

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**



TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN TERAPIA
FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“Hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del
programa cervicobraquialgia, Hospital III ESSALUD,
Chimbote, 2017”**

AUTORA:

Haro Espinoza, Hemily Helen

ASESOR:

Lic.TM. Cornelio Prudencio, Araceli

Chimbote – Perú

2018

PALABRAS CLAVE : Hombro doloroso, Disquinesia escapular
KEY WORDS : painful shoulder, scapular dyskinesia
LINEA DE INVESTIGACIÓN : 0202 0003

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III ESSALUD, Chimbote, 2017”

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y protector, ya que sin su bendición no hubiese podido llegar a donde estoy ahora.

A mi madre Maritza Espinoza , porque todo lo que soy y lo que tengo es gracias a ella, por su amor incondicional, su paciencia, su esfuerzo por conseguir lo que necesité en su momento, ella es y será siempre mi motivo de superación.

A mis angelitos en el cielo David, papito Aña y mamita Amelia que a pesar de no estar físicamente conmigo, siempre creyeron en mí y tuvieron el anhelo de verme realizada profesionalmente.

DERECHO DE AUTORÍA

Se observa esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.

AUTORA:

- HARO ESPINOZA, HEMILY

RESUMEN

El objetivo general del trabajo de investigación fue determinar la relación que existe entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III Essalud, Chimbote 2017 y como objetivos específicos Identificar los tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Identificar el lado dominante del miembro superior en pacientes del programa cervicobraquialgia, Identificar el lado predominante de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Describir las ocupaciones laborales en pacientes programa cervicobraquialgia, Identificar el lado predominante de los tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia y relacionar la prevalencia de disquinesia escapular y hombro doloroso con las variables descriptivas de sexo, edad, ocupación laboral y lado dominante en pacientes del programa cervicobraquialgia.

El tipo y diseño de investigación fue no experimental, correlacional, de corte transversal el cual se desarrolló a partir de la aprobación del proyecto.

El estudio se realizó con un total de 40 pacientes, los cuales fueron seleccionados según criterios de inclusión y exclusión, a ellos se les aplicó una ficha de evaluación de disquinesia escapular basada en la investigación de los autores Miguel Ángel Muñoz Castillo y Macarena de los Ángeles Ortega Cortejo, la cual fue modificada por la autora y validada por los licenciados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital EsSalud III.

Luego de haber analizado los datos, se llegó a la conclusión que hay una relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular.

PALABRAS CLAVES: Hombro Doloroso, Disquinesia escapular.

ABSTRACT

The general objective of the research work was to determine the relationship between shoulder pain and scapular dyskinesia in patients of the Cervicobrachialgia III hospital program Essalud, Chimbote 2017 and as specific objectives Identify the types of scapular dyskinesia in patients of the cervicobrachialgia program, Identify the dominant side of the upper limb in patients of the cervicobrachialgia program, Identify the predominant side of scapular dyskinesia in patients of the cervicobrachialgia program, Describe occupational occupations in patients with cervicobrachialgia program, Identify the predominant side of the types of scapular dyskinesia in patients of the cervicobrachialgia program and relate the prevalence of scapular dyskinesia and painful shoulder with the descriptive variables of sex, age, occupation and dominant side in patients of the cervicobrachialgia program.

The research type and design was non-experimental, correlational, cross-sectional, which was developed after the approval of the project.

The study was conducted with a total of 40 patients, who were selected according to inclusion and exclusion criteria. They were given an evaluation card of scapular dyskinesia based on the research of the authors Miguel Ángel Muñoz Castillo and Macarena de los Ángeles Ortega Cortejo, which was modified by the author and validated by the graduates of the Physical Medicine and Rehabilitation Service of Hospital EsSalud III.

After analyzing the data, it was concluded that there is a significant relationship between shoulder pain and scapular dyskinesia.

KEYWORDS: Painful shoulder, scapular dyskinesia.

INDICE

Tema	página
palabras clave – linea de investigación	II
título de la investigación	III
resumen.....	VI
abstract	VII
indice	VIII
introduccion.....	1
1. Antecedentes y fundamentación científica:	1
2. Justificación de la investigación:	4
3. Planteamiento del problema:	5
4. Conceptualización y operacionalización de las variables:.....	5
5. Hipotesis	8
6. Objetivos.....	9
6.1. Objetivo general	9
6.2. Objetivo específico	9
marco teorico.....	10
2.1. Hombro doloroso	10
2.1.1. Definición	10
2.1.2. Factores de riesgo	10
2.1.3. Evaluación del dolor.....	11
2.2. Disquinesia escapular.....	12
2.2.1. Definición	12
2.2.2. Causas.....	13
2.2.3. Clasificación	14
2.2.4. Efectos	15
2.2.5. Signos y síntomas	16
2.2.6. Evaluación	17

2.3. Disquinesia escapular en relación con el dolor de cuello y hombro	18
metodología de la investigación	20
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	20
3.1.1. Población y muestra	21
3.1.2. Metodo, técnicas e instrumentos.	22
3.1.3. Procedimiento de recolección de datos	22
resultados.....	23
cuadro n°1. Hombro doloroso y disquinesia escapular	23
tabla n°1.1 relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular	23
cuadro n°2. Tipos de disquinesia.....	25
figura n°1. Porcentaje según tipos de disquinesia escapular en pacientes	25
cuadro n° 3. Lado dominante del miembro superior	26
figura n°2. Porcentaje según lado dominante del miembro superior en pacientes .	26
cuadro n°4. Lado predominante de disquinesia escapular.....	27
figura n°3. Porcentaje del lado predominante de disquinesia escapular	27
cuadro n°5. Ocupación laboral en pacientes.....	28
figura n°4. Porcentaje de ocupación laboral	29
cuadro n°6. Lado predominante de los tipos de disquinesia escapular	30
figura n°5. Porcentaje según lado predominante de los tipos de disquinesia escapular en pacientes	30
cuadro n°7. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva sexo	31
tabla n°7.1. Relación de la prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva sexo.....	31
cuadro n°8. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva edad	32
tabla n°8.1. Relación de la prevalencia hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva edad	32
cuadro n°9. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con el lado dominante en miembro superior	33
tabla 9.1 relación de la prevalencia hombro doloroso y disquinesia escapular con el lado dominante en miembro superior	33

discusión	35
 conclusiones y recomendaciones	39
5.1. Conclusiones	39
5.2. Recomendaciones	39
 referencias bibliográficas	40
 agradecimiento	42
 anexos	43

INTRODUCCION

1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Para el problema científico planteado en esta investigación y considerando las variables en estudio, se han realizado averiguaciones con la finalidad de encontrar estudios que puedan aportar a esta investigación, siendo así se consideró aportes de investigaciones a nivel internacional, nacional y locales.

(sanchez, sanchez, & tavares, 2016) En su estudio “Asociación entre disquinesia escapular y dolor de hombro en adultos jóvenes” cuyo objetivo fue Analizar la posición de la escápula y su influencia en el dolor de hombro. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal observacional, en el que se utilizó una muestra de conveniencia no probabilística compuesta por adultos jóvenes sedentarios de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 20 y los 35 años. La muestra consistió en 30 individuos, que se dividieron en dos grupos, cada uno compuesto por 15 individuos, dos grupos de voluntarios, uno presenta dolor en el hombro y el otro asintomático. El análisis de la posición de la escápula en seis ángulos de abducción del hombro se tomó 0°, 30°, 60°, 90°, 120° y 180°. Teniendo como resultado que la comparación de los movimientos escapulares izquierdo y derecho en los hombres del grupo de dolor, hubo una diferencia significativa a 30° ($p = 0.018$) y 120° ($p = 0.04$). Comparando los hombros derecho e izquierdo en el grupo de dolor, hubo una diferencia significativa a 0° ($p = 0.03$). Llegando a la conclusión que el postulado inicial de que ambos tendrían una asociación significativa se confirmó, porque este trabajo ha confirmado la influencia de la alteración del posicionamiento de la escápula cuando se asocia con dolor de hombro en adultos jóvenes sedentarios. La disquinesia, sin embargo, se encontró en solo dos de los seis

ángulos analizados (30 ° y 120 °) y solo en hombres, lo que revela la necesidad de estudios adicionales.

(Cerezo & Iacomba, 2014) En su estudio “Presencia de puntos gatillo miofasciales y disquinesia escapular en nadadores de competición con y sin dolor de hombro” cuyo objetivo es Valorar en nadadores de competición con y sin dolor de hombro, tanto la presencia de disquinesia escapular como la de puntos gatillo miofasciales, activos y latentes, en 19 músculos en los que su presencia puede generar dolor de hombro o disquinesia escapular. Se trata de un estudio transversal compuesto por Quince nadadores varones de competición (5 con dolor de hombro y 10 sin dolor) en el que se valoró la presencia de disquinesia escapular mediante el Scapular Dyskinesis Test y de puntos gatillo miofasciales activos y latentes en músculos de la cintura escapular y del miembro superior según los criterios diagnósticos de Simons, Travell y Simons. Teniendo como resultados 2 nadadores con dolor de hombro y 3 sin dolor mostraron disquinesia escapular obvia. Llegando a la conclusión que la disquinesia escapular está presente en nadadores con dolor de hombro y en nadadores sin dolor. En los nadadores con dolor existe una elevada frecuencia de puntos gatillo miofasciales activos, principalmente en músculos implicados en la fase propulsiva de la brazada.

(Mello, Batista, Oliveira, Pitangui, Cattuzzo, & Araujo, 2014) En su estudio denominado “Asociación entre Disquinesia Escapular y Dolor en Hombro en los Practicantes de Musculación” cuyo objetivo fue determinar la presencia de disquinesia escapular y analizar su posible asociación con el dolor de hombro en los practicantes de entrenamiento con pesas. Se trata de un estudio observacional de corte transversal, comparativo, con muestreo no probabilístico por conveniencia, compuesto por 37 voluntarios del sexo masculino, con quejas de dolor en el hombro, practicantes de musculación por lo menos seis meses. El cuestionario Penn Shoulder Score traducido al idioma portugués (PSS-Brasil) se aplicó para evaluar el dolor en el descanso, durante las actividades de la vida diaria y durante el esfuerzo. La

puntuación total varía de cero a 100 puntos, siendo el puntaje máximo indicativo de ausencia de dolor, alta satisfacción y buena función del paciente. Posteriormente, se aplicó la Prueba del Escapulario Lateral con Deslizamiento para investigar la presencia de disquinesia escapular. Prueba, que consiste en la medición de la distancia entre el ángulo inferior de la escápula hasta el proceso espinoso de la vértebra correspondiente. Para la evaluación de la asociación entre el dolor y la disquinesia se utilizó la prueba Chi-cuadrado con corrección de Yates y aplicado un modelo de regresión logística, con el cálculo del oddsratio (OR). Todos con un nivel de significancia del 5%. Las variables cuantitativas se expresaron por los valores de media y desviación estándar y las variables cualitativas descritas en frecuencias absolutas y relativas. En relación con los resultados del SLST se verificó presencia de disquinesia escapular en 30 voluntarios (81,1%). La disquinesia fue identificada más a menudo en las medidas de la fase concéntrica del movimiento de abducción de los hombros (60%), que de la fase excéntrica (26,6%) o al reposo (13,4%). Llegando a la conclusión, que los resultados no revelaron asociación entre disquinesia y la presencia de dolor al reposo y durante la realización de AVDs, sin embargo, los practicantes de musculación que presentan disquinesia escapular tienen 16 veces más probabilidad de referir dolor durante los esfuerzos. Por lo tanto, es probable que desequilibrio entre los músculos de la cintura escapular predisponen al surgimiento del dolor, y que esta situación es acentuada por la sobrecarga durante la realización de los ejercicios, es importante realizar una evaluación cuidadosa y apropiada antes de indicar ejercicios en estas condiciones.

(Nuñez & Lobos, 2013) En su trabajo “Prevalencia de disquinesia escapular en pacientes de 16 a 75 años con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso, en el centro médico Kinesico Mek de la ciudad de Curico, Chile, entre abril y julio del año 2013” Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de disquinesia escapular en las patologías del síndrome del hombro

doloroso. Se trata de un estudio cuantitativo, no experimental de tipo transeccional descriptivo compuesto por 28 pacientes entre las edades de 16 a 75 años de edad, Diagnosticados con alguna patología del Síndrome de Hombro Doloroso. Se aplicó una pauta de evaluación, que comprende datos generales de la persona, Historia de la patología, Pruebas especiales, Evaluación del Dolor, Observación y palpación de tejidos óseos y blandos encontrándose normal o alterado, Evaluación de la movilidad articular pasiva y activa, Evaluación del Ritmo escapulo humeral estático y dinámico, y finalmente la evaluación miofascial. Teniendo como resultados que de acuerdo a los datos obtenido la hipótesis planteada fue comprobada puesto que, la “disquinesia escapular presento una alta prevalencia en las patologías del SHD” (85.7%). El tipo de La disquinesia escapular estática más común es la tipo I. Como conclusión se debe mencionar que los resultados entregan una evidencia importante en relación a la directa correlación que existe entre en SDH y la disquinesia escapulo humeral, lo que permite una asociación de ellas al momento de evaluar a los pacientes, y en las pautas de tratamiento incluir ejercicios específicos para La disquinesia escapular y así de manera integral corregir de forma eficiente las patologías del SHD y evitar su residivancia.

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

En la actualidad muchas personas reciben fisioterapia por dolor de hombro, por lo tanto es de vital importancia realizar una adecuada evaluación para detectar el origen y causa del dolor de hombro.

La disquinesia escapular es una alteración observable de la posición o en el movimiento normal de la escapula lo cual puede originar dolor en el hombro, de tal manera que la funcionalidad se encuentra afectada, ocasionando que la persona que lo padezca presente actividades de la vida diaria interferidas. Por lo tanto el presente estudio busca entender la relación que existe entre la

disquinesia escapular y dolor de hombro de los pacientes del programa de cervicobraquialgia Hospital III EsSalud Chimbote 2017, para que de esta manera se comience a tomar en cuenta durante la evaluación fisioterapéutica.

Además esta investigación servirá como referencia para otros estudios que en un futuro propongan establecer planes de tratamiento para dicha patología.

Por ultimo brindara aportes a futuras investigaciones los cuales podrán utilizar los resultados obtenidos para poder compararlas con futuros casos de similar magnitud.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

A partir de los antecedentes mencionados se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud, Chimbote, 2017?

4. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

4.1.Variables

- a. Variable Independiente: Disquinesia Escapular
- b. Variable dependiente: Hombro Doloroso

4.2.Definición Conceptual

Definición conceptual de la variable hombro doloroso

El hombro doloroso se define como “problema genérico que engloba diferentes diagnósticos médicos a nivel de hombro. El síndrome de hombro doloroso incluye pinzamiento del supraespinoso, tendinitis del manguito rotador, tendinitis bicipital.

Definición conceptual de la variable disquinesia escapular

La disquinesia escapular se define la pérdida de control en la posición y movimiento escapular, es una alteración observable en la posición de la escápula y en los patrones de movimientos escapular en relación a la caja torácica, los que se asocian a disfunciones dolorosas a nivel de hombro y región cervical.

4.3. Definición Operacional

Definición operacional de la variable hombro doloroso

El hombro doloroso es la sensación subjetiva de molestia en la articulación del hombro durante algunos movimientos del brazo que se sintetiza en un calificativo final que se expresa en números de 0-10 según indique el paciente.

Definición operacional de la variable disquinesia escapular

La disquinesia escapular es la alteración de la posición o movilidad de la escápula durante los movimientos escapulohumerales sincrónicos lo cual se expresa en tres tipos: Tipo I, Tipo II y Tipo III, cada una de ellas con su indicador.

Matriz de operacionalización de la variable: Disquinesia escapular

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Disquinesia escapular	Grado I	Borde medial de la escápula en su porción inferior prominente.	Ficha de Evaluación de Disquinesia Escapular
	Grado II	Borde medial de la escápula prominente en su totalidad	
	Grado III	Borde medial de la escápula superior prominente.	

Matriz de operacionalización de la variable: Hombro doloroso

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Hombro Doloroso	Dolor Leve	Manifestación de 0-3	Escala visual análoga EVA
	Dolor Moderado	Manifestación de 4-7	
	Dolor Severo	Manifestación de 8-10	

5. HIPOTESIS

H i: Existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

Ho: No existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

6. OBJETIVOS

6.1.OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

6.2.OBJETIVO ESPECIFICO

- Identificar los tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017
- Identificar el lado dominante del miembro superior en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017
- Identificar el lado predominante de disquinesia escapular en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017
- Describir las ocupaciones laborales en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017
- Identificar el lado predominante de los tipos de disquinesia en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017
- Relacionar la prevalencia hombro doloroso y disquinesia escapular con las variables descriptivas de sexo, edad y lado dominante en pacientes del programa de cervicobraquialgia hospital III Essalud Chimbote 2017.

MARCO TEORICO

2.1.Hombro doloroso

2.1.1. Definición

Se trata de un problema genérico que engloba diferentes diagnósticos médicos a nivel de hombro. El síndrome de hombro doloroso incluye pinzamiento del supraespinoso, tendinitis del manguito rotador, tendinitis bicipital. Dentro de los factores que causan hombro doloroso se describe un factor biomecánico, que son anomalías cinemáticas tanto escapulares como humerales.

La evidencia sugiere que los individuos con trastornos de hombro dolorosos presentan anomalías a nivel de la cinemática escapular tales como disminución de la rotación craneal o disminución de la báscula posterior. Esta movilidad anormal puede estar relacionada con debilidad de la musculatura periescapular, específicamente, la activación excesiva del trapecio superior con la inhibición en la activación del trapecio inferior y serrato anterior (Cools, 2013).

2.1.2. Factores de Riesgo

Las características de los factores de riesgo ocupacional que han demostrado estar asociados con el hombro doloroso son los siguientes:

- Posturas mantenidas, prolongadas o forzadas de hombro.
- Movimientos repetitivos del hombro.
- Fuerza relacionada con manipulación de cargas movimientos forzados y cargas estáticas de miembros superiores.
- Movimientos repetidos o posturas sostenidas en flexión del codo.
- Exposición a vibración del miembro superior.

La postura mantenida del hombro, los movimientos repetitivos, la fuerza, la exposición a vibración y los factores psicosociales actúan en forma combinada.

2.1.3. Evaluación del Dolor

La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial tanto en el diagnóstico como en el manejo, para lo cual se utilizan diferentes escalas; la evidencia apoya la fiabilidad y validez de estas a través de estudios realizados en diferentes poblaciones, siendo las más comunes las escalas unidimensionales como la escala verbal numérica o la escala visual analógica del dolor (Serrano & Col, 2002).

Escala visual analógica (EVA) La escala visual analógica del dolor constituye un método clásico para cuantificar la intensidad del dolor de una manera subjetiva de acuerdo a la percepción del paciente. La escala consiste en una línea horizontal de 0 a 10 cm, los pacientes deben colocar una línea paralela en donde consideren que se encuentra su nivel de dolor; siendo 0 no dolor y 10 peor dolor imaginable, la interpretación de esta escala depende en que número de cm el paciente se ubica, de 0 a 3 el dolor es leve, de 4 a 7 es moderado y de 8 a 10 el dolor es severo (Serrano & Col, 2002).

Según Serrano (2002) medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos álgicos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento. Al reconocerse el dolor crónico, se han defendido numerosas técnicas para tratarlo.

2.2. Disquinesia escapular

2.2.1. Definición

La disquinesia escapular (DE) es una alteración; observable en la posición y en los patrones de movimiento normal de la escápula cuando ocurre el movimiento de los miembros superiores. Ocurre de conjunto con alteraciones biomecánicas y fisiológicas que imposibilita el dominio muscular de la escápula. (Lopez vidriero, Gallardo, Fernandez, Arriaza, & Lopez, 2013)

De igual manera se puede considerar que la alteración de estabilidad se relaciona directamente con la funcionalidad del complejo articular y el gesto realizado; lo cual ocasiona el surgimiento de lesiones a nivel de la articulación del hombro. (Cools, Struyf, Mey, & Maenhout, 2014)

Según Sharmann (2006), “la posición de la escápula en reposo está entre D2 y D7; además de presentar una separación de 7cm en relación del borde interno de la escápula y las apófisis espinosas de la columna vertebral”. Debido a la actividad de los músculos, la escápula permanece adherida a la caja torácica.

Tanto la estabilización y la movilización de la escápula depende de la actividad y coordinación de los músculos, requieren de cocontracción entre estos para el correcto movimiento y funcionalidad. “La ausencia de coordinación y/o la inhibición de alguno de los músculos; de conjunto con otros factores, puede dar como resultado una DE.

Investigaciones como las de Burkhart, Morgan, & Kibler (2003) que mayoritariamente las causas se concentran en alteraciones funcionales de los músculos escapulares provocando que la mecánica de acción tanto en el origen e inserción no se produzca de manera efectiva. En

contraposición, solo cerca de un 5% de los casos responde a lesiones de nervios.

2.2.2. Causas

Dentro de la DE existen varios aspectos de morfología o adaptación funcional que van favoreciendo la aparición de esta alteración.

- **Alteraciones Posturales**

La cifosis rígida dorsal provoca una rigidez de las articulaciones esternoclavicular y acromioclavicular siendo estos factores que aumenta la posibilidad de disquinesia escapular, ya que generan excesiva inestabilidad de la escápula.

Las lesiones que causen inestabilidad y artrosis de la articulación interfieren en la función de la cinemática escapular, provocando alteración del centro de rotación de la escápula, variando el objetivo de movimiento. (Kibler, Uhl, & Maddux, 2002)

- **Alteraciones de Coordinación y Propiocepción**

Coordinación: contracción simultánea que se da entre las motoneuronas del músculo actuando antagonistas y agonistas a la vez.

Propiocepción: capacidad de informar al cuerpo de la posición escapular durante cargas en la que se encuentra las partes corporales, regula tanto dirección como movimiento. (Kisner & Colby, 2005)

Durante el movimiento de la escápula es necesario la coordinación entre diferentes músculos, requiriendo una co-contracción entre ellos para la armonización del movimiento, la falta de coordinación y propiocepción de alguno de los músculos que debe intervenir

durante el movimiento siendo la principal causa de disquinesia escapular.

- **Alteración de la Función Muscular**

Un trastorno en la activación y en el tiempo que realiza la cocontracción muscular afecta a la movilidad de la escápula ya que depende de los patrones de activación muscular y posiciones pasivas en las que se encuentre el brazo. (Kibler, Uhl, & Maddux, 2002).

- **Contracturas y Problemas de Flexibilidad**

La falta de flexibilidad de los músculos que hacen parte de la protección de la escápula, como son los músculos que se encuentran proximales pueden provocar un desplazamiento de la escápula en cualquier dirección, lo que produce un movimiento incorrecto de la escápula, afectando a la articulación escapulotorácica debido al movimiento desproporcionado en sentido anterior e inferior sobre la parrilla costal. (Clarkson, 2013)

- **Injurias Óseas**

Daño parcial o total de una estructura ósea o de la sustancia compacta que lo recubre, comprometiendo a la estructura ósea. (Clarkson, 2013).

2.2.3. Clasificación

Clínicamente dependiendo de la debilidad y/o los acortamientos musculares que existan, la escápula toma una posición y movimiento inadecuado, por lo que la DE se clasifica en tres categorías que

pertenecen a los planos de movilidad sobre el tórax:

Disquinesia Tipo I

Durante el reconocimiento del paciente, se observa el despegue del borde inferomedial de la escápula. Los músculos débiles son el trapecio inferior, serrato anterior y dorsal ancho. Además, muestra acortamientos de los músculos pectoral menor, cabeza corta del bíceps, trapecio superior y elevador de la escápula. También ocurre movimiento de rotación anormal en torno al eje transversal. (Sahrmann, 2006)

Disquinesia Tipo II

Se puede observar el despegue del borde medial. Se encuentran músculos débiles como trapecio medio e inferior, romboides y además aparecen músculos acortados como el redondo mayor y dorsal ancho. Se da una rotación anormal alrededor del eje vertical. (Sahrmann, 2006).

Disquinesia Tipo III

El borde superomedial de la escápula se encuentra visiblemente despegado de la parrilla costal. Específicamente se caracteriza por la traslación superior de la escápula. Los músculos débiles son trapecio superior, elevador de la escápula y serrato anterior. (Sahrmann, 2006).

2.2.4. Efectos

Pérdida del control de retracción y protección escapular

La pérdida de control de ambos movimientos altera la posición anatómica normal de la escápula con relación al tórax, afectando la función de desaceleración del hombro. (Kibler, 2002).

Perdida de la función cadena cinética

La biomecánica escapular se ve totalmente afectada, donde la fuerza generada por los miembros inferiores y tronco no son transmitidas de manera correcta hacia la extremidad superior. (Kibler, 2002).

Pérdida del control de elevación del brazo

Es la causa secundaria a un pinzamiento subacromial acompañado de disfunción de los músculos serrato anterior y trapecio fibras inferiores genera una disfunción muscular progresiva de las estructuras como el acromion que pierde la capacidad de elevarse, provocando dolor. (Kibler, 2002).

2.2.5. Signos y Síntomas

La DE se caracteriza por ser una patología silente. La enfermedad se produce, pero no se tiene la presencia de síntomas exacerbados como el dolor, por lo que las personas no se dan cuenta que la padecen. No obstante, sí genera consecuencias perjudiciales para los seres humanos. Como efectos negativos pueden identificarse una debilidad muscular que produce molestias en estructuras óseas y musculares cercanas a la escápula con hombro, columna vertebral cervical y dorsal. Esta tendencia hace que no se conozca con exactitud de dónde proviene el dolor. (Christoffer, Andersen, Zebis, & Sjogaard, 2013).

Los síntomas no son constantes ni concentrados en un área. Muchas veces se puede dar dolor y limitación al movimiento del hombro. En

otras ocasiones, los pacientes manifiestan que presentan limitaciones para el levantamiento de pesos que exigen mayor grado de flexión. También es común que sientan una presión sobre la zona escapular limitando las actividades sobre los 90° de flexión de hombro.

2.2.6. Evaluación

La evaluación clínica de la función escapular es esencial para el manejo de las patologías del cuadrante superior, existen diferentes métodos de evaluación para identificar la presencia de disquinesia escapular.

La evaluación de la función escapular se debe realizar, tanto estático como en dinámico. En estático se puede observar la posición de reposo de la escápula y buscar asimetrías, y en dinámico se puede observar cuando la escápula está en movimiento, se pide al paciente que levante y baje lentamente el brazo, en flexión y abducción. Es importante saber que la disquinesia escapular se puede evaluar durante la fase de descenso, es decir en la etapa excéntrica del movimiento.

Prueba de Kibler. El método de evaluación de Kibler, de observación visual permite valorar la función estabilizadora de la musculatura escapular y clasificar el tipo de disquinesia escapular. Para ejecutar la prueba de Kibler el paciente debe estar en bipedestación y el examinador de tras de él, se marcan los ángulos inferiores de ambas escapulas y el punto de intersección entre una línea que una estos dos puntos y la línea media, tomando este último como referencia. Se lleva a cabo en tres posiciones.

1. Miembros a lo largo del tronco.
2. Manos a la cintura.
3. Abducción bilateral de 90° en rotación interna con los pulgares hacia abajo.

Se obtiene como un hallazgo positivo; un deslizamiento lateral excesivo, campanilleo externo y/o asincrónico o el despegamiento de uno de los bordes de la escápula, son señal inequívoca de la ineficacia de la musculatura estabilizadora del omoplato. Los hallazgos pueden ser confirmados mediante solicitaciones diferentes, como la flexión anterior bilateral de ambos hombros o la flexión de miembro superiores contra un plano vertical.

2.3. Disquinesia escapular en relación con el dolor de cuello y hombro

La disquinesia escapular fue descrita recientemente como una respuesta no específica a una condición dolorosa a nivel del complejo articular del hombro y región cervical. En un término general Kibler (2003) la define como: la pérdida de control en la posición y movimiento escapular, es una alteración observable en la posición de la escápula y en los patrones de movimientos escapular en relación a la caja torácica, los que se asocian a disfunciones dolorosas a nivel de hombro y región cervical.

Una mala posición escapular, va a generar desequilibrios a nivel de la musculatura axioescapular, variando la longitud de músculos como el trapecio superior (en estiramiento) o el elevador de la escápula (en acortamiento) provocando una desventaja mecánica que genera daño en la columna cervical. Esta alteración en la transferencia de cargas que genera compresión prolongada de la columna cervical, dolor de cuello por el estrés al que está sometido.

La evidencia sugiere que los individuos con trastornos de hombro dolorosos presentan anomalías a nivel de la cinemática escapular tales como: disminución de la rotación craneal o disminución de la báscula posterior. Esta movilidad anormal puede estar relacionada con: debilidad

de la musculatura periescapular, específicamente, la activación excesiva del trapecio superior con la inhibición en la activación del trapecio inferior y serrato anterior.

Estudios anteriores encontraron que el orden de contracción de los músculos escapulares en sujetos con dolor de hombro y cuello es la activación del trapecio superior seguido por serrato anterior y trapecio inferior. En sujetos sanos la contracción seguiría este proceso: serrato anterior, seguido de trapecio superior e inferior.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

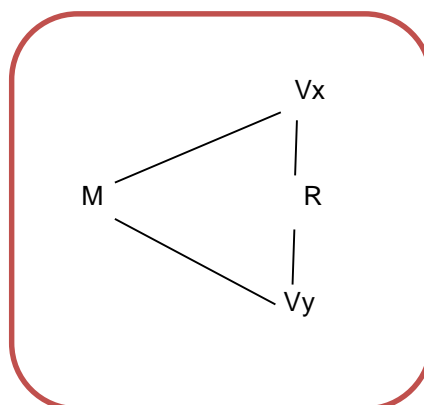
Tipo de investigación

Según el criterio de la orientación del estudio constituye una investigación básica; de acuerdo a la técnica de contrastación de la hipótesis, se procede por una investigación correlacional, pues, se pretende probar la posible relación existente entre disquinesia escapular y hombro doloroso.

Diseño de investigación

En el presente estudio se trabajó con el diseño transeccional o transversal ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernandez, 2004)

Es correlacional porque describe las relaciones entre las variables, en este presente estudio se determinó la relación que existe entre disquinesia escapular y hombro doloroso en pacientes del programa cervicobraquialgia Hospital III EsSalud, cuyo diagrama es el siguiente:



Dónde:

M= muestra

Vx=disquinesia escapular

Vy= hombro doloroso

R= relación entre las variables

3.1.1. POBLACION Y MUESTRA

Población

La población estuvo constituida por 67 pacientes que acudieron al programa de cervicobraquialgia Hospital III EsSalud Chimbote en el mes de diciembre.

Criterio de Inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes entre las edades de 35 a 80 años
- Pacientes con Hombro Doloroso.

Criterio de Exclusión:

- Pacientes menores de 35 años y mayores de 80 años.
- Pacientes con otros diagnósticos.

Muestra

La muestra está constituida por 40 pacientes que se seleccionó en base de los criterios de inclusión y exclusión.

3.1.2. METODO, TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Para realizar este trabajo de investigación se utilizó el método de observación, la técnica a aplicar fue la entrevista para la evaluación clínica. El instrumento utilizado fue una ficha de evaluación de disquinesia escapular adaptada para la ocasión basada en la investigación de los autores Miguel Ángel Muñoz Castillo y Macarena de los Ángeles Ortega Cortejo (2007), la cual fue modificada por la autora y validada por los licenciados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital EsSalud III (VER ANEXO), la cual se distribuyó en seis partes:

1. Datos generales, edad, ocupación sexo.
2. Escala Eva para el dolor de hombro
3. Identificar lado de disquinesia escapular
4. Identificar tipo de disquinesia escapular
5. Prueba de deslizamiento lateral
6. Prueba de retracción escapular

3.1.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 21, se diseñó una base de datos para este programa. Para el análisis estadístico efectuado se tomaron en cuenta técnicas estadísticas descriptivas como las tablas de frecuencia en forma de frecuencias simples y porcentuales, los gráficos de barras; además se utilizó la tabla de contingencia para visualizar la distribución de los datos.

RESULTADOS

Después de haber aplicado nuestra ficha de evaluación de Hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017 se llegó a los siguientes resultados:

CUADRO N°1. Hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

Disquinesia escapular	Hombro doloroso				Total	
	Severo		Moderado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	18	45	16	40	34	85
No	6	15	0	0	6	15
Total	24	60	16	40	40	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

TABLA N°1.1 Relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor calculado	Grado de libertad	Nivel de significación (α)	p-valor
	4,706	1	0.05	,030

En el cuadro N°1 se observa que el 85% de pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017 presentan disquinesia escapular y en 15% no presentan. Respecto al hombro doloroso el 60% dolor severo, y el 40% presentan dolor moderado.

El 45% de los pacientes presentan un dolor severo y disquinesia escapular, el 15% presentan dolor severo pero no disquinesia escapular, de la misma manera se puede observar que el 40% de los pacientes presentan dolor moderado y disquinesia escapular.

En la tabla N°1.1 como $p=0.030 < 0.05$ por lo tanto se acepta la hipótesis de investigación H_1 . La prueba es estadísticamente significativa. Se puede decir, que existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

CUADRO N°2. Tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III Es Salud Chimbote 2017.

Tipos	N° Pacientes	Porcentaje
tipo 1	16	47,1
tipo 2	18	52,9
Total	34	100,0

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

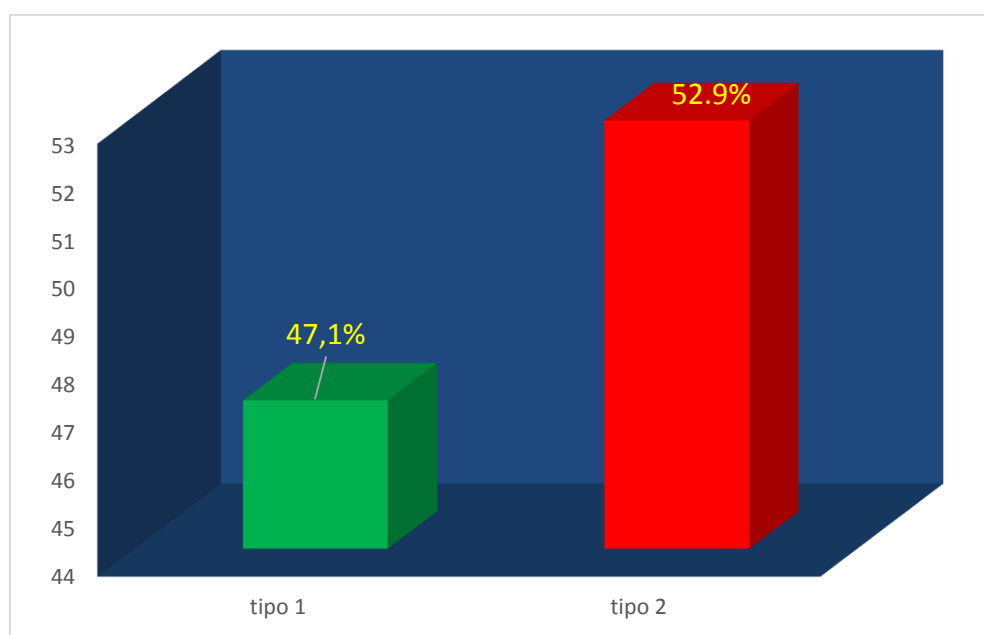


FIGURA N°1. Porcentaje según tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III Es Salud Chimbote 2017.

Según el cuadro2 y figura1 se observa que el 52.9% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 presentan disquinesia escapular tipo 2, y el 47.1% de pacientes tienen disquinesia escapular tipo 1.

CUADRO N° 3. Lado dominante del miembro superior en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Lado Dominante de Miembro Superior	N° Pacientes	%
Diestros	34	85,0
Zurdos	6	15,0
Total	40	100,0

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

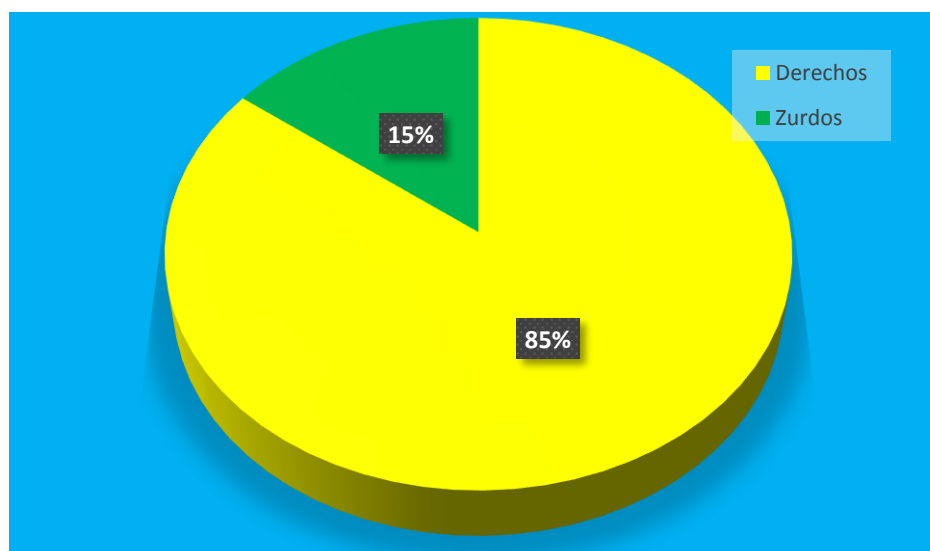


FIGURA N°2. Porcentaje según lado dominante del miembro superior en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III Es Salud Chimbote 2017.

Según el cuadro3 y figura2 se observa que el 85% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 son diestros y el 15% de pacientes son zurdos.

CUADRO N°4. Lado predominante de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Lado Predominante de Disquinesia	N° Pacientes	%
Derecha	27	79.4
izquierda	7	20.6
Total	34	100,0

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

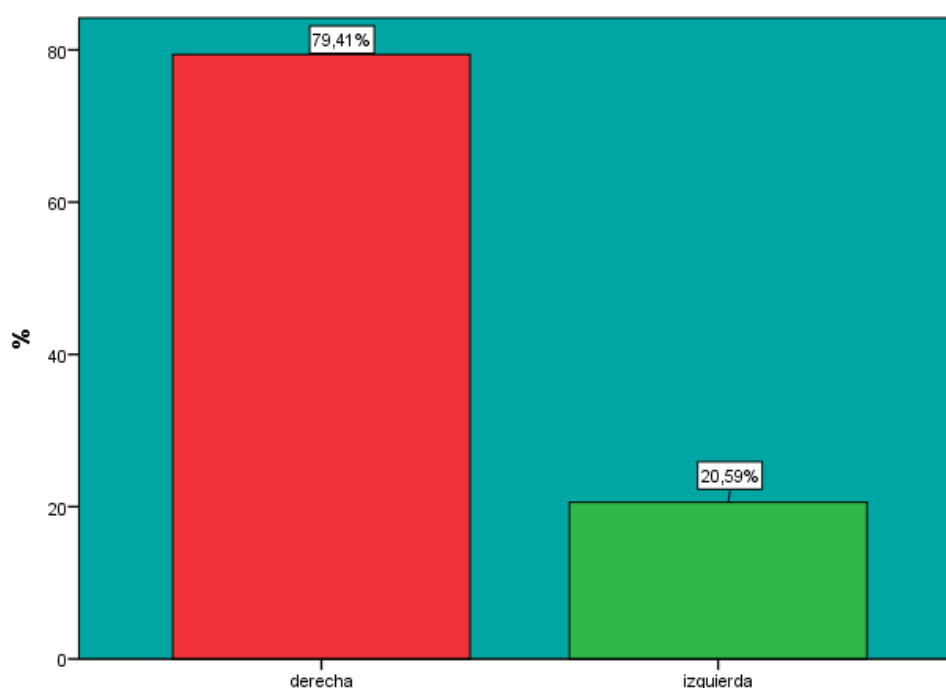


FIGURA N°3. Porcentaje del lado predominante de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Según el cuadro4 y figura3 se observa que el 79.41% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 presentan lado predominante disquinesia escapular derecho y el 20.59% presentan lado predominante disquinesia escapular izquierdo.

CUADRO N°5. Ocupación laboral en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Ocupación	Pacientes	%
Operador	2	5
Carpintero	1	2,5
Ama de casa	15	37,5
Soldador	2	5
Administrador	2	5
Enmaderador	1	2,5
Profesor	2	5
Independiente	2	5
Pescador	4	10
Mecánico	2	5
Comerciante	3	7,5
Cosmetóloga	1	2,5
Medico	1	2,5
Estibador	1	2,5
Supervisor	1	2,5
Total	40	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia

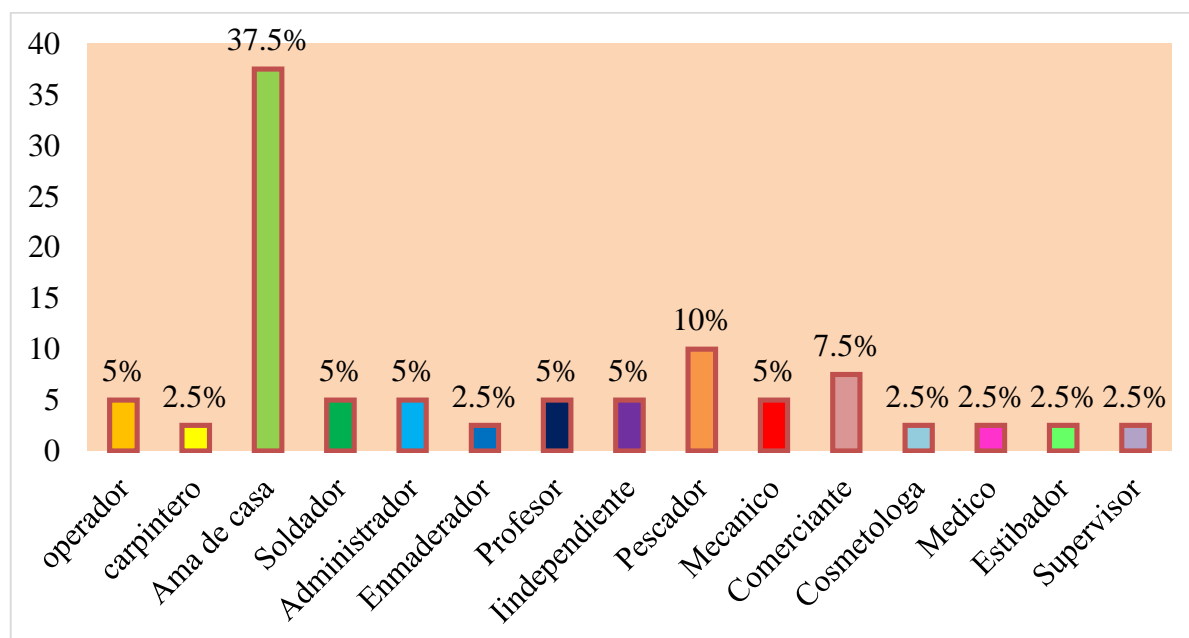


FIGURA N°4. Porcentaje de ocupación laboral de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Según el cuadro5 y figura4 se observa que el 37.5% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 son amas de casa, el 10% tienen como ocupación laboral la pesca, 5% de los pacientes son operadores, soldadores, administradores, profesores, trabajo independiente y médicos; en menor porcentaje, es decir 2.5% del total son carpinteros, enmaderadores, cosmetólogas, médicos, estibadores, supervisores.

CUADRO N°6. Lado predominante de los tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Lado Predominante	Tipos				Total	
	Tipo I		Tipo II		N°	%
	N°	%	N°	%		
Derecha	13	38,2	14	41,2	27	79,4
Izquierda	3	8,8	4	11,8	7	20,6
Total	16	47	18	53	34	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia

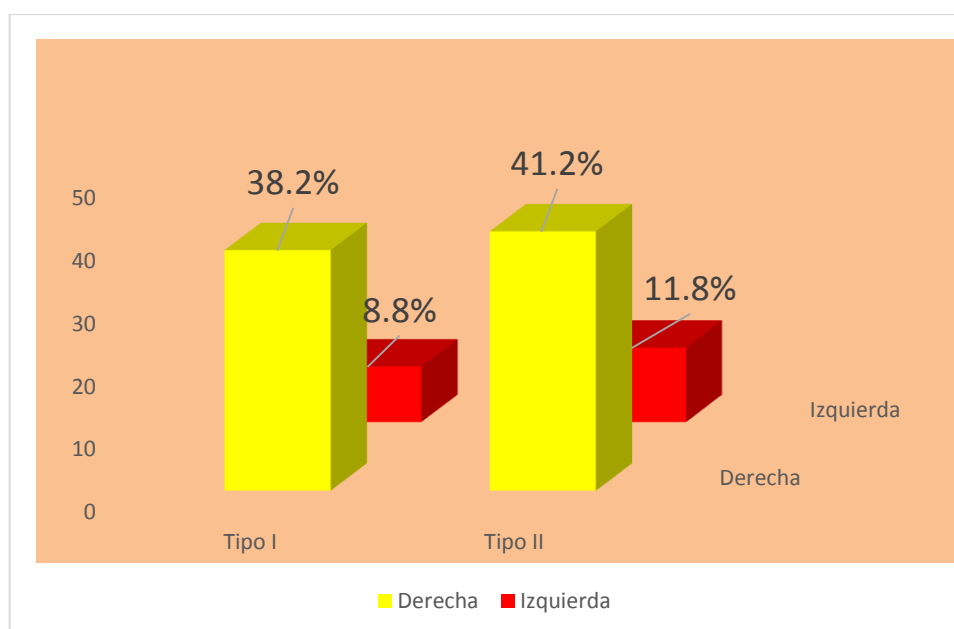


FIGURA N°5. Porcentaje según lado predominante de los tipos de disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Según el cuadro6 y figura5 se observa que el 41.2% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 presentan Tipo II de disquinesia escapular en lado derecho y 11.8% presentan el mismo tipo en el lado

izquierdo mientras que el 38.2% presentan disquinesia escapular Tipo I en el lado derecho y el 8.8% presentan el mismo tipo en el lado izquierdo.

CUADRO N°7. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva sexo en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Hombro doloroso y Disquinesia escapular	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	18	45	16	40	34	85
No	3	7,5	3	7,5	6	15
Total	21	52,5	19	47,5	40	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

TABLA N°7.1. Relación de la prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva sexo, en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor calculado	Grado de libertad	Nivel de significación (α)	p- valor
	,015	1	0.05	,901

En el cuadro N°7 el 52.5% de los pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 son varones y el 47.5% son mujeres.

El 45% de los pacientes son varones que presentan hombro doloroso y disquinesia escapular mientras que el 40% de los pacientes son mujeres.

En la tabla N°7.1 como $p=0.901>0.05$ por lo tanto se acepta H_0 . La prueba no es estadísticamente significativa. Se puede decir, que no existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva sexo, en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote.

CUADRO N°8. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva edad en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Hombro doloroso y Disquinesia escapular	Edad								Total	
	35-46		47-58		59-70		71-82		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Si	3	7,5	2	5	15	37,5	14	35	34	85
No	1	2,5	1	2,5	2	5	2	5	6	15
Total	4	10	3	7,5	17	42,5	16	40	40	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia

TABLA N°8.1. Relación de la prevalencia hombro doloroso y disquinesia escapular con la variable descriptiva edad en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor calculado	Grado de libertad	Nivel de significación (α)	p- valor
	1.323	3	0.05	,724

En el cuadro N°8 el 42.5% de los pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 tienen edades comprendidas entre 59 y 70 años, las personas de mayor edad comprendidas entre 71 y 82 años representan el 40% de los

pacientes y las de menor edad con edades que fluctúan de 35 a 46 años representan el 10% de la muestra.

El 37.5% de los pacientes con edades comprendidas de 59 a 70 años presentan disquinesia escapular, el 35% con edades de 71 a 82 años, el 7,5% con edades de 35 a 46 años y en menor porcentaje de pacientes presentan disquinesia escapular cuyas edades varían de 47 a 58 años.

En la tabla 8.1 como $p=0.724 > 0.05$ por lo tanto se acepta H_0 . La prueba no es estadísticamente significativa. Se puede decir, que no existe relación significativa entre disquinesia escapular de hombro doloroso y edad, en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote.

CUADRO N°9. Prevalencia de hombro doloroso y disquinesia escapular con el lado dominante en miembro superior pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Hombro doloroso y Disquinesia escapular	Lado Dominante del Miembro Superior				Total	
	Diestros		Zurdos		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	29	72,5	5	12,5	34	85
No	5	12,5	1	2,5	6	15
Total	34	85	6	15	40	100

Fuente: Ficha de evaluación de disquinesia.

TABLA 9.1 Relación de la prevalencia hombro doloroso y disquinesia escapular con el lado dominante en miembro superior pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

Chi-cuadrado de Pearson	Valor calculado	Grado de libertad	Nivel de significación (α)	p- valor
	,015	1	0.05	,901

Según el cuadro N°9 se observa que el 72.5% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 presentan hombro doloroso y disquinesia escapular son diestros y 12.5% presentan hombro doloroso y disquinesia escapular son zurdos.

En la tabla 9.1 como $p=0.901>0.05$ por lo tanto se acepta H_0 . La prueba no es estadísticamente significativa. Se puede decir, que no existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular con el lado dominante del miembro superior, en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote.

DISCUSION

Las alteraciones de la posición y movilidad escapular se asocian por lo general con lesiones de hombro, de ahí la importancia de la detección temprana de este factor de riesgo modificable, en el presente estudio realizado en la cual se aplicó una ficha de evaluación para hallar la presencia de disquinesia escapular en pacientes con diagnóstico de hombro doloroso que asisten al programa de cervicobraquialgia del hospital III EsSalud 2017.

En esta presente investigación se buscó determinar la relación que existe entre hombro doloroso y disquinesia escapular en los pacientes del programa de cervicobraquialgia del hospital III EsSalud 2017 los datos revelan que existe una relación significativa se encontró que el 85% de los pacientes presentaron disquinesia escapular, dichos resultados coinciden con lo encontrado por (Mello, Batista, Oliveira, Pitanguí, Cattuzzo, & Araujo, 2014) En su estudio denominado “Asociación entre Disquinesia Escapular y Dolor en Hombro en los Practicantes de Musculación donde se aplicó la prueba del Escapulario Lateral con Deslizamiento para investigar la presencia de disquinesia escapular, encontrándose como resultado presencia de disquinesia escapular en 30 voluntarios (81,1%) y de la misma manera en la ciudad de Curico, Chile, entre abril y julio (Nuñez & Lobos, 2013) En su trabajo “Prevalencia de disquinesia escapular en pacientes de 16 a 75 años con diagnóstico de síndrome de hombro doloroso” Tuvo como resultado que la disquinesia escapular presento una alta prevalencia en las patologías del SHD” (85.7%), lo cual se correlaciona con lo afirmado por Kibler de que este tipo de alteraciones de la posición y movimiento escapular ocurre en un 68% a 100% de los pacientes con alguna lesión de hombro.

De igual manera, (Sanchez, Sanchez, & Tavares, 2016) En su estudio “Asociación entre disquinesia escapular y dolor de hombro en adultos jóvenes” en el que se utilizó una muestra de conveniencia no probabilística compuesta por adultos jóvenes sedentarios de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 20 y los

35 años. Llegaron a la conclusión que el postulado inicial de que ambos tendrían una asociación significativa se confirmó, porque este trabajo ha confirmado la influencia de la alteración del posicionamiento de la escápula cuando se asocia con dolor de hombro en adultos jóvenes sedentarios, dicho estudio coincide mucho con el mío porque se consiguió determinar que existe relación significativa entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia, Hospital III EsSalud Chimbote, 2017.

Con respecto a los tipos de disquinesia escapular se encontró que el 52.9% de pacientes presentaron disquinesia escapular tipo2, y el 47.1% de pacientes tienen disquinesia escapular tipo1, mientras que en el estudio de (Nuñez & Lobos, 2013) compuesto por 28 pacientes entre las edades de 16 a 75 años de edad la disquinesia más prevalente fue la tipo1. Una posible respuesta a la que porque los algunos resultados difieren mi trabajo a la de los autores citados, se puede deber a las diferentes características de grupos etarios o epidemiológicos, estudiados para cada investigación.

Asimismo, según el lado dominante del miembro superior se encontró que el 85% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III Es Salud Chimbote 2017 son diestros y el 15% de pacientes son zurdos, por otro lado según lado predominante de disquinesia escapular se encontró que el 79.41% de pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017 presentan lado predominante disquinesia escapular derecho y el 20.59% presentan lado predominante disquinesia escapular izquierdo demostrando mayor incidencia en el lado derecho, una posible respuesta a este resultado se debe a que la mayoría de la población al ser diestros y utilizar para diversas actividades su lado dominante están expuestos a mayor probabilidad de sufrir lesiones por sobreuso.

La instauración de disquinesia escapular puede deberse a la alteración de patrones de activación de músculos estabilizadores de la escapula en respuesta inespecífica a una lesión (Kibler,2000), según la labor ocupacional en mi estudio

se demostró mayor incidencia de disquinesia escapular en las amas de casa con un 37.5% , que puede corresponder a alteración de patrones por desequilibrio muscular en relación a la biomecánica normal de movimiento o por la perpetuación de un patrón motor mal ejecutado, donde se ven alterados mecanismo propioceptivos, si bien sabemos que las amas de casa sufren una fuerte carga física con las tareas de casa resultan que repetitivas y las posturas incorrectas al realizar labores que implican una pesada carga para el aparato locomotor y muscular.

Por otro lado (cerezo & lacomba, 2014) En su estudio “Presencia de puntos gatillo miofasciales y disquinesia escapular en nadadores de competición con y sin dolor de hombro” Se desarrolló con Quince nadadores varones de competición (5 con dolor de hombro y 10 sin dolor) en el que se valoró la presencia de disquinesia escapular mediante el Scapular Dyskinesis Test Teniendo como resultados 2 nadadores con dolor de hombro y 3 sin dolor mostraron disquinesia escapular obvia. Al comparar los resultados con la presente investigación también encontramos similitud, dado que también encontramos pacientes con dolor de hombro y disquinesia escapular y ala vez pacientes con dolor de hombro pero sin la presencia de disquinesia siendo el 45% de los pacientes en mi estudio con dolor severo y disquinesia escapular, el 15% con dolor severo pero sin disquinesia escapular y de la misma manera encontramos que el 40% de los pacientes presentan dolor moderado y disquinesia escapular.

Por ultimo en mi estudio según las variables significativas sexo, edad y lado dominante se encontró según el sexo: el 45% de los pacientes son varones con presencia de hombro doloroso y disquinesia escapular y el 40% de los pacientes son mujeres que presentan hombro doloroso y disquinesia escapular; según la edad: El 37.5% de los pacientes con edades comprendidas de 59 a 70 años presentan hombro doloroso y disquinesia escapular, el 35% con edades de 71 a 82 años, el 7,5% con edades de 35 a 46 años y en menor porcentaje de 5% las edades de 47 a 58 años; según el lado dominante: el 72.5% de pacientes del

programa cervicobraquialgia hospital III Es Salud Chimbote 2017 presentan disquinesia escapular son diestros y 12.5% son zurdos, En donde no se encontró relación de hombro doloroso y disquinesia escapular con ninguna variable significativa lo que significa que la presencia de disquinesia escapular en pacientes con dolor de hombro no depende del sexo, edad, ni lado dominante del paciente sino de otros factores desencadenantes que no fueron estudiados en este proyecto de investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

Después de haber analizado e interpretado los datos se llegó a la siguiente conclusión:

- Existe relación significativa ($p=0.030$) entre hombro doloroso y disquinesia escapular en pacientes del programa cervicobraquialgia hospital III EsSalud Chimbote 2017.

5.2.RECOMENDACIONES

- Los resultados entregan una evidencia importante en relación a la directa correlación que existe entre Hombro doloroso y disquinesia escapular, lo que permite una asociación de ellas al momento de evaluar a los pacientes, y en las pautas de tratamiento incluir ejercicios específicos para la disquinesia escapular y así de manera integral corregir de forma eficiente las patologías de hombro y evitar su residivancia.
- Se debe evaluar presencia de disquinesia escapular en pacientes con patologías de hombro para lograr un adecuado tratamiento.
- Se sugiere realizar nuevos estudios con poblaciones más grandes que corroboren lo encontrado en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cerezo, J. & Lcomba, M. (2014). Presencia de puntos gatillos y disquinesia escapular en nadadores de competiion con y sin dolor de hombro. España.
- Christoffer, H., Andersen, L., Zebis, M., & Sjogaard, G. (2013). Effect of scapular function training on chronic pain in the neck/shoulder region:A randomized controlled trial.
- Clarkson, H. (2013). proceso evaluativo musculoesqueletico. Barcelona: paidotribo.
- Cools, A., Struyf, F., Mey, K., & Maenhout, C. (2014). Rehabilitation of scapular dyskinesis. En t. o. athlete. Pulmed.
- Kibler. (2002). Qualitative clinical evaluation of scapular dysfunction: a reability study. Shoulder elbow surg 11(6).
- Kibler, W., Uhl, T., & Maddux, J. (2002). Qualitative clinical evaluation of scapular dysfunction: a reliability study. Shoulder Elbow Surg, 11(6).
- Kisner, C., & Colby, L. (2005). Ejercicio Terapeutico. Barcelona: Paidotribo.
- Lopez, R., Gallardo, E., Fernandez, L., Arriaza, R., & Lopez, E. (2013). Papel de la disfuncion escapulotoracica en la afeccion de la articulacion acromioclavicular. Revista española de artroscopia y cirugia articular
- Mello, A., Batista, L., Oliveira V., Pitanguí, A., Cattuzzo, M., & Araujo, R. (2014). Asociacion entre disquinesia escapular y dolor en hombro en los practicantes de musculacion. Brazil.
- Nuñez, F., & Lobos, N. (2013). Prevalencia de disquinesia escapular en paciente de 16 a 75 años con diagnostico de sindrome de hombro doloroso en el centro medico kinesico mek de la ciudad de curico, chile entre abril y junio del año 2013. Chile.

Sahrmann, S. (2006). Diagnostico y tratamiento de las alteraciones de movimiento.
barcelona: Paidotribo.

sanchez, H., sanchez, & tavares(2016). Asociacion entre disquinesia escapular y
dolor de hombro en adultos jovenes. Brazil.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento especial a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

Le doy gracias a los licenciados y docentes que compartieron con nosotros sus conocimientos necesarios para poder desarrollarnos como futuros profesionales.

A la Universidad San Pedro, por formarnos durante 4 años en sus aulas, con docentes que tienen compromiso con la educación y principios éticos con sus alumnos.

Al Hospital III EsSalud Chimbote, por permitirme ejecutar mi Proyecto de Investigación de Tesis, así como a los pacientes por participar del presente Proyecto de Investigación de Tesis y depositar su confianza en mis manos para una recuperación.

A mi querida asesora, la licenciada Araceli Cornelio Prudencio, por su constante apoyo en la elaboración del informe de tesis, gracias a su paciencia y orientación, pude culminar con el trabajo de investigación.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE EVALUACIÓN DE DISQUINESIA ESCAPULAR

EVALUACION CLINICA

Edad: _____
Ocupación: _____
Sexo: _____
Lado dominante: _____

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha _____ cm Izquierda _____ cm
POSICION II: Derecha _____ cm Izquierda _____ cm
POSICION III: Derecha _____ cm Izquierda _____ cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

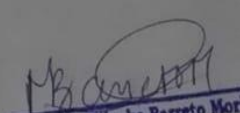
SI () NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)


SI () NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

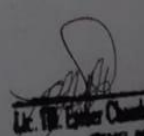
POSITIVA _____ NEGATIVA _____



Lic. T. M. Miluska Barreto Morillas
C.T.M.P. 3886
Serv. Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Tarma - RAAN
EsSalud



Colegio Tecnológico Médico del Perú
Región V Arequipa
Lic. T. M. David Alejandro Silva Poma



Lic. T. M. Esther Chambi Castro
C.T.M.P. 4000

ANEXO 2. EVIDENCIAS DE LA EVALUACIÓN A LOS PACIENTES DEL PROGRAMA CERVICOBRAQUIALGIA.



Evaluación de deslizamiento lateral de la escapula: Medición de la cantidad de “slide” lateral escapular se mide desde apófisis espinosa hasta el borde inferior de la escapula en tres posiciones.

*Un 1 a 1.5cm sugiere anormalidad, por lo general se ve en la posición 3.



Evaluación de deslizamiento lateral de la escapula: Medición de la cantidad de “slide” lateral escapular se mide desde apófisis espinosa hasta el borde inferior de la escapula en tres posiciones.

*Un 1 a 1.5cm sugiere anormalidad, por lo general se ve en la posición 3.



Evaluación de escapulas retraídas: se pide al paciente mantener una contracción isométrica de aprox. 10 a 15 seg. La incapacidad para mantener una contracción sostenida, acompañada de dolor o ardor en la región de romboides sugiere paresia.



Prueba de flexiones en la pared para observar escapula alada.



DISQUINESIA ESCAPULAR TIPO 1



DISQUINESIA ESCAPULAR TIPO 2

ANEXO 3. FICHAS DE LA EVALUACIÓN A LOS PACIENTES DEL
PROGRAMA CERVICOBRAQUIALGIA.

EVALUACION CLINICA

Edad: 73
Ocupación: ANA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION III: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 69
Ocupación: ABA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda
II: Derecha X Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 65
Ocupación: AMIA DE CASA
Sexo: M
Lado dominante: Diestro

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI () NO

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI () NO

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____ NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 72
Ocupación: AMA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIESTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI X NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI X NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 71
Ocupación: PESCADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA ___
- IZQUIERDA X

2.1. TIPO:

I: Derecha ___ Izquierda ___
II: Derecha ___ Izquierda X
III: Derecha ___ Izquierda ___

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA (X) NEGATIVA ___

EVALUACION CLINICA

Edad: 61
Ocupación: COMERCIANTE
Sexo: F
Lado dominante: ZURDA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 6 cm Izquierda 8 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 74

Ocupación: ANA DE CASA

Sexo: F

Lado dominante: DIERA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

- I: Derecha X Izquierda
- II: Derecha Izquierda
- III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 64
Ocupación: ADMINISTRADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIERSTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 70
Ocupación: CARPINTERO
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm
POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm
POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 73
Ocupación: PESCADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA X

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda X
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 44
Ocupación: PROFESOR
Sexo: M
Lado dominante: DIERO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 6 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 71
Ocupación: SOLDADOR
Sexo: M
Lado dominante: Diestro

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO (X)

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI () NO (X)

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI () NO (X)

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____ NEGATIVA (X)

EVALUACION CLINICA

Edad: 69
Ocupación: COMERCIANTE
Sexo: M
Lado dominante: Diestro

1. Dolor de Hombro

1 2 3 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda _____

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI () NO

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI () NO

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____

NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 68
Ocupación: ESTIBADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda
II: Derecha X Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm
POSICION II: Derecha 11 cm Izquierda 11 cm
POSICION III: Derecha 11 cm Izquierda 11 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 48
Ocupación: MEDICO
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA X

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda X
II: Derecha _____ Izquierda _____
III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 72

Ocupación: PESCADOR

Sexo: M

Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI NO ()

- DERECHA
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 64

Ocupación: INDEPENDIENTE

Sexo: M

Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 69
Ocupación: ANA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIERTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 33

Ocupación: COSMETOLOGA

Sexo: F

Lado dominante:

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI X NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI X NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 75
Ocupación: MECANICO
Sexo: M
Lado dominante: DESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda
II: Derecha X Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 9 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI X NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI X NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 67
Ocupación: AMA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: OIESTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA X

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda X

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION III: Derecha 9.5 cm Izquierda 9.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 75

Ocupación: ANA DE CASA

Sexo: F

Lado dominante: DUESTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION III: Derecha 12 cm Izquierda 12 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 46

Ocupación: AMA DE CASA

Sexo: F

Lado dominante: DEXTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I) Derecha X Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 65

Ocupación: AMBA DE CASA

Sexo: F

Lado dominante: ZURDA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X)

NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X)

NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X

NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 37
Ocupación: INDEPENDIENTE
Sexo: M
Lado dominante: DESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 74
Ocupación: PROFESOR
Sexo: M
Lado dominante: ZURDO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda _____

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI () NO

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI () NO

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____

NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 69
Ocupación: COMERCIANTE
Sexo: F
Lado dominante: ZURDA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 73
Ocupación: SOLDADOR
Sexo: M
Lado dominante: ZURDO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda
II: Derecha X Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm
POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm
POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 75
Ocupación: AMA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIERSTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION III: Derecha 11 cm Izquierda 11 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 62

Ocupación: ADMINISTRADOR

Sexo: M

Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha X Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION II: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 62
Ocupación: OPERADOR
Sexo: H
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI NO ()

- DERECHA
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA

NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 45
Ocupación: AMA DE CASA
Sexo: M
Lado dominante: DUESTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO (X)

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda _____

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI () NO (X)

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI () NO (X)

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____ NEGATIVA (X)

EVALUACION CLINICA

Edad: 63
Ocupación: MECANICO
Sexo: M
Lado dominante: DUESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA _____
- IZQUIERDA X

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

(II) Derecha _____ Izquierda X

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

POSICION III: Derecha 12 cm Izquierda 12 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA _____

EVALUACION CLINICA

Edad: 75
Ocupación: PESCADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 (5) 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 8.5 cm Izquierda 8.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 68
Ocupación: OPERADOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha IZQUIERDA
II: Derecha X IZQUIERDA
III: Derecha IZQUIERDA

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 0 cm Izquierda 0 cm
POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 56
Ocupación: ANA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: DIESTRA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 73
Ocupación: SUPERVISOR
Sexo: M
Lado dominante: DIESTRO

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: Si (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA ___

2.1. TIPO:

- I: Derecha ___ Izquierda ___
- II: Derecha X Izquierda ___
- III: Derecha ___ Izquierda ___

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm
POSICION II: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm
POSICION III: Derecha 10 cm Izquierda 10 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI X NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI X NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA ___

EVALUACION CLINICA

Edad: 74
Ocupación: AHA DE CASA
Sexo: F
Lado dominante: ZURDA

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I: Derecha X Izquierda
II: Derecha Izquierda
III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm
POSICION III: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 61

Ocupación: ENHADERADOR

Sexo: M

Lado dominante:

1. Dolor de Hombro

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: Si (X) NO ()

- DERECHA X
- IZQUIERDA

2.1. TIPO:

I) Derecha X Izquierda

II: Derecha Izquierda

III: Derecha Izquierda

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 8 cm Izquierda 8 cm

POSICION III: Derecha 9 cm Izquierda 9 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI (X) NO ()

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI (X) NO ()

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA X NEGATIVA

EVALUACION CLINICA

Edad: 58

Ocupación: AHA DE CASA

Sexo: F

Lado dominante: Diestro

1. Dolor de Hombro

1 2 3 5 6 7 8 9 10

2. Disquinesia escapular: SI () NO

- DERECHA _____
- IZQUIERDA _____

2.1. TIPO:

I: Derecha _____ Izquierda _____

II: Derecha _____ Izquierda _____

III: Derecha _____ Izquierda _____

2.2. DESLIZAMIENTO LATERAL

POSICION I: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION II: Derecha 7 cm Izquierda 7 cm

POSICION III: Derecha 7.5 cm Izquierda 7.5 cm

2.3. ESCAPULAS RETRAIDAS ISOMETRICAMENTE: (DEBILIDAD O DOLOR)

SI ()

NO

2.4. FLEXIONES EN LA PARED: (ESCAPULA ALADA)

SI ()

NO

2.5. PRUEBA DE RETRACCION ESCAPULAR:

POSITIVA _____

NEGATIVA

