	<b>GUIA CLINICA DE LESIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>Código</b>	
		GS-DC-016	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1
			<b>Página</b> 1 de 4

## OBJETIVOS

- Mantener y/o aumentar la amplitud articular pasiva y activa.
- Aumentar fuerza muscular en los grupos musculares comprometidos.
- Reeducar sensibilidad superficial y mixta.
- Mantener y/o incrementar independencia en Actividades de la Vida diaria.
- Mejorar destreza manual.
- Entrenar en tareas específicas del rol ocupacional.
- Diseñar, adaptar y controlar ferulaje estático y/o dinámico.
- Educar familia como parte vital en el proceso de rehabilitación.

## DEFINICION


Se define la lesión de Miembro superior como la pérdida de la función motora y sensitiva o de ambas, debida a trauma, enfermedad o reacción inflamatoria, compresión aguda, contusión o sección que puede ser parcial o completa de los nervios, ligamentos, tendones o huesos que componen el Miembro superior. La posibilidad de recuperación depende de la naturaleza y del grado de la lesión inicial.

## TRATAMIENTO

Para las lesiones de nervio periférico se inicia la re-educación motora a través del uso de férulas estáticas ó dinámicas para estimular el movimiento perdido. Inmovilizar de 3 a 5 semanas posterior a la realización de la Neurorrafia, se lleva la muñeca gradualmente a posición neutra. En la 5ta. semana se inicia el movimiento activo combinado con el pasivo a rangos totales de movilidad articular. En la 8va semana iniciar actividad.

En las transferencias tendinosas se utilizan las férulas para reeducar los engranajes motores. En la lesión de los flexores se inmoviliza de 2 a 4 semanas, en la lesión de los extensores de 4 a 6 semanas de inmovilización. En la 2da. Y 3ra. Semana se utiliza férula dinámica con inicio del movimiento activo controlado, con movimiento global de toda la extremidad. En la semana 4 a la 6 se inicia la actividad funcional. Se ha dividido la mano por zonas para intervención más puntual.

- Zona 4: Túnel del carpo. Posicionar muñeca en neutro o leve dorsiflexión. Metacarpofalángica en 45 a 60 grados de flexión.
- Zona 2 y 3: Metacarpofalángica entre 35 y 40 grados de flexión. Interfalángica distal en 0 grados. Movimiento pasivo preventivo de muñeca en 20 a 40 grados de flexión. Metacarpofalángica entre 35 y 40 grados de flexión. Bloqueo dorsal, Interfalángica distal a 0 grados, al 2-5 día extender activamente con límite de la férula, pasivamente se flejan los dedos con la otra mano. En la 3ra a 4ta semana remover la férula dorsal e iniciar actividad. Uso de tracción solo hasta la semana 6ta. Si entre las semanas 6- 8 se presenta adherencia moderada del tendón se aplica resistencia. En la semana 12 se inicia el trabajo de actividades funcionales.
- Para implantes de silicona se manejan dos tiempos: en el Primer tiempo se posiciona la muñeca entre 30 y 35 grados de flexión, metacarpofalángica entre 60 y 70 grados

	<b>GUIA CLINICA DE LESIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>Código</b>	
		GS-DC-016	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1
			<b>Página</b> 2 de 4

de flexión, interfalángica proximal y distal en 0 grados. Uso de férula dorsal por 3 semanas, se inicia flexión pasiva suavemente, no se usan actividades resistidas. Si en la 6ta semana no hay signos de sinovitis se inician actividades. En el Segundo tiempo la muñeca se posiciona entre 30 y 35 grados de flexión, metacarpofalángica entre 60 y 70 grados de flexión, interfalángica proximal y distal en 0 grados. Gancho de uña para iniciar movilización temprana, 10 repeticiones flexión pasiva y extensión activa cada hora. Entre la semana 8 y 10 se incluyen actividades de fuerza, a partir de la semana 10 se incluyen actividades resistidas. En el tercer mes se aplica resistencia fuerte.


- Tenorrafias de extensores: Botonera inmovilizar en extensión completa por 5 a 6 semanas, uso de férula estática volar 2/3 arriba del antebrazo, muñeca en 40 a 45 grados de dorsiflexión, metacarpofalángica en extensión, interfalángicas proximales libres. Iniciar movimiento activo, activo-asistido, en la quinta semana iniciar cuidadosamente flexión activa. Extensores de muñeca: dejar libre los dedos, inmovilizar muñeca de 3 a 4 semanas.
- Zona 5,6 y 7: iniciar con movilización pasiva, usar férula dinámica de flexión activa y extensión pasiva. Muñeca 40 a 45 grados de extensión. La importancia de la intervención en el tiempo apropiado es que permitirá el alcance de la funcionalidad de los patrones integrales y funcionales de la mano. De ser necesario el uso de adaptaciones, realizar el entrenamiento para las actividades de la vida diaria. Se requiere ofrecer al paciente su Perfil Ocupacional de acuerdo a las potencialidades residuales y nivel de formación.
- Los Patrones manuales de movimiento se re-educan mediante la aplicación de la Actividad con propósito y el proceso de enseñanza aprendizaje.

En el manejo de las Fracturas se divide el manejo en dos períodos: 3 a 4 semanas y 6 a 12 semanas.

- 3 a 4 semanas: uso activo de las articulaciones que están por encima y por debajo de la zona estabilizada. En la movilización se asisten y controlan rangos de movimiento eliminando la gravedad. Los rangos de movimiento activos solamente incluyen isométricos alrededor del sitio de la fractura, posteriormente se introduce la realización de activos mantenidos.
- 6 a 12 semanas Consolidación:
- *Movilidad:* Se trabajan arcos de movimiento activos-asistidos y activos; arcos de movimiento pasivo con estiramiento y movilización de las articulaciones y luego arcos de movimiento resistido.
- *Estabilidad:* Se promueve la co-contracción muscular, la carga de peso y los patrones de movimiento manuales.

Para todas las lesiones de Miembro superior se hace un cuidado global de la piel y de las estructuras comprometidas en la lesión:

- Cuidado de piel: se recomienda al paciente la lubricación y humectación de la extremidad comprometida como mínimo 3 veces al día y mantener buena higiene.

	<b>GUIA CLINICA DE LESIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>	<b>Código</b>	
		GS-DC-016	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1
			<b>Página</b> 3 de 4

Control del proceso de cicatrización mediante el uso de micropore o en lesiones extensas se indica el uso de prendas de presión (presoterapia).


- En la re-educación sensorial se requiere la retroalimentación visual, máxima concentración durante la ejecución del entrenamiento. La estimulación es de 10 a 15 minutos, se realizan de 2 a 4 repeticiones con iniciación en el miembro superior sano como input del estímulo sensorial. Se emplean diversas texturas de burdas a suaves en casos de baja percepción del estímulo y de suaves a burdas cuando la percepción del estímulo se encuentra aumentada. Igualmente se utilizan diversos objetos variando forma, tamaño, peso y textura, aguja de punta roma y variaciones de temperatura desde frío a caliente.

- Trabajo y Actividad Productiva: Aplica para todas las lesiones de miembro superior. Se realiza la historia ocupacional y se analizan los resultados del formato de Habilidades Funcionales y Ambientales del puesto de trabajo y se definen las alternativas ocupacionales del paciente emitiendo de esta manera el diagnóstico y pronóstico ocupacional del mismo.

Las actividades con propósito desarrolladas durante el tratamiento corresponden a las demandas motoras, perceptuales, cognitivas y adaptativas requeridas para su puesto de trabajo.

## Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Tornero J. Tratado Iberoamericano de Reumatología. Global Solution System S.L. Madrid España 1999.
- Daniels L, Catherine Worthingham. 2014. Pruebas Funcionales Musculares. Tomado de: <http://es.slideshare.net/iPhysioEdu/pruebas-funcionales-musculares-lucille-daniels-catherine-worthingham>
- Gerstner J. 2011 Semiología del aparato locomotor. Cali. Colombia. 13 edición. Editorial Celsus
- Carrie M. Lori B. 2006. Therapeutic Exercise Moving Toward Function. Badalona (España). Editorial Paidotribo.

	GUIA CLINICA DE LESIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR EN TERAPIA OCUPACIONAL		Código	
			GS-DC-016	
	Fecha Vigente	18/11/2020	Versión 1	Página 4 de 4

- Neira Reina Fernando. Ortega García. Tratamiento de las cervicalgias. Medio electrónico disponible en <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/reumatologia/dolor7voliii1.pdf>.
- Saavedra Hernández. Manuel. Tesis Doctoral. Fisioterapia en la cervicalgia Cronica: Manipulacion vertebral y Kinesiotaping. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Granada. Editorial Universidad de Granada. Artículo digital disponible en <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/22259/1/21005862.pdf>.
- Evidencia clínica concisa La mejor evidencia disponible a nivel internacional para una práctica clínica efectiva, segunda edición, mayo de 2003. Grupo Editorial Legis. Bogotá, Colombia, 2003. BMJ Publishing Group.
- Osorio Gonzales S. Guia de manejo Cervicalgia. Hospital san Rafael ESE Ebejico 2015. Disponible en: [http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc\\_Gu%C3%ADa-de-Manejo-Cervicalgia.pdf](http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Gu%C3%ADa-de-Manejo-Cervicalgia.pdf)
- Sergio Jacobelli. CERVICALGIAS. 2014. Disponible en : <http://escuela.med.puc.cl/publ/reumatologia/apuntes/4cervicalgia.html>