



COLECCIÓN APUNTES UNIVERSITARIOS

FISIOTERAPIA EN ESPECIALIDADES CLÍNICAS II

GRADO FISIOTERAPIA

6 Créditos

Pillatòner
Còpies, Enquadernacions i Cartutxos



Pillatoner Campus Tarongers
C/ Ramón Llull 45 BJ - 96 304 57 13

Pillatoner Campus Blasco Ibañez
C/ Gascó Oliag 6 BJ - 96 133 97 19

Más información sobre nuestros apuntes en www.pillatoner.es

Todos los derechos reservados. Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso escrito de la editorial.

Edita e imprime: PILLATONER SL

Autor: Isabel María Martínez Martínez

C/ Gascó Oliag, 6 bajo – 46010 – Valencia

Teléfono: 96 133 97 19

E-mail: pillatoner@yahoo.es

Fecha edición: Septiembre 2019

Prólogo

Pillatoner SL, es una empresa dedicada a la edición y venta de apuntes para universitarios. Somos una empresa joven que tiene por objetivo lograr dotar al estudiante universitario de un material de apoyo adicional a los ya existentes (manuales, asistencia a clase, material de reprografía, etc.)

Es por ello que recopilamos los apuntes de aquellos alumnos que asisten regularmente a clase, que completan sus apuntes con manuales, así como con conocimientos previos. Ofrecemos al estudiante, un resumen de lo más imprescindible de cada asignatura, con el fin de que sirva de material adicional (adicional porque sin conocimientos previos, difícilmente valdrá de algo esta compilación de apuntes), a los métodos ya existentes.

Esperemos que con esta colección, la vida universitaria se haga al estudiante más corta y fructífera. Suerte y a estudiar, que es el único método conocido (exceptuando las chuletas), de aprobar la carrera.

Temario

Fisioterapia en coagulopatías (Página 4)

Tema 1. Hemofilia y aparato locomotor. Lesiones comunes (4)

Tema 2. Fisioterapia en las lesiones comunes del paciente hemofílico (10)

Fisioterapia en oncología (página 18)

Tema 3. Introducción a la oncología. Papel del fisioterapeuta (18)

Tema 4. Fisioterapia en el cáncer de mama. Trat. del linfedema (22)

Tema 5. Fisioterapia en los cuidados paliativos (31)

Fisioterapia en las disfunciones del suelo pélvico (página 34)

Tema 6. Generalidades de la fisioterapia de las disfunciones del suelo pélvico (34)

Tema 7. Funcionalidad del compartimiento abdomino-pelviano e implicaciones en la reeducación. (40)

Tema 8. Fisioterapia específica para la incontinencia urinaria y los prolapsos de órganos pélvicos. (45)

Tema 9. Fisioterapia en el traumatismo obstétrico. Prevención y tratamiento. (52)

Tema 10. Fisioterapia específica del dolor pélvico y algunas disfunciones sexuales. (57)

Tema 11. Fisioterapia específica del suelo pélvico en el varón y el niño (63)

Tema 12. Fisioterapia en disfunciones ano-rectales (68)

Fisioterapia en amputaciones y reimplantes (página 72)

Tema 13. Intro. y generalidades de la fisioterapia en el amputado (72)

Tema 14. Fisioterapia en el amputado de miembro inferior (80)

Tema 15. Fisioterapia en el amputado de miembro superior y tratamiento fisioterápico de la cicatriz (87)

Tema 16. Fisioterapia en el reimplante de miembros (95)

TEMA 1. HEMOFILIA Y APARATO LOCOMOTOR. LESIONES COMUNES

Generalidades de la hemofilia

La hemofilia es una enfermedad de base hematológica y clínica ortopédica. Es un trastorno congénito de la coagulación, lo que provoca un cuadro clínico hemorrágico.

La hemofilia es la coagulopatía hereditaria ligada al sexo: hemofilia A (factor VIII) o hemofilia B (factor IX).

Casos “de novo” en el que la mutación está en el cromosoma X: las mujeres son portadoras y los hombres afectados. También consta como “de novo” los casos en los que el niño que ha nacido en algún momento ha adquirido la enfermedad, pero ni la madre ni el padre lo padecen, hemofilia adquirida (hombres o mujeres que no son hemofílicos, funcionalmente se convierten en hemofílicos).

Otras coagulopatías:

- Enfermedad de von Willerbrand (factor XI)
- Déficit factor V
- Déficit factor XIII

Incidencia

- 1/5.000 varones nacidos vivos padecen hemofilia A.
- 1/30.000 varones nacidos vivos puede sufrir hemofilia B.

Está catalogada como una enfermedad rara.

El problema es la investigación, no hay financiación ni pública ni privada. El 80% de todos los pacientes con hemofilia en todo el mundo, no tiene tratamiento. El 20% sí, España está incluido en este grupo.

Clasificación (sirve tanto para hemofilia A como para la tipo B)

- **Severa** < 1% (< 0,01 UI/ml). Sangra de manera espontánea. Si a un severo, se le aplica factor VIII, se le puede llegar a transformar a un hemofílico moderado.

- **Moderada** 1-5% (0,01-0,05 UI/ml). Sangra por golpe, no de forma espontánea.
- **Leve** >5% - <40% (>0,05 – 0,4 UI/ml). No va a sangrar a nivel articular de forma espontánea. Si es >40% no se le considera paciente hemofílico.

*UI: unidad internacional

Tratamiento

Administración de factor VIII, hasta que la persona lo elimine porque lo ha utilizado. Son de forma líquida, tiene que ir directamente a vía intravenosa. Hay niños a los que es imposible encontrarle las venas y lo que se hace es ponerle un aparato (como el marcapasos) por debajo de la piel, que va administrándole la profilaxis.

Las **modalidades del tratamiento** pueden ser:

- A demanda: sólo si hay un problema. Leves o moderados.
- Por profilaxis: graves, de manera rutinaria).

Complicaciones:

- Inhibidores: a un paciente le empiezas a tratar y comienza a generar anticuerpos contra el factor que le administras. Tienen más riesgo de sangrado.
- Infección por VIH y VHC (hepatitis C): ocurría porque antes no se conocía como parar el VIH, porque no se sabía qué era. Por ello, como la gente que era hemofílica necesitaba transfusiones de gente que la donaba, no se sabía si esa gente padecía la enfermedad o no.

A mayor volumen sanguíneo, mayor necesidad de factor. Es una enfermedad extremadamente cara, cada administración supone 1200 € y 1300€.

Las **contraindicaciones** del tratamiento son la aspirina o las inyecciones intramusculares (punción seca).

Otros tratamientos que se pueden realizar son rehabilitación, fisioterapia, ejercicio físico y deporte.

Manifestaciones clínicas de la hemofilia (lesiones comunes)

Las manifestaciones clínicas de la hemofilia son las hemorragias, que pueden ser externas o internas. La hemartrosis, hematomas y sinovitis forman la artropatía hemofílica.

La **hemartrosis** es un sangrado intraarticular caracterizado por su importante dolor. Es la manifestación clínica más frecuente y más conocida de la hemofilia, tanto grave como moderada, representando el 65-80% de todas las hemorragias. Las hemorragias más frecuentes son en codos, rodillas y tobillos, y después cadera y hombros; y por último, las muñecas y los dedos.

Durante una hemorragia articular el paciente siente un “aura” y a medida que la cápsula articular se llena de sangre, la articulación se inflama, duele y dificulta el movimiento. Luego la presión favorece el cese de las hemorragias, reabsorbiendo la sangre y dejando productos de desecho tóxicos. En función de la causa y del tipo de hemofilia, la cantidad de sangrado es mayor o menor.

La severidad se clasifica:

- Menor o leve, el dolor es leve, la inflamación mínima, con escasa pérdida de función y resolución en 24-28 horas.
- Mayor o grave el dolor es intenso, hay derrame evidente y/o a tensión, limitación funcional con postura antálgica en flexión, no resolución en 24 horas; estos pacientes estarán en tratamiento durante 15-20 días.

A parte, existen los hemartros subclínicos, que son esos que por golpes o traumas se dan pero no son apreciables.

La **sinovitis** es un proceso inflamatorio de la membrana sinovial, que se produce ante la presencia de un hemartros, con el objetivo de reabsorber toda la sangre. Puede ser transitoria, pero cuando las hemartrosis son frecuentes y/o intensas se establece como resultado lo que se denomina sinovitis crónica hemofílica.

- En fase I: sólo ocurre que las células de la membrana sinovial crecen de tamaño.
- En fase II: ocupan el lugar de otras células.

- En la fase III: provocan el sangrado. Si persiste más de 6 meses es crónica y hay que tratarla.

Manifestaciones clínicas: tumefacción articular de consistencia semi-blanda, discreto calor, leve limitación de la movilidad, posteriormente se instaaura una hipotrofia muscular.

El **tratamiento** tiene por objetivo romper el círculo vicioso de: hemartrosis-sinovitis-disfunción musculo esquelética-hemartrosis recidivante.

Clasificación:

- Grado I: puede ocurrir hipertrofia sinovial.
- Grado II: hiperplasia sinovial.
- Grado III: ocurren vellosidades sinoviales.

Diagnóstico diferencial entre hemartrosis y sinovitis:

- Hemartrosis: comienzo agudo, dolor intenso o moderado, actitud antálgica en flexión, ROM limitado o ausente, pérdida de fuerza, respuesta inmediata al tratamiento sustitutivo.
- Sinovitis: comienzo lento, dolor leve o ausente, hipertrofia sinovial, movilidad articular normal, insuficiencia muscular, no respuesta inmediata al tratamiento sustitutivo.

Los **hematomas** son sangrado dentro de los tejidos. Existe un depósito de sangre localizado en un órgano, espacio o tejido, debido a la rotura de la pared de un vaso sanguíneo. Hay que instruir al paciente o al familiar de lo que realmente es un hematoma, no sólo la manifestación superficial.

Clasificación:

- Por su naturaleza: espontáneos o postraumáticos.
- Por su magnitud: grandes, medianos, pequeños.
- Por su localización: superficial, profundo (intramuscular o próximo a la cortical del hueso. Son peligrosos, la cortical pegada al hueso, puede provocar más sangrado).

Causas: traumas o contusiones, sobreesfuerzo muscular, espontáneo (relacionado con algún esfuerzo o golpe inadvertido).

Signos:

- Dolor: reposo, contracción muscular y estiramiento
- Hinchazón
- Posible elevación de la temperatura
- Retracción muscular
- Reducción del ROM
- Impotencia funcional de las articulaciones vecinas

Peligro si aparece compromiso vascular y nervioso, porque puede dar síndrome compartimental. Los más frecuentes son en psoas, gastrocnemios y musculatura flexora del antebrazo.

Complicaciones o secuelas: anemia aguda, infección, compromiso nervioso (sensitivo y/o motor) y cicatriz fibrosa. Calcificaciones intramusculares, irritación perióstica, pseudotumor hemofílico...

En el **hematoma de psoas** las complicaciones pueden ser alteraciones nerviosas afectando al nervio crural (cuádriceps), o al nervio femorocutáneo, producir un flexo residual, calcificaciones, irritación perióstica...

Hemofílico pseudotumor: consecuencia de un hematoma mal tratado o con mala evolución. Es igual al hematoma encapsulado cuyo crecimiento invade estructuras vecinas, llegando a erosionar el hueso.

Artropatía hemofílica: destrucción articular típica de la hemofilia con algunos aspectos clínicos y biológicos similares a la artritis reumatoide y a la artrosis degenerativa.

Caracterizada en un inicio por una sinovitis crónica proliferativa y por la destrucción del cartílago articular. Daño articular irreversible es la consecuencia a largo plazo de las hemartrosis.

Las que más se afectan son las rodillas, los tobillos y los codos.

La **patogenia** no está suficientemente aclarada sobre todo los cambios incipientes, pero parece que el hemartros produce un depósito hemosiderina, que produce inflamación e hipertrofia sinovial, lo que aumenta la vascularización y provoca destrucción del cartílago y erosión ósea. Por otro lado, el hemartros produce inhibición de síntesis de proteoglicanos y alteración del metabolismo del

cartílago, lo que produce destrucción del cartílago y erosión ósea. Cuanto más joven es el cartílago, más se daña. Por lo que el hemartros es peor para un joven que para un adulto.

Manifestaciones clínicas: dolor, impotencia funcional y limitación articular, lo que produce invalidez, incluso para las AVD. Eso provoca disminución de la percepción de la calidad de vida.