llevar una vida agradable.

El proyecto beneficiará a las personas que acudenen la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS- Sucúa N° 309, por otro lado el área de fisioterapia podrá estar informada de los beneficios que el mismo otorgue y estará capacitado para realizar un tratamiento apropiado según la afección del paciente.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL

“El dolor lumbar es la molestia que se presenta en la parte baja de la espalda situada entre d12 y s1 se denomina lumbago al dolor referido por el paciente como dolor de la cintura. Es un síndrome muy común que afecta al 80% de las personas algunas veces en su vida. Se origina por distintas causas, siendo las más comunes el sobre esfuerzo físico y las malas posturas. Por otro lado existen fuentes o tipos de dolor lumbar; el dolor facetario, en el cual existe una inflamación entre 2 articulaciones cigoapofisiarias (dolor específico), otro tipo de dolor lumbar es el discógeno, donde el disco intervertebral posee una lesión que genera dolor (dolor difuso, en una zona inespecífica), otra fuente de dolor es la compresión radicular, donde la vértebra comprime la salida de los nervios que se dirigen hacia las piernas”. (BERBEO, 2003)

El interés al realizar el trabajo de investigación se debe a que las movilizaciones neuromeníngeas son fundamentales dentro del proceso de tratamiento de afecciones de dolor lumbar ayudando a aliviar los diferentes síntomas y malestares que conlleva esta patología, de esta manera los resultados van a ser notables, consiguiendo en el paciente una pronta recuperación en el aspecto físico como psicológico ya que este último aspecto se encontrara afectado al verse cambios en su cuerpo de bienestar.

Mediante este proyecto de investigación demostraré la valiosa intervención del fisioterapeuta durante todo el tratamiento de esta patología para lograr un mejor desempeño y labor de los pacientes.

2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS

2.2.1.1.DEFINICIÓN

“Las movilizaciones neuromeningeas es un método específico de estimulación mecánica que puede influir de manera directa en el comportamiento biomecánico y mecanosensitivo del tejido nervioso y de los tejidos que forman el continente inmediato. Este método terapéutico puede contribuir a mejorar las condiciones locales mecánicas y mecanosensitivas alteradas y la activación de los mecanismos neuromodulares centrales del dolor”. (ZAMORANO, FISIOTERAPIA EN OBSTETRICA, 2013)

2.2.1.2. BENEFICIOS:

- ✓ Mejor postura y apariencia.
- ✓ Alivio del dolor de espalda.
- ✓ Fortalecimiento muscular
- ✓ Mejor circulación.
- ✓ Aumento en la flexibilidad.
- ✓ Aumento / mantenimiento de la condición aeróbica.
- ✓ Aumento en el nivel de energía: combate la fatiga.
- ✓ Reducción en la tensión de los músculos; promueve el relajamiento.
- ✓ Promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva.

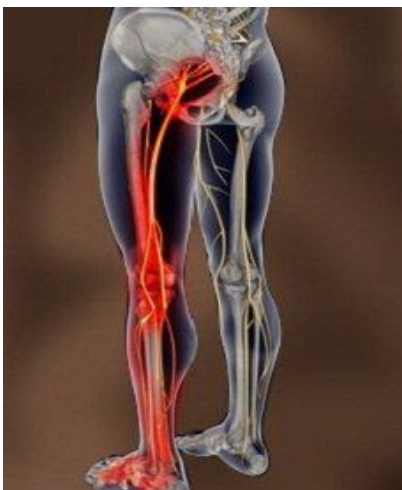
2.2.1.2.VENTAJAS DE LAS MOVILIZACIONES NEUROMENÍNGEAS

- ✓ Menor grado de dolor.
- ✓ Estimulación del sistema nervioso
- ✓ Contribuye a mejorar las condiciones locales mecánicas y mecanosensitivas.
- ✓ Activación de mecanismos neuromodulares.
- ✓ Sirven como guía orientativa para la ejecución de maniobras de movilización del tejido nervioso.
- ✓ Aumenta el drenaje linfático
- ✓ Influyen directamente en el comportamiento mecánico y mecanosensitivo del nervio.
- ✓ Menor uso de fármacos en general.

2.2.2. PROGRAMA DE MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS.

Los programas de movilizaciones neuromeníngeas durante las sesiones deben estar dirigidos hacia la recuperación neural y muscular para minimizar el riesgo de lesiones en las articulaciones, nervios, músculos y ligamentos. (ZAMORANO, MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS, 20013)

2.2.2.1.ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL NERVIPO CIÁTICO.



ANATOMÍA: El nervio ciático es el nervio más grande del cuerpo humano, se origina de la parte inferior de la columna vertebral desde donde las raíces del nervio abandonan la medula espinal se extiende por la parte trasera de la pierna y se extiende hacia los dedos de los pies. El nervio ciático está formado por cinco nervios, hacia los lados derecho e izquierdo de la parte baja de la columna vertebral, está formado

Ilustración 1: Anatomía del nervio ciático Fuente: Atlas Anatomía Humana "Netter"

por la combinación del cuatro y el quinto nervios lumbares y por los tres primeros nervios de la región sacra de la columna. (NETTER, 2011)

Cada nervio sale de la columna entre dos segmentos vertebrales y lleva el nombre del nervio que se encuentra en la parte superior de él.

- ✓ El nervio que sale entre el segmento L4 y el segmento L5 se denomina raíz L4 y el nervio que sale del segmento L5 y el segmento S1 se denomina raíz L5.
- ✓ Los nervios que emergen del agujero sacro se denominan nervios S1, S2, S3.

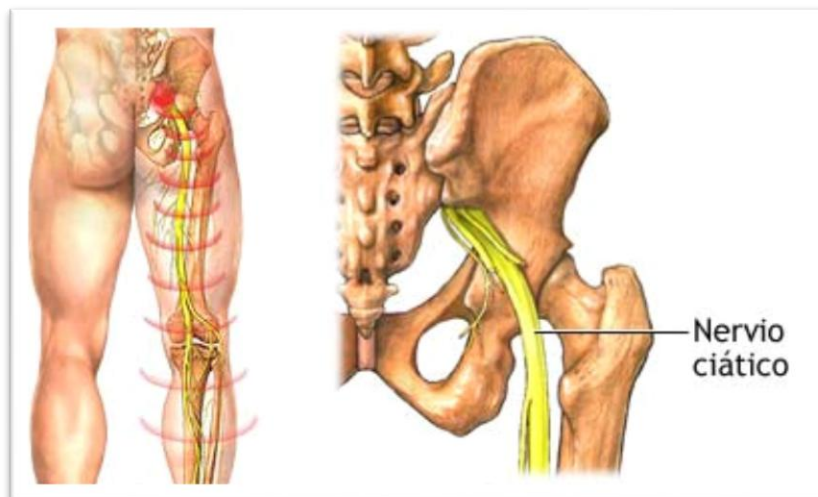
Los cinco nervios se agrupan en la zona frontal del musculo piriforme y se convierten en un solo nervio de gran tamaño. Luego, este nervio se extiende hacia abajo por la parte posterior de cada pierna y se ramifica para así brindar funciones motoras y sensitivas a regiones específicas de las piernas y pies. (ANDRE DELMAS, 2005)



Ilustración 2: Plexo Lumbo-sacro.
Fuente: Anatomía Humana "Delmas"

FISIOLOGÍA: El nervio ciático confiere sensación y fuerza a la pierna, así como los reflejos. Conecta la medula espinal con la parte externa del muslo, los músculos isquiotibiales que se encuentran en la parte posterior del muslo y los músculos de la parte inferior de la pierna y los pies. Por este motivo cuando hay problemas en el nervio puede causar problemas de fuerza, sensibilidad y hormigueo en las zonas que inerva el musculo. (HAFELINGER, 2010)

Cualquier problema que se produzca en la parte inferior de la columna puede afectar uno de los nervios que conecta al nervio ciático, causando una irradiación del dolor en la zona de recorrido del nervio.



*Ilustración 3: Fisiología Nervio Ciatico.
Fuente: Atlas Anatomía Humana "Netter"*

2.2.2.2.NERVIO CIÁTICO Y SU RECORRIDO.

Recorrido: Es el nervio de mayor calibre del cuerpo. Se origina en la división ventral primaria de las raíces de L4 hasta S3 y constituye la continuación de la banda superior del plexo sacro. Salen de la pelvis por el agujero ciático mayor, por debajo del musculo piramidal y continua su trayecto descendente por detrás del isquion,

cubierto a este nivel por el musculo glúteo mayor. Luego cruza por detrás de los músculos obturador interno, géminos y el cuadrado crural, músculos que forman la corredera del ciático. En este trayecto le acompaña el nervio femocutáneo posterior y la arteria glútea anterior. Aporta aquí inervación para la región posterior de la capsula de la articulación de la cadera.

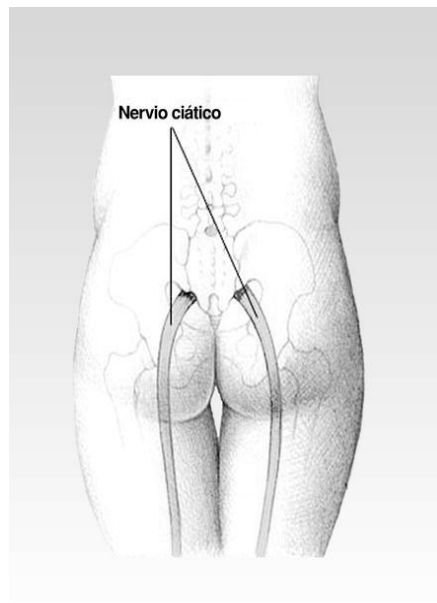
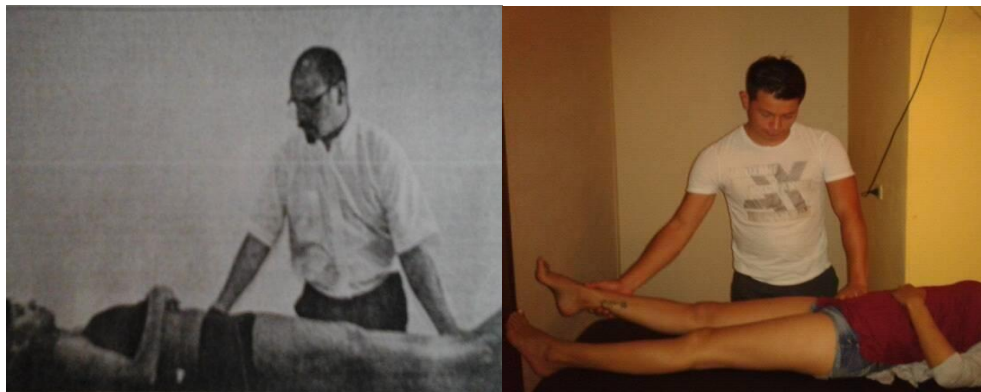


Ilustración 4: Recorrido del nervio Ciático.
Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas
"Zamorano"

Sigue con su trayecto descendente por el muslo, reposando en la cara dorsal del musculo aductor mayor y cruza posteriormente la cabeza larga del bíceps femoral y se coloca en la bisectriz del muslo para seguir su trayecto descendente. El nervio ciático aporta inervación a los músculos semimembranoso, semitendinoso, bíceps femoral y a la porción isquiática del musculo aductor mayor. Por encima de la rodilla se divide en el nervio tibial y el nervio peroneo común. (ZAMORANO, FISIOTERAPIA EN OBTECTRICA, 2013)

2.2.2.3. PRUEBA DE ELEVACIÓN DE LA PIERNA RECTA O PRUEBA DE LASÉGUE

La elevación de la perna es la prueba que se realiza con más frecuencia en la exploración neurortopédica, esta prueba tiene estándares de validación relativamente buenos, especialmente en su aplicación en pacientes con dolor radicular en lo relativo a la sensibilidad y peores en cuanto a la espasticidad que lo hacen una prueba clínicamente útil. El objetivo de esta maniobra es la valoración del nervio ciático y el plexo sacro.



Fotografía 1: Prueba de Laségue
Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas "Zamorano"
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

Posición de partida: el paciente se sitúa decúbito supino con las manos sobre el vientre con la cabeza y el raquis cervical en posición neutra en todos los planos. (Zamorano, 2013)

Ejecución: 1) Se toma contacto con una mano detrás de la pierna cerca del talón y otro delante de la rodilla. 2) se flexiona la cadera lentamente con la rodilla extendida. 3) al aparecer cualquier respuesta adversa como dolor, parestesias, etc. Se puede aplicar la maniobra de diferenciación estructural que desensibilice o sensibilice la

respuesta como rotación interna/externa o movimientos de aducción/abducción de cadera. (Zamorano, 2013)

Respuesta normal: Lo más frecuente es avocar un síntoma descrito en términos de tensión o dolor detrás del muslo, hueco poplíteo y cara posterior de la pierna. Con la prueba de elevación de la pierna recta es posible focalizar la tensión en las ramas terminales del nervio ciático añadiendo parámetros con el tobillo y pie. (Zamorano, 2013)



*Fotografía 2: Prueba De Elevación De La Pierna “Ejecución”
Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa*

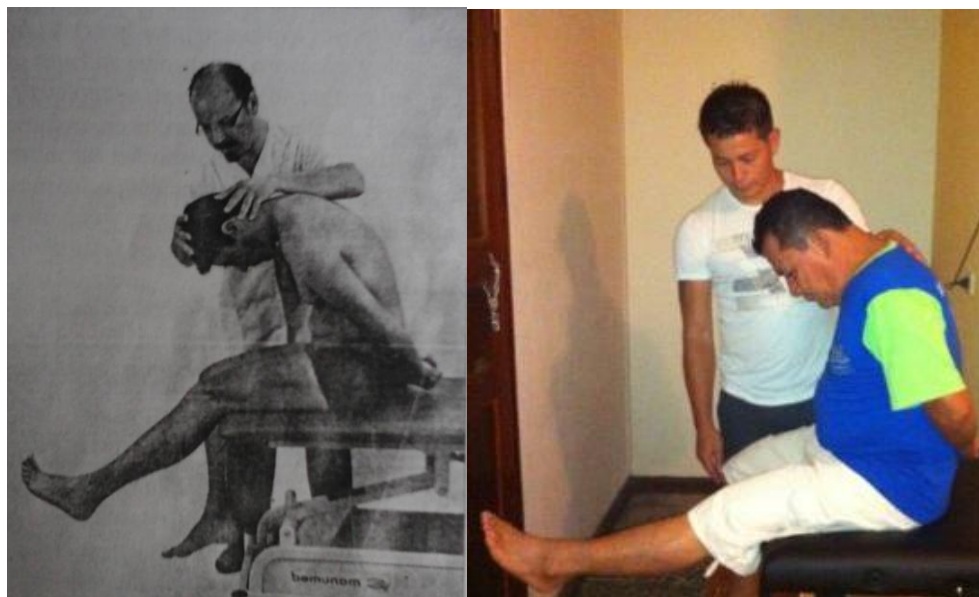
2.2.2.4.PRUEBA DE SLUMP

Esta prueba se conjuga a la elevación de la pierna recta con la puesta de tensión del neuroeje por medio de la flexión del raquis. Se establece así una importante (cuerda de tensión) entre la cabeza y la extremidad inferior, se le atribuye a Maittlandel haber introducido la prueba de slump en la terapia manual y en medicina.



Fotografía 3: Prueba De Slump
Fuente: *Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”*
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

Posición de partida: El paciente debe estar sentado con los muslos completamente apoyados en la camilla y las rodillas en flexión. Se pide al paciente que mantenga las manos unidas por detrás de la espalda. Se recoge información de las sensaciones del paciente en esta etapa. (Zamorano, 2013)



Fotografía 4: Prueba De Slump “Ejecución”
Fuente: *Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”*
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

Ejecución: 1) se pide al paciente que desplome (cifose) la región dorsal y lumbar y se recoge nuevamente las sensaciones evocadas. 2) manteniendo la posición previa se

lleva la región cervical a flexión completa incluyendo la unión creneocervical y se recoge otra vez las sensaciones evocadas por el paciente. 3) se pide al paciente que extienda una rodilla se observa la respuesta subjetiva y objetiva. Se compara las respuestas con la extensión de la rodilla. También pueden hacer con ambas rodillas a la vez. 4) en el momento en que el paciente refiere dificultad o dolor al extender la rodilla se lleva la región cervical a extensión y se observa los cambios en estas respuestas. 5) lo anterior se puede complementar con las posiciones del tobillo y pie empleadas para focalizar la tensión de las ramas terminales del ciático descritos anteriormente. (Zamorano, 2013)

Respuesta normal: las respuestas más frecuentes en esta prueba en personas sanas son: 1) Dorsalgia media y difusa al flexionar el raquis cervical. 2) dolor y tensión posterior del muslo región poplítea y pantorrilla al extender la rodilla. 3) franca disminución de los síntomas al extender la región cervical y aumento del rango de extensión de la rodilla. (Zamorano, 2013)

La maniobra de slump es espacialmente útil en el examen físico de personas con: dolor lumbopelvico con la anteflexión del tronco. Cuadros de dolor a lo largo del recorrido del nervio ciático. (Zamorano, 2013)

2.2.2.5.MANIOMBRA DE DESLIZAMIENTO DEL NERVIO CIÁTICO EN EL MUSLO Y LA CORREDERA CIÁTICA



Fotografía 5: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático En El Muslo
Fuente: *Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”*
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

El objetivo de esta maniobra es deslizar al nervio ciático en el muslo en sentido proximal – distal y viceversa. Se trata de una sencilla maniobra en la que se siguen los pasos descritos a continuación.

Posición de partida: el paciente se sitúa en decúbito supino con las manos sobre el vientre y con la cabeza y el raquis cervical en posición neutra en todos los planos. (Zamorano, 2013)

Ejecución: 1) se toma contacto con una mano detrás de la pierna cerca del talón y con la otra por delante de la rodilla. 2) se flexiona la cadera lentamente manteniendo la rodilla extendida. 3) se identifica la resistencia y la aparición de dolor. 4) una vez hallado el rango óptimo de flexión de cadera con cierta resistencia elástica y libre de dolor, el fisioterapeuta aumenta la presión de cadera y simultáneamente reduce la extensión de rodilla, posteriormente se extiende la rodilla permitiendo que la cadera pierda flexión.

Para deslizar el nervio ciático en relación con la corredera ciática en sentido perpendicular a su eje se puede combinar un movimiento de flexión y abducción de la cadera con otro de extensión y aducción.

2.2.2.6.MANIOBRA DE DESLIZAMIENTO DEL NERVIPO CIÁTICO EN EL MUSLO Y CORREDERA CIÁTICA.

Posición1: La flexión de la cadera combinada con la disminución de la extensión de la rodilla favorece la excursión proximal del nervio ciático. (Zamorano, 2013)



Fotografía 6: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 1”

*Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa*

Posición 2: El aumento de la extensión de la rodilla combinado con la disminución de la flexión de la cadera favorece la excursión distal del nervio ciático en el muslo. (Zamorano, 2013)



Fotografía 7: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 2”

*Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa*

Posición3: La flexión de cadera combinada con la abducción favorece el deslizamiento lateral del nervio ciático en la corredera ciática. (Zamorano, 2013)



Fotografía 8: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 3”
Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

Posición 4: el aumento de la aducción de la cadera combinado con la disminución de la flexión favorece el deslizamiento medial del nervio ciático en la corredera ciática. (Zamorano, 2013)



Fotografía 9: Maniobra De Deslizamiento Del Nervio Ciático “Posición 4”
Fuente: Movilizaciones Neuromeníngeas “Zamorano”
Unidad Ambulatoria IESS – N° 309 Sucúa

2.3 DEFINICIONES DE TÉRMINOS BÁSICOS

Aponeurosis: Es una variedad de tendón aplanado sus fibras de tejido conectivo con blancas y aplanadas, son histológicamente iguales a los tendones. (COSCARELLI, 2012)

Craneoencefalico: Es la relación que tiene el cráneo con el encéfalo y una similitud referente a ellos. (ZAMORANO, FISIOTERAPIA EN OBSTETRICIA, 2013)

Decúbito supino: La posición del cuerpo se encuentra en decúbito supino. Lo que antes miraba hacia adelante ahora mira hacia arriba y lo que antes miraba hacia atrás mira ahora hacia abajo (boca arriba). (COSCARELLI, 2012)

Inervación: Conjunto de las acciones nerviosas, es la acción del sistema nervioso del cuerpo y la distribución de los nervios a las diferentes zonas del cuerpo. (ZAMORANO, MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS, 2013)

Isquion: es cada uno de los huesos situados en la pelvis que forman parte de cada coxal, al fusionarse con el ilion y el pubis. (CARBALLO, 2012)

Neuroeje: Conjunto de órganos que conforman el sistema nervioso central (SNC), el encéfalo y la medula espinal forman parte del neuroeje. (BLEICHMAR, 2012)

Neuropatía: es una enfermedad del sistema nervioso periférico. Un alto porcentaje de personas con diabetes desarrollará daños en su sistema nervioso en algún momento de su vida. Las tres principales formas de daños del sistema nervioso son: neuropatía periférica, neuropatía autonómica y mononeuropatía, aunque la forma más común es la periférica, que afecta principalmente a las piernas y a los pies. (COSCARELLI, 2012)

Obturador: obturador de lámina simple en el extremo exterior del estenope u objetivo, obturador central (o de laminillas) y de plano focal (o de cortina). (COSCARELLI, 2012)

Pubis: es una parte del hueso coxal, y está situado en su parte frontal. (ZAMORANO, FISIOTERAPIA EN OBSTETRICIA, 2013)

Palpación: Es un método de sentir con los dedos o las manos durante una exploración física. El médico toca y siente su cuerpo para examinar el tamaño, la consistencia, la textura, la localización y la sensibilidad de un órgano o parte del cuerpo. (COSCARELLI, 2012)

Semimembranoso: es uno de los músculos del muslo, es el más interno o medial de la parte trasera del muslo, parte de la tuberosidad isquiática y que termina en un poderoso tendón en la superficie posterior de la tibia. (COSCARELLI, 2012)

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS.

Las Movilizaciones Neuromeníngeas serán eficaz para una mejor recuperación de afecciones de dolor lumbar.

2.4.2 VARIABLES.

Variables independientes

Intervención de las movilizaciones neuromeníngeas

Variables dependientes

Personas con afección de dolor lumbar

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTOS
Variables Independiente				
Intervención de las movilizaciones neuromeníngeas	Valoración y tratamiento del sistema nervioso, concebido como un continuo dinámico con el objetivo de disminuir el grado de dolor.	Fisioterapia manual y neural Valoración Tratamiento	Fortalecimiento muscular Estiramientos Relajación Técnicas de carga tencil. Técnicas de movilización con deslizamiento.	Prueba de slump Test de Eva Movilizaciones Ejercicios Higiene postural
Variables Dependientes				
Dolor lumbar	Es el malestar de dolor situado en la zona baja de la espalda, en la columna lumbar.	Patologías Índice de dolor severo	Signos Síntomas Incidencia Causas	Historia Clínica Fisiátrica. Ficha de Observación

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para la realización de este estudio se utilizó los siguientes tipos de investigación.

- ✓ **Cualitativa**, se analizara las cualidades de los pacientes al aplicar el protocolo de tratamiento y describir la realidad de su evolución en todos los elementos correspondientes a la investigación.

- ✓ **Descriptiva**; para detallar los síntomas como: impotencia funcional, rigidez, dolor, acortamiento muscular, que conlleva las afecciones de dolor lumbar dando así tratamiento fisioterapéutico con el fin de mejorar las actividades que realiza en la vida diaria.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación sobre las movilizaciones neuromeníngeas en personas con afecciones de dolor lumbar se va a realizar de manera cualitativa por las características y síntomas que presenten los pacientes y de manera cuantitativa por el número de personas con esta afección que han conseguido alivio a los malestares que conlleva, mediante la intervención de las movilizaciones neuromeníngeas en el área de fisioterapia de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Sucúa N0 309, en la ciudad de Sucúa en el periodo de seis meses siendo el mes de inicio octubre del 2015 y concluyendo en Marzo del 2016 (transverso) , para comprobar que por lo menos el 50% de los pacientes obtienen una mejoría tanto física como psicológica (longitudinal), es una investigación no experimental por lo que no se ha comprobado su eficacia pero existen registros de su efectividad de la aplicación de las movilizaciones neuromeníngeas en diferentes países del mundo.

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es Longitudinal debido a que se obtendrá datos en el mismo grupo de personas con afecciones de dolor lumbar, aplicando el protocolo de tratamiento determinado para cada paciente.

3.2 POBLACIÓN

35 pacientes que acuden al área de fisioterapia de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS N* 309 de la ciudad de Sucúa provincia de Morona Santiago.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Observación.-** Para tener un análisis y recopilación de datos de las personas con afecciones lumbares que acuden al área de fisioterapia de la Unidad de Atención Ambulatoria del IESS – Sucúa N* 309.

- **Historia clínica.**- Dirigida a cada uno de las personas para determinar datos relevantes de como se ha ido desarrollando de mejora de su dolencia.
- **Tabulación.**- Estará encaminada a la obtención de resultados numéricos que se basara en encuestas, cuadros estadísticos que una vez elaborada las tablas de frecuencia se representara mediante distintos gráficos.

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Instrumento para la Observación:** Ficha de evaluación fisioterapéutica.
- **Instrumento para Evaluación:** Historia clínica de cada uno de las personas.

3.4.- Análisis e Interpretación de Resultados.

1.- Resultados de Acuerdo Al Sexo.

Tabla 1 Resultados De Acuerdo Al Sexo

Resultados De Acuerdo Al Sexo.		
Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	18	51%
Femenino	17	49%
Total	35	100%

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

En los siguientes datos obtenidos podemos ver la importancia relativa del género en el cual la tendencia en los de sexo masculino representa 18 personas equivalente a un 51 % de la muestra total Por lo cual vemos que la variable de género masculino la incidencia de la patología tiene las mismas causas debido a la mala higiene postural y actividad laboral ya que en el género masculino su desgaste físico es más notable q en el género femenino.

2.- Resultados De Acuerdo A La Edad.

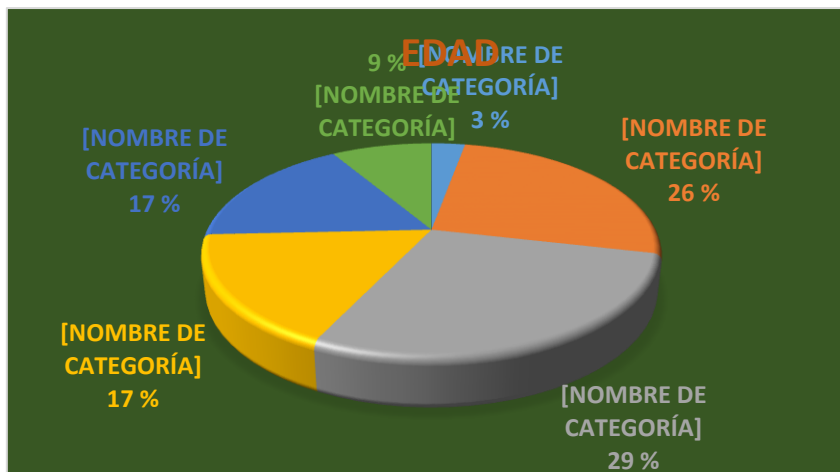
Tabla 2 Resultados De Acuerdo A La Edad

Resultados De Acuerdo A La Edad		
Edad	Cantidad	Porcentaje
10 A 20 Años	1	3%
21 A 30 Años	9	26%
31 A 40 Años	10	29%
41 A 50 Años	6	17%
51 A 60 Años	6	17%
61 A Mas	3	9%

Total	35	100%
-------	----	------

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

En los datos obtenidos con relatividad a la edad de 31 a 40 años existe una mayor tendencia con un numero de 10 personas, siguiéndole entre las edades de 21 a 30 años con un numero de 9 personas, entre las edades de 41 a 50 y 51 a 60 años la tendencia de personas es relativamente igual con un numero 6 representando cada una de las edades y entre las edades de 10 a 20 años su tendencia es mínima con un numero de 1 que representa un (3 %).

De los resultados obtenidos las personas que son más vulnerables a las lesiones de columna vertebral u otro tipo de lesión son aquellas personas que se encuentran en las edades de 18 hasta la edad de jubilación variable entre los 60 a 63 años denominada así la edad productiva laboral.

3.- Resultados Según Su Área De Trabajo.

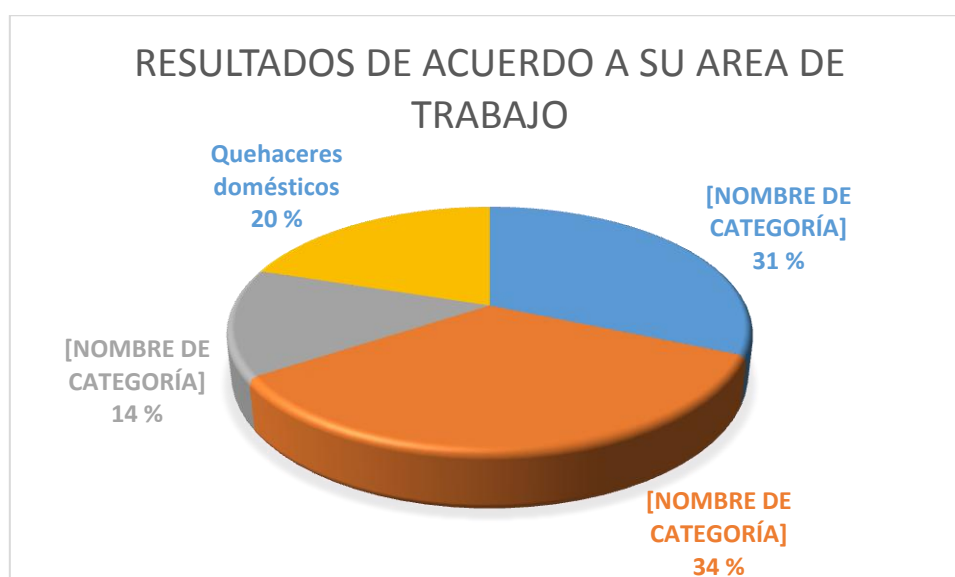
Tabla 3 Resultados De Acuerdo Al Área De Trabajo

Resultados De Acuerdo A Su Área De Trabajo		
Área	Cantidad	Porcentaje

Trabajo De Oficina	11	31%
Obras Públicas o Privadas	12	34%
Trabajo De Campo	5	14%
Quehaceres domésticos.	7	20%
Total	35	100%

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

De la muestra total representado por 35 personas (100%) los individuos que trabajan en el área de Obras Públicas o Privadas tiene mayor tendencia a esta lesión con un numero de 12 personas puesto a que en esta área de trabajo se necesita más esfuerzo y desgaste físico por las actividades laborales, siguiéndole a este dato las personas que trabajan en el área de oficina con un numero de 11 personas, son aquellas personas las cuales la mayor parte del tiempo adoptan posiciones incómodas en los horarios de trabajo, en el área de trabajo de campo tenemos un numero de 5 personas que su dedicación son en el área de la agricultura, ganadería, avicultura, etc.; en el área de ama de casa correspondiente a un numero de 7 personas que son aquellas personas con dominancia del género femenino las cuales realizan actividades en sus hogares adoptando malas higienes posturales.

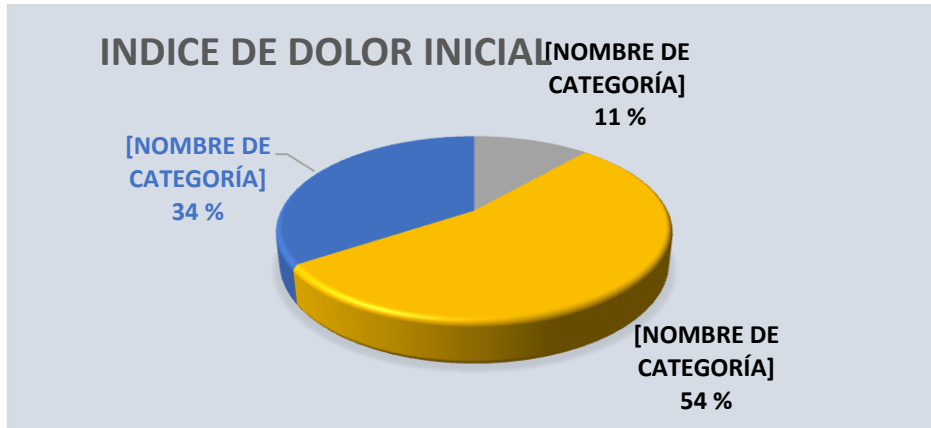
4.- Resultados De Acuerdo Al Índice De Dolor Inicial.

Tabla 4 De acuerdo al índice de dolor inicial

Índice De Dolor Inicial.		
Test De Eva	Cantidad	Porcentaje
Grado 0-1 (Sin Dolor)		0%
Grado 2-3 (Dolor Leve)		0%
Grado 4-5 (Dolor Moderado)	4	11%
Grado 6-7 (Dolor Severo)	19	54%
Grado 8-9 (Dolor Muy Severo)	12	34%
Grado 10 (Máximo Dolor)		0%
Total	35	100%

Elaborado Por: Gustavo Borja 1

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a los datos obtenidos de índice de dolor inicial encontramos una tendencia mayor en los grados de dolor severo relacionados con la escala numérica con el grado 6-7 con un número de personas de 19 que corresponde a un (54%) con respecto al grado de dolor muy severo que es un grado elevado de dolor en la escala numérica de 8-9 tenemos a 12 personas representando un (34%) y finalmente el grado de dolor moderado con 4 personas representando un (12%)

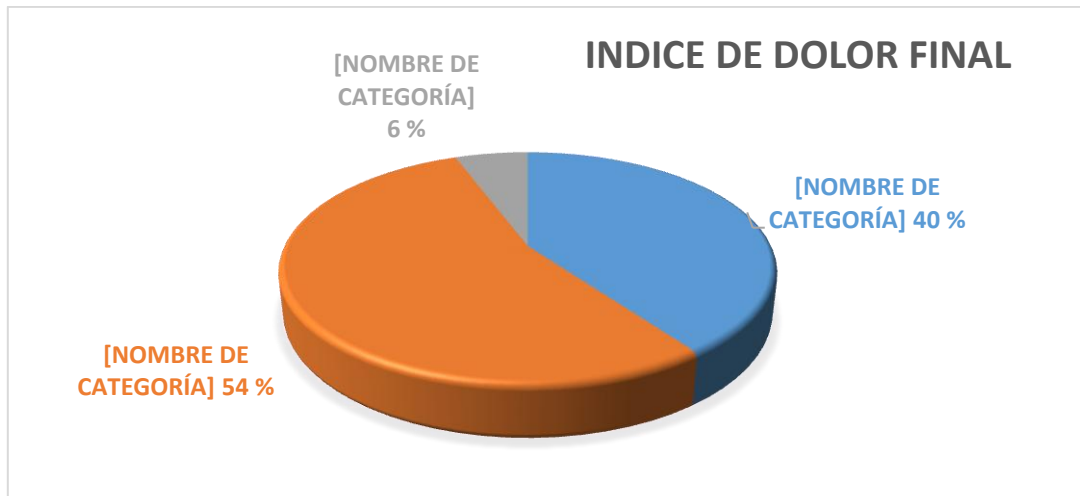
5.- Resultados De Índice De Dolor Final.

Tabla 5 Resultados De Índice De Dolor Final

Índice De Dolor Final		
Test De Eva	Cantidad	Porcentaje
Grado 0-1 (Sin Dolor)	14	40%
Grado 2-3 (Dolor Leve)	19	54%
Grado 4-5 (Dolor Moderado)	2	6%
Grado 6-7 (Dolor Severo)		0%
Grado 8-9 (Dolor Muy Severo)		0%
Grado 10 (Máximo Dolor)		0%
Total	35	100%

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

Con respecto al índice de dolor final de los datos obtenidos tenemos un mayor porcentaje con un (54%) con 19 personas en el grado de dolor leve que con respecto a la escala numérica les ubica en el grado 2-3, con un porcentaje de (40%) tenemos a 14 personas en el grado si dolor representado en la escala numérica con la numeración 0-1 y un mínimo porcentaje en el grado de dolor moderado con un (6%) con 2 personas.

6.- Resultados De Acuerdo A Sesiones Recibidas.

Tabla 6 Resultados Sesiones Recibidas

Sesiones Recibidas.		
Sesiones	Cantidad	Porcentaje
5 A 10	17	49%
11 A 15	14	40%
16 A 20	4	11%
Total	35	100%

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



ANÁLISIS EXPLICATIVO E INTERPRETACIÓN.

De los resultados obtenidos tenemos a las personas que recibieron entre 5 a 10 sesiones equivalente a un número de 17 personas con un tratamiento no muy favorable, con respecto a personas que recibieron de 11 a 15 sesiones de tratamiento tenemos un número de 14 personas con un tratamiento adecuado y conveniente para su reincorporación laboral; tenemos a 4 personas que recibieron de 16 a 20 sesiones de tratamiento completo por lo cual podemos verificar que su malestar ha mejorado notablemente y su desempeño físico y laboral son los adecuados al estado físico de una persona sana.

3.5.- COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

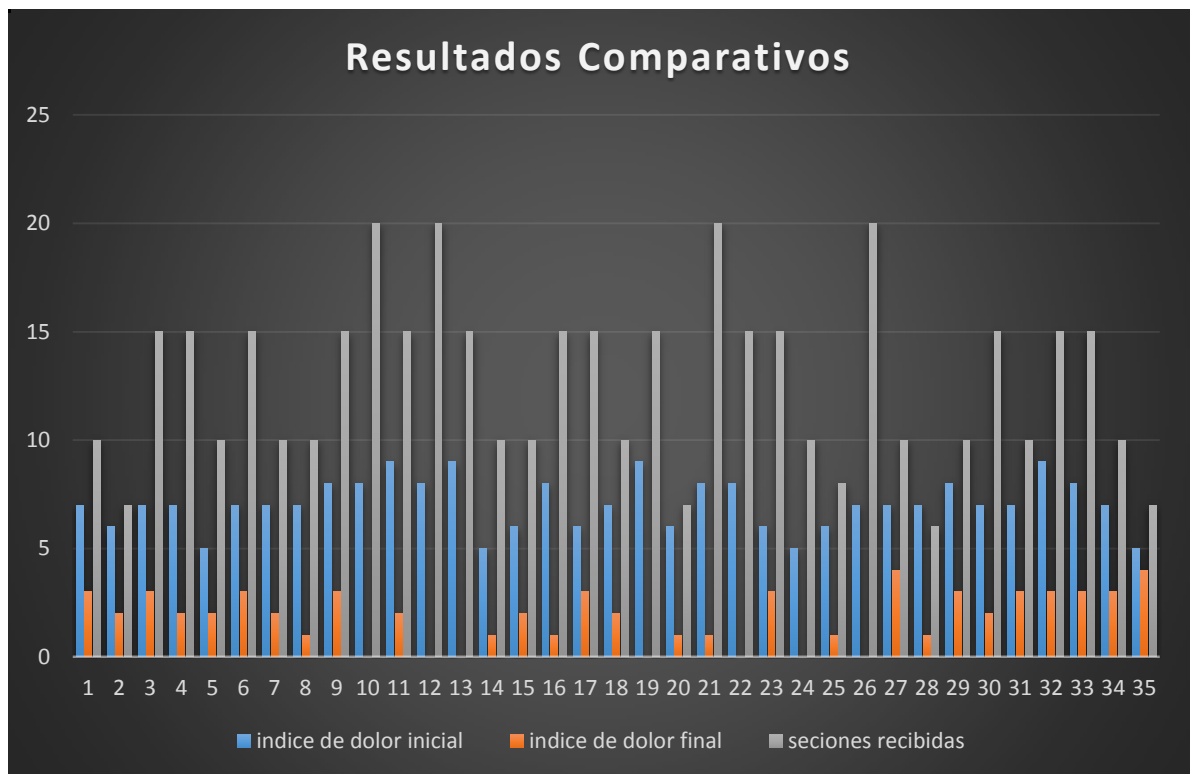
Tabla 7 Resultados comparativos

índice de dolor inicial	índice de dolor final	sesiones recibidas
7	3	10
6	2	7
7	3	15
7	2	15
5	2	10
7	3	15
7	2	10
7	1	10
8	3	15
8	0	20
9	2	15

8	0	20
9	0	15
5	1	10
6	2	10
8	1	15
6	3	15
7	2	10
9	0	15
6	1	7
8	1	20
8	0	15
6	3	15
5	0	10
6	1	8
7	0	20
7	4	10
7	1	6
8	3	10
7	2	15
7	3	10
9	3	15
8	3	15
7	3	10
5	4	7

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309



Con los resultados obtenidos demostramos que las personas que su índice de dolor inicial es de un grado de 8 a 9 (dolor muy severo) o 6 a 7 (dolor severo) en el test de Eva recibió una cantidad de sesiones de 11 a 15 su índice de dolor final disminuyó beneficiosamente a un grado de 0 a 1 (sin dolor) demostrando así que su tratamiento fue completo; con respecto a las personas con los índices de dolor inicial anteriores que recibieron de 5 a 10 sesiones su tratamiento fue incompleto puesto a que este número de personas progresaron rápidamente y sus resultados varían entre los grados de dolor de 2 a 3 (dolor leve). En los resultados obtenidos de las personas que su número de sesiones es de 5 a 10 en los grados de dolor 6 a 7 (dolor severo) y 4 a 5 (dolor moderado) no fue beneficioso por el hecho de no terminar el tratamiento por abandonar o no recibir el tratamiento completo.

En aquellas personas que su recibieron de 16 a 20 sesiones se ubican en el grado de dolor de 8 a 9 (dolor muy severo) su tratamiento fue muy beneficioso ya que este

número de personas disminuyo su grado de dolor de 0 a 1 (sin dolor) reincorporándose a sus labores diarias y llevando así una mejor actividad física.

Esto demuestra que aquellas personas que reciben un tratamiento completo y un número de sesiones adecuada su estado físico mejora ostensiblemente causando bienestar y su reincorporación laboral en menor tiempo.

3.6.- PROPUESTA.

En el protocolo de tratamiento trataremos los siguientes puntos historia clínica, evaluación, observación, test de Eva inicial, test de Eva final, tiempo y frecuencia para seguir todo el proceso de tratamiento de cada paciente y así realizar un seguimiento adecuado. En cada uno de las personas variará el tiempo e intensidad del tratamiento puesto a que cada persona no se encontrara en el estado físico similar a comparación de otra persona con la misma patología.

Protocolo de tratamiento

Elementos	Tiempo	Frecuencia
Historia clínica		Una por paciente al iniciar el tratamiento
Evaluación		Inicio, intermedio y final del tratamiento
Observación		Inicio, intermedio y final del tratamiento
Eva inicial		En evaluación
Eva final		En evaluación
Carlorterapia	15 a 20 minutos	Al inicio de sesión diaria
Maniobra de deslizamiento en el muslo	5 a 7 min	Por sesión
Maniobra de deslizamiento en la corredera ciática posición 1	5 a 7 min	Por sesión
Maniobra de deslizamiento en la corredera ciática posición 2	5 a 7 min	Por sesión
Maniobra de deslizamiento en la corredera ciática posición 3	5 a 7 min	Por sesión
Maniobra de deslizamiento en la corredera ciática posición 4	5 a 7 min	Por sesión

Elaborado Por: Gustavo Borja

Fuente: Datos obtenido de una unidad ambulatoria del IESS- Súcua N° 309

CAPITULO IV

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

- Se comprobó con la evaluación fisioterapéutica que los pacientes que sufrían un dolor o malestar en la zona de la columna lumbar, la razón de su patología refería a la actividad que realiza en su labor diaria de una manera inadecuada.
- Con la aplicación de técnicas y ejercicios neuromeníngeos se consiguió que durante el proceso de tratamiento en afecciones de dolor lumbar los pacientes tengan disminución progresiva del grado de dolor obteniendo un mayor rendimiento físico y puedan sobrellevar las actividades de la vida diaria de una forma armónica y beneficiosa.
- En los resultados que obtuvieron los pacientes en el número de sesiones recibidas aplicando la técnica de movilizaciones neuromeníngeas se logró comprobar las causas e incidencias de la patología y posteriormente su restauración al aplicar un tratamiento adecuado.

4.2. RECOMENDACIONES

- Dar charlas en hospitales y en centros de salud a personas con afecciones de dolor lumbar para dar a conocer sobre la eficacia de las movilizaciones neuromeníngeas de manera permanente con el fin de mantenerlas informadas.

- Aplicar la técnica de movilizaciones neuromeníngeas en pacientes que presenten malestar en la zona baja de su espalda siempre y cuando se tenga un diagnóstico previo para evitar complicaciones y aplicar los diferentes ejercicios fisioterapéuticos aprendidos durante cada sesión para que de esta manera puedan controlar su mecánica corporal y obtener resultados beneficiosos.

- Con los resultados que se obtuvieron en los pacientes mediante la aplicación de las movilizaciones neuromeníngeas difundir a otras personas que presenten la misma patología los beneficios que presenta este tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- AHONEN, J. L. (2001). *Kinesiología y anatomía aplicada a la actividad física*. Barcelona: 2ª. Paidotribo.
- BERBEO. (2003). *M.E.SINDROME DE DOLOR LUMBAR*. BOGOTA COLOMBIA.
- BLEICHMAR, J. C. (2012). *Guía Práctica para la Mujer Embarazada una Historia feliz de nueve meses*. Lea S.A.
- COSCARELLI, L. (2012). Posición Anatómica, Planimetría y Términos de Relación . *FISIOTERAPIA*.
- DANIELS, W. (1997). *PRUEBAS FUNCIONALES MUSCULARES* (Vol. 6). MADRID, ESPAÑA: ESPAÑOLA.
- HAFELINGER, U. (2010). *La Coordinación y el Entrenamiento Propioceptivo*.
- KISNER, C. (2010). *Ejercicio Terapéutico Fundamentos y técnicas* . Buenos Aires : Panamericana.
- M. MARTINEZ MORILLO, J. P. (1998). *Manual de Medicina Física*. Madrid: Harcourt Brace.
- NETTER, F. H. (2011). *Atlas de anatomía humana*.
- ZAMORANO, E. (20013). *MOVILIZACIONES NEUROMENINGEAS*. MADRID: 2013.
- ZAMORANO, E. (2013). *FFISIOTERAPIA EN OBTETRICA* (Vol. Segundo). MADRID, España: PANAMERICANA.
- Zamorano, E. (2013). *Movilizaciones Neuromeníngeas*. MADRID: Editorial Panamericana.

ANEXOS.

Anexo 1.

ANEXO N° 1

HISTORIA CLÍNICA (EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA)

1. ANAMNESIS
DATOS INFORMATIVOS
Nombres y Apellidos:..... Edad:..... Sexo:..... Raza:..... Ocupación:..... Dirección:..... Teléfono:.....
ANTECEDENTES FAMILIALES
.....
ANTECEDENTES PERSONALES
.....
MOTIVO DE CONSULTA
.....

ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....
.....
.....

INFORMES DE ESPECIALIDAD

.....
.....
.....
.....

2. EXAMEN FÍSICO

VALORACIÓN DE DOLOR “TEST DE EVA”



INSPECCION

Edema:.....
.....
Coloración de la piel:.....
Estructura anatómica (alineación de columna lumbar):.....

PALPACIÓN

Edema:.....
.....
Temperatura:.....
.....
Contractura muscular:.....
Tono muscular:.....
.....
Dolor en zonas específicas:.....

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

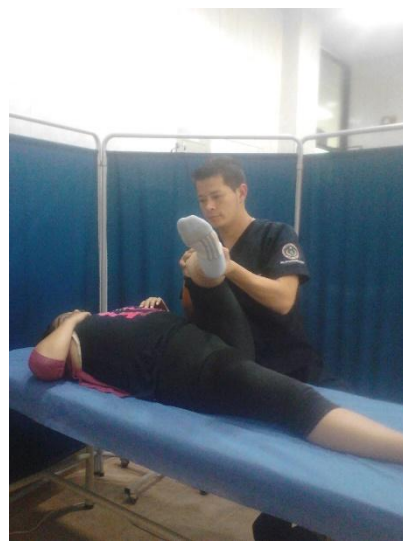
.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO
.....
.....
.....
.....
CONTROL Y EVOLUCIÓN
.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 2.



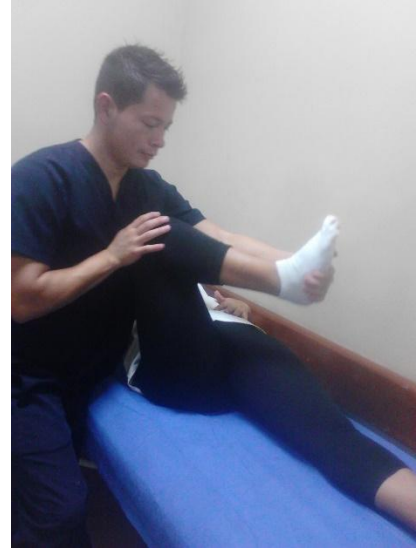
Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



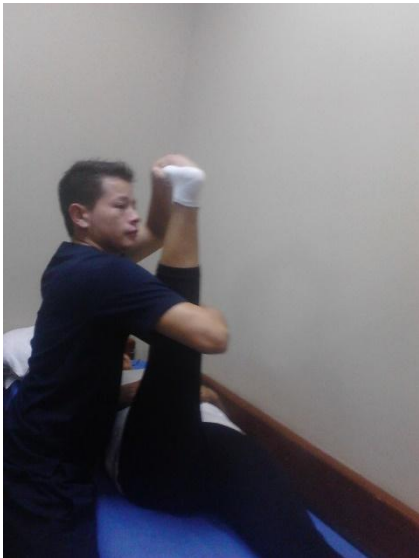
Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja



Fuente: Unidad Ambulatoria IESS – Sucúa N° 309
Elaborado por: Gustavo Borja