



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **Tecnología Médica, Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación**

**EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO
FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES
MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA
FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025**

Trabajo de suficiencia profesional para optar al título profesional de:

Licenciada en Tecnología Médica, Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Autor:

Jazmin Yamilet Martini Rodriguez

Asesor:


Mg. Lic. Myriam Walkiria Surco Paitan

<https://orcid.org/0009-0009-4601-6589>

Lima - Perú

2026

Informe de Similitud

 Página 2 de 59 - Descripción general de integridad Identificador de la entrega trn:oid::1:3491253937

7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...




Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de fuente excluida

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por guiarme, darme fortaleza y sabiduría para culminar esta etapa profesional. A mi hijo Kadmiel quien fue mi mayor motivación durante el proceso de mi trabajo de investigación, a mi esposo y mi madre, por su apoyo incondicional, confianza y motivación constante en cada paso de mi formación.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por brindarme la perseverancia y fortalezas necesarias para culminar esta etapa profesional. Asimismo, expreso mi profundo agradecimiento a mis docentes y asesora por su guía y apoyo constante durante el desarrollo del presente trabajo. Finalmente agradezco a mi familia por su comprensión, motivación y respaldo incondicional en cada paso de este proceso.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| RESUMEN EJECUTIVO | 8 |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 1.1 ORGANIGRAMA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN TERAPIA FÍSICA FISIOFORT..... | 11 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 12 |
| 2.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA | 12 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS | 14 |
| 2.2.1 Programa de intervención fisioterapéutica | 15 |
| 2.2.2 Terapia manual | 17 |
| 2.2.3 Ejercicios fisioterapéuticos..... | 18 |
| 2.3 LIMITACIONES | 20 |
| 2.4 NORMATIVAS DEL TECNÓLOGO MÉDICO: | 20 |
| CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA | 22 |
| 3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO..... | 23 |
| 3.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA | 23 |
| 3.3 OBJETIVO | 24 |
| 3.4 ESTRATEGIA..... | 24 |
| 3.5 METODOLOGÍA | 24 |
| 3.6 HERRAMIENTAS | 27 |
| CAPÍTULO IV. RESULTADOS | 29 |
| 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS..... | 29 |

| | |
|--|----|
| CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 34 |
| 5.1 CONCLUSIONES..... | 34 |
| 5.2 RECOMENDACIONES..... | 35 |
| REFERENCIAS | 37 |
| ANEXOS | 39 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Sexo..... | 29 |
| Tabla 2. Edad | 30 |
| Tabla 3. Ocupación | 30 |
| Tabla 4. Lesiones musculoesqueléticas según segmento corporal | 31 |
| Tabla 5. Dolor al inicio y al final | 31 |
| Tabla 6. Rangos de movimiento al inicio y al final..... | 32 |
| Tabla 7. Fuerza muscular al inicio y al final..... | 32 |

RESUMEN EJECUTIVO

La experiencia profesional se desarrolló en el Centro de Terapia Física Fisiofort, en Lima, durante el año 2025, en un contexto asistencial enfocado en la atención de pacientes con lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas. El problema laboral identificado fue la presencia de pacientes con dolor persistente, limitación funcional y antecedentes de recuperación incompleta, lo que evidenciaba la necesidad de implementar un plan de tratamiento fisioterapéutico individualizado y estructurado.

Para abordar esta problemática, se aplicó un modelo de intervención en cuatro fases que fueron: fase analgésica, recuperación de la movilidad, fortalecimiento y alta fisioterapéutica. Se utilizaron herramientas de evaluación como la ficha fisioterapéutica, la Escala Visual Analógica (EVA), la goniometría y la escala de Daniels para medir dolor, rango de movimiento y fuerza muscular en el pre y post tratamiento. Asimismo, se emplearon agentes físicos, terapia manual, punción seca y ejercicios terapéuticos progresivos.

Los resultados evidenciaron disminución significativa del dolor, mejora del rango articular y aumento de la fuerza muscular en 37 pacientes atendidos. Se concluye que el plan aplicado fue efectivo para la recuperación funcional. Durante el proceso se fortalecieron competencias como evaluación clínica, razonamiento terapéutico, planificación individualizada, trabajo ético y educación al paciente.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La experiencia profesional del presente trabajo de investigación se desarrolla en el Centro Especializado en Terapia Física FISIOFORT, a continuación, se relatan algunos aspectos importantes de dicha institución.

FISIOFORT fue fundada en el año 2017 y se encuentra ubicada en Av. Arnaldo Márquez 2170- Jesús María y cuenta con otra sede en Av. San Luis 2850 San Borja, es una empresa especializada con más de 8 años de trayectoria, dedicados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de lesiones musculoesqueléticas y otras patologías que afectan la calidad de vida y el desempeño laboral.

La sede de Jesús María consta de un primer piso, cuenta con un área de recepción y sala de espera, 5 ambientes para terapia física y un gimnasio; así mismo el centro cuenta con equipos biomédicos. El Centro Especializado de Terapia Física Fisiofort está conformado por Tecnólogos médicos en la especialidad de terapia física y rehabilitación colegiados y habilitados. Fisiofort tiene como objetivo buscar el bienestar y la pronta recuperación de sus pacientes, el cual es guiado durante el proceso de recuperación utilizando una combinación de conocimientos clínicos, técnicas terapéuticas y tecnología avanzada.

En el centro de fisioterapia FISIOFORT, se realiza la evaluación fisioterapéutica integral y personalizada a cada uno de sus pacientes.

En el Centro Especializado de Terapia Física Fisiofort realiza tratamientos en las siguientes áreas:

- Traumatología
- Neurorrehabilitación

EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025

- Terapia Deportiva
- Terapia de Dolor

Misión: Centro de Terapia Física y rehabilitación comprometidos en brindar atención integral de salud especializada, con calidad, calidez, oportunidad, equidad y respeto a la interculturalidad.

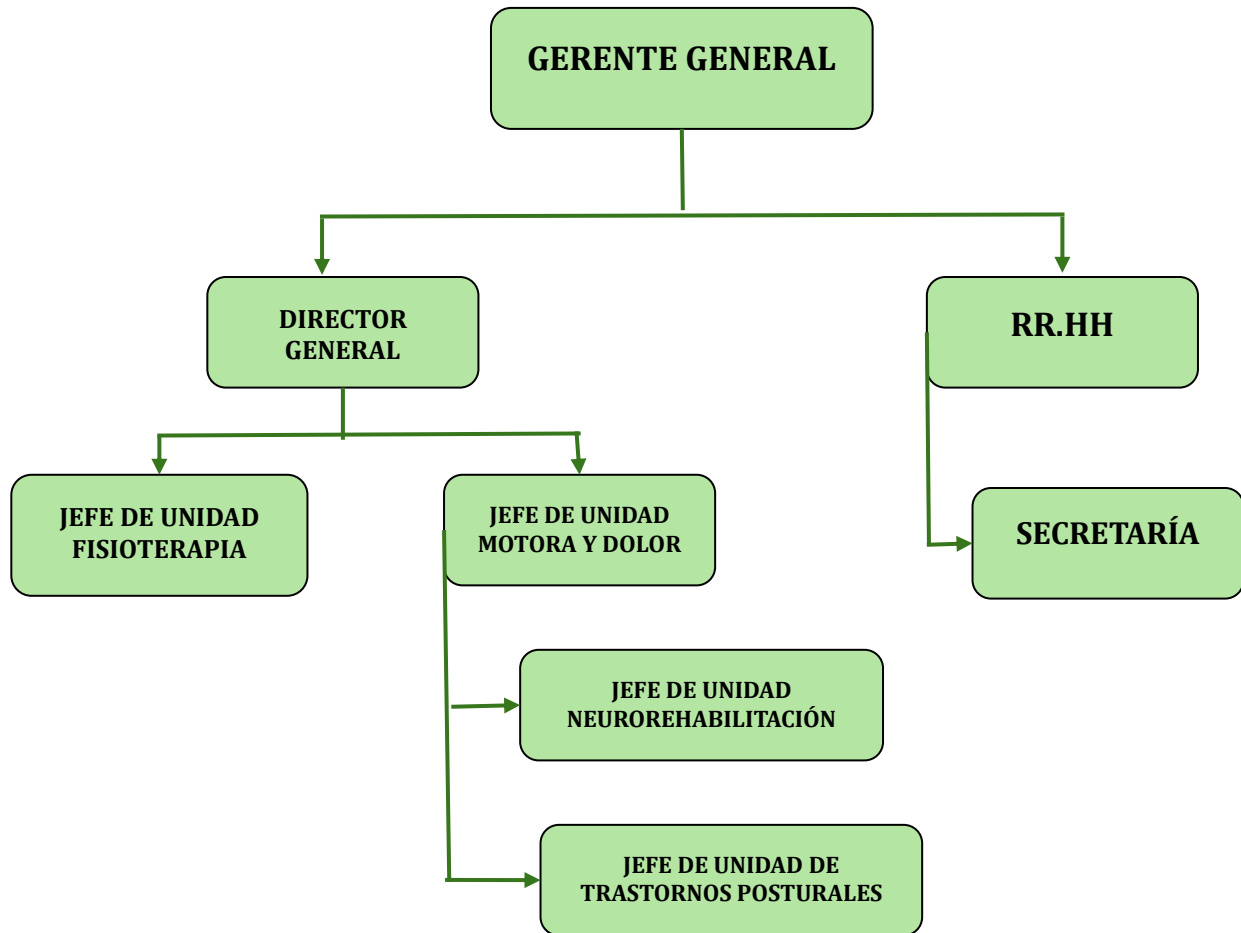
Visión: que para el 2028 FISIOFORT sea un centro líder en terapia física y rehabilitación, reconocido por brindar una atención integral, humana y personalizada que permita a cada paciente recuperar su funcionalidad, mejorar su calidad de vida y alcanzar su máximo potencial de independencia.

Los valores de FISIOFORT son los siguientes:

- ❖ Responsabilidad
- ❖ Empatía
- ❖ Conexión interpersonal
- ❖ Vocación servicial

1.1 ORGANIGRAMA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN TERAPIA FÍSICA

FISIOFORT



CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización mundial de la salud , los trastornos musculoesqueléticos son una de las principales causas de discapacidad en Europa a nivel mundial, en un análisis reciente de los datos de la Carga mundial de enfermedades en el 2019 reveló que aproximadamente el 1.710 millones de personas en el mundo vive con afecciones musculoesqueléticas, siendo la principal causa de discapacidad y limitando significativamente la movilidad y destreza, lo que conlleva al retiro temprano de su centro de labores (OMS, 2021).

En la Unión Europea, cerca de 150 millones de personas que equivale al 30% de la población, padecían de algún trastorno musculoesquelético, siendo las mujeres quienes presentan mayor prevalencia que los hombres y la incidencia aumenta con la edad y el diagnóstico. Las lesiones musculoesqueléticas también son la principal causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo (Verhaar et al. 2021). Así mismo, un estudio demográfico en Portugal reveló que para el 2070 la población del adulto mayor en Portugal crecerá en un 16.1%. Por lo que se necesitará mayor personal para el cuidado de adultos mayores, aumentando de esta manera la incidencia de las lesiones musculoesqueléticas de los trabajadores, así como también del adulto mayor, lo que eleva la prevalencia de lesiones músculo esqueléticas (LME) crónicas y discapacitantes (Minghelli et al. 2025).

Según la Carga Global de Enfermedad (GBD), en el 2019 en Latinoamérica aproximadamente 52 millones de personas tenían algún trastorno musculoesquelético, esto equivale a 7542 casos por cada 100 000 habitantes (Mendoza et al. 2024). Así mismo se desarrollaron estudios comunitarios tipo COPCORD; consiste en un método epidemiológico

usado en América Latina; donde menciona que la prevalencia de dolor musculoesquelético reportado por la población varía según país: Perú \approx 46.6%, Cuba \approx 43.9%, Brasil \approx 30.9%, México \approx 25.5%.

Estos datos reflejan dolor o síntomas musculoesqueléticos en diferentes segmentos de la población. De hecho, el aumento de la prevalencia está relacionado con el envejecimiento de la población, estilos de vida sedentaria y trabajos físicamente exigentes o con mala higiene postural (Quintana et al. 2020).

Así mismo un estudio con metodología COPCORD realizado en Juliaca - Puno evaluó a 1095 participantes de los cuales el 31.7% reportó dolor musculoesquelético en los últimos 7 días, el 12% reportó dolor persistente antes de los 7 días, la incidencia fue mayor en mujeres que en hombres, en este tipo de estudios comunitarios (COPCORD), aproximadamente 1 de cada 3 personas adultas reportan síntomas musculoesqueléticos recientes (Vega, et al. 2020). Además, un estudio con 110 docentes universitarios mostró una alta prevalencia de síntomas musculoesqueléticos principalmente el 67.3% con dolor en la región dorso-lumbar, 44.6% en el hombro, 38.2% con dolor o molestia en muñeca y/o mano y 19.1% en codo y/o antebrazo. Estos síntomas se asociaron con mayor frecuencia en días donde estuvieron trabajando durante al menos 10 horas diarias (García, et al. 2020).

Finalmente se determina que las investigaciones relacionadas con lesiones musculoesqueléticas, nos ha dado una relevancia y brindados datos, sobre cómo influye de manera negativa las lesiones musculoesqueléticas en las actividades de la vida diaria, y así mismo como afecta a los trabajadores en las diferentes áreas laborales.

2.2 BASES TEÓRICAS

Lesiones Musculoesqueléticas: Son aquellas que están asociadas al aparato locomotor ya que generan alteraciones físicas, funcionales y deterioro de las articulaciones u otro tejido como: músculo, tendón, ligamentos, nervios, cartílagos.

Tipo de Lesiones:

- Lesiones musculares son aquellas que afectan directamente al tejido muscular como: contractura (aumento de tono muscular sin rotura de fibras), distensión (estiramiento excesivo del músculo), desgarro (rotura parcial o total de fibras musculares) y contusión muscular (por impacto directo).
- Lesiones tendinosas donde los tendones se encuentran comprometidos como: tendinopatías cuando existe una inflamación aguda del tendón, tendinosis cuando hay degeneración crónica del tendón sin inflamación, tenosinovitis cuando hay inflamación del tendón y su vaina sinovial, rotura tendinosa puede ser parcial o completa.
- Lesiones ligamentarias son las que afectan a los ligamentos que estabilizan las articulaciones, como: esguince de grado I cuando ocurre una distensión leve, esguince de grado II cuando se da una rotura parcial del ligamento, Esguince de grado III cuando existe una rotura completa.
- Lesiones articulares como: luxación (pérdida completa del contacto articular), subluxación (perdida parcial del contacto articular), capsulitis (inflamación de la cápsula articular), artrosis (degeneración del cartílago articular).

- Lesiones óseas como: Fracturas (simples, compuestas, por estrés o conminutas), fisuras (grietas incompletas del hueso), contusión ósea.
- Lesiones por sobreuso estas se dan por movimientos repetitivos o cargas excesivas como: síndrome del manguito rotador, epicondilitis lateral, epicondilitis medial, fascitis plantar, síndrome de la cintilla iliotibial.
- Lesiones posturales y biomecánicas se encuentran relacionadas con malas posturas o desequilibrios posturales como: lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, Escoliosis funcional, alteraciones de la pisada.
- Lesiones traumáticas derivadas de accidentes o impactos como: golpes directos, caídas y accidentes laborales (Subhy & Subhy, 2018).

2.2.1 Programa de intervención fisioterapéutica

Agentes electro físicos:

- Magnetoterapia: El tratamiento mediante campos magnéticos busca abordar diversas patologías a través de la exposición del tejido a intensidades elevadas, utilizando tanto frecuencias bajas como altas. Ya sea que se empleen dispositivos eléctricos de baja corriente o imanes de tipo permanente, la meta de esta intervención es revertir el desbalance biológico generado en los estados inflamatorios. Su propósito principal es contribuir a la regulación del funcionamiento celular, favoreciendo la recuperación del equilibrio biológico que suele verse alterado en procesos inflamatorios, como traumatismos y edemas, promoviendo así una mejor respuesta tisular.

- **Laserterapia:** Es una herramienta de tratamiento para lesiones musculares y osteoarticulares, la misma que destaca por su versatilidad en el manejo del dolor y la inflamación. Sus beneficios terapéuticos abarcan desde el alivio de contracturas y puntos gatillo hasta la estimulación de los mecanismos biológicos de cicatrización. Al promover la recuperación de los tejidos blandos y la eliminación de edemas.
- **Electroterapia:** Se define como el uso sistemático de corrientes eléctricas con fines terapéuticos, las cuales se administran al paciente a través de electrodos en contacto directo con la dermis, de forma subacuática o mediante inducción a distancia. Clínicamente, esta modalidad busca la modulación de respuestas biológicas para obtener beneficios analgésicos y antiinflamatorios, además de promover la optimización del trofismo tisular. En particular, las corrientes de alta frecuencia son esenciales para la potenciación neuromuscular, permitiendo un fortalecimiento muscular efectivo, la reducción de edemas y un control riguroso de la sintomatología dolorosa.
- **Compresas húmedas - calientes:** La administración de calor superficial mediante compresas húmedo-calientes constituye un pilar en la modulación del dolor y la inflamación crónica. Al aprovechar el mecanismo de conducción, se logra una respuesta biológica que incluye el aumento del flujo sanguíneo periférico y la sedación neuromuscular. Estos efectos son determinantes para preparar el sistema musculoesquelético, permitiendo que el terapeuta aborde las retracciones o contracturas con mayor eficacia durante la fase de ejercicios terapéuticos o terapia manual.
- **Terapia combinada:** Mediante el ultrasonido y estímulos eléctricos, la terapia combinada se posiciona como una herramienta clave para la detección de puntos gatillo y áreas con

hipersensibilidad. El objetivo primordial de este protocolo es provocar una respuesta biológica que favorezca la recuperación del tejido y normalice la conducción nerviosa en zonas afectadas por cuadros de dolor agudo o crónico. Al integrar estas dos formas de energía, se logra una mayor eficacia en la localización de zonas con hiperalgesia, facilitando un manejo clínico más asertivo y personalizado.

2.2.2 Terapia manual

Es un enfoque terapéutico que consiste en la evaluación y tratamiento de disfunciones musculoesqueléticas y neuromusculoesqueléticas mediante técnicas realizadas principalmente con las manos. El objetivo está orientado a la modulación del dolor, flexibilidad dinámica de los tejidos, restaurar las capacidades funcionales y en favorecer la recuperación del paciente. Basándose en principios anatómicos, biomecánicos y neurofisiológicos (Kaltenborn, Evjenth, Kaltenborn, Morgan, & Vollowitz, 2014).

La integración de técnicas de fisioterapia invasiva ha ganado protagonismo recientemente debido a su impacto directo en la mejora de la movilidad y el alivio del dolor crónico. En el tratamiento de lesiones del tejido conectivo y muscular, estas herramientas se han consolidado por su capacidad para acortar los tiempos de rehabilitación, garantizando una recuperación funcional más profunda y sostenida.

- **Punción seca:** Se define como un procedimiento intervencionista de mínima invasión orientado al abordaje del síndrome de dolor miofascial. Esta técnica emplea agujas filiformes de calibre reducido para acceder al tejido muscular y desactivar los puntos gatillo miofasciales (PGM), los cuales se caracterizan por ser focos de hipersensibilidad capaces de provocar respuestas nociceptivas y dolor referido hacia el sistema nervioso central. Su

efectividad en el manejo de disfunciones musculoesqueléticas radica en la inducción de una respuesta inflamatoria controlada; se ha documentado que, tras la punción, ocurre una mejora en la perfusión sanguínea y la presión parcial de oxígeno en el área tratada. Dada la naturaleza mínima del micro trauma generado, el tejido muscular completa su proceso de regeneración fisiológica en un periodo aproximado de siete días (Rodríguez & Bardeci, 2022-2023).

2.2.3 Ejercicios fisioterapéuticos

La finalidad de toda prescripción de ejercicio terapéutico radica en la restitución del movimiento y la optimización de las capacidades funcionales, buscando preservar o potenciar la integridad física del paciente.

Tipos de ejercicios que se usan en la rehabilitación de pacientes.

- **Activos libres:** Son movimientos efectuados por la actividad muscular voluntaria del paciente actuando en oposición a una fuerza. El objetivo es la reeducación muscular, recuperar, mantener y/o incrementar la función muscular y el fortalecimiento muscular.
 - **Activos asistidos:** Es el movimiento provocado por la actividad muscular y la ayuda de una fuerza externa sea manual o mecánica.
 - **Pasivos:** el movimiento se da por una fuerza externa donde el paciente no se opone ni ayuda, por ejemplo: movilizaciones pasivas, manipulaciones, tracciones articulares, estiramientos.
- La intervención busca optimizar el rendimiento muscular activo, previniendo activamente contracturas y adherencias miofasciales. De forma paralela, el tratamiento se enfoca en la recuperación de la amplitud articular en aquellas estructuras con movilidad limitada.

- Resistidos: Se define como cualquier modalidad de ejercicio activo en la que se aplica una resistencia extrínseca, con el fin de desafiar la capacidad de contracción del tejido mediante estímulos mecánicos o intervención manual. El propósito es aumentar la fuerza, la resistencia y potencia muscular.

Ejercicios empleados en la rehabilitación física de pacientes con lesiones musculoesqueléticas:

- Estiramientos musculares: con la finalidad es aumentar la amplitud de una articulación limitada por un acortamiento músculo-tendinoso post traumático, mejorar el esquema corporal y la propiocepción, disminuir la tensión muscular y recuperar la movilidad fisiológica de las articulaciones.
- Ejercicios de propiocepción: El objetivo es buscar la estabilidad articular en diferentes superficies inestables, aumenta el control y coordinación motora, mejora el equilibrio estático y dinámico, así mismo reduce el riesgo de nuevas lesiones.
- Ejercicios de fortalecimiento: El objetivo es mejorar la fuerza de los tejidos no contráctiles como huesos, tendones y ligamentos, a medida que aumenta la fuerza de los músculos para adaptarse a las crecientes demandas que soportan, se produce un incremento de la fuerza de tendones y ligamentos en la unión músculo-tendinosa y en la interfaz hueso-ligamento (Kisner & Colby, 2005).
- Facilitación neuro-propioceptiva (FNP): El propósito central es alcanzar la eficiencia funcional óptima, empleando para ello modelos de control motor y técnicas que favorezcan la consolidación de nuevos esquemas de movimiento en el paciente. Además, aumentan la capacidad del paciente para moverse o mantenerse en equilibrio, ayuda al paciente a lograr

movimientos coordinados a través del sincronismo y aumenta la resistencia del paciente evitando la fatiga (Adler, Beckers, & Buck, 2012).

2.3 LIMITACIONES

Durante el desarrollo de las sesiones de fisioterapia se identificaron diversas barreras que dificultaron la continuidad y el progreso adecuado del tratamiento de algunos pacientes en el centro de atención. Entre las principales dificultades se encontró la impuntualidad de los pacientes. Así mismo, se evidenció el incumplimiento de las indicaciones en cuanto a ejercicios. Finalmente, se observó la inasistencia a las sesiones y que no realizaron los ejercicios en casa.

2.4 NORMATIVAS DEL TECNÓLOGO MÉDICO:

Para el ejercicio de la profesión se requiere el título universitario de tecnólogo médico a nombre de la nación y estar inscrito en el Colegio Tecnólogo Médico del Perú. (Ley N° 28456, art. 6, 2003.)

La normativa ética que regula la práctica del tecnólogo médico en el país estipula una serie de compromisos y deberes fundamentales para sus agremiados, entre los que destacan:

- a) La práctica profesional debe estar marcada por el esmero y la calidad asistencial. El tecnólogo médico asume la responsabilidad de mantener una rectitud moral permanente, asegurando que sus acciones; tanto dentro como fuera del entorno sanitario; reflejen los valores de integridad y respeto por la dignidad humana.
- b) El tecnólogo médico debe actuar conforme a la legislación profesional vigente, asegurando que su desempeño diario se ajuste rigurosamente a los lineamientos jurídicos que norman su carrera.

- c) El tecnólogo médico tiene el deber ético de salvaguardar la vida, absteniéndose de ejecutar actos que pongan en riesgo la seguridad o la estabilidad clínica de quienes están bajo su cuidado.
- d) El tecnólogo médico está obligado a ejercer bajo un estricto criterio de imparcialidad y rigor profesional, ofreciendo una asistencia equitativa que ignore distinciones de origen, credo, género o condición social. La diligencia profesional debe ser constante, priorizando la dignidad humana por encima de la naturaleza o gravedad de la enfermedad.

La normativa ética institucional define el acto profesional como cualquier intervención técnica o administrativa efectuada por el tecnólogo médico. Dentro de su marco de competencias, este profesional contribuye al diagnóstico y abordaje terapéutico de diversas patologías y discapacidades, empleando para ello fundamentos científicos, destrezas manuales y tecnologías de vanguardia.

Los actos del Tecnólogo Médico se sujetarán al Código de Ética y Deontología del Colegio Tecnólogo Médico del Perú, así como a la legislación nacional sobre la materia (Colegio Tecnólogo Médico del Perú [CTMP], 2022).

CAPÍTULO III. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Mi trayectoria profesional inició en Fisiofort cuando me encontraba en pregrado cursando 8vo ciclo y tuve la oportunidad de realizar una pasantía en Enero del 2022, al inicio estuve bajo la guía y supervisión de la Lic. Yeimy Aguirre, quien desde un inicio estuvo dispuesta a compartir su conocimiento práctico y teórico, ya que al culminar la etapa de pregrado durante la pandemia no tuve la oportunidad de llevar mis clases prácticas de manera presencial, por lo que al principio tuve dificultades en el desenvolvimiento laboral. La etapa de pasantía duró 6 meses, me sirvieron para desarrollar mis habilidades profesionales para desenvolverme de manera práctica. Al término de la pasantía, el Lic. Orlando Vásquez me brinda la oportunidad de ser parte de la empresa, porque vio una evolución positiva de mi práctica profesional.

En Julio de 2022 empezó oficialmente mi etapa profesional, atendiendo independientemente y de manera integral a cada uno de mis pacientes, en diferentes especialidades como: neurorrehabilitación, terapia deportiva, terapia de dolor y traumatología, la cual duró hasta noviembre del 2022.

Luego en enero del 2025, me reincorporé siendo bachiller Tecnólogo Médico en la Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación. Actualmente vengo desenvolviéndome en el rol asistencial de pacientes con diferentes diagnósticos.

Mis funciones dentro del centro son las siguientes:

1. Evaluar a los pacientes con afecciones musculoesqueléticas y/o traumatológicas.
2. Elaborar y ejecutar un plan de tratamiento individualizado según el diagnóstico y objetivo fisioterapéutico.

3. Aplicar agentes físicos, técnicas de terapia manual y ejercicios terapéuticos para la recuperación funcional.
4. Monitorear la evolución del paciente, ajustando el plan de tratamiento según la respuesta clínica del paciente.
5. Brindar educación al paciente sobre la prevención de lesiones y autocuidado

3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En la primera visita se realiza el registro de los pacientes y se les da una tarjeta de control en el área de recepción; luego en el área de tóxico se procede a medir la saturación, frecuencia cardíaca y presión arterial, para verificar que el paciente esté en condiciones de poder realizar las sesiones de terapia con normalidad. A continuación, ingresan al ambiente de traumatología donde se realiza la evaluación fisioterapéutica, el ambiente cuenta con un negoscopio para poder ver las placas radiográficas, durante la entrevista le pedimos que nos brinde sus antecedentes patológicos, y luego evaluamos el cuadro clínico, y dentro del mismo hacemos uso de tres herramientas importantes que son: la escala análoga visual (EVA), escala de Daniels y la goniometría. Recolectando así los datos necesarios para formular el diagnóstico fisioterapéutico y plan de tratamiento, finalmente se le explica cuáles son los procedimientos durante la terapia.

3.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Existe una población de pacientes con afecciones musculoesqueléticas agudas y crónicas; en el caso de estos últimos la sintomatología se mantuvo en el tiempo e inclusive el cuadro clínico empeoró debido a la falta de una resolución funcional adecuada a través de la intervención fisioterapéutica. Por lo que es indispensable establecer e implementar un tratamiento fisioterapéutico individualizado en pacientes que presentan afecciones

musculoesqueléticas por primera vez, así como también en aquellos pacientes que presentan antecedentes de lesiones con recuperación incompleta, a partir de una evaluación integral, con el fin de responder a sus necesidades clínicas y funcionales, facilitar su recuperación y optimizar su calidad de vida.

3.3 OBJETIVO

Demostrar los efectos del plan de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con lesiones musculoesquelética abordados en el Centro de Terapia Física Fisiofort.

3.4 ESTRATEGIA

- Realizar un plan de tratamiento personalizado para los pacientes con lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas.
- Evaluación al inicio y término del abordaje, con el fin de comparar los cambios logrados a lo largo del tratamiento.
- Seguimiento virtual mediante WhatsApp los días posteriores a las sesiones de terapia, a pacientes a los que se realizó el procedimiento de punción seca.
- Integrar estrategias de educación al paciente orientadas a la prevención de recaídas, brindando las indicaciones oportunas post tratamiento.

3.5 METODOLOGÍA

La experiencia profesional se llevó a cabo en el Centro de Terapia Física Fisiofort, ubicado en la ciudad de Lima, durante el año 2025.

La población estuvo conformada por 37 pacientes con lesiones musculoesqueléticas agudas y crónicas, que concurrieron al Centro de Terapia Física Fisiofort y recibieron atención fisioterapéutica durante el periodo de desarrollo del trabajo.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de lesiones musculoesqueléticas.
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes que sean mayores de edad
- Pacientes atendidos en el centro durante la implementación del plan de tratamiento fisioterapéutico.

Se aplicó un plan de tratamiento fisioterapéutico individualizado, elaborado a partir de la evaluación clínica inicial de cada paciente. Dicho plan incluyó el uso de agentes físicos, terapia manual y ejercicios fisioterapéuticos. Según el tipo y severidad de la lesión musculoesquelética, con el fin de mejorar la funcionalidad, mitigar la sintomatología álgica y favorecer la recuperación física.

El proceso de valoración fisioterapéutica a través de la anamnesis y examen físico minucioso, permite al fisioterapeuta identificar los hallazgos más significativos para establecer un perfil preciso del estado funcional del paciente. Logrando así elaborar y ofrecer el plan de tratamiento más óptimo y personalizado, ajustado estrictamente a los requerimientos del paciente para asegurar una recuperación integral de calidad.

El abordaje fisioterapéutico planteado consta de 15 sesiones y tiene cuatro fases:

Fase I: Analgésica e inflamatoria

Casos agudos: Esta fase se lleva a cabo en la camilla y consta de 5 sesiones en las que se aplica agentes físicos y terapia manual. En este periodo mi objetivo es disminuir el dolor y la inflamación. Empleando el uso de terapia combinada de entre 6 a 7 minutos dependiendo la zona, electroterapia de 15 a 20 minutos en promedio acompañado de termoterapia (compresas calientes). Asimismo, aplico técnicas de terapia manual como masaje terapéutico y liberación miofascial siempre a tolerancia del paciente el tiempo de aplicación es de 25 minutos aproximadamente.

Casos crónicos: Esta fase se lleva a cabo en la camilla y consta de 5 sesiones en las que se aplica agentes físicos y terapia manual. En este periodo mi objetivo es disminuir el dolor y la inflamación. Empleando el uso de la Magnetoterapia por un mínimo de 30 minutos, electroterapia por 15 minutos acompañado de la aplicación de contraste con termoterapia (compresas calientes) por 5 min. y crioterapia (compresas frías) por 5 min, alternando. Asimismo, aplico técnicas de terapia manual como masaje terapéutico y liberación miofascial siempre a tolerancia del paciente el tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente. Finalmente se realiza la aplicación de punción seca en los músculos que presentan puntos gatillos activos y latentes.

Fase II: Recuperación de la movilidad

Casos agudos: Esta fase se lleva a cabo en la camilla y consta de 5 sesiones en las que trabajo con agentes físicos puntuales como ultrasonido en cavitación de 5 a 6 minutos. Luego inicio con movilizaciones activas, seguidamente empiezo a realizar estiramientos del grupo muscular que

está siendo tratado siempre a tolerancia del paciente y sin forzar, es importante trabajar sin dolor. Finalmente aplico electroterapia más termoterapia o crioterapia por un tiempo de 10 min.

Casos crónicos: Esta fase se lleva a cabo en la camilla y consta de 5 sesiones en las que trabajo con agentes físicos puntuales como terapia combinada durante 5 a 6 minutos. Luego inicio con movilizaciones pasivas y activo asistidas, seguidamente empiezo a realizar estiramientos del grupo muscular que está siendo tratado siempre a tolerancia del paciente y sin forzar, es importante trabajar sin dolor. Finalmente aplico punción seca en los músculos que aún presentan restricción por la presencia de puntos gatillos activos y acompañamiento con electroterapia (TENS) más termoterapia por 15 min.

Fase III: Fortalecimiento y readaptación funcional

Esta fase consta de 5 sesiones en la que derivó al paciente al gimnasio para trabajar ejercicios isométricos de manera suave, sin resistencia excesiva ni dolor. Realizo cargas progresivas de forma controlada evitando la fatiga del músculo que está siendo fortalecido y verifico la ejecución de los ejercicios que realiza. Posteriormente añado ejercicios excéntricos y según el tipo de lesión musculoesquelética del paciente se indica ejercicios pliométricos.

Fase IV: Alta fisioterapéutica y recomendaciones

En la sesión número 15 el paciente se va de alta, y se le realiza una serie de recomendaciones a seguir, por ejemplo: que se realice la descarga muscular una vez al mes como mínimo, seguir ejecutando los ejercicios aprendidos de manera diaria o inter diaria al menos una vez al día.

3.6 HERRAMIENTAS

Para el desarrollo del trabajo se emplearon las siguientes herramientas-

EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025

- Ficha de evaluación fisioterapéutica.
- Escala visual analógica (EVA)
- Goniometría de miembros superior, miembro inferior y tronco
- Escala de Daniels evaluación de los grupos musculares de miembros superior, miembro inferior y tronco

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En el siguiente apartado se describen los datos recopilados y los resultados obtenidos durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, el cual tuvo como finalidad analizar y demostrar los efectos del plan de tratamiento fisioterapéutico en pacientes con lesiones musculoesqueléticas. La información analizada fue recolectada a partir del uso de historias clínicas, garantizando la confidencialidad y el manejo ético de los datos.

Con el propósito de efectuar la tabulación y la interpretación de los hallazgos de la información, se emplearon herramientas estadísticas descriptivas mediante el uso del programa Microsoft Excel, lo cual permitió organizar los datos, calcular indicadores relevantes y representar los resultados a través de tablas y gráficos. Los hallazgos que se expondrán a continuación facilitan la comprensión de la situación evaluada y constituyen un sustento objetivo para la toma de decisiones y las conclusiones del presente trabajo.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1

Sexo

| Sexo | N | % |
|----------------|----------|----------|
| Mujeres | 23 | 62% |
| Hombres | 14 | 38% |

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 muestra que el 38% son de sexo masculino (14) y el 62% son de sexo femenino (23).

Tabla 2

Edad

| Edades | N | % |
|---------------|----------|----------|
| 20-35 | 6 | 16% |
| 35-50 | 13 | 35% |
| 50-65 | 6 | 16% |
| 65-90 | 12 | 32% |

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se observa la clasificación por grupos etarios, donde el grupo de adultos 35 a 50 años, quienes constituyen el 35% de la muestra (13 pacientes). Le siguen de cerca los adultos mayores de 65 a 90 años con un 32%, mientras que los grupos de 20 a 35 y 50 a 65 años presentan una distribución equitativa de 6 pacientes, representando cada uno el 16% del total.

Tabla 3

Ocupación

| OCUPACIÓN | N | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Comerciante independiente | 7 | 21% |
| Oficina | 18 | 47% |
| Estudiante | 2 | 6% |
| Panadero | 1 | 3% |
| Ama de casa | 8 | 21% |
| Personal de salud | 1 | 3% |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 6 muestra la distribución de los pacientes según ocupación, predominando el grupo que labora en oficina con el 47% (16), seguido de comerciantes independientes y amas de casa 21%

(8) cada uno. En menor proporción se encuentran estudiantes 6% (2), personal de salud y panadero con el 3% (1) cada uno.

Tabla 4

Lesiones musculoesqueléticas según segmento corporal

| | N | % |
|-------------------------|----------|----------|
| MIEMBRO SUPERIOR | 21 | 57% |
| MIEMBRO INFERIOR | 16 | 43% |

Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el 57% (21) de los casos corresponde a afectación de miembro superior, mientras que el 43% (16) presenta compromiso de miembro inferior.

Tabla 5

Dolor al inicio y al final

| Clasificación (EVA) | Rango | N. Paciente INICIO | %INICIO | N. Paciente FINAL | % FINAL |
|----------------------------|--------------|---------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| Sin Dolor | 0 | 0 | 0.00% | 32 | 86.49% |
| Leve | 1-3 | 2 | 5.41% | 5 | 13.51% |
| Moderado | 4-6 | 8 | 21.62% | 0 | 0.00% |
| Intenso | 7-10 | 27 | 72.97% | 0 | 0.00% |
| Total | | 37 | 100% | 37 | 100% |

Fuente: Elaboración propia.

Al inicio la Tabla 3 muestra que la mayoría presentaba dolor intenso (72.97%) y moderado (21.62%), mientras que al final del tratamiento el 86.49% se encontró sin dolor y solo un 13.51% indicó dolor leve, sin casos de dolor moderado o intenso.

Tabla 6

Rangos de movimiento al inicio y al final

| Clasificación | N. Paciente INICIO | %INICIO | N. Paciente FINAL | % FINAL |
|---------------------|--------------------|-------------|-------------------|-------------|
| Limitación leve | 10 | 28% | 28 | 78% |
| Limitación moderada | 15 | 42% | 4 | 11% |
| Limitación severa | 11 | 31% | 4 | 11% |
| Total | 36 | 100% | 36 | 100% |

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 4 muestra que al inicio predominaban las limitaciones moderadas con el 42% y severas con el 31%; al finalizar el tratamiento, presentan limitación leve el 78% y limitación moderada y severa un 11% cada una.

Tabla 7

Fuerza muscular al inicio y al final

| Grado Daniels (0-5) | Inicio de Tratamiento | | Fin de Tratamiento | | |
|---------------------|-----------------------|----------------|--------------------|----------------|-----------------|
| | Nº de Paciente (n) | Porcentaje (%) | Nº de Paciente (n) | Porcentaje (%) | Cambio Neto (n) |
| 0 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 |
| 1 | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 |
| 2 | 7 | 18.9% | 1 | 2.7% | -6 |
| 3 | 16 | 43.2% | 4 | 10.8% | -12 |
| 4 | 14 | 37.8% | 7 | 18.9% | -7 |
| | 0 | 0.0% | 0 | 0.0% | 0 |
| Total | 37 | 100.0% | 12 | 32.4% | -25 |

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 5 muestra que una mayor proporción se concentró en el grado 3 (43.2%), seguido del grado 4 (37.8%) y del grado 2 (18.9%). No se registraron pacientes en los grados 0 ni 1.

Al finalizar el tratamiento, específicamente, el grado 2 presenta el 2.7% (1), el grado 3 presenta el 10.8% (4) y el grado 4 presenta el 18.9% (7). En términos porcentuales, al final del tratamiento solo el 32.4% (12) de los pacientes permanecía dentro de estos grados evaluados.

Se registró una reducción absoluta de 25 casos, lo que denota una atenuación considerable del déficit de fuerza dentro de la escala de valoración utilizada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. En concordancia con el propósito de determinar la eficacia del abordaje fisioterapéutico en pacientes con afecciones musculoesqueléticas del Centro de Terapia Física Fisiofort, los hallazgos ratifican que la estrategia terapéutica implementada logró resultados favorables, confirmando que las técnicas aplicadas cumplieron satisfactoriamente con los objetivos terapéuticos trazados.
2. La intervención fisioterapéutica implementada exhibió una notable capacidad en el control del síntoma doloroso. Mientras que en la fase inicial prevalecían cuadros de intensidad moderada y severa, la evaluación final reflejó una remisión total en la mayoría de los casos. Solo una fracción mínima de la muestra manifestó sintomatología leve, eliminándose por completo los registros de dolor incapacitante.
3. Los hallazgos ratifican una optimización de los rangos de movimiento (ROM), tras el abordaje fisioterapéutico. Se observó una evolución favorable en los arcos de movilidad; mientras que el diagnóstico inicial revelaba restricciones moderadas y severas, la fase final mostró que el 78% de la muestra alcanzó una limitación mínima. Este marcado descenso en los niveles de rigidez confirma el impacto positivo de la intervención en la capacidad funcional del paciente.
4. El abordaje fisioterapéutico propició una evolución favorable en la capacidad contráctil de la muestra. Al inicio, la casuística se concentraba en los estadios 3 y 4 de la escala de fuerza, denotando una deficiencia moderada; sin embargo, tras la intervención fisioterapéutica, se registró un decremento neto de 25 pacientes en los niveles inferiores 2, 3 y 4. Este

desplazamiento hacia los rangos de normalidad ratifica el éxito del programa en la restitución del trofismo y la potencia muscular.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere el diseño de planes terapéuticos personalizados según diagnóstico, edad, ocupación y nivel funcional del paciente, considerando la progresión adecuada de cargas y fases para optimizar la recuperación.
2. Para lograr un monitoreo efectivo de la evolución del paciente y un seguimiento dinámico en el proceso de rehabilitación recomiendo implementar las siguientes estrategias: brindar material audio visual de los ejercicios que el paciente debe realizar en casa, establecer indicadores de progreso, implementar programas educativos estructurados sobre higiene postural, ergonomía laboral; con el fin de prevenir recaídas y promover el autocuidado a largo plazo.
3. Se recomienda la creación de una base de datos institucional que permita analizar indicadores de mejora funcional, dolor y fuerza muscular, contribuyendo a la mejora continua del servicio.
4. Implementación de programas de mantenimiento funcional, tras haber logrado una optimización del 78% en los arcos de movilidad (ROM), se sugiere diseñar programas de ejercicios de mantenimiento post-alta. Con el fin de prevenir la reincidencia de rigidez articular y asegurar que la autonomía funcional alcanzada se preserve a largo plazo.
5. Considerando que se logró eliminar los registros de dolor incapacitante, se recomienda la capacitación continua del personal en técnicas de vanguardia para el manejo de la mitigación del

dolor, asegurando que el centro se mantenga como un referente en la recuperación acelerada de procesos inflamatorios y degenerativos.

REFERENCIAS

- Adler, S., Beckers, D., & Buck, M. (2012). *La facilitación neuromuscular propioceptiva en la práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Albornoz, M., Maya, J., & Toledo, J. (2016). *Electroterapia practica- Avances en investigación clínica*. Barcelona : Elsevier España.
- Burton, D. G. (2019). *Prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en músicos: Una revisión sistemática*. Rev Asoc Esp Med Trab, 10.
- Colegio Tecnólogo Médico del Perú. (2022). *Código de Ética del Colegio Tecnólogo Médico del Perú*. Obtenido de <https://ctmperu.org.pe/core/wp-content/uploads/2023/06/N%C2%B0-125-CTMP-CN-2022-Aprobacion-Codigo-de-Etica-del-Colegio-Tecnologo-Medico-del-Peru.pdf>
- Delgado, C., López, Á., & Freire, M. (2025). *Eficacia de la Fisioterapia en la Recuperación de Pacientes con Lesiones Musculoesqueléticas: Un estudio longitudinal*. Revista Científica, 14.
- Fandiño, C., & Saza, B. (2021). *Tesis Prevalencia de lesiones musculoesqueléticas en trabajadores bajo la modalidad de teletrabajo entre los años 2016 al 2020 a partir de una revisión de literatura. Administrador en salud ocupacional*. Corporación universitaria minuto de Dios sede Virtual y a Distancia.
- García, E. S. (2020). *Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en docentes universitarios que realizan teletrabajo en tiempos de COVID-19*. Scielo.
- Kaltenborn, F., Evjenth, O., Kaltenborn, T., Morgan, D., & Vollowitz, E. (2014). *Manual mobilization of the joints: The Kaltenborn method of joint examination and treatment*. Orthopedic Physical Therapy Products.
- Kisner, C., & Colby, L. (2005). *Ejercicio terapéutico - Fundamentos y técnicas*. Paidotribo.

- Mendoza, C., Etchegaray, I., Munguía, P., Rojas, A., Osorio, Á., Méndez, S., & García, M. (2024). *Carga de otros trastornos musculoesqueléticos en América Latina y el Caribe*. 1-7.
- Minghelli, B., Inácio, A., Pinho, M., Rafael, D., Ribeiro, R., & Colaco, C. (2025). *Lesiones musculoesqueléticas relacionadas con el trabajo en cuidadores formales de residencias de ancianos portuguesas*. Assoc Med Bras, 6.
- Quintana, R. S.-B.-E. (2020). *Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos y enfermedades reumáticas en la población indígena Qom de Rosario, Argentina*. Clinical Reumatol, 10.
- Rodríguez, L., & Bardeci, M. (2022-2023). *Tesis. Beneficios de la fisioterapia invasiva sobre el dolor, la función y el tiempo de recuperación en el tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas no traumáticas*. Licenciado en Fisioterapia . Valencia, España: Universidad Europea de Valencia.
- Salirrosas, G., & Poma, S. (Julio de 2020). *Prevalencia de trastornos musculoesqueléticos en docentes universitarios que realizan teletrabajo en tiempos de COVID-19*. Lima.
- salud, O. m. (8 de Febrero de 2021). Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions?utm_source=chatgpt.com
- Subhy, A., & Subhy, M. (Octubre de 2018). *Intechopen*. Obtenido de <https://www.intechopen.com/chapters/64561>
- Tirado, G., & Gavidia, S. (2022). *Grado de dolor, trastornos musculoesqueléticos más frecuentes y características sociodemográficas de pacientes atendidos en el Área de Terapia Física y Rehabilitación de un centro médico de Villa El Salvador, Lima, Perú*. Scielo Perú.
- Vega, O. C. (Septiembre de 2020). *PubMed*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28284771/>
- Verhaar, K.-A. L. (2021). *The EFORT White Book: "Orthopaedics and Traumatology in Europe"*. (J. N. Verhaar, P. Kjaersgaard-Andersen, D. Limb, K.-P. Günther, & T. Karachalios, Edits.) Reino Unido: Dennis Barber Limited.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es conducida por **Jazmín Yamilet Martini Rodríguez**, de la Universidad Privada del Norte. La meta de este estudio es comprobar "EFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT"

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Jazmín Yamilet Martini Rodríguez**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es para realizar un trabajo de investigación para la obtención del Título Profesional de Tecnólogo Médico en la especialidad de **Terapia Física y Rehabilitación**

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a **Jazmín Martini Rodríguez** al celular 939343105.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a **Jazmín Martini Rodríguez** en el número de celular anteriormente mencionado.

Jazmín Yamilet Martini Rodríguez

Firma del Participante

Fecha:

ANEXO N° 2



FICHA DE EVALUACIÓN FISIOTERAPÉUTICA

FECHA:/...../..... N°H:

APELLIDOS Y NOMBRES: D.N.I.:

PESO: TALLA: SEXO: M () F () E-MAIL:

EDAD: ESTADO CIVIL: N° HIJOS:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:

PROCEDENCIA: MENCIONAR TIPO DE SEGURO:

FAMILIARES CON QUIENES VIVE:

OCCUPACIÓN:

H. LABORABLES:

FISIOTERAPEUTA:

DIAGNÓSTICO:

HISTORIA DE ENFERMEDAD:

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: SI () NO () ANTECEDENTES:

| | | | | | |
|----------|------------|--------------|-----------------|---------------|---------|
| Diabetes | HTA: | Cardiopatías | Fracturas | Transfusiones | Otros: |
| Alergias | Accidentes | Cáncer | Signos Vitales: | | |
| | | | P.A: | T°: | FC: FR: |

ANTECEDENTES FAMILIARES:

RECIBIÓ TRATAMIENTO: SI () NO ()

CONCLUIDO: SI () NO ()

N° SESIONES:

OTROS DIAGNÓSTICOS:

.....

Terapia Física y Rehabilitación

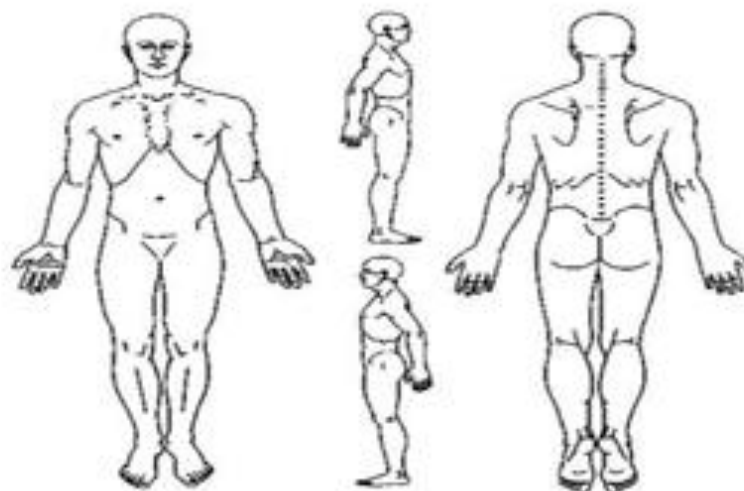
1.- DATOS

- a) Tiempo de Evolución: Inicio: I () B () Curso: E () P () I () O ()
- b) Tipo de dolor: (Cuestionario del dolor de McGill-Melzack)
Latido () Destello () Lancinante () Cortante () Apretón/Calambre ()
Tirón () Quema () Hormigueo/Escozor () Sordo/Pesado ()
Sensible/Áspero/Adormecimiento ()
- c) Forma de Propagación: Continua () Intermite () Progresiva ()
- d) Localización: Determinada () Irradiada ()
- e) Intensidad: Actual () Reposo () Actividad ()
- f) Fact. Agravante:
- g) Fact. Atenuante:
- h) Síntomas asociados:
- i) Tratamiento farmacológico:

2.- ESCALA DEL DOLOR (EVA)



3.- DIAGRAMA DE UBICACIÓN DE DOLOR



4.- INFLAMACIÓN:

TIEMPO DE INFLAMACIÓN: Agudo () Crónico () TEMPERATURA:

COLORACIÓN: Transparente () Amarillo () Marrón () PRESENCIA DE INFECCIÓN: SI () NO ()

PERÍMETRO DEL ÁREA INFLAMADA:

PRESENCIA DE EXSUDADO: Seroso () Purulento () Fibroso () Hemorrágico ()

5.- SENSIBILIDAD:

Profundo () Superficial: Anestesia () Analgesia () Hiperalgia () Hipoalgia ()

6.- CICATRIZ

Sitio () Queloides () Retráctil () Abierta () Con Adherencias () Hipertrófica ()

7.- POSTURA

A) VISTA ANTERIOR

Cabeza: Alineada () Lateralizada () Rotada ()

Hombros: Nivelados () Descendido Der () Izq. ()

Nivel de tobillos: Nivelados () Descendido Der () Izq. ()

Ángulo del Talle: Simétrico () Asimétrico Der () Izq. ()

Pelvis: Nivelada () Descendida Der () Izq. ()

Rodillas: Alineadas () Genu Varo () Genu Valgo ()

Tibias: Alineadas () Varas ()

Tobillos: Alineados () Talo Valgo () Talo Varo ()

Pie: Pronador () Supinador ()

Observaciones:.....

B) VISTA POSTERIOR

Cabeza: Alineada () Lateralizada () Rotada ()

Hombros: Nivelados () Descendido Der () Izq. ()

Ángulo de las escápulas: Nivelados () Descendido Der () Izq. ()

Ángulo de Codos : Simétrico () Asimétrico Der () Izq. ()

Pelvis: Nivelada () Descendida Der () Izq. ()

Rodillas: Alineadas () Genu Varo () Genu Valgo ()

Tibias: Alineadas () Varas ()

Tobillos: Alineados () Talo Valgo () Talo Varo ()

Talón : Pronador () Supinador ()

Observaciones:.....

C) VISTA LATERAL

Cabeza: Alineada () Interiorizada () Retraída ()

Hombros: Alineados () Protracción () Retracción ()

Col. Dorsal: Alineado () Aplanado () Hipercifosis ()

Col. Lumbar: Alineado () Aplanada/invertida () Hiperlordosis ()

Pelvis: Alineada () En Anteversión () En Retroversión ()

MME: Alineados () En Recurvatum ()

Observaciones:

PIES:

HIPERLAXITUD: SI () NO ()

TONO MUSCULAR:

NORMAL: HIPOTONO: HIPERTONO: ATROFIA:

8. FUERZA MUSCULAR

| Fuerza muscular está representada de 0 a 5 | |
|--|---|
| Grado 5 | Fuerza muscular normal con resistencia completa |
| Grado 4 | Fuerza muscular normal con resistencia parcial |
| Grado 3 | Movimiento contra la gravedad |
| Grado 2 | Movimiento que no vence la gravedad |
| Grado 1 | Contracciones sin movimiento |
| Grado 0 | Ausencia de movimiento |

| | Evaluación N°1 | | Evaluación N°2 | |
|------------------|----------------|----|----------------|----|
| | I. | D. | I. | D. |
| Miembro Superior | | | | |
| Cuello | | | | |
| Tronco | | | | |
| Miembro Inferior | | | | |

EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025

9.- ROM

1.- Activo

2.- Pasivo

Según Palmer:

| Derecho | Movimiento. | Izquierdo |
|---------|-----------------------|-----------|
| | Cadera | |
| | Flexión 120° | |
| | Extensión 30° | |
| | Abducción 45° | |
| | Aducción 30° | |
| | Rotación Externa 45° | |
| | Rotación interna 45° | |
| | | |
| | Rodilla | |
| | Flexión 135° | |
| | Extensión vuelta a 0° | |
| | | |
| | Tibia tarsiana | |
| | Flexión dorsal 30 | |
| | Flexión plantar 50° | |
| | | |
| | Hombro | |
| | Flexión 180° | |
| | Extensión 60° | |
| | Abducción 180 | |
| | Aducción vuelta a 0° | |
| | Rotación interna 75° | |
| | Rotación Externa 75° | |
| | | |
| | Codo | |
| | Flexión 145° | |
| | Extensión vuelta a 0° | |
| | | |
| | Antebrazo | |
| | Supinación 80 | |
| | Pronación 80° | |
| | | |
| | Puño | |
| | Flexión 85 | |
| | Extensión 70° | |
| | Desv. Cubital 30 | |
| | Desv. Radial 20 | |

¿USA AYUDAS BIOMÉCANICAS?

SI ().....

NO ()

EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS:

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

OBSERVACIONES:

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



DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE

1.- PRIMERA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

2.-SEGUNDA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

3.-TERCERA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

4.-CUARTA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

5.-QUINTA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

6.-SEXTA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

7.-SÉPTIMA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

8.-OCTAVA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

9.-NOVENA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....

10.-DÉCIMA SESIÓN DE TERAPIA FÍSICA

.....
.....



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fisioterapia

Es el conjunto de métodos que mediante la aplicación de agentes físicos permite curar, recuperar, adaptar y prevenir las disfunciones físicas de orden de músculo-esquelético y neurológico. La fisioterapia está indicada cuando, la persona ha perdido o se encuentra en riesgo de perder de forma temporal o permanente el adecuado movimiento y con ello las funciones físicas.

Dentro del esquema del tratamiento están incluidas las pruebas manuales para determinar el nivel de la lesión, así como, la fuerza muscular, las capacidades funcionales, la amplitud de movimiento articular, para a partir de estas determinaciones definir las ayudas necesarias para recuperar la independencia funcional.

Entre los beneficios de la Terapia Física está el devolverle la movilidad, la libertad y la independencia a personal de todas las edades, reduciendo el impacto a largo plazo de la enfermedad o el accidente, además de disminuir el tiempo de limitación funcional.

La terapia física puede originar leves molestias y en algunas ocasiones complicaciones tales como, incremento del dolor, mareo o náuseas. Por esto, es importante seguir al pie de la letra las instrucciones del terapeuta para obtener los resultados apropiados.

He comprendido con claridad las explicaciones que me fueron brindadas. Me considero conforme y satisfecho con la información recibida y comprendo las implicaciones, alcance y riesgos que este tratamiento pudiera conllevar.

Declaro haber facilitado de manera leal y verdadera los datos sobre el estado físico y salud de mi persona que pudiera afectar a los tratamientos que se van a realizar. Asimismo, decido dentro de las opciones clínicas disponibles dar mi conformidad, libre, voluntaria y consciente a los tratamientos que se me han informado.

Jesús maría _____ de _____ del _____

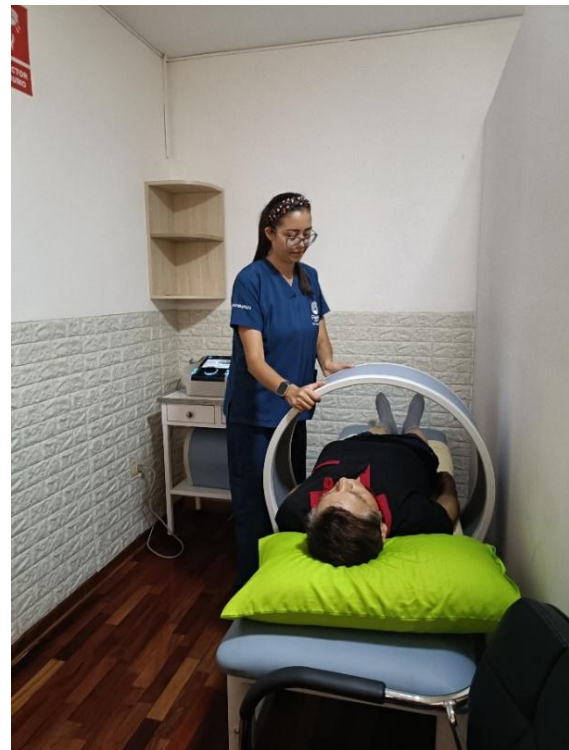
Nombre del Paciente

DNI: _____

Av. Arnaldo Márquez N° 2170 – Jesús María
01 5529971 - 996953385 / fisiofortsar@gmail.com / Fisiofort.pe

ANEXO N° 3

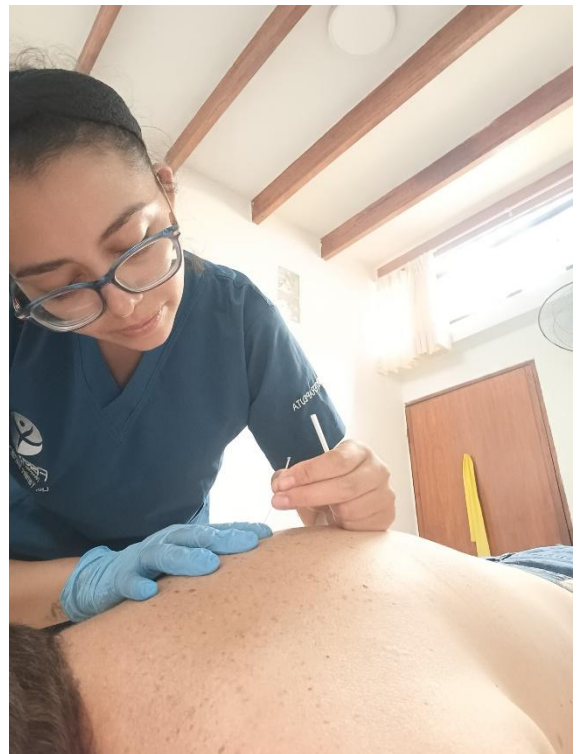
Fase I: Analgésica e inflamatoria



EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025



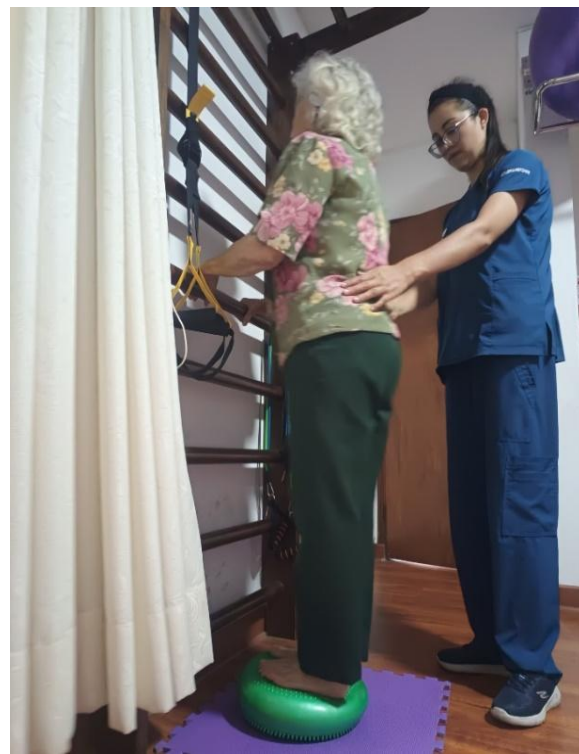
Fase II: Recuperación de la movilidad



EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025



Fase III: Fortalecimiento y readaptación funcional



EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025



EFFECTOS DEL PLAN DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DEL CENTRO DE TERAPIA FÍSICA FISIOFORT, LIMA 2025

