



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



**INTERVENCIONES DE ENFERMERIA DURANTE LA REHABILITACION EN EL HOGAR
PARA EL PACIENTE ADULTO HEMIPLEJICO**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

ROSA BRICEIDA VILLEGAS CASTILLO

CON LA ASESORIA DE LA LIC. XOCHITL GONZALEZ MORALES

MEXICO.D.F.

NOVIEMBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la LIC. Xóchitl González Morales, por la asesoría brindada en Metodología de la investigación y corrección de estilo que hizo posible culminar esta Tesina exitosamente.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, por todas las enseñanzas recibidas durante mi Licenciatura, que hizo posible obtener los aprendizajes de sus excelentes maestros.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación por haberme brindado la oportunidad de realizar mi tesina obteniendo información de sus servicios y para atender a los pacientes con la mayor calidad profesional.

DEDICATORIA

A mis padres Jesús Manuel Villegas Trillas y Guadalupe Castillo Luzanilla por respetar mis decisiones, el amor que me dan cada día y por ser mi fuerza más grande para ser mejor.

A mis Suegros Faustino Galicia Frías y Raquel González Martínez por el apoyo que me han dado desde el inicio de mi Carrera y por darme aliento en momentos difíciles.

A el amor de mi vida José Luis Galicia González por el amor, apoyo, comprensión y por incitarme a ser mejor desde el primer día que te conocí.

INDICE

	PAG.
CONTENIDO GENERAL	
INTRODUCCIÓN	7
1. FUNDAMENTACIÓN	9
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	9
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	14
1.4 OBJETIVOS	15
1.4.1 General	15
1.4.2 Específicos	15
2.MARCO TEÓRICO	16
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA REHABILITACIÓN EN EL HOGAR PARA EL PACIENTE ADULTO HEMIPLEJICO	16
2.1.1 Evento vascular cerebral	16
2.1.2 Factores de riesgo	16
- Modificables	16
• Hipertensión arterial	16
• Tabaquismo	17
• Diabetes	17
• Alcoholismo	17
• Obesidad	18
- No modificables	18

• Edad	18
• Sexo	18
• Raza	18
• Herencia	19
2.2 Fisiopatología	19
2.3 Epidemiología	20
- Mundial	20
- Europa	21
- Estados Unidos	22
- México	23
2.4 Sintomatología	24
2.5 Diagnostico	24
2.6 Tratamiento	25
2.7 Hemiplejia	26
2.8 Factores de riesgo subsecuentes a Evento Vascular Cerebral	26
2.9 Fisiopatología subsecuente a Evento Vascular Cerebral	26
2.10 Conceptos básicos que nos ayudan a entender el proceso de Rehabilitación	26
2.11 Clasificación	33
2.12 Epidemiología	33
2.13 Sintomatología	34
2.14 Tratamiento	37
2.14.1 Etapas de la hemiplejia y mecánica corporal	37
2.14.2 Intervenciones del Lic. Enfermería y Obstetricia en la adaptación psicosocial	90

2.14.3 Intervenciones del Lic. Enfermería y Obstetricia en terapia física	112
2.15 Intervenciones del Lic. Enfermería y Obstetricia en Terapias complementarias	122
2.15.1 Masaje	122
2.15.2 Terapia Ocupacional	137
2.16 Diagnostico subsecuente a Evento vascular cerebral	145
3. METODOLOGÍA	145
3.1 Variables e Indicadores	145
3.2 Dependiente	145
- Indicadores de la variable	142
3.1.2 Definición operacional	147
3.1.3 Modelos de relación influencia de la variable	148
3.2 Tipo y diseño de la tesina	149
3.2.1 Tipo de tesina	149
3.2.2 Diseño de tesina	149
3.2.3 Técnicas de investigación utilizadas	150
3.2.4 Observación	151
3.2.5 Instrumentación	151
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	152
4.1 Conclusiones	152
4.2 Recomendaciones	152
5. ANEXOS	155
6. GLOSARIO DE TERMINOS	172
7. BIBLIOGRAFÍA	175

INTRODUCCIÓN

La presente tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia, en pacientes con Hemiplejia en el Instituto Nacional de Rehabilitación; así como crear una guía de rehabilitación en el hogar que coadyuve en la pronta recuperación de estos pacientes.

Para realizar esta investigación documental, se ha desarrollado la misma en importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de la tesina, que incluye los siguientes apartados: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el marco teórico de la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia durante la rehabilitación en el hogar para el paciente adulto hemipléjico a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria, de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de enfermería en pacientes con Hemiplejia. Esto significa que el apoyo del marco teórico ha sido invaluable para recabar la información necesaria que apoya el problema y los objetivos de esta investigación documental.

En el tercer capítulo se muestra la metodología empleada con la variable Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia durante la rehabilitación en el hogar para el paciente adulto hemipléjico, así como la

elaboración de una guía de terapia en rehabilitación para el hogar y la definición operacional de la misma. Forma parte de este capítulo el tipo y diseño de la tesina, así como también las técnicas e instrumentos utilizados.

Finaliza esta tesina con las conclusiones, anexos y los apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda contar de manera clara con las Intervenciones de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia en la educación e instrumentación de la familia para llevar a cabo la rehabilitación física en el hogar de los pacientes con Hemiplejía, asegurando una atención de calidad con calidez a este tipo de pacientes.

1. FUNDAMENTACION

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

Antecedentes del Instituto Nacional de Rehabilitación

El Instituto Nacional de Rehabilitación proviene de la fusión de los Institutos Nacionales de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana, los cuales formaron parte de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, teniendo todos ellos una orientación bien definida hacia la atención de pacientes con problemas de discapacidad del sistema musculoesquelético, audición, voz y lenguaje.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación se identificó un problema el cual queremos mejorar para el bienestar y pronta rehabilitación del paciente y su familia. Este problema se encontró en la torre de rehabilitación, en el servicio de Evento vascular cerebral acudiendo para recabar información y ver la prevalencia de estos pacientes por mes y así poder aplicar lo planteado, lo cual se verá en el apartado de Epidemiología de la presente tesina.

En la actualidad en este servicio se cuenta con 10 camas para este tipo de pacientes y con profesionales de rehabilitación física, lenguaje y terapia ocupacional, los cuales imparten a diario sus terapias. De forma general el tratamiento diario oscila entre 30 – 40 minutos, estos pacientes después de

ser dados de alta siguen asistiendo para continuar su rehabilitación en el hospital ya sea 2 ó 3 veces por¹ semana o las veces que el profesional tenga disponible lugar para citarlos.

Se considera que teniendo en cuenta este tipo de enfermedad y los trastornos de movilidad que esta misma genera, el tiempo de evolución, las características del paciente y los objetivos que deseamos alcanzar es necesario un rango de tiempo mayor y por ello me di a la tarea de realizar un plan de ejercicios los cuales sean fáciles y no impliquen un gasto ya que se pueden llevar a cabo en el hogar sin la necesidad de trasladarse a otros lugares y lo pueda hacer el familiar del paciente el tiempo necesario y esto ayude también a la relación paciente – familia y a la rehabilitación más temprana llevada a la práctica en casa y en el hospital.

Desarrollo e Historia del Instituto Nacional de Rehabilitación

- En 1971 comenzó a planearse la construcción del Instituto Nacional de Rehabilitación con un proyecto que incluía un hospital de 250 camas. Aquella institución fue concebida como la cúspide del Sistema Nacional de Servicios de Rehabilitación y² parte del Plan Nacional de Salud, pero por razones de diversa índole su realización debió diferirse.

¹En internet: http://www.inr.gob.mx/Descargas/programas/PROGRAMA_ANUAL2011 p.7-13 Consultado el 4 de mayo del 20 15.

²Idem.p.7.

- En el año de 1984 se visitaron algunos institutos de Rehabilitación en el extranjero, en una gira que incluyó los Institutos Nacionales de Salud en Bethesda, el Instituto de Rehabilitación en Nueva York, el Instituto de Rehabilitación de Boston y el Instituto de Rehabilitación de Montreal, proponiendo a continuación la creación de un Instituto Nacional de Rehabilitación a semejanza de los “National Institutes of Health” (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica.

- En el año de 1989, se realizó la presentación de un proyecto de fusión de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Ortopedia y Comunicación Humana para crear un Instituto Nacional de Rehabilitación como organismo descentralizado.

- Se inició su construcción en el año de 1990, con el propósito de ser terminado en el año de 1992. Durante la gestión del C. Presidente Carlos Salinas, pero la obra tuvo que ser suspendida por diversos problemas administrativos.³

- Reinició la construcción en el año de 1996 y el 6 de Agosto de 1997 se creó el Centro Nacional de Rehabilitación como organismo

³ Ibid.p.8.

desconcentrado de la Secretaría de Salud, a través de la publicación en el Diario Oficial de la Federación de esta fecha, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, con atribuciones relativas a la prestación de servicios de atención médica de alto nivel para la prevención, tratamiento y rehabilitación de discapacidades, así como para el desarrollo de investigación científica y tecnológica y enseñanza en dichas materias, quedando abrogados los decretos de la creación de los tres Institutos anteriores. El Dr. De la Fuente nombro al Dr. Luis Guillermo Ibarra Director General de esta nueva Institución.

➤ El 22 de Junio de 2005, el Centro Nacional de Rehabilitación se transformó en el Instituto Nacional de Rehabilitación, por lo que su gestión se orientó a instrumentar los cambios necesarios para la operación como organismo público descentralizado, consolidar su integración y fortalecer técnica y administrativamente su funcionamiento, en congruencia con el compromiso social de contribuir al logro de los objetivos sectoriales y al importante lugar que ocupa el Sistema Nacional de Salud, por las atribuciones conferidas.⁴

⁴Ibid.p.9.

- En el mes de octubre de 2005. Se designó el Dr. Luis Guillermo Ibarra, como Director del Instituto Nacional de Rehabilitación, para el periodo de 1 de diciembre de 2005 al 30 de noviembre de 2010.

- Posteriormente a la nueva convocatoria expedida el 13 de octubre de 2010, celebrada el 26 de Noviembre de 2010, se designó nuevamente al Dr. Luis Guillermo Ibarra como Director General del Instituto Nacional de Rehabilitación para el periodo comprendido de 1 de Diciembre de 2010 al 30 de Noviembre de 2015.⁵

Independientemente de que en el Instituto Nacional de Rehabilitación atienda a pacientes con diferentes discapacidades y los costos sean accesibles , observe que el tiempo que se le dedica al paciente es mínimo alrededor de 30 – 40 minutos por terapia, esta información fue posible ya que personalmente se le pregunto al personal que ahí labora, esto es en el servicio de EVC en la torre de rehabilitación y en el cual dan diferentes tipos de terapias, como son: rehabilitación física, terapia ocupacional y lenguaje, el cual es un tiempo corto y los ejercicios pudieran ser más para que el familiar los realice en casa, teniendo en cuenta que para que el paciente hemipléjico avance debidamente se les debe de estimular lo máximo que se pueda en los primeros seis meses y hasta el año y medio de la lesión que es hasta entonces que podemos saber hasta qué punto fue el avance, es por ello que decidí realizar un plan de ejercicios en casa para implementarlo

⁵Ibid.p.13.

junto a los ejercicios que se realizan en el hospital y así ver resultados más rápidos sin perder tiempo por que este tiene un valor incalculable en estos casos y que la familia del paciente aprenda como tratarlo y de qué forma ayudarles desde diferentes aspectos tanto físicos como psicológicos y que vean así la importancia de que la familia se involucre con este paciente.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la secuencia de ejercicios que se pueden llevar a cabo en el hogar por parte de los familiares y coadyuvar a la rehabilitación de los pacientes con hemiplejia posterior a EVC?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones.

En primer lugar se justifica porque la patología de los pacientes con EVC, se está convirtiendo en una pandemia mundial y esto hace que sea una de las principales causas de muerte la cual es de mayor predominio en hombres que en mujeres. Por ello el aspecto preventivo es de suma importancia para evitar que los pacientes lleguen a sufrir un Evento vascular cerebral.

En segundo lugar, esta investigación documental se justifica por que se pretende valorar en ella la identificación y control de los factores de riesgo modificables para prevenir un EVC así como aplicar en casa una serie de

ejercicios que se puedan realizar sin problema alguno ayudando a la rehabilitación más pronta del paciente. El licenciado en Enfermería sabe que el abstenerse de fumar cigarros, el control de la hipertensión, el control de estrés, el control de una dieta baja en grasas, pueden prevenir un EVC. Por ello en esta tesina es necesario sentar las bases de lo que la Lic. Enfermería debe realizar a fin de proponer diversas medidas tendentes a disminuir la morbimortalidad por un Evento vascular cerebral.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Realiza un programa de ejercicios por medio de una investigación bibliográfica los cuales puedan ser aplicados en casa por personal no especializado tendientes a favorecer una rehabilitación más oportuna, efectiva y económica para el paciente y su familia.

1.4.2 Específicos

- Identificar que ejercicios se pueden realizar en el hogar por el familiar al paciente hemipléjico
- Proponer los diversos ejercicios que el familiar puede llevar a cabo como una rutina en el paciente hemipléjico

2. MARCO TEORICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE LA REHABILITACIÓN EN EL HOGAR PARA EL PACIENTE ADULTO HEMIPLEJICO.

2.1.1 Evento vascular cerebral

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de signos neurológicos focales, que persisten más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

Se clasifica en 2 subtipos isquemia y hemorragia.

- La isquemia cerebral es la consecuencia de la oclusión de un vaso y puede tener manifestaciones transitorias o permanentes, lo que implica un daño neuronal irreversible.
- En la hemorragia intracerebral (HCI) la rotura de un vaso da lugar a una colección hemática en el parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo.⁶

2.1.2 Factores de riesgo

- Modificables

- Hipertensión

⁶Antonio Araus y Angélica Ruiz Franco. Enfermedad Vascular Cerebral. vol.55.N3.Mayo-Junio. México, 2012, p 11.

Es el principal factor de riesgo; se asocia con 40% de los infartos cerebrales y aumenta el riesgo con la elevación de las cifras de presión (diastólica mayor de 90 mm Hg y sistólica mayor de 140 mm Hg).

- Tabaquismo

Este factor aumenta hasta el 50%. El mecanismo fisiopatológico es por acelerar el proceso de aterosclerosis.

En quienes dejan de fumar se reduce de manera importante el riesgo en un periodo de dos a cinco meses, pero es posible que su grado de riesgo no llegue completamente al de quienes no fuman.

- Diabetes

La diabetes es un factor de riesgo de gran importancia para la progresión de la placa de ateroma.

Incrementa de 2 a 3 el riesgo del trastorno y aumenta más el riesgo si se asocia con proteinuria o datos de isquemia en el electrocardiograma.

En los pacientes que han tenido un EVC la presencia de hiperglicemia incrementa la mortalidad y la morbilidad.⁷

- Alcoholismo

⁷Allan Ropper y Victor Maurice. Principios de Neurología. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 7ed. Mexico, 2012. p. 770.

A dosis elevadas aumenta el riesgo de EVC isquémico al provocar alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral.

- Obesidad

Influye en el incremento de la hipertensión arterial y de aterosclerosis. El riesgo aumenta 60% cuando se asocia a tabaquismo.⁸

-No modificables

- Edad

La edad avanzada es un factor de riesgo de la patología vascular isquémica y hemorrágica. La incidencia aumenta a más del doble en cada década a partir de los 55 años.

- Sexo

El sexo masculino también es un factor de riesgo ya que es casi tres veces más que en mujeres.

- Raza

El riesgo en personas de raza negra estadounidense es casi 1.3 veces mayor que en caucásicos. Es posible que se relacione con factores como

⁸Ibid p.771.

de estilo de vida, ya que los negros del sureste tienen mayor frecuencia de EVC que los del norte.⁹

- Herencia

Algunos estudios indican que el antecedente familiar de enfermedad vascular cerebral aumenta en forma global la incidencia, tanto isquémica como hemorrágica. Sin embargo, no se ha demostrado su importancia como factor de riesgo.¹⁰

2.2 Fisiopatología

Una vez que existe oclusión de un vaso cerebral con la consecuente obstrucción del flujo sanguíneo cerebral (FSC), se desencadena una cascada de eventos bioquímicos que inicia con la pérdida de energía y que termina en muerte neuronal. Otros eventos incluyen el exceso de aminoácidos excitatorios extracelulares, formación de radicales libres, inflamación y entrada de calcio a la neurona. Después de la oclusión, el núcleo central se rodea por un área de disfunción causada por alteraciones metabólicas e iónicas, con integridad estructural conservada, a lo que se denomina “Penumbra Isquémica”(zona afectada donde disminuye el flujo sanguíneo y existe riesgo de perderse pero si es tratada oportunamente

⁹Claude Bennett y Fred Plum. Tratado de Medicina Interna. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 20ed. México, 2011. p. 2376.

¹⁰Ibid. p. 2377.

puede ser rescatada aunque muy difícilmente. “Aún no existe un daño total”).¹¹

2.3 Epidemiología

-Mundial

La enfermedad vascular cerebral constituye la tercera causa de muerte, y produce mayor número de incapacidades físicas. La incidencia aumenta de forma lineal con la edad, afecta más al varón que a la mujer, sobre todo antes de los 55 años de edad. A nivel mundial, durante la tercera y cuarta décadas de la vida la incidencia es de tres casos por cada 10 000 habitantes por año. Se estima que 80% de los casos es isquémico y 20% es hemorrágico. La isquemia cerebral transitoria constituye entre 11 y 19% de todos los casos de enfermedad vascular cerebral. De 80% de tipo isquémico, 60% es de origen trombótico y 20% de origen embólico, mientras que de 20% de tipo hemorrágico, 12% se localiza a nivel parenquimatoso y 8% en el espacio subaracnoideo.¹²

¹¹ Antonio Arauz y Angélica Ruiz Franco. Enfermedad Vascular Cerebral. Disponible en www.medigraphic.com. Vol 55.N3. Mayo-Junio. Mexico, 2012, p.12.

¹² José Alaba Cherem. El Internista. Ed. McGraw-Hill. Mexico, 2012. p733.

-Europa

El accidente vascular cerebral (AVC) en los países desarrollados constituye la tercera causa de muerte, después de la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer. El ACV alcanza mayor relieve debido a la importante tasa de invalidez que produce. Los ACV se deben a diversas causas. La más frecuente es el accidente aterotrombotico de algunas de las arterias cerebrales por afectación local o embolica a partir de ateromas de la aorta y de las arterias carótidas. La segunda causa es la hemorragia intraparenquimatosa o subaracnoidea cerebral. La diferencia entre las dos variantes etiopatogenicas puede lograr a ser de 8 a 1 a favor del accidente aterotrombótico. La mortalidad en España para los ACV en 1999 fue de 73,9% por 100.000 para los varones y de 64,3% para las mujeres. Las cifras más altas fueron observadas en la comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia para ambos sexos y las más bajas, las observadas en la comunidad de Madrid. La mortalidad por cardiopatía coronaria supero a la de los AVC en los varones e inferior en las mujeres. La comparación de la mortalidad por AVC entre los diversos países europeos para el grupo de 45-74 años en 1990-1992 colocaba España en una posición intermedia si excluimos a los países de las antiguas economías socialistas, en los que la mortalidad por AVC era más alta.¹³

¹³Fernando Barinagarrementeria. Evento Vascular Cerebral. Ed. El manual moderno.Mexico, 2005.p.23.

En España, al igual que en los demás países desarrollados, las tasas de mortalidad por ACV han ido descendiendo desde antes de la introducción de la identificación y control de la hipertensión arterial. El papel del tratamiento de la hipertensión en la reducción de la frecuencia de ACV es un tema en discusión y probablemente han intervenido otros factores.

En todos los estudios epidemiológicos de población, la aparición de nuevos casos está vinculada a la edad. La proporción de nuevos eventos se incrementa sensiblemente a partir de los 60 años. El 75% de los casos son primeros eventos y el resto, recidivas. Al igual de lo que sucede con los accidentes agudos de otras enfermedades, la información sobre la morbilidad de los ACV en España es muy limitada, de forma similar a lo que sucede en el resto del mundo. Existen datos acerca de la frecuencia obtenidos en estudios transversales en determinadas áreas geográficas como en Alcoy para los ACV y para los accidentes transitorios,¹⁴ en Gerona, en tres distritos de Madrid y en Segovia. En este estudio aportamos las tasas de incidencia y mortalidad producidas por ACV observadas durante 28 años de seguimiento de una cohorte de 1.059 varones sanos, que tenían entre 30 y 59 años al inicio del estudio y su asociación con los factores de riesgo cardiovascular.¹⁵

-Estados Unidos

¹⁴ Idem.p.23.

¹⁵ Ibid.p.24.

Las enfermedades cerebrovasculares predominan en edades medias y avanzadas de la vida. En Estados Unidos causan cada año aproximadamente 200 000 muertes, así como importantes secuelas neurológicas. La incidencia del accidente cerebrovascular aumenta con la edad afecta mucha gente en sus años dorados, un segmento de la población en rápido crecimiento. Estas enfermedades producen isquemia-infarto o hemorragia intracraneal.¹⁶

Diagnostico situacional en México

Datos de la Secretaria de Salud en México muestran que en nuestro país la tasa de mortalidad por EVC se ha incrementado a partir del año 2000, particularmente en menores de 65 años. Durante el 2010 del total de egresos en hospitales públicos el 1% fue atribuido a EVC, mientras que en el 2012, la tasa de mortalidad fue de 28.3/100,000 habitantes.¹⁷

¹⁶Juan Carlos Velázquez. Medicina Interna de Urgencias.Ed.Medicina Celsius.Bogota, 2005.p.138.

¹⁷Juan Rojas y Cols.Registro de Enfermedad Cerebrovascular Isquemica.Buenos Aires, 2013.p. 702.

2.4 Sintomatología

La principal característica clínica de un IC es la aparición súbita del déficit neurológico focal, aunque ocasionalmente puede presentarse con progresión escalonada o gradual.

Las manifestaciones dependen del sitio de afección cerebral, frecuentemente son unilaterales, generalmente incluyen:

Alteraciones de lenguaje, del campo visual, debilidad hemicorporal y pérdida de la sensibilidad.¹⁸

2.5 Diagnostico

Se han desarrollado varias escalas para cuantificar la gravedad del paciente. La escala de los Institutos Nacionales de la Salud (NIHSS) es la más utilizada. Se basa en 11 parámetros que reciben un puntaje de entre 0 a 4. Su resultado oscila de 0 a 39 y según la puntuación se cataloga la gravedad en varios grupos: < 4 puntos: déficit leve; 6-15 puntos: déficit moderado; 15-20 puntos: déficit importante; y >20 puntos: grave.¹⁹

¹⁸Arauz Antonio.Op cit.p.13.

¹⁹Arauz Antonio.Op cit.p.14.

En el paciente con sospecha de IC, los estudios de imagen son indispensables; la tomografía axial (TC) simple es el estudio de elección ya que es accesible y rápida. Tanto la TC como la imagen de resonancia magnética (IRM) tienen una alta sensibilidad, aunque la IRM puede detectar IC aun en fases hiperagudas y los localizados en la circulación posterior. La angiografía cerebral, la ATC y la AIRM permiten la visualización de la circulación intra y extracraneal, y en algunos casos de la arteria ocluida.

En la valoración del paciente en la fase aguda son necesarios también los siguientes estudios: glucosa sérica (la hipo e hiperglucemia son simuladores del IC), biometría hemática y tiempos de coagulación y electrocardiograma.

2.6 Tratamiento

El tratamiento de eficacia probada durante la fase aguda es la administración de activador tisular del plasminogeno humano (rt-PA) intravenoso. La evidencia de ensayos clínicos muestra que los pacientes tratados con rt-PA a dosis 0,9 mg/kg, tiene una evolución funcional con recuperación completa o casi completa, significativamente mayor que los tratados con placebo. El riesgo de hemorragia intracerebral (HIC) sintomática después de su administración es también mayor, especialmente en pacientes graves (NIHSS >20) y datos tomograficos de IC en la valoración inicial.²⁰

²⁰Arauz Antonio.Op cit.p.14.

Estudios recientes y metaanálisis de los datos disponibles sugieren que los pacientes con beneficio potencial son aquellos en los que el tiempo establecido de evolución es de hasta 4.5 h, sin signos tempranos de IC por TC y con IC con NIHSS de entre 4 y 20. Los pacientes que se excluyen son aquellos con factores que incrementan el riesgo de hemorragia.²¹

2.7 Hemiplejia

Definición

La hemiplejia es una parálisis espástica o flácida de un lado del cuerpo y sus dos extremidades, limitada por la línea media adelante y atrás, causado por una lesión en un hemisferio cerebral.²²

2.8 Factores de riesgo subsecuentes a Evento vascular cerebral

2.9 Fisiopatología subsecuente a Evento vascular cerebral

2.10 Conceptos básicos que nos ayudan a entender el proceso de rehabilitación

²¹Arauz Antonio.Op.cit.p 14.

²²Guías diagnósticas de medicina física y rehabilitación. En internet: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/rehabili/hemiplejia.pdf.p.38. Consultado el 15 de mayo del 2015.

-Plasticidad

Es la capacidad adaptativa del sistema nervioso central para modificar su propia organización estructural y funcional.²³

La Organización Mundial de la Salud define al término neuroplasticidad como la capacidad de las células del Sistema Nervioso para regenerarse anatómicamente y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades.²⁴

-Plasticidad durante el desarrollo

Las células en desarrollo poseen mayor capacidad de adaptación que las maduras. El aumento de la plasticidad puede permitir que los niños se recuperen de algunos trastornos que provocan incapacidad permanente en los adultos.²⁵

-Plasticidad en la vida adulta

²³Francisco Aguilar Rebolledo. Plasticidad y Restauración Neurológica. Vol. 2. Julio-Diciembre 2003, p.145.

²⁴MariaStokes.Rehabilitacion Neurologica.Ed.Elseiver.1ed, 2011.p.86.

²⁵Idem.p.86.

En el adulto, los cambios plásticos se producen en respuesta al uso de los músculos, y el funcionamiento del (SNC) también interpreta un papel en lo que respecta al aprendizaje y la memoria.²⁶

-Plasticidad en casos de enfermedad o lesión

La mayor parte de las neuronas maduras que sobreviven a la lesión de sus axones responden con un intento de regenerar un nuevo axón. En este sentido, las neuronas poseen una capacidad de regeneración considerable.²⁷

-Espasticidad

La espasticidad se puede definir como el incremento dependiente de la velocidad en la resistencia al estiramiento pasivo de un músculo con exageración de los reflejos tendinosos.

Características clínicas:

- El patrón característico de afectación de determinados grupos musculares.
- La respuesta aumentada de los músculos ante el estiramiento.
- El aumento marcado de los músculos tendinosos.²⁸

²⁶Ibid.p87.

²⁷Ibid.p.88.

²⁸Ibid.p.50.

-Flexión

La flexión es el movimiento por el cual los huesos u otras partes del cuerpo se aproximan entre sí en dirección anteroposterior, paralela al plano sagital.²⁹

-Extensión

f. Dimensiones, espacio ocupado por una cosa. // Acción y efecto de extenderse: la extensión de un miembro.// Duración: la extensión de un discurso. // Propagación: extensión de un conflicto.// Amplitud: la extensión de un suceso.³⁰

-Dorsiflexión

La flexión dorsal es el movimiento que disminuye el ángulo entre el dorso (superficial superior) del pie y la pierna, de manera que los dedos de los pies se acercan a la espinilla. El movimiento se mueven en direcciones opuestas se denomina flexión plantar.³¹

-Plantar flexión

²⁹Definición ABC. En internet: <http://www.definicionabc.com/general/flexion.php>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

³⁰ Diccionario en línea. En internet: <http://es.thefreedictionary.com/extensi%C3%B3n>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

³¹Diccionario en línea. En internet: <http://es.gdict.org/definicion.php?palabra=dorsiflexion>. Consultado el 25 de agosto del 2015

Movimiento de descenso de la punta del pie a la altura del tobillo. Se mide en grados, correspondiendo los 0 grados a la posición de descanso del pie sobre el suelo en bipedestación.³²

-Supino

Tendido sobre el dorso: posición decúbito supino.³³

-Prono.

Posición horizontal del cuerpo, mirando hacia abajo.³⁴

-Musculo

Órgano formado por tejido compuesto por fibras que se estiran y se contraen y que permite el movimiento de las diversas partes del cuerpo.³⁵

-Abducción

Movimiento por el cual un miembro o un órgano se alejan del eje central del cuerpo.³⁶

-Aducción

³²Diccionario en línea. En internet: <http://www.onsalus.com/diccionario/flexion-plantar/13466>. Consultado el 25 de agosto del 2015.

³³Diccionario en línea. En internet: <http://www.wordreference.com/definicion/supino>. Consultado el 25 de agosto del 2015.

³⁴Diccionario en línea. En internet: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/prono.html>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

³⁵Thefreedictionary. Op.cit.

³⁶Thefreedictionary. Op.cit.

Movimiento por el que una extremidad del cuerpo se acerca a su plano medio.³⁷

-Articulación

Unión de un hueso con otro.³⁸

-Circunducción

Movimiento circular de un miembro o parte del mismo alrededor de un eje formado por la articulación sobre la que rota.³⁹

-Tracción

Acto y la consecuencia de tirar de una cosa con el objetivo de desplazarla o de hacerla mover.⁴⁰

-Órtesis

Término general para un dispositivo que se aplica a un paciente, generalmente con una deficiencia del sistema locomotor, cuyo propósito es sostener, asistir, adaptar, prevenir, o ser correctivo.⁴¹

-Inversión

³⁷ Wordreference. Op.cit.

³⁸ Ramón García Pelayo. Diccionario Escolar. Ed. Larousse. 1ed. México, 2014. p .30.

³⁹ Diccionario en línea. En internet: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/circunduccion.html>. Consultado el 26 de agosto 2015.

⁴⁰ Diccionario en línea. En internet: <http://definicion.de/traccion/>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

⁴¹ Diccionario en línea. En internet: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/250/>. Consultado el 26 de agosto del 2015

Hacia adentro.⁴²

-Eversión

Hacia afuera.⁴³

-Hiperextensión

Posición de máxima extensión.⁴⁴

-Cintura escapular

La cintura escapular está formada por huesos y músculos que conectan los miembros superiores a la columna vertebral y permite su movimiento. La cintura escapular está formada por los dos omoplatos y las dos clavículas. La clavícula se articula en el esternón y el omoplato se desliza hacia la caja torácica.⁴⁵

-Rotación interna

Es el movimiento que permite rotar una parte ósea hacia adentro partiendo de la posición anatómica y tomando como eje el punto articular.⁴⁶

-Rotación externa

⁴²Diccionario en línea. En internet: <http://definicion.de/inversion/>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

⁴³Idem.

⁴⁴ Diccionario en línea. En internet: <http://www.onsalus.com/diccionario/hiperextension/15397>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

⁴⁵Diccionario en línea. En internet: <http://salud.ccm.net/faq/14631-cintura-escapular-definicion>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

⁴⁶Diccionario en línea. En internet: <http://unefaanatomia.blogspot.mx/2008/05/miologia.html>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Es el movimiento que permite a partir de la posición anatómica, rotar una parte ósea externamente, tomando como eje de rotación el punto articular.⁴⁷

2.11 Clasificación

- Hemiplejía facial: se caracteriza por la parálisis de un lado particular de la cara.
- Hemiplejía cerebral: se produce cuando una lesión cerebral interrumpe el flujo de sangre al cerebro.
- Hemiplejía espástica: se caracteriza por una parálisis junto con los movimientos espásticos del lado afectado.
- Hemiplejía espinal: está causada por lesiones que se han formado en la columna vertebral.⁴⁸

2.12 Epidemiología

En el Instituto Nacional de Rehabilitación en el servicio de Evento vascular cerebral se llevó a cabo un conteo y registro del número de

⁴⁷Idem.

⁴⁸Diccionario en línea. En internet: <http://hemiplejia.org/tipos-de-hemiplejia/>. Consultado el 7-06-15.

pacientes que ingresan con secuelas de Evento vascular cerebral en este caso la hemiplejia, después del mismo se encontró que por mes ingresan de 2 -5 pacientes con hemiplejia y que en su mayoría se da más en pacientes masculinos que en femeninos y su edad oscila entre 30 – 60 años a los cuales se les asignas sesiones de terapia entre 30 – 40 minutos al día , las cuales son: terapia física, ocupacional y de lenguaje impartidas por profesionales de la salud del mismo instituto.

Número de ingresos a partir del mes de Septiembre 2014 – 31 Julio 2015

Teniendo así que en el mes de septiembre 2014 ingresaron 4, octubre 2, noviembre 6, diciembre 2, enero 2015 ingresaron 4, febrero 4, marzo 2, abril 5, mayo 3, junio 5, julio 3.⁴⁹

2.13 Sintomatología

- Dificultad con la marcha

- Dificultad con el equilibrio

⁴⁹ Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación, consultado el 15 de septiembre del 2014.

- Dificultad con las actividades motoras, como sujetar, agarrar o pellizcar.
- Rigidez aumentada de los músculos.⁵⁰
- Espasmos musculares : contracción involuntaria de un musculo o grupo de ellos que cursa con dolor leve o intenso
- Afasia: trastornos del lenguaje, se trata de la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones.
- Disfagia : dificultad para la deglución
- Retraso significativo en las etapas del desarrollo como permanecer en pie, sonreír, gatear o hablar.

⁵⁰Chapinal Jiménez, Alicia (1999). Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico. Guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional. Masson.p. 157.

- La mayoría de los niños que desarrollan hemiplejia también tienen un desarrollo mental anormal.
- Problemas en el comportamiento como ansiedad, ira, irritabilidad, falta de concentración o comprensión.⁵¹
- Depresión
- Dolor en el hombro, a veces asociada con la pérdida de la rotación externa de la articulación glenohumeral debido al tono aumentado del músculo subescapular y el músculo pectoral mayor
- Subluxación del hombro
Es una dislocación temporal y parcial de la articulación del hombro. El hombro tiene una articulación compuesta por una cabeza y una cuenca. La cabeza del hueso del brazo superior se inserta normalmente en la cuenca del omoplato y se mantiene en su lugar por medio de ligamentos. En una subluxación la cabeza del brazo superior se desliza parcialmente fuera de la cuenca del hombro.⁵²

⁵¹ Idem.p.57.

⁵² Ibid.p.158.

2.14 Tratamiento

2.14.1 Etapas de la hemiplejía y mecánica corporal

Rehabilitación

La rehabilitación médica es el proceso continuo y coordinado tendente a obtener la restauración máxima de la persona discapacitada en los aspectos funcional, físico, psíquico, educacional, social, profesional y ocupacional, con el objeto de reintegrarla como miembro productivo a la comunidad.⁵³

Las técnicas empleadas dependen de la etapa de recuperación que ha alcanzado el paciente, o en qué proceso se ha detenido la mejoría. Estas etapas pueden definirse de este modo:

1. Etapa flácida inicial
2. Etapa de espasticidad
3. Etapa de recuperación relativa

La recuperación del paciente individual se puede detener en cualquiera de estas etapas.⁵⁴

⁵³Sociedad Española de reumatología. En internet:http://www.se.es/archivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aeproser/

Rehabilitación. Consultado el 28 de agosto del 2015.

⁵⁴Bertha Bobath. Hemiplejía en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999. p. 81.

Mecánica corporal

Definición:

Comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizarla movilización o transporte de un peso para utilizar el sistema músculo esquelético de forma eficaz, y evitarla fatiga innecesaria y la aparición de lesiones en el profesional.

Reglas básicas de la mecánica corporal

Mantener el cuerpo en buena alineación en todo momento. Mantener el equilibrio. Separar los pies al levantar un peso, y orientados en dirección al movimiento.

Proteger la espalda, no doblándola nunca; usando las piernas para moverse y levantarse. Hay que hacer el trabajo con los musculos de las piernas.

Adaptar el área donde se realizara la actividad, utilizar preferentemente los músculos de los muslos.

Al levantar un objeto pesado del suelo, no hay que doblar la cintura, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda. De esta forma el levantamiento está a cargo de los músculos.⁵⁵

⁵⁵Centro CarenNeurorehabilitacion.En internet: http://www.neurorehabilitacion.com/ejercicio_fisico1.htm. Consultado 28 de agosto del 2015.

Tipos de movilización

Dependiendo de que el paciente pueda o no hacer por sí mismo los ejercicios, las movilizaciones se clasifican, de forma esquemática pasivas y activas.

Activas: aquellas realizadas por el propio paciente, tipos de movilización bajo la supervisión del profesional. En ellas se mueven tanto los músculos como las articulaciones de los segmentos corporales que interese ejercitar. La movilización activa puede realizarse con asistencia o ayuda, o contra resistencia (manos, poleas, etc.)

Asistida:

Las movilizaciones son realizadas en forma asistida, tipos de movilización sobre distintos segmentos corporales del paciente. Suele tratarse de pacientes que no pueden hacer esfuerzo que requiere el ejercicio.

Principios básicos

Correcta manipulación de carga

- Espalda recta
 - Buscar el equilibrio corporal
-

- Cargar cerca del cuerpo⁵⁶
- Sujetar con firmeza el objeto
- Piernas flexionadas
- Pies separados. Uno siempre en dirección del movimiento

Ejercicio terapéutico:

El ejercicio terapéutico es la prescripción de movimiento corporal para corregir un deterioro, mejorar la función musculoesquelética o mantener un estado de bienestar. El ejercicio terapéutico se indicará para músculos específicos de partes del cuerpo, a actividades energéticas y generales empleadas para restaurar a un enfermo convaleciente al máximo de su condición física. La prescripción del ejercicio terapéutico variará según el propósito de su utilización.

Beneficios del ejercicio físico.

- Da energía y capacidad de trabajo
- Restaura funciones nerviosas
- Aumenta la vitalidad
- Ayuda a combatir el estrés
- Mejora la Imagen
- Incrementa la resistencia a la fatiga
- Ayuda a combatir la ansiedad y la depresión
- Mejora el tono de sus músculos
- Ayuda a relajarse, estar menos tenso

⁵⁶Idem.

- Mejora el sueño
- Quema calorías⁵⁷

Etapa flácida inicial

Un ictus produce un cambio completo y brusco, el paciente está confundido, desorientado, no existe ningún interjuego entre los lados sano y afectado. Como no hay equilibrio ni apoyo del brazo del lado afectado, el paciente tiene temor a caerse hacia ese lado, lo que aumenta la espasticidad. Todo ello conduce a la negación del lado afectado por parte del paciente y a una orientación completa hacia el lado sano.

La terapia que se inicia en las primeras etapas debe ayudar al paciente a soportar peso sobre el lado afectado y a aprender a hacer equilibrio sobre ese lado al sentarse y pararse. También debe ayudar a trabajar la función bilateral de brazos y tronco, para posibilitar el interjuego requerido del lado sano al lado afectado.

La etapa flácida inicial se descubre poco después del inicio de la hemiplejía y dura algunos días hasta varias semanas e incluso más. El paciente no puede mover el lado afectado y, a menudo, no aprecia que tiene un brazo o una pierna de ese lado. Ha perdido sus patrones anteriores de movimiento y al principio los del lado sano son inadecuados para compensar la pérdida de la actividad del lado afectado. Debe utilizar ahora su lado sano en forma diferente y no sabe inmediatamente como hacerlo.

⁵⁷Idem.

En esta etapa puede no tener aun signos de espasticidad, se puede observar retracción escapular con cierta resistencia al movimiento pasivo⁵⁸ de la cintura escapular hacia adelante. Los dedos y la muñeca pueden estar ligeramente flexionados y, con la extensión pasiva y rápida, se puede percibir cierta resistencia. También puede presentarse cierta resistencia a la supinación completa del antebrazo y de la muñeca, cuando se efectúa con el codo extendido.

Los primeros signos de espasticidad se sienten cuando se efectúa la dorsiflexión del tobillo y los dedos del pie con la cadera y la rodilla en extensión, y en algunos casos se presenta resistencia leve a la pronación del pie.

La posición del paciente en la cama es la siguiente:

El cuello suele mostrar una ligera flexión lateral hacia el lado afectado, el hombro y el brazo están retraídos, y el codo sigue extendido en esta etapa. El antebrazo está pronado. La pierna suele estar extendida y en rotación externa. En todos los casos el hombro y pelvis, están ligeramente rotando hacia atrás.

El paciente no puede girar hacia el lado sano, no se puede sentar sin apoyo ni pararse a caminar. Suele caerse hacia el lado afectado y no tiene orientación respecto a la línea media. Este fenómeno es interesante ya que

⁵⁸Bertha Bobath.Op.cit.81.

normalmente la actividad del lado sano impedirá la caída hacia el lado afectado.⁵⁹

Mientras exista solo falta de tono y nada de espasticidad no se presentaran reacciones asociadas a movilizar los miembros sanos.

Problemas especiales de enfermería en los hemipléjicos

Existen problemas especiales en la asistencia de los hemipléjicos concernientes a las enfermeras y que estas deben conocer.

Son los siguientes:

1. El cuerpo del paciente parece estar dividido en dos mitades y una no tiene nada que ver con la otra. Los efectos psicológicos de esta división se observan en la forma en la que el paciente mira hacia el lado contrario del lado afectado y en su rechazo del brazo y la pierna impedidos.
2. La flacidez afecta el brazo más que la pierna y durante periodos más prolongados, antes o después se desarrolla espasticidad y el paciente se vuelve demasiado rígido en especial en la flexión, retracción del brazo y extensión de la pierna. Si la espasticidad se vuelve importante puede producir a su vez contracturas.⁶⁰

⁵⁹Bertha Bobath.Op cit.p.81

⁶⁰Bertha Bobath.Op.cit.p.85.

Por medio de formas especiales de ubicación cuando está en la cama o sentado en una silla, el personal de enfermería puede ayudar a evitar que queden establecidos los patrones posturales anormales.

3. El paciente ya no sabe cómo moverse. Debe aprender como girar en la cama, como sentarse y recostarse, como pararse, permanecer de pie y caminar. Por esta razón la enfermera, el terapeuta y los familiares deben de estar junto al lado afectado cuando lo ayudan y no junto al lado sano. Al estar junto al lado afectado la persona que asiste al paciente puede ayudarlo a colocar todo su peso sobre él y mejorar el equilibrio

4. Un cuerpo aparentemente dividido, diferente tono postural de cada lado e ignorancia de cómo moverse se combinan para generar en el paciente un temor a las caídas durante un periodo prolongado, incluso después de que puede caminar con ayuda de un bastón. Los problemas de equilibrio ya pueden observarse al recostarse y sentarse. No se apoya peso al sentarse y pararse del lado afectado. La flexión lateral del cuello y el tronco hacia el lado afectado, asociada con la incapacidad del paciente para sostenerse con el brazo afectado, lo hacen presentar una tendencia a la caída hacia

ese

lado.⁶¹

Cambio de posición y movilización de los pacientes hemipléjicos por las enfermeras y los terapeutas

Brazo y cabeza

Posición en la cama: paciente recostado sobre la espalda

Para prevenir la retracción del hombro: colocar el brazo estirado a lo largo del cuerpo sobre una almohada algo más alto que el tronco. Colocar la mano estirada.

Importante: colocar la cabeza lateralmente hacia el lado sano, y el hombro afectado sobre el almohadón lo más hacia adelante posible.

Pelvis y pierna

Se necesitan diferentes posiciones para los pacientes con espasticidad extensora o sin ella.

a) Pacientes con tendencia flexora de la pierna y ausencia de tono extensor

⁶¹Bertha Bobath.Op.cit.p.85.

Estos pacientes se mantienen más flácidos que espásticos durante más tiempo luego de un ictus muy grave. Algunos casos seniles especialmente pueden carecer de control vesical o esfinteriano.

La tendencia flexora es peligrosa para la rehabilitación. Si se permite el establecimiento del patrón flexor y se desarrollan contracturas, este⁶² tipo de pacientes no tendrá un tono extensor suficiente para permitirle levantarse, ponerse de pie o caminar.

Por lo tanto el terapeuta debe prevenir las contracturas flexoras de la cadera y la rodilla, las úlceras por compresión de la pierna y la supinación del pie.

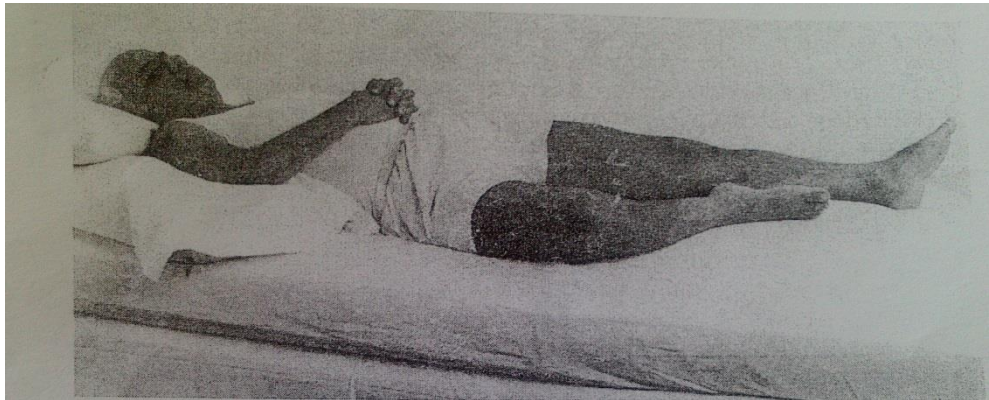


Figura 1. Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.87.

Posición de la pierna que se debe evitar.

Posición sobre la cama: Recostado sobre el dorso se coloca un almohadón o una bolsa de arena debajo de la pelvis del lado afectado para elevarla (para evitar la retracción pelviana). El

⁶²Bertha Bobath. Op.cit.p.87.

almohadón se debe de ser lo suficientemente largo como para apoyar la cara externa del muslo. Ello impide la rotación externa de la pierna, no obstante, no debe de ir más allá de la posición media.⁶³



Figura 2. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999, p.87.

Pelvis elevada y cara lateral del muslo sostenida con almohadón, que conduce a una buena posición de la pierna.

b) Pacientes que desarrollan espasticidad extensora al inicio

Les permite ponerse de pie, pero impedirá la flexión de la rodilla al caminar.

Posición en la cama:

No siempre debe de estar sobre su espalda, sino que debe aprender a recostarse sobre el lado sano y, también sobre el afectado. Al igual que apoyar la pelvis y llevarla hacia adelante con una bolsa de arena o un almohadón.

⁶³Bertha Bobath.Op.cit.87.

Para evitar la espasticidad extensora excesiva, el paciente necesita apoyo debajo de la rodilla por medio de un pequeño almohadón de espuma de goma, con la rodilla ligeramente flexionada.⁶⁴

Movimientos para girar al paciente sobre un costado

La rotación se debe de iniciar con la parte superior del cuerpo y, para hacerlo, el paciente debe aprender primero a elevar el brazo afectado con el brazo sano y a cruzar las manos. Luego debe elevar las manos cruzadas, con los codos extendidos y si es posible, por encima de la cabeza. Desde allí debe de mover los brazos primero hacia un lado y luego al otro.

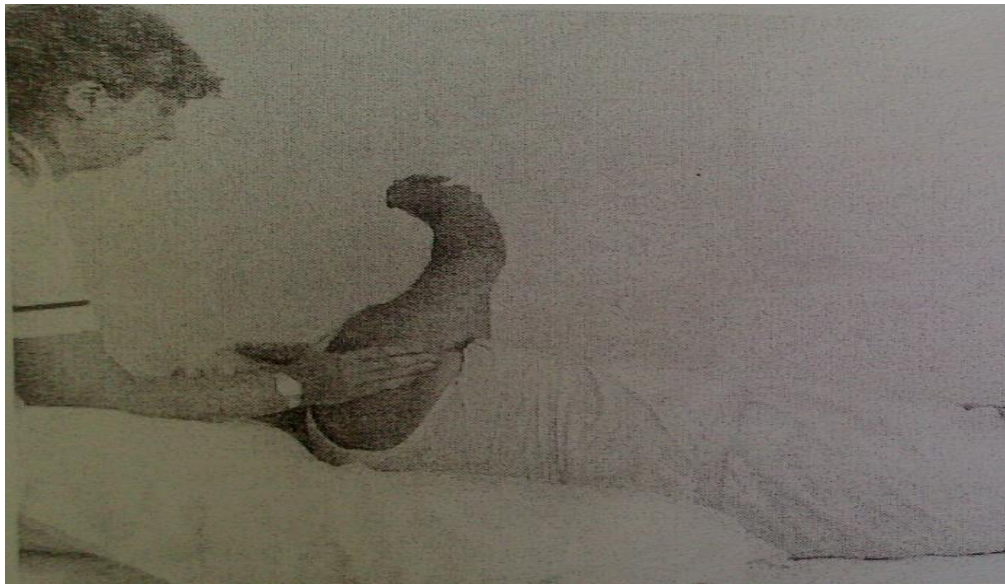


Figura 3. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999, p.88.

Pelvis elevada y cara lateral del muslo sostenida con almohadón, que conduce a una buena posición de la pierna.

⁶⁴Bertha Bobath.Op.cit.p.87.

El giro hacia el lado sano siempre debe de iniciar con los brazos y el tronco, con las manos cruzadas. Entonces, requerirá solo ayuda⁶⁵ mínima o ninguna, para rotar la pelvis y mover la pierna afectada hacia el lado sano.

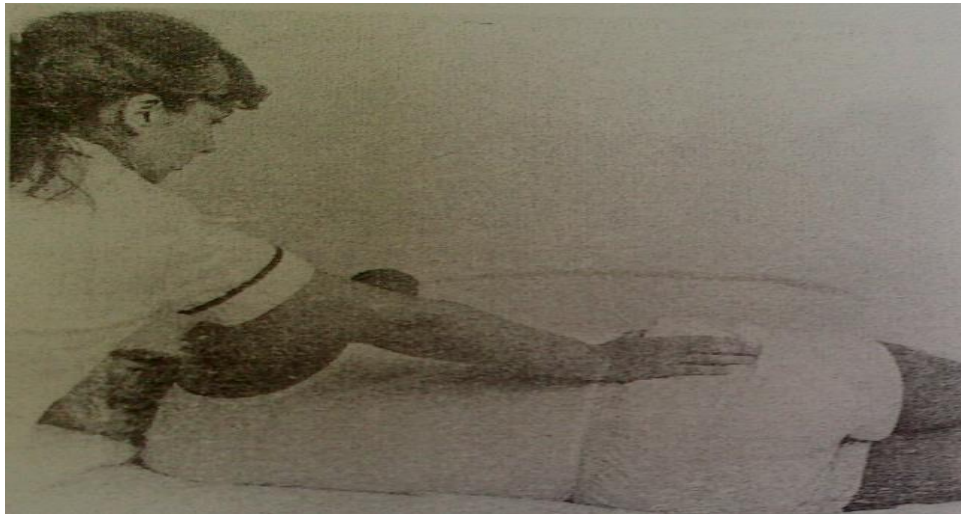


Figura 4. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999, p.89.

Cuando el paciente esta recostado sobre el lado sano se debe llevar el hombro del lado afectado bien hacia adelante, con el brazo apoyado sobre un almohadón y extendido en el codo. De este modo, el almohadón puede ser abrazado con ambos brazos. Es más fácil para el paciente rotar hacia el lado afectado que al sano y puede ser que no sea necesario ayudarlo, ya que utilizara el brazo y pierna sana para rotar.

⁶⁵Bertha Bobath.Op.cit.p.88.

Cuando el paciente esta recostado sobre el lado afectado se debe llevar el hombro afectado bien hacia adelante; entonces el brazo esta en rotación externa y extendido en el codo.



Figura 5. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.89.

Rotación hacia el lado afectado, hombro bien hacia adelante.

Elevar la pelvis para un mejor control y equilibrio del tronco.

Si es necesario se ayudara al paciente a flexionar la pierna afectada y colocar el pie apoyado sobre la cama. Entonces, flexionara la pierna sana

y colocara ese pie paralelo y cerca del pie afectado. Se fijaran ambos pies con una mano y se solicitara al paciente que levante la pelvis.⁶⁶

El paciente debe mantener las piernas flexionadas. Si el pie afectado no se mantiene en la posición inicial y se desliza, el paciente puede fijarlo con el pie sano.

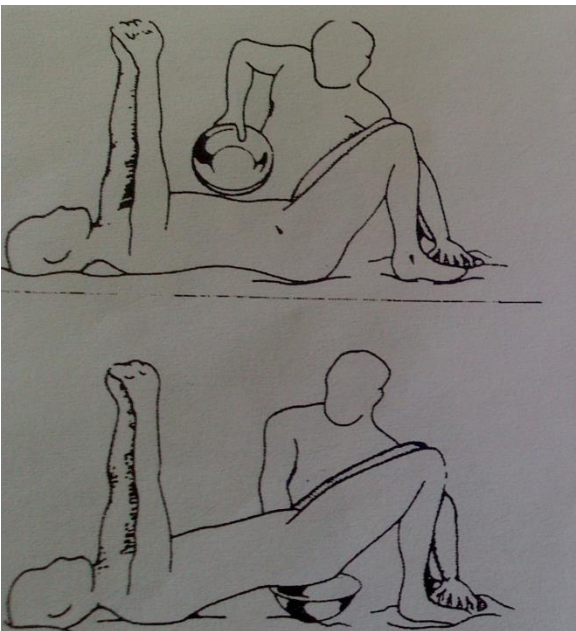


Figura 6. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.91.

El paciente eleva la pelvis con los pies fijados por el terapeuta.

El paciente empuja para levantarse de la cama si se ha deslizado hacia abajo

El paciente realiza la primera parte del movimiento descrito antes. Los pies que han sido llevados hacia arriba cerca de la pelvis, pueden ser

⁶⁶Bertha Bobath. Op.cit.p.89.

sostenidos y se solicita al paciente que empuje su cuerpo. El paciente puede descubrir que es difícil. Entonces debemos fijar el pie afectado con una mano y ayudarlo a levantarse desde el hombro con la otra mano. Se ejecuta mejor colocando la mano debajo del hueco del brazo, y levantando⁶⁷ al mismo tiempo el hombro hacia arriba y adelante, o podemos levantar la pelvis del paciente y ayudarlo de esta forma a empujarse hacia adelante.

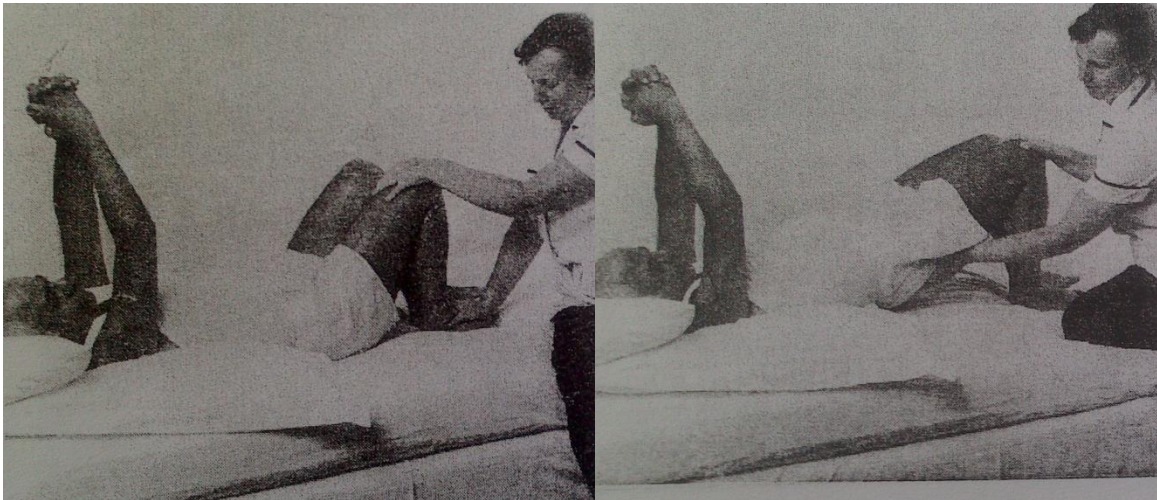


Figura 7 y 8. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999, p.91.

Fijación del pie del paciente con presión abajo sobre la rodilla flexionada de la pierna hemipléjica, seguido por elevación de la pelvis para mover el paciente hacia arriba de la cama.

Rotación para sentarse a un costado de la cama

⁶⁷Bertha Bobath.Op.cit.p.91.

- a) Rotación hacia el lado sano para sentarse. El paciente comienza con las manos cruzadas y se apoya en el antebrazo sano mientras lleva la pierna sana sobre el borde de la cama en posición de semisentado.⁶⁸
- b) Rotación hacia el lado afectado para sentarse. Es más difícil para el paciente. El paciente comienza rotando como se describió antes, con las manos entrelazadas. Cuando se halla recostado sobre el lado afectado y desea sentarse, debemos de sostener la cabeza sobre el lado afectado y lo ayuda a moverla hacia el lado sano y arriba, mientras se apoya sobre el antebrazo afectado. Se le ayudara a mover la pierna afectada sobre el borde de la cama.

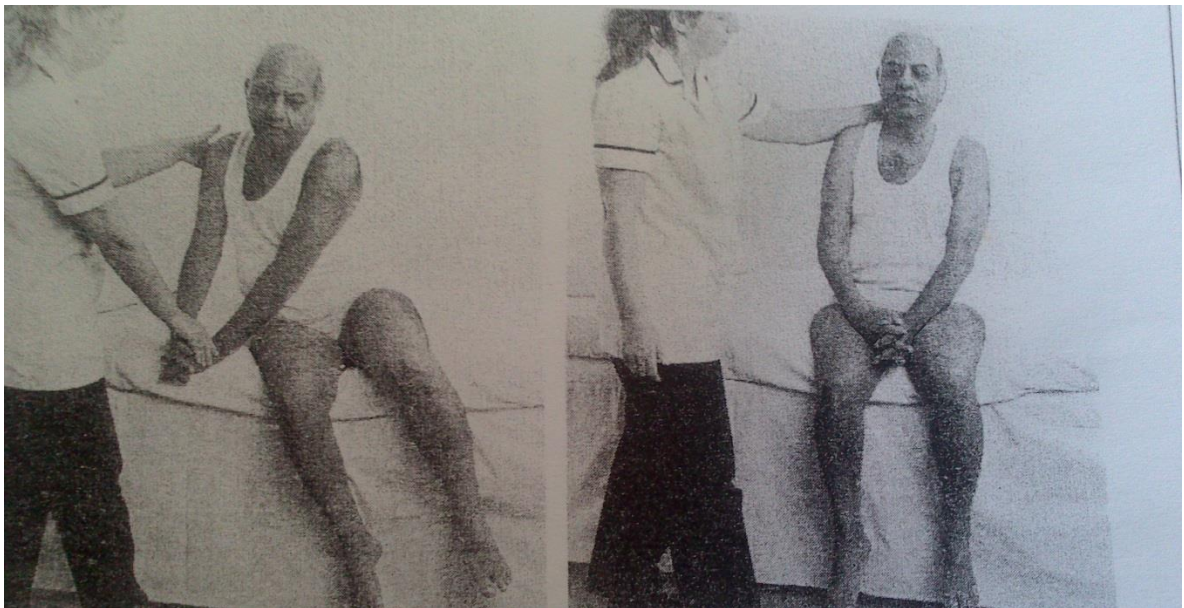


Figura 9 y 10. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.93.

Sentarse sobre el lado afectado.

El terapeuta o la enfermera mueven la cabeza del paciente hacia el lado sano.

⁶⁸Bertha Bobath. Op.cit.p.91.

Cuando el paciente mueve la pierna sana sobre el borde de la cama, debemos empujar la cabeza más arriba desde el lado afectado hacia el lado sano hasta sentarlo.⁶⁹



Figura 11. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.93.

Recostarse desde la posición de sentado

La enfermera sostiene la mano afectada, con el brazo en rotación externa y extendido diagonalmente hacia adelante a la altura del hombro, mientras el paciente se recuesta lentamente, utilizando el brazo sano como apoyo. De esta forma se impedirá la retracción del hombro y la flexión del brazo afectado. Luego el paciente eleva la pierna sana hasta la cama. Si es posible, debe flexionar entonces la pierna afectada en la rodilla y moverla hasta la cama, presentando la enfermera una pequeña ayuda elevando desde debajo de la rodilla.

⁶⁹Bertha Bobath. Op cit. p.93.

El paciente no debe elevar la pierna afectada con la sana.⁷⁰

Sentarse y pararse

Se debe colocar un felpudo de gomaespuma delante de la cama para que el paciente se pare en él. La enfermera nunca debe ubicarse junto al lado sano del paciente cuando este se sienta, se para o camina, ya que puede utilizarlo y no necesita su ayuda. Ella debe permanecer enfrente del paciente o junto al lado afectado. Ello le permitirá desplazar el peso del paciente hacia el lado afectado al sentarse, pararse o caminar, y al trasladarse a una silla o desde una silla a la cama. Si coloca peso sobre su lado afectado, el gradualmente superara su temor a las caídas.

Sentarse para ponerse de pie

Con el paciente sentado sobre la cama, la enfermera permanecerá de pie enfrente de él y permitirá que pase el brazo sano alrededor de su cintura para sostenerse. Entonces, la enfermera tomara el brazo afectado y, con una mano debajo del hueco del brazo, elevara el hombro del paciente, rotara el brazo hacia afuera y extenderá el codo. Luego llevara el brazo hacia adelante y contra su cintura al igual que el brazo sano.⁷¹

⁷⁰Bertha Bobath.Op.cit.p.93.

⁷¹Bertha Bobath.Op.cit.p.93.



Figura 12. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999, p.94.

El paciente sentado. Antes de ponerse de pie se coloca el brazo afectado alrededor de la cintura del terapeuta.

Fijará el brazo del paciente contra su cuerpo con su antebrazo, de modo de contar con ambas manos libres para ayudar al paciente a ponerse de pie. Antes de que se pare, la enfermera lo ayudara a moverse hacia adelante desde las caderas, ya que suele retraer el hombro afectado e inclinar el tronco hacia atrás, especialmente sobre el lado afectado.⁷²

⁷²Bertha Bobath.Op.cit.p.94.



Figura 13. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.94.

El paciente se pone de pie, moviendo el tronco hacia adelante en las caderas.

En general, el paciente teme caerse incluso si alguien está parado enfrente de él. También tiene miedo de caerse hacia el lado afectado. Este temor se puede aliviar si la enfermera coloca una de sus manos debajo de su hombro y la sostiene mientras lo lleva ligeramente hacia el lado afectado, de modo de llevar el peso sobre la cadera afectada. La enfermera puede utilizar su otra mano para empujar la cabeza lateralmente hacia el lado sano, ya que las caídas hacia el lado afectado suelen originarse desde la cabeza.⁷³

⁷³Bertha Bobath. Op.cit.p.94.

Cuando está sentado, el paciente debe mantener la cabeza elevada y no mirar hacia abajo. Estar sentado sin inclinarse hacia atrás, para colocar el pie sano sobre el piso, luego el pie afectado y luego pararse. Si se necesita ayuda con el pie afectado, la enfermera debe empujar la pierna hacia abajo desde arriba de la rodilla.

Si el paciente tiende a elevar nuevamente el pie afectado cuando este se encuentra sobre el piso, la enfermera al principio, coloca su pie ligeramente sobre él. Cuando el paciente está de pie, la enfermera puede ayudarlo colocando su mano, es decir la mano que esta junto al lado sano del paciente, sobre la espalda de este y empujando la columna lumbar hacia adelante, de modo de enderezar las caderas y permitirle permanecer de pie derecho. Al principio se le puede permitir apoyarse contra la cama con los muslos.

Si el paciente puede permanecer sin inclinarse contra la cama, la enfermera puede rotarlo hacia la silla de ruedas, comenzando con la parte superior del cuerpo y sosteniéndolo bien debajo del hombro y sobre la espalda del lado sano. Se debe colocar la silla de ruedas de modo que solo sea necesario un cuarto de giro. Al sentarse, la parte superior del cuerpo del paciente debe estar bien hacia adelante hasta que este realmente sentado.⁷⁴

Levantarse de la silla

⁷⁴Bertha Bobath.Op.cit.p.94.

La enfermera permanece de pie enfrente del paciente, tomando ambas manos hacia adelante, como para levantarlo de la cama. Las rodillas deben estar juntas en la línea media y los pies paralelos en ángulo recto con las rodillas. El pie afectado no debe estar enfrente del sano, o al menos no muy lejos por delante de aquel, porque de otro modo no apoyara peso sobre él. El paciente intentara elevar el pie afectado del piso, la enfermera puede colocar su propio pie ligeramente sobre aquel.

La enfermera aplicara cierta presión sobre la rodilla de la pierna afectada para brindar al paciente la sensación de apoyo de peso antes de que se ponga de pie utilizando su mano que se encuentra junto al lado sano. Luego alejara esa mano de la rodilla del paciente y con ella brindara apoyo a la espalda en la columna lumbar y llevara el tronco hacia adelante. La cabeza del paciente no debe estar inclinada hacia abajo y debe mirar a la enfermera. Luego presionara sus rodillas contra las rodillas del paciente y lo ayudara a levantarse de la misma forma que lo ha ayudado a levantarse de la cama.⁷⁵

⁷⁵Bertha Bobath.Op.cit.p.94.



Figura 14. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999,p.94.

El paciente se pone de pie desde una silla de ruedas o se sienta en ella.

Cuidados del paciente que se encuentra en silla de ruedas

Cuando el paciente se encuentra en silla de ruedas, y particularmente durante la primera etapa flácida, presentara una tendencia a caer hacia el lado afectado. La cintura escapular y el tronco del lado afectado caen o son traccionados hacia abajo y atrás. La cabeza es traccionada también lateralmente hacia el lado afectado. Si esto no se corrige, el paciente más tarde compensara esta tendencia sentándose con todo su peso colocado sobre el lado sano, manteniéndose siempre firmemente contra la silla y mirando solamente hacia el lado sano. Esto es muy desfavorable para la

rehabilitación del lado afectado y para el apoyo de peso y equilibrio, y se debe corregir cuando el paciente comienza a sentarse.⁷⁶

La silla debe de contar siempre con un apoyabrazos de ancho suficiente como para acomodar y sostener el brazo sin dejarlo deslizarse hacia adentro o afuera. El apoyabrazos debe ser lo suficientemente largo como para permitir llevar el brazo hacia adelante lo más lejos posible, lo que facilitara la extensión del codo y previene la retracción del hombro.

La mano, con los dedos extendidos en posición normal, se puede colocar sobre un apoyo de gomaespuma circular y algo plano que ha sido pegado al apoyabrazos.

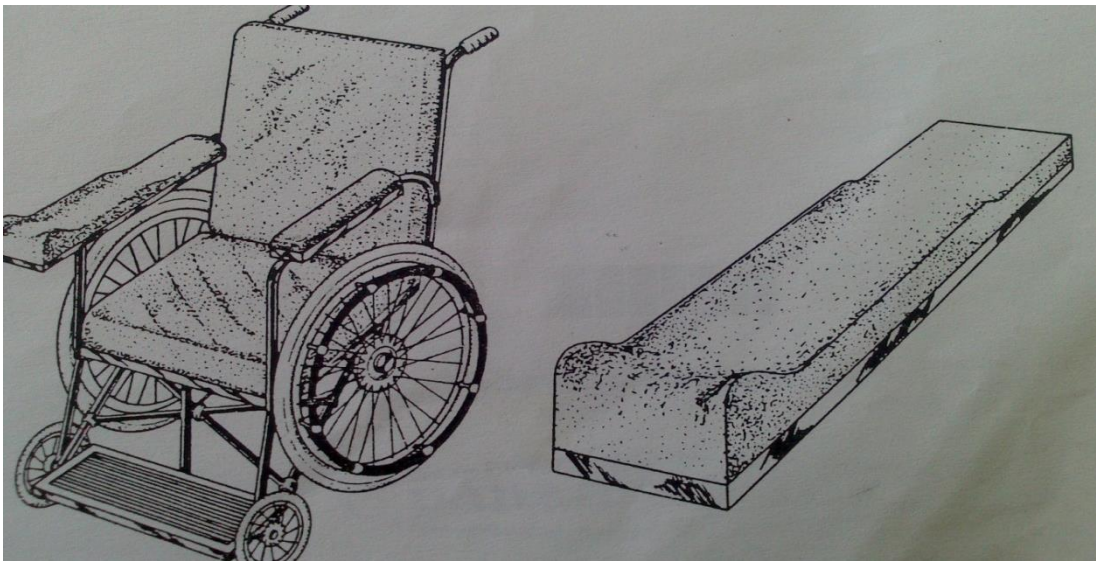


Figura 15. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejía en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p94.

Silla de ruedas y apoyabrazos.

⁷⁶Bertha Bobath. Op.cit.p.94.

El apoyabrazos impide la flexión y retracción asociadas del brazo cuando el paciente maneja solo las ruedas de la silla. Un almohadón o una bolsa⁷⁷ de arena deben sostener ligeramente el hombro afectado para impedir su tracción hacia abajo. Un almohadón colocado detrás del hombro afectado lo lleva hacia adelante. El tronco del paciente debe sostenerse de forma tal que no pueda inclinarse hacia atrás.

Una forma mejor que el uso de un apoyabrazos es que el paciente tenga enfrente una tabla removible. Esta le permite tener ambos brazos hacia adelante, y puede ver el brazo y la mano afectados, así como efectuar ejercicios bilaterales con los brazos. A medida que se acostumbra a esta posición en la silla de ruedas, estará bien preparado para hacer lo mismo cuando este sentado a una mesa. Se le enseña a sostenerse del borde externo de la tabla con la mano afectada, una posición que lleva el hombro bien hacia adelante y extiende el codo.⁷⁸

⁷⁷Bertha Bobath.Op.cit.p.94.

⁷⁸Bertha Bobath.Op.cit.p.97.

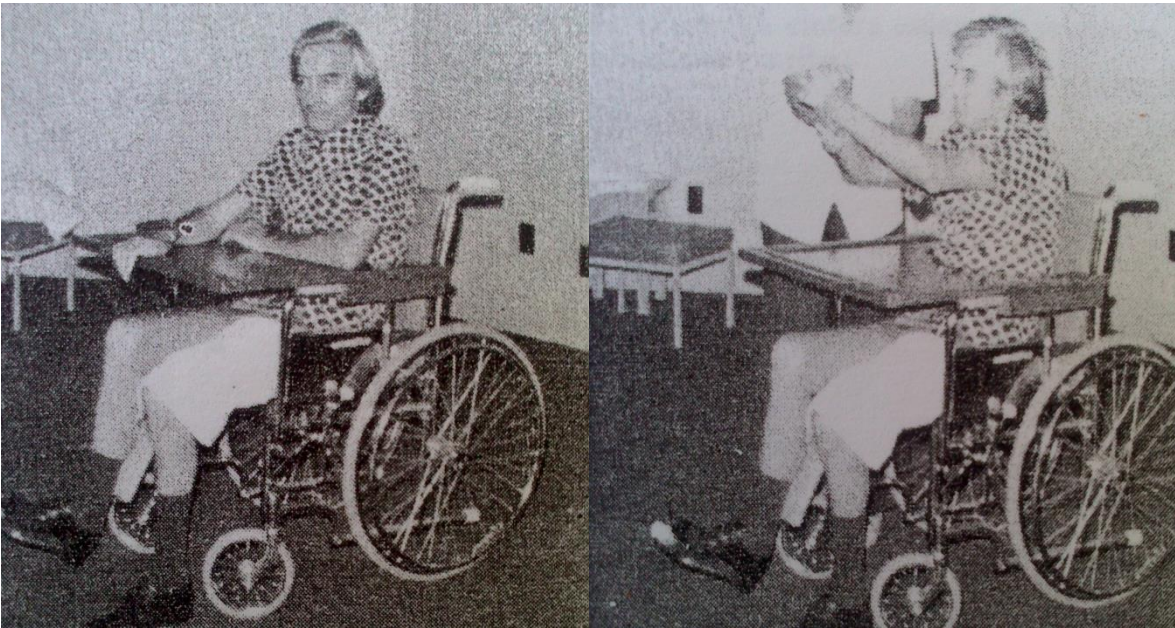


Figura 16 y 17. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.97.

Puntos especiales de atención

Para ayudar al paciente a integrar el lado afectado en su imagen corporal, especialmente el brazo y la mano, la enfermera debe prestar una atención especial a los puntos siguientes:

1. El paciente debe sentarse mucho con las manos entrelazadas y una elevación importante de los brazos por encima de la cabeza. No debe cuidar la mano afectada con la sana.
2. Debe mirar hacia el lado afectado
3. Los visitantes y otros pacientes con los que habla deben sentarse o pararse junto al lado afectado del paciente
4. El paciente debe sentarse a una mesa con frecuencia, en vez de hacerlo en una silla sin una mesa enfrente

5. Debe tener ambos brazos sobre la mesa, con las manos entrelazadas o, cuando come o hace algo con la mano sana, el brazo afectado debe estar extendido sobre la mesa.
6. Si el paciente necesita ayuda para la deambulaci3n, la enfermera se la debe proporcionar sobre el lado afectado y nunca sobre el lado sano.

Fisioterapia en la primera etapa (principalmente flácida)

Rotaci3n del decúbito dorsal al decúbito lateral⁷⁹

Una de las primeras actividades que el terapeuta debe trabajar durante el tratamiento es la rotaci3n sobre ambos lados. El decúbito dorsal es una posici3n que produce una espasticidad extensora máxima, es decir retracci3n del brazo en el hombro y espasticidad extensora de la pierna. En consecuencia el paciente no debe permanecer siempre en decúbito dorsal, sino que debe aprender pronto a utilizar el tronco, es decir la cintura escapular y la pelvis, para rotar y ubicarse en decúbito lateral algúntiempo durante el día. Si rota y se ubica sobre el lado sano, con el brazo afectado para arriba, el hombro y el brazo deben moverse bien hacia adelante con extensi3n del codo, y la pierna afectada se ubica en posici3n natural de semiflexi3n. Si rota y se ubica sobre el lado afectado, el hombro

⁷⁹Bertha Bobath.Op.cit.p.97.

de ese lado debe colocarse nuevamente bien hacia adelante, con el codo extendido y en supinación. Esta posición ayuda a prevenir la retracción del hombro y el desarrollo de espasticidad flexora con pronación del brazo afectado.

Es mejor iniciar la rotación con movimientos de la cintura escapular y el brazo. El paciente, en decúbito dorsal, cruza las manos, el pulgar de la mano afectada por encima de la mano sana para obtener una abducción máxima. El entrecruzamiento de las manos le proporcionara conciencia de la igualdad de ambas manos, y también⁸⁰ cierta supinación de la mano afectada. La separación de los dedos en las articulaciones metacarpofalángicas facilita la extensión de la muñeca y los dedos, y actúa contra la espasticidad flexora.

Antes de rotar, el paciente debe practicar la elevación de las manos cruzadas por encima de la cabeza y hacia abajo nuevamente, con los codos en extensión completa.

⁸⁰Bertha Bobath.Op cit.p.97.

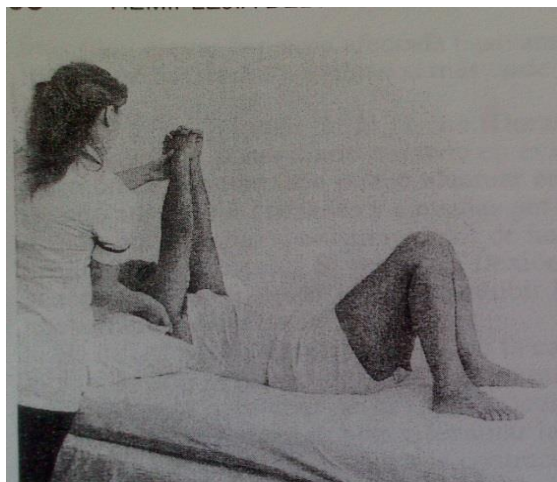
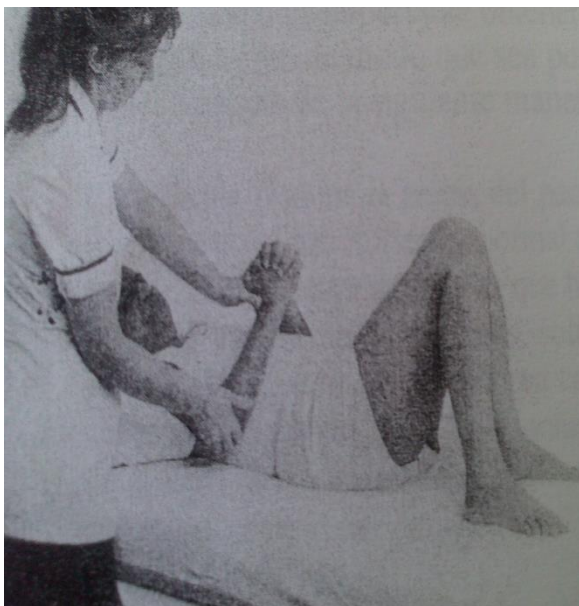


Figura 18. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana.3ed, 1999,p.98.

El paciente entrecruza las manos. Luego eleva los brazos.

Entonces, con los brazos extendidos horizontalmente hacia adelante, debe practicar la flexión de los codos y la colocación de las manos entrelazadas sobre el tórax.⁸¹



⁸¹Bertha Bobath.Op cit.p.99.

Figura 19. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.99.

El codo del brazo afectado debe hallarse bien hacia adelante para permitir la extensión de la muñeca. Luego, mueve los brazos hacia arriba nuevamente y hacia adelante. A partir de esta posición, el paciente lleva ambos brazos, con las manos entrelazadas, primero sobre un lado y luego sobre el otro.

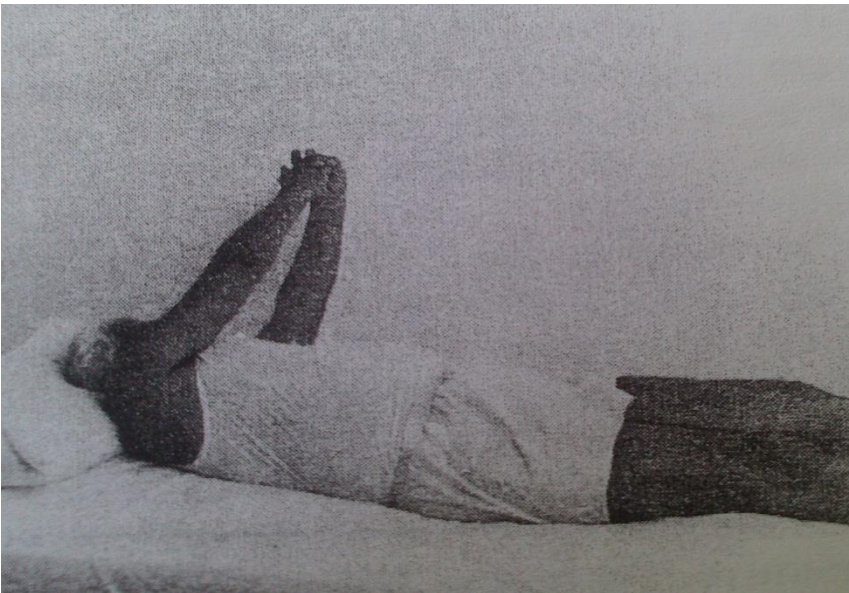


Figura 20. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.99.

Luego se le ayuda si es necesario, a mover la pelvis y la pierna hacia el decúbito lateral. Cuando el paciente se ubica sobre el lado afectado, su hombro debe colocarse lo más adelante posible para contrarrestar la retracción de la escapula. Ahora el brazo está en rotación externa, el antebrazo supinado y el codo extendido.⁸²

⁸²Bertha Bobath. Op.cit.p.99.

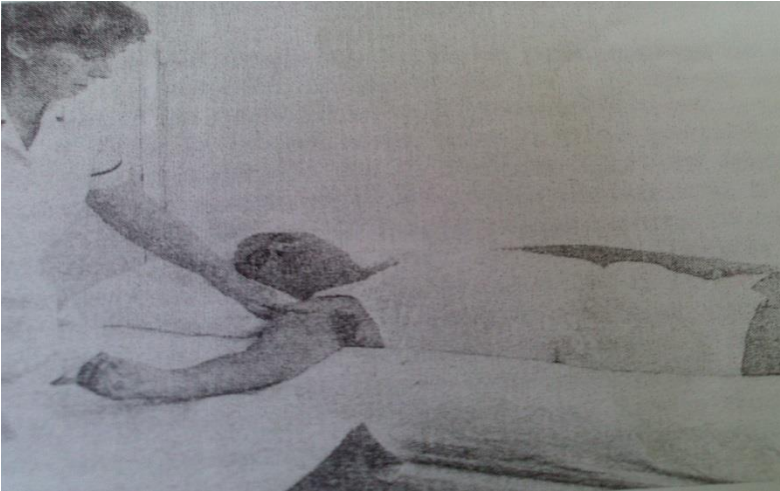


Figura 21. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejía en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.99.

Rotación externa del brazo en abducción horizontal. Obsérvese hombro colocado hacia adelante.

Este es un patrón inhibitorio reflejo, que contrarresta la espasticidad flexora y la pronación, y que es útil para practicar una flexión aislada del codo, sin retracción del hombro, para llevar la mano a la boca, alternando con extensión.

El paciente puede sentir su mano tocando su boca, lo que disfruta, y a menudo succiona sus dedos y sonríe. Parece que reconoce y acepta su mano en su boca con mayor facilidad que cuando la mira. La mano y la boca están íntimamente relacionadas en el desarrollo infantil normal. El niño aprende primero sobre su mano a través de la boca y parece ser el caso también con el paciente hemipléjico.⁸³

⁸³Bertha Bobath. Op.cit.p.99.

Etapa de espasticidad

Durante la etapa flácida ocurre el desarrollo gradual de la espasticidad. Cuando se ha desarrollado la espasticidad a menudo se detiene el proceso de recuperación espontánea. En esta etapa la mayoría de los pacientes con hemiplejía residual pasan al tratamiento ambulatorio.

La espasticidad suele desarrollarse lentamente con predilección por los músculos flexores de los miembros superiores y los extensores de los miembros inferiores. Suele aumentar con las actividades y con el esfuerzo durante los primeros 18 meses.

A medida que se desarrolla la espasticidad, existe una resistencia creciente a ciertos movimientos pasivos. Los grupos más afectados son los depresores de la cintura escapular y el brazo, los fijadores y retractores de la escapula, los flexores laterales del tronco, los aductores y rotadores internos del brazo, los flexores y pronadores del codo y la muñeca, y los flexores y aductores de los dedos.

En la pierna la espasticidad es más pronunciada en los extensores de la cadera, la rodilla y el tobillo, y en los supinadores de los pies. Los dedos del pie pueden estar en dorsiflexión, mientras que el tobillo está en flexión plantar, pero si se efectúa una dorsiflexión pasiva del tobillo los dedos realizan una flexión plantar y resisten a la dorsiflexión. Este desplazamiento de la espasticidad también puede observarse en la mano. Algunos pacientes muestran espasticidad flexora fuerte del codo y de la muñeca, con los dedos más o menos extendidos. No obstante, cuando se

extienden⁸⁴ pasivamente el codo y la muñeca, los dedos se flexionan y resisten a la extensión.

La espasticidad se puede examinar con movimientos que el paciente no puede realizar. Por ejemplo, elevación del brazo con el codo flexionado, supinación del antebrazo con el codo con el codo extendido y la muñeca y dedos extendidos, esta forma de examen proporciona la información necesaria no solo de la resistencia a los patrones funcionales, sino también para el tratamiento que se dirige a la inhibición de los patrones espásticos que interfieren con ellos.

Si la espasticidad es moderada, el paciente puede flexionar la pierna, pero solamente con abducción y en un patrón total de flexión. Al intentar superar la resistencia de los músculos extensores espásticos el paciente debe utilizar un esfuerzo excesivo. Cuando extiende la pierna no tiene ningún control sobre las distintas etapas de la extensión o flexión y es incapaz de detener el movimiento en alguna etapa intermedia. Para flexionar la rodilla debe elevar primero la pierna con la rodilla extendida hasta que exista una flexión suficiente de la cadera como para hacer posible la flexión de la rodilla. La falta de control sobre la extensión tiene un efecto perjudicial sobre la deambulación, ya que el paciente dejara caer la pierna o la empujara hacia abajo cuando efectuó un paso. Entonces la pierna y especialmente el tobillo están rígidos, la almohadilla plantar toca el suelo primero y presiona contra él. Falta la dorsiflexión del tobillo, lo que

⁸⁴Bertha Bobath.Op.cit.p.99.

⁸⁵hace difícil o imposible la transferencia de peso sobre la pierna que está apoyada, lo que conduce a la hiperextensión de la rodilla. Entonces, la pierna se encuentra demasiado rígida para ser elevada fácilmente al intentar el siguiente paso.

Cuando el paciente se para, el pie afectado está adelante del sano y todo el peso se lleva sobre la pierna sana, mientras el paciente se empuja hacia arriba con el brazo sano. En esta etapa en general, el paciente puede pararse pero casi todo su peso está apoyado sobre la pierna sana.

La subluxación del brazo en el hombro se convierte en un problema en muchos pacientes cuando están derechos, p. ej., sentados, parados y caminando. Hay una tendencia a la flexión de la muñeca y de los dedos, y espasticidad de los flexores laterales del cuello y los que rodean a la escapula. La cintura escapular está retraída y resiste el movimiento hacia adelante, el ángulo inferior de la escapula está fijo y no se mueve lateralmente y hacia arriba cuando se eleva el brazo. Por lo tanto el acromion no se vuelve hacia arriba para mantener la cabeza del humero en la cavidad glenoidea. No solo la gravedad tracciona del brazo hacia abajo y afuera de la articulación glenohumeral sino también la espasticidad de los depresores del humero, es decir del subescapular, infraespinoso y redondo menor.

La subluxación no produce dolor del hombro al elevar el brazo del paciente pasivamente mientras la escapula está móvil y no existe resistencia a su movilización hacia adelante y hacia arriba. Sin embargo, si la espasticidad

⁸⁵Bertha Bobath.Op.cit.p.99.

y la fijación por el romboides y trapecio impiden la rotación y abducción de la escapula, la cavidad glenoidea se mantiene girada hacia abajo en lugar de hacia arriba, y la elevación pasiva del brazo por encima del plano horizontal produce dolor cuando la capsula y el supraespinoso son presionados contra el acromion.

Se supone que el empleo de un cabestrillo empuja el humero hacia arriba mecánicamente y de este modo impide la subluxación. Sin embargo, como el brazo en el cabestrillo se encuentra en flexión, aducción, pronación y rotación interna, la espasticidad flexora, que es la causa principal de la subluxación, se refuerza.

Tratamiento

El tratamiento en esta etapa es una gran progresión del proporcionado en la primera.

El terapeuta debe decidir si es más importante trabajar para el equilibrio en la estación y marcha, o trabajar y mejorar el uso del brazo y la mano. Sin embargo se debe saber y tener en mente que no hay que separar la actividad de la pierna o el brazo. Debemos de recordar que la falta de equilibrio y la dificultad para movilizar la pierna afectada en la deambulación aumentaran la espasticidad flexora en el brazo y la mano, y que el esfuerzo y la deambulación anormal impedirán cualquier uso funcional del brazo afectado. Por otra parte, la disminución de la espasticidad en el tronco y el brazo reducirá la espasticidad extensora de

la pierna y hará posibles los movimientos más fáciles y normales de la pierna en la estación y la marcha. En consecuencia, cualquiera que sea la función que se quiere enfatizar en el tratamiento, el lado afectado, es decir, tronco, brazo y pierna, siempre debe tratarse como un todo.

Tratamiento en posición de sentado y de pararse

Para el tratamiento es útil hacer que el paciente se siente en una silla que este entre otras dos o que tenga una silla para sentarse y otra junto al lado afectado, ya que tiene más miedo de transferir el peso hacia ese lado si nada lo apoya ahí. También le permite al terapeuta practicar el apoyo del brazo. El paciente puede aprender a desplazarse de una silla a otra. Buscar el centro de una silla con sus caderas sin mirar lo ayuda a recuperar el control de la pelvis. También posibilita la rotación del tronco y la elongación del lado afectado, especialmente cuando se mueve hacia ese lado.

El paciente debe hacer todo con el tronco y los brazos bien movidos hacia el adelante y las manos entrelazadas.⁸⁶

⁸⁶Bertha Bobath.Op.cit.p.117.

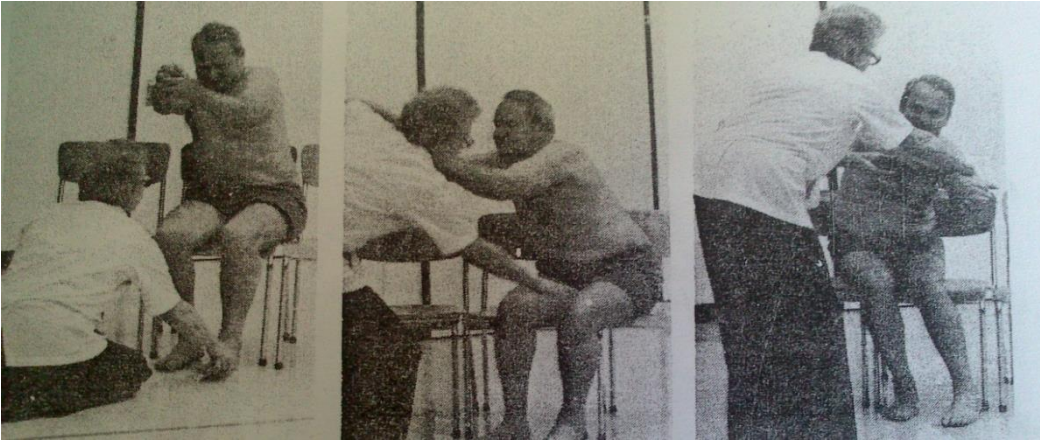
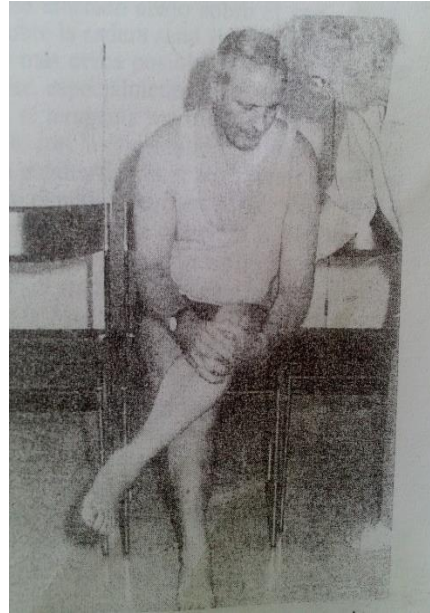


Figura 22, 23 y 24. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, 119pp.

Si el paciente descubre que es difícil la aducción con una pierna flexionada, el terapeuta puede sentir la resistencia cuando lo ejecuta pasivamente. Entonces, puede ayudar y reducir esta resistencia provocando la rotación hacia delante de la pelvis, mientras el paciente mueve ambas piernas hacia el lado sano manteniendo las rodillas muy juntas. El terapeuta también puede ayudar al paciente a elevar la pierna y cruzarla sobre la sana. El paciente debe sentarse con las manos entrelazadas alrededor de la rodilla.⁸⁷

⁸⁷ Bertha Bobath. Op.cit.p.119.



Figuras 25 y 26. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.119.

Elevación de la pierna afectada y cruce sobre la pierna sana.

de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica

Sentarse con las piernas cruzadas.
Observación: la pierna espástica sobre la sana.

Tratamiento para ponerse de pie y permanecer así

Cuando se pone de pie, el paciente tracciona directamente el pie sano hacia atrás debajo de la silla, pero la rodilla de la pierna afectada no se puede flexionar lo suficiente como para hacerlo. El pie afectado se encuentra siempre por delante del pie sano y, en consecuencia, todo el peso se apoya sobre la pierna sana.

Cuando el paciente practica ponerse de pie, hay que hacerle llevar la mayor cantidad posible de su peso a la pierna afectada.⁸⁸

⁸⁸Bertha Bobath. Op.cit.p.119.

El terapeuta puede colocar ligeramente su pie sobre el pie del paciente. Entonces, se estimulara al paciente a inclinarse bien hacia adelante sobre las caderas, de modo que comience a colocar el peso sobre ambas piernas antes de ponerse realmente de pie. Los brazos deben de estar bien estirados hacia adelante y las manos entrelazadas, y no debe mirar hacia abajo. Para comenzar el terapeuta puede sostener las manos cruzadas del paciente, para proporcionar cierto apoyo y tirar hacia adelante y arriba. También puede aplicar algo de presión sobre la rodilla para reforzar la sensación de apoyo de peso.

Hay que tener cuidado en controlar que el tronco no se incline hacia el lado sano. Es útil además de sentarse y pararse que el paciente practique pararse solo a la mitad de camino y bajar nuevamente sin sentarse. Cuando el paciente se sienta la etapa más difícil de controlar es la última por que tiende a caer pesadamente sobre la silla, pero es la más importante.⁸⁹

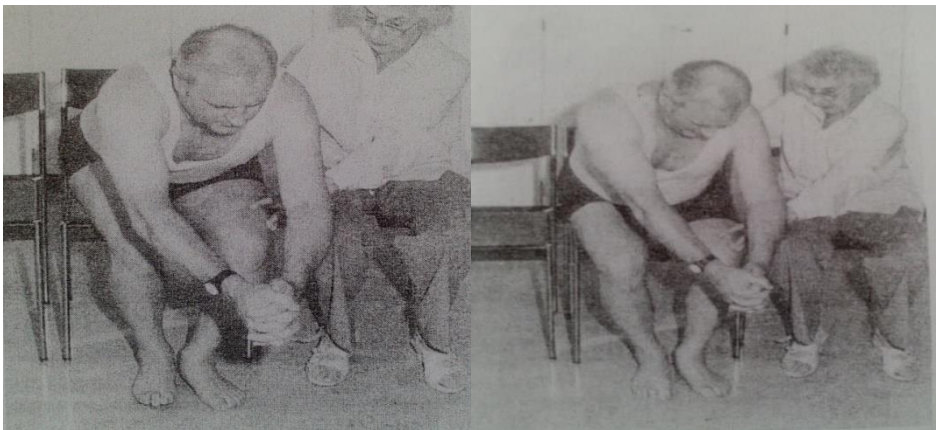


Figura 27 y 28. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.121.

⁸⁹Bertha Bobath. Op.cit.p.121.

En la mayoría de los pacientes observamos flexión plantar excesiva de los dedos al pararse y caminar y, en algunos, los dedos se doblan y flexionan por delante del pie, y se vuelven dolorosos. Un separador de dedos de gomaespuma ayuda a separar los dedos porque su abducción contrarresta la flexión plantar y reduce la espasticidad extensora de todo el pie, y a menudo de toda la pierna.



Figura 29. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejía en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.125.

Tratamiento para la marcha

Órtesis

Los pacientes con gran déficit sensitivo que no perciben cuando se dobla su tobillo pueden requerir una órtesis. En algunos casos no existe peligro de rotación del pie y hay poca espasticidad de la pierna pero es imposible la dorsiflexión activa del tobillo; entonces el pie cae en lugar de empujar hacia abajo. Para mantener el tobillo flexionado es preferible utilizar una

férula posterior, moldeada a la pantorrilla, fijada a un soporte en el calzado que una órtesis corta.⁹⁰

Si bien el paciente puede sentirse más seguro con una órtesis y puede utilizarla durante un tiempo para trechos largos de marcha fuera de la casa, tiene algunas desventajas:

1. El paciente que se encuentra más flácido que espástico muestra más espasticidad extensora que flexora en la cadera y las rodillas, aunque no puede efectuar activamente la dorsiflexión del tobillo. La órtesis, al mantener el pie en dorsiflexión, impide una actividad extensora en la rodilla y la cadera; esta última se mantiene en cierta flexión y esta inestable. Para estabilizar la rodilla el paciente la traba en hiperextensión.
2. No se puede desarrollar equilibrio en el tobillo, ya que la actividad y la sensación de movimiento en esta articulación están limitados, y es probable la aparición de atrofia muscular.
3. Se puede producir clonus de tobillo por los reflejos de estiramiento en pacientes cuya espasticidad es moderada o leve.

Si se ha practicado equilibrio y transferencia de peso en la estación de pie, y si el paciente puede efectuar pasos cortos hacia adelante y atrás con la pierna sana, es capaz de manejarse con un bastón común para deambular. Sin embargo existen algunas excepciones, por ejemplo los pacientes muy ancianos y aquellos con déficit sensitivo grave del lado afectado.

⁹⁰Bertha Bobath.Op.cit.p.125.

El entrenamiento de la marcha se debe efectuar desde el comienzo sin dejar que el paciente utilice bastón, de modo que desarrolle un patrón simétrico de marcha con apoyo de peso del lado afectado.

El bastón se puede requerir solo como medida de seguridad fuera del domicilio.

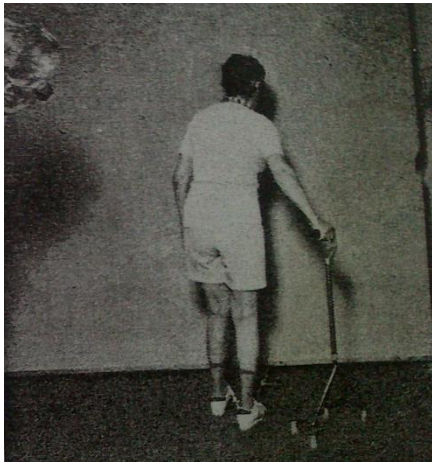


Figura 30. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p125.

Marcha con trípode. El peso está completamente sobre el lado sano. Observación: acortamiento del lado afectado.

Para preparar una marcha razonablemente normal se debe practicar el equilibrio, la estación de pie y la transferencia de peso. Para la fase de balanceo, el paciente debe liberar la espasticidad en la cadera, la rodilla y el tobillo para elevar la pierna y dar un paso. También necesita controlar la pierna que se extiende cuando apoya el pie sobre el suelo. Si se practica todo esto primero mientras esta en la posición de pie, desarrollara un mejor patrón de deambulacion que se le hace caminar inmediatamente sin el control necesario de su pierna.⁹¹

⁹¹Bertha Bobath. Op.cit. p.125.

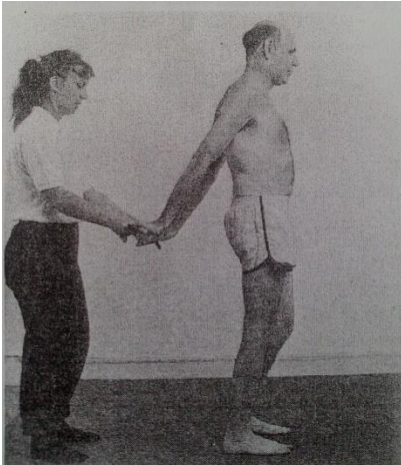


Figura 31. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p127.

El paciente tiende a mantener la pierna extendida rígidamente y empuja con la base de los pies y con los dedos contra el suelo, lo que impide la dorsiflexión en el tobillo para permitir la transferencia de peso sobre el pie de la pierna afectada al caminar.

En general, el paciente se pone de pie con todo su peso sobre la pierna sana, la pierna afectada abducida y libre de peso. Le es difícil ponerse de pie con los pies paralelos y juntos, pero es su primer medio para apoyar algo de peso sobre la pierna afectada.

En el tratamiento se hace poner al paciente de pie enfrente de la camilla, con los pies juntos. El terapeuta se encuentra junto al lado afectado. Con una mano sostiene al paciente por debajo de la axila para mantener elevada la cintura escapular y con la otra sostiene la mano con la muñeca y el codo extendidos. Luego, le solicita que mueva la

cadera hacia el terapeuta y se le ayuda a transferir todo su peso hacia⁹² el lado afectado. Cuando se siente seguro, se le pide que efectúe pasos muy pequeños hacia adelante y hacia atrás con la pierna sana. A medida que efectúa pasos hacia atrás, el pie sano se debe mover bien atrás del afectado. No debe inclinar el tronco hacia adelante ni flexionar la cadera, sino que debe mantenerla bien extendida, ya que contrarresta la hiperextensión de la rodilla. De esta forma aprende a transferir el peso sobre la pierna en que se para.

Se deben de practicar pequeños movimientos aislados de la rodilla alternando flexión con extensión para asegurar la movilidad de la pierna en que apoya el peso.⁹³

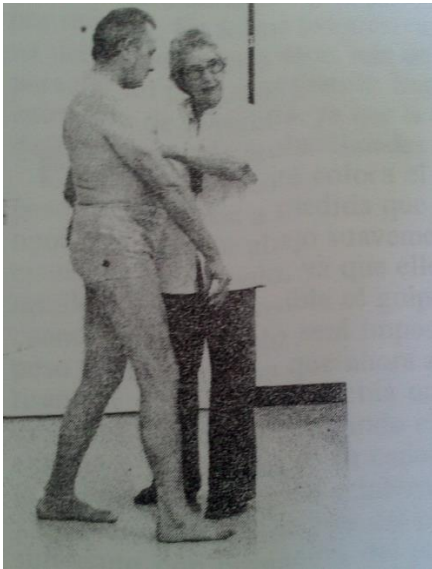


Figura 32. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p129.

Apoyo de peso y equilibrio de la pierna izquierda afectada con el pie sano por delante.

⁹²Bertha Bobath. Op.cit.p.127.

⁹³Bertha Bobath. Op.cit.p.129.

Fase de balanceo

Cuando la pierna afectada del paciente esta rígida en extensión y el pie empuja contra el suelo les es difícil llevarla hacia adelante y hacia atrás para dar un paso sin traccionar la pelvis hacia arriba y efectuar una circunducción. No hay que permitirle elevar la pierna muy alto de modo que solo pueda hacerlo traccionando la cadera hacia arriba. En su lugar antes de que efectué un paso, hay que ayudarlo a liberar la rodilla y flexionarla ligeramente con la pelvis descendida, y luego llevar la rodilla flexionada hacia adelante.⁹⁴

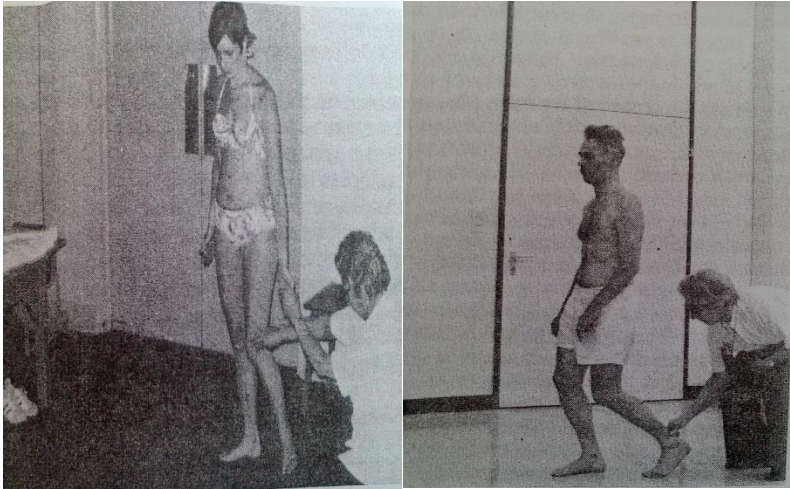


Figura 33. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.129.

Flexión de la rodilla con la cadera extendida, antes de efectuar un paso hacia adelante.

⁹⁴Bertha Bobath. Op.cit.p.129.

El paciente también debe de practicar pequeños movimientos alternantes de flexión y extensión de la rodilla, mientras mantiene los dedos sobre el suelo.



Figuras 34 y 35. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p131.

Cuando puede hacerlo sin poner rígida la rodilla, se le pide que dé un paso hacia adelante. El terapeuta puede guiar el pie, controlando los dedos en dorsiflexión para prevenir la supinación y la presión contra el suelo cuando el paciente coloca el pie por delante. En forma progresiva se puede practicar la misma maniobra con la pierna del paciente más atrás aun de la sana, en la posición que necesitaría el paciente para dar un paso aún más grande.⁹⁵

⁹⁵Bertha Bobath. Op.cit.p.131.



Figura 36. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p131.

Cuando el paciente coloca el pie abajo y adelante debe aprender a controlar el peso de la pierna a medida que la descende hacia el suelo. No debe dejarla caer, tiene que colocar abajo suavemente el pie. No debe poner rígida la rodilla ni el pie cuando toca el suelo, ya que ello ocasionara una flexión plantar y supinación en el tobillo y hará imposible el golpe talón-dedos del pie. Si el pie se encuentra rígido cuando toca el suelo será imposible la dorsiflexión completa para transferencia de peso sobre la pierna que ahora apoya el peso.

Una buena forma de mejorar la marcha del paciente es solicitarle que se pare sobre una base pequeña con los pies paralelos, y que rote la pelvis, es decir que tuerza el tronco contra los miembros, durante algunos segundos. La rotación inhibe el patrón espástico y proporciona al paciente

una función bilateral en lugar del patrón asimétrico. Entonces interactúan los dos lados de su cuerpo y ya no actúan por separado.⁹⁶

Etapa de recuperación relativa

Los pacientes que alcanzan la tercera etapa de recuperación relativa serán aquellos que no estaban gravemente afectados al inicio y que han logrado una buena recuperación, o que han andado bien en el tratamiento.

Estos pacientes pueden ahora caminar sin ayuda, sin utilizar bastón, pueden utilizar el brazo afectado como apoyo o sostener un objeto en la mano si se le colocan en ella. Sin embargo pueden ser incapaces de utilizar la mano para manipulación o tienen dificultad para hacerlo.

Estos pacientes que pueden trabajar y llevar una vida independiente en la comunidad, sean ayudados mejorando la calidad de su marcha y obteniendo un uso mejor de la mano afectada.

Puede ser bastante fácil obtener una mejoría en la deambulación y el equilibrio, y también en el uso de la mano para la prensión simple y la liberación y como apoyo para la mano sana. Sin embargo en muchos pacientes no solo se puede lograr el uso aislado de los dedos y especialmente del pulgar y el índice.

En esta etapa la espasticidad es ligera y, en consecuencia, no impide el movimiento. No obstante, aun ocurre un aumento transitorio de la

⁹⁶Bertha Bobath.Op.cit.p.131.

espasticidad cuando el paciente realiza un esfuerzo, camina rápidamente o se excita; la coordinación luego se deteriora. La rodilla y el pie se vuelven rígidos, y aumenta la flexión del brazo y la mano, lo que vuelve difícil, torpe y lento el uso de los dedos para la manipulación.⁹⁷

Tratamiento para mejorar la marcha del paciente

Si hay que lograr más mejoría en la marcha del paciente es necesario obtener todavía movimientos más selectivos de la rodilla, y de la dorsiflexión y flexión plantar del tobillo y de los dedos del pie, independientes de la posición y el movimiento de la cadera. Es esencial la dorsiflexión completa del tobillo y de los dedos para una marcha normal y para el golpe talón – dedos. También es necesaria para el equilibrio en la estación de pie sobre la pierna afectada como reacción postural protectora contra la caída hacia atrás.⁹⁸



Figura 37. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p133.

⁹⁷ Bertha Bobath. Op.cit.p.141.

⁹⁸ Bertha Bobath. Op.cit.p.143.

En la marcha se requiere una dorsiflexión del tobillo mayor de 90° para una transferencia de peso suficiente hacia adelante sobre la pierna que está apoyada. Se practica en posición de efectuar un paso con el pie sano hacia bien hacia adelante y el paciente moviendo la cadera lo más lejos posible hacia adelante sobre el pie de la pierna sana. Debe mantener el talón de la pierna afectada abajo sobre el suelo. Entonces el paciente libera la rodilla, flexionándola y moviéndola hacia adelante; a medida que el talón deja el suelo, los dedos deben mantenerse y adquirir una dorsiflexión completa.⁹⁹



Figura 38. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejía en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p136.

Ponerse de pie y caminar de forma cruzada es otra manera de mejorar el equilibrio y el control de las caderas, y es una preparación para la rotación de la pelvis al caminar. También ayuda a girar hacia el lado sano, lo que

⁹⁹Bertha Bobath. Op.cit.p.143.

es difícil para el paciente, ya que no puede llevar el lado afectado lo suficientemente bien hacia adelante.¹⁰⁰



Figura 39. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p147.

De pie con las piernas cruzadas para mantener el equilibrio.

Se debe practicar también de forma alternada la marcha hacia atrás y adelante. Cuando el paciente realiza un paso hacia atrás debe flexionar la rodilla y luego no debe traccionar la cadera hacia arriba. La marcha hacia atrás mejora la marcha hacia adelante.¹⁰¹

¹⁰⁰Bertha Bobath. Op.cit.p. 146.

¹⁰¹Bertha Bobath. Op.cit.p. 147.

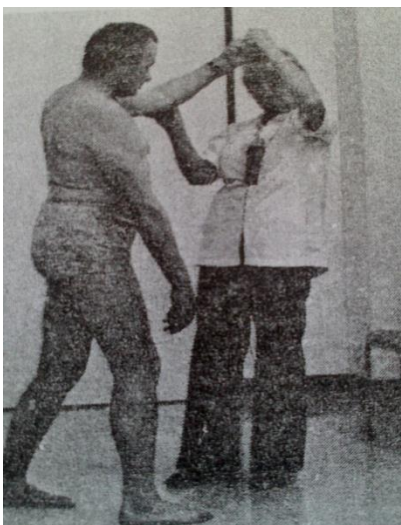


Figura 40. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.147.

También se puede practicar la deambulaci3n con el terapeuta detr3s del paciente, sosteniendo ambas manos hacia atr3s.



Figura 41. Imagen tomada de: Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999, p.147.

Para mejorar el equilibrio podemos introducir la rotación en el patrón de marcha, puede ser efectuada por el terapeuta, parado detrás del paciente, rotando las caderas o la cintura escapular.¹⁰²

2.14.2 Intervenciones de Enfermería en la adaptación psicosocial

La incapacidad física y la enfermedad grave plantean una amenaza capital al individuo y pueden precipitar una crisis vital. Antes de la enfermedad, el paciente podía trabajar y amar, podía ir y venir libremente y sin restricciones. También tenía escapes para la tensión física, los instintos agresivos y la creatividad.

Ahora, un traumatismo físico o el ataque de una dolencia crónica pueden dejar al paciente con múltiples incapacidades que desorganizan su vida familiar y sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, acaban con su posición en el trabajo y disminuyen su amor propio, su seguridad y su independencia. Además, se reducen sus oportunidades para sus contactos sociales, su integridad psicológica se ve amenazada y el paciente puede perder el control sobre sus funciones físicas íntimas.

En el hospital, el paciente puede ser tratado en un ambiente restrictivo impersonal que es eficiente para sus necesidades médicas, pero que fomenta sus sentimientos de desamparo y dependencia. El paciente puede empezar a identificarse en el papel de la persona incapacitada o enferma.

¹⁰²Bertha Bobath.Op.cit.p.147.

Al enfrentarse a una nueva integración, a realidades amenazantes y al tener que considerar espantosas implicaciones en cuanto al futuro, el paciente está en grave peligro de sentirse abrumado.¹⁰³

Es posible que al ser dado de alta, fracase en enfrentar las realidades de la vida comunitaria y vuelva a ser hospitalizado.

Los pacientes pueden experimentar ciertos retrocesos, caer en el rechazo o en la depresión, pareceres incapaces de aceptar los cambios en el estilo de vida y fallar en el óptimo aprovechamiento de sus facultades.

Los terapeutas necesitan revisar los factores que influyen en el progreso de la rehabilitación, esto es, la personalidad prepatológica, el nivel de desarrollo, el significado simbólico de la pérdida, y las estrategias de manejo intrapsíquico.

Además de aceptar la lentitud de los efectos de la rehabilitación, el terapeuta debe establecer objetivos realistas de tratamiento para el paciente específico, así como metas a corto plazo, de manera que las pequeñas mejorías puedan reconocerse.

El proceso de adaptación al impedimento físico y a la enfermedad crónica es de larga duración y que continua después de que el paciente es dado de alta.¹⁰⁴

Consideraciones psicológicas

¹⁰³ Catherine Anne Trombly. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ed. La prensa medica mexicana. México, 2013, p.14.

¹⁰⁴ Idem.p.14.

El esfuerzo del paciente para ajustarse a la enfermedad, la incapacidad y la hospitalización se acompaña de tensiones psicológicas. El paciente descubre que su cuerpo no es indestructible, que puede ser súbitamente vulnerable a la muerte a la pérdida física y al dolor.

El paciente no siempre puede influir sobre su entorno y se espera que deposite su confianza en un personal que toma decisiones que conciernen a su salud. Se encuentra en riesgo de perder funciones físicas adquiridas paulatinamente, tales como la capacidad motriz, el control intestinal y la fuerza física y funciones psicológicas adquiridas también paulatinamente como la autonomía y la seguridad.

Puede presentar un derrumbe de sus funciones cognoscitivas, esto es confusión, desorientación, incapacidad para comprobar la realidad y para pensar lógicamente.

Stewart y Rossier, manifiestan que el impacto psicológico está influido por la edad del paciente y por su posición en el ciclo vital.

En la adolescencia el paciente se interesa por las tareas de desarrollo relacionadas con la formación de la identidad, la sexualidad, el estilo de vida y la elección de la carrera. Tiene interés por ser aceptado por un grupo de plano de igualdad, en la imagen de su cuerpo y en la interacción social.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Ibid.p.15.

El paciente de edad media enfrenta ya cuestiones de pérdida múltiple, esto es, parientes, amigos, declinación física y se preocupa acerca del significado de la vida y porque su tiempo disponible se va acortando.

Quigley señala que el paciente olvida sus aptitudes y habilidades aun intactas al preocuparse pensando en sus éxitos y satisfacciones prepatológicas, ya sean reales o imaginarias, con lo que se dificulta más su adaptación.

Las consideraciones que siguen ilustran la diversidad de creencias inútiles. Con frecuencia inconsciente que afectan las reacciones del paciente respecto a su incapacidad:

- 1) La lesión puede ser vista como confirmación de la falta de valor propio e inclina al paciente a identificarse como una imagen negativa de sí mismo.
- 2) La lesión y la deformidad pueden mitigar el sentimiento de culpa del paciente por alguna acción real o imaginaria en su pasado y llevarlo a una sensación de bienestar.
- 3) El paciente puede tener dificultad en ajustar la imagen original de su cuerpo a la nueva y desarrollar una intermedia.¹⁰⁶
- 4) La enfermedad física y la incapacidad pueden satisfacer las necesidades de seguridad y dependencia sin estigmatizar al paciente, dado que su papel de enfermo permite a los demás que cuiden de él y muestra poca automotivación.

¹⁰⁶ Ibid. p. 15.

- 5) El paciente puede desear mantenerse de la seguridad y apoyo financiero de otros, o sea, de una póliza de seguro o de la ayuda de un familiar.
- 6) Al confrontarse con cambios destructivos en su salud y estado físico. Con frecuencia los pacientes necesitan encontrar una explicación y escudriñar en sus propias conductas pasadas y la encuentran y la enfocan en sus errores personales, o en lo que consideran pensamientos o acciones pecaminosos.¹⁰⁷

La personalidad prepatológica

Un examen de la personalidad prepatológica proporciona la perspectiva para atender la manera en que el paciente se enfrenta a la carga de su padecimiento y ayuda al personal a planificar sus intervenciones y programas de tratamiento.¹⁰⁸

El perfeccionista

El perfeccionista ha incorporado altos estándares para mantener la autoestimulación. Los criterios por los cuales se juzga a si mismo suelen ser inflexibles. La lentitud, y una realización personal inferior a la perfección, así como una reducción de la capacidad para mantener

¹⁰⁷ Ibid.p.15.

¹⁰⁸ Ibid.p.16.

estándares de alto valor, serán especialmente aterradorizantes. Esto incluye el mantenimiento del hogar, o poder desempeñar un trabajo.

La personalidad autoritaria

Necesita estar bajo control. Estas personas quieren que las cosas se hagan de cierta manera y tienen una percepción rígida acerca de las reglas, valores y maneras, según las cuales la gente debe vivir y comportarse.

Tienden a ser sentenciosos, preocupados de su nivel social, así como limitados en la aptitud para desarrollar su perspicacia o para despertar la simpatía de los demás. La adaptación a la invalidez requiere concesiones y aceptaciones, lo cual es difícil para esta personalidad.¹⁰⁹

La personalidad sociópata e impulsiva

No puede tolerar las restricciones de la hospitalización ni las reglas ni procedimientos del tratamiento médico.

Su conducta desinhibida obstaculiza el tratamiento y desorganiza la sala del hospital.

¹⁰⁹ Ibid. p. 16.

Personalidad pasivo – agresiva

Es defensiva y beligrante, y expresa su hostilidad pasivamente por medio de la testarudez, la lentitud, la obstrucción y la ineficiencia deliberada.

Estas personas colaboran escasamente con los demás y pueden tener una influencia desmoralizante sobre el personal y en la terapéutica del grupo.

Personalidad paranoide

Es hipersensitiva, celosa, envidiosa y vanidosa. Tal paciente esta alerta para recibir señales en la conducta del personal o en los procedimientos médicos que el interpreta como un plan para dañarlo. Este paciente es injustificadamente desconfiado de todas las intenciones ajenas.¹¹⁰

Etapas de adaptación

Todos los pacientes tienen reacciones emocionales a la incapacidad, que deben esperarse y considerarse normales y que incluyen angustia, rechazo, depresión, aflicción, tristeza y regresión.

¹¹⁰ibid.p.16.

McDaniel cita la descripción de Cohn en cinco etapas en el proceso de ajuste y estas son: choque, expectativa de recuperación, aflicción, defensa y adaptación.

La comprensión del proceso normal de adaptación permite estar al tanto de las necesidades psicológicas del paciente en cada etapa e identificar el momento en el que requiera una intervención terapéutica.

Por ejemplo: La depresión de un paciente puede agudizarse por el aislamiento, la inactividad, la carencia de estímulos sociales, el desinterés de la familia o la incapacidad de alcanzar el papel usual de responsabilidades.¹¹¹

La comprensión del proceso normal de adaptación permite al terapeuta:

- 1) Animar y apoyar al paciente cuando la adaptación continúe normalmente
- 2) Comprender que el paciente ha disminuido en sus habilidades cognitivas durante las etapas iniciales
- 3) Identificar el desarrollo de mecanismos inadecuados
- 4) Determinar cuando son excesivos la depresión y el rechazo, ya sea en duración o en intensidad

¹¹¹Ibid.p.18.

- 5) No tomar en forma personal los exabruptos del paciente, sino buscar el origen de la angustia.
- 6) Determinar cuándo las exigencias de la terapéutica abruman al paciente y este necesita ubicarse a sí mismo en sus nuevas circunstancias a su propio paso.

Defensas y reacciones emocionales

Debido a la importancia de la incapacidad o de la enfermedad, serían de esperarse reacciones defensivas o emocionales clínicamente observables.

Debe de hacerse un esfuerzo para comprender las percepciones del paciente respecto a su situación médica, ya que una conducta defensiva intransigente será un obstáculo para ciertos aspectos de la rehabilitación.¹¹²

Negación

La negación es una defensa inconsciente de urgencia, útil como forma transitoria de adaptación al traumatismo físico, que alivia el peso de la realidad y protege del choque causado por el daño y la amenaza de disolución del ego y de la irrupción de un sentimiento doloroso abrumador.

¹¹²Ibid.p.19.

La negación como consecuencia de la lesión traumática permite al paciente el tiempo que necesita para iniciar la integración de las dolorosas realidades de pérdida y disfunción a un ritmo aceptable.

La negación puede ser excesiva también, convirtiéndose entonces en una negativa para reconocer situaciones reales. Esta incompreensión total de los hechos, la negación patológica de la realidad, incluye graves distorsiones y una completa represión de los recuerdos relacionados con el accidente. El paciente no solo evita orientarse hacia la rehabilitación, sino que tampoco se responsabiliza de las precauciones y atenciones médicas.

Debe tomarse en cuenta que no son de confiar los pacientes que aceptan de inmediato y en forma entusiasta y optimista su disfunción. Su condición psicológica debe evaluarse, pues pueden¹¹³ necesitar de tratamiento psiquiátrico que les ayude a expresar su tristeza y el significado de su pérdida.

El pronóstico es mucho mejor cuando el paciente afronta la realidad de la situación, se deprime y deplora su pérdida que en los casos de negación extrema. A medida que los pacientes empiezan a salir de su negación, resienten lo terrible de los hechos y entran en una fase depresiva y de aflicción.

¹¹³ Ibid.p.19.

Depresión

La depresión es una respuesta apropiada a la incapacidad y se relaciona con los daños múltiples y simultáneos. Varía en intensidad y duración según la importancia de la pérdida, la personalidad prepatológica y la localización y el grado de la incapacidad o enfermedad.

La depresión es también una respuesta a la pérdida de la autoestimulación y el desamparo percibidos. La depresión es normal al comienzo del proceso de adaptación y también después, de manera periódica, cuando el paciente se desanima, se siente abrumado y aislado, cuando no progresa el tratamiento, o recuerda las pérdidas en forma de reacción de aniversario.¹¹⁴

El paciente deprimido tiene escasa energía o interés en el tratamiento o en el futuro, se cansa pronto, no puede hacer el esfuerzo mental para ver hacia adelante, es pesimista acerca del futuro, habla extensamente de enfermedades somáticas e insiste en las pérdidas y el pasado.

Pena y aflicción

¹¹⁴Ibid.p.20.

La pena y la aflicción se consideran etapas necesarias en la respuesta a la pérdida y requisitos previos para la reconstrucción del autoconcepto, de una imagen de transacción del cuerpo y para la adquisición de nuevos mecanismos de conducta.

El clínico debe entender el proceso sin impacientarse ni malinterpretar como deliberada la falta de progreso del paciente.

Wright describe la aflicción como sigue:

- 1) Una repentina y considerable reducción del espacio vital
- 2) Preocupación por la pérdida
- 3) Un estado de desamparo e inutilidad
- 4) En las percepciones predominan las comparaciones prepatológicas
- 5) Los valores personales influyen en esta etapa de adaptación

Wright afirma también que hay buenas razones para creer que el periodo de aflicción puede ser un periodo curativo durante el cual la lesión primero se anestesia y después se cierra gradualmente, dejando señales menores. Es claro que la aflicción no es una etapa por la cual se pasa solo una vez y después se deja atrás, sino que se sufre esporádicamente después de que se han aliviado los más agudos sufrimientos.

La duración del periodo depresivo – afectivo puede ser de seis meses a un año y variar en intensidad durante ese tiempo. A condición de que el espacio de tiempo sea razonable, debe permitirse que siga su curso. Si a juicio del equipo de rehabilitación la intensidad o duración son dañinas para el paciente, puede intervenir tanto durante la etapa de depresión como durante la etapa de aflicción.¹¹⁵

Regresión

Freedman y colaboradores opinan que la regresión es un retroceso emocional y físico de los estándares de independencia y autodeterminación del adulto a un nivel más infantil de debilidad, pasividad y dependencia de los demás.

La lesión, el aislamiento, la hospitalización y otras situaciones de tensión nerviosa pueden causar conductas regresivas, tales como actuar de manera pueril, tener comportamientos persistentemente dependientes, baja motivación y pasividad.

Los factores que influyen en la regresión pueden ser de la incontinencia, el sentirse enfermo, desamparado y sujeto a un papel dependiente.

¹¹⁵ Ibid.p.21.

Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento vago e indefinido de aprensión que se presenta como reacción a las amenazas a la seguridad personal, integridad biológica o autoestimación.¹¹⁶

La ansiedad da como resultado preocupación somática, sensibilidad al dolor, y una disminución en la respuesta al tratamiento de adaptación y en el aprendizaje. La ansiedad es un problema común que se relaciona con el traumatismo, la enfermedad y los cuidados médicos. El paciente puede desarrollar una ansiedad que le abruma, como respuesta a lo que percibe como catastrófico y quedar inmovilizado cognoscitiva, emocional y físicamente.

El paciente puede actuar de manera confusa y no confiable y reaccionar y reaccionar a aspectos irrelevantes, ser incapaz de concentrarse; estar temeroso, eufórico o tenso; malinterpretar o desarrollar falsas relacionadas con su disfunción y tratamiento.

McDaniel considera que el nivel de ansiedad es significativo en el proceso de rehabilitación. Los niveles muy altos de ansiedad, o los niveles muy bajos o ausentes, sugieren muy malos resultados en la respuesta del paciente al tratamiento. Un alto nivel de ansiedad

¹¹⁶ Ibid.p.21.

obstaculiza la adaptación y el aprendizaje, reduce la motivación y aumenta la sensibilidad al dolor y a la preocupación somática.

Un nivel muy bajo de ansiedad no ayuda a la motivación.¹¹⁷

Cólera

La cólera es otra reacción de incapacidad y puede describirse como hostilidad, odio, resentimiento, rabia, furia. Puede expresarse exteriormente o quedarse en el interior.

La cólera responde a los sentimientos de desamparo, a la percepción deficiente, al miedo de perder el control a la ansiedad y/o además el temor al abandono.

Los terapeutas pueden reconocer la cólera en los intentos de sabotear el tratamiento, en la retracción, depresión, ataques verbales al personal o conducta exhibicionista.

Debe establecerse la causa del comportamiento del paciente no solo por su propio bienestar, sino por que tales conductas hacen que se le rechace por el personal, impidiéndole así el tratamiento.

Se debe alentar las expresiones, tanto verbales como no verbales de los sentimientos, señalar que es importante expresar dichos sentimientos, que es normal tenerlos bajo estas circunstancias, y procurar la enseñanza de expresiones que produzcan afecto.

¹¹⁷Ibid.p.22.

Estos pacientes necesitaran relaciones y sistemas de apoyo vigoroso, probados y confiables.¹¹⁸

Compensación

Wright define la compensación como un medio para compensar una deficiencia a fin de salvarse uno mismo. Las personas físicamente incapacitadas utilizan a veces la compensación para llenar necesidades psicológicas y proporcionarse autosatisfacción. Por otra parte, una persona incapacitada puede obtener reconocimiento de las personas normales por medio de sus logros y estas personas pueden considerar sus éxitos como una compensación.

Se pasa por alto que en realidad estos logros pueden deberse a aptitudes, talentos o intereses especiales, o a un alto nivel de madurez, creatividad o habilidad adaptativa.

Represión

Los pacientes intentan manejar sus sentimientos negativos respecto al accidente y hacer frente a las personas normales, al personal de rehabilitación y/o sus familiares reprimiendo sus sentimientos en vez de arriesgarse a perder el apoyo y los cuidados que necesitan.¹¹⁹

¹¹⁸ Ibid.p.22.

¹¹⁹ Ibid.p23.

Factores que influyen en la rehabilitación

Cultura

Las actitudes y valores culturales adquiridos desde la infancia son factores que influyen en el proceso de rehabilitación. La educación dentro de la familia afecta los conceptos relacionados con la forma de percibir y expresar el dolor, que se considera físicamente atractivo, cuales aspectos del cuerpo son más valiosos y por lo tanto, representaran la perdida mayor, cuales incapacidades físicas o mentales son más aceptables y que grado de desviación de lo normal se permitirá sin rechazo social.

Algunos valores culturas inducen al paciente a sentir que reciben un castigo por algo pecaminoso y que es erróneo sentirse bien. El conocimiento por parte del terapeuta de ciertas actitudes y valores culturales evitara que algunas conductas del paciente se cataloguen como neuróticas o inmotivadas.

Sánchez sugiere que el terapeuta debe ser sensible a las diferencias culturales y esforzarse en comprender los valores básicos y suposiciones de la cultura del paciente, tanto a nivel consciente como inconsciente. Sugiere también que los principios

de tratamiento en terapéutica ocupacional se ajusten para considerar la orientación cultura de los grupos étnicos.¹²⁰

Religión

Las creencias religiosas, tabúes y tradiciones, son parte de los sentimientos del paciente acerca de su papel en la lesión o enfermedad, su propio valor y su interés en la rehabilitación.

Por ejemplo, es frecuente considerar la incapacidad como un castigo por un pecado conocido o como evidencia de que se cometió algún pecado. La familia puede reforzar esta percepción y el paciente puede decidir aceptar el castigo, faltándole motivación para su rehabilitación.

Debemos respetar el cómo piensan los pacientes y su familia, pero a la vez sin dejar de lado sus creencias tratar de complementar y buscar la manera de entrar y decirles el porqué de la rehabilitación y explicándoles todo los beneficios que obtendrán con su mejoría.

Wright encuentra que también la incapacidad puede ser soportada con dignidad y que el paciente puede sentirse especialmente escogido por Dios para probarlo mediante el sufrimiento físico. La incapacidad puede también dar un propósito a la vida. Estos

¹²⁰ Ibid.p.24.

pacientes se muestran pacíficos, optimistas y casi superiores. Con frecuencia dedican su vida a ayudar a los demás.¹²¹

El personal y las instituciones deben ser sensibles al significado de las creencias religiosas e incorporarlas a los programas de tratamiento siempre que sea posible.

La imagen del cuerpo

El reconocimiento de una imagen del cuerpo estropeada y la reacción a la pérdida de una función o a la pérdida de un órgano por intervención quirúrgica causa reacciones emocionales y la readaptación puede llevarse hasta dos años.

Las reacciones individuales a la incapacidad y la posibilidad de éxito en lograr integrar una imagen de transacción del cuerpo, dependen, en parte, del tipo, naturaleza y localización de la lesión, del concepto prepatológico del cuerpo y las defensas psicológicas escogidas para mantener la autoestimación. Idealmente, después de pasar por un periodo de tristeza, depresión, aflicción, se abandona intrapsíquicamente la imagen perdida y se maneja una imagen de transacción.

Las actividades recreativas y deportivas pueden ayudar a establecer la imagen corporal.¹²²

¹²¹Ibid.p.25.

¹²²Ibid.p.26.

Las tareas de la edad

Las tareas de la edad complican la rehabilitación y entorpecen el proceso de adaptación.

Durante el periodo de la adolescencia hay bastantes ajustes de la personalidad, confusión, crisis de identidad y consecuencias finales, relacionadas con el abandono de la dependencia propia de la niñez, aun sin el doble impacto de la lesión y la incapacidad.

En la edad madura los pacientes se preocupan acerca del proceso de envejecimiento, el reconocimiento de la declinación física, el traumatismo de la revaloración personal, la insatisfacción vocacional, el desarrollo y educación de sus hijos. El cuidado de los padres ancianos y la conciencia de la muerte. Estas tensiones aumentan con la presencia de pérdidas físicas y sensitivas. Los terapeutas ocupacionales deben comprender el proceso de adaptación y las cargas propias de cada etapa del desarrollo humano, para poder considerarlos en la planificación del tratamiento.¹²³

¹²³ Ibid.p.30.

La familia

La habilidad de los miembros de la familia para manejar las crisis de tener lesionado a uno de sus miembros y su buena voluntad para retener sus respectivas funciones como integrantes de dicha familia es de la mayor importancia para la rehabilitación. Una familia con esa habilidad proporciona un apoyo útil al paciente y enfrenta la crisis como un problema a resolverse a través de la relación interfamiliar. Estas familias mantienen al paciente a nivel valioso, lo hacen participar en las discusiones familiares en la toma de decisiones y le ayudan en el cumplimiento de los procedimientos médicos.

Un tipo de solución a una crisis familiar resultante de una incapacidad física es la separación. Las familias pueden también impedir la rehabilitación al máximo mediante la sobreprotección, descuido, impidiendo la planeación para el alta del enfermo. Estas familias suelen causar más problemas de los que resuelven. Es difícil que asuman establemente un compromiso.¹²⁴

¹²⁴ Ibid.p.31.

Otras reacciones de la familia incluyen la angustia de afrontar la conductas del paciente, esto es, depresión, hostilidad o delirio, y la impotencia para influir en la recuperación del individuo; la aflicción de tener que confiar en extraños para la atención del paciente y la desilusión ante resultados que el personal médico considera muy buenos.

La perspectiva de cuidar al individuo causa temores y ansiedades en la familia y puede conducir a una retirada instintiva. Es particularmente difícil cuando la esposa tiene que buscar empleo; se deterioran las condiciones económicas de la familia; la esposa tiene que asumir mayores responsabilidades para la dirección del hogar y los niños encargarse de otras obligaciones en la casa; se alteran los planes en la vida de la familia en general.¹²⁵

¹²⁵ Ibid.p.32.

2.14.3 Intervenciones del Lic. Enfermería y obstetricia en terapia física.

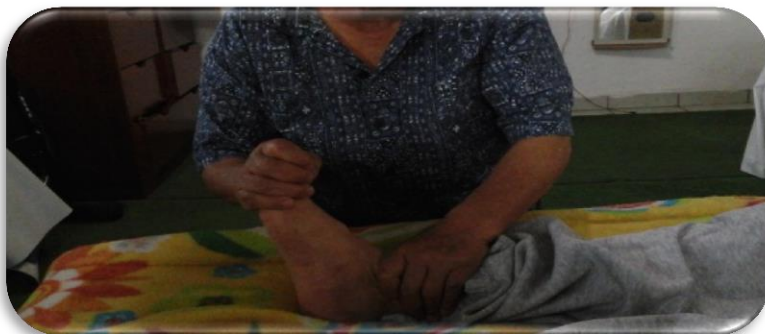


Figura 42. Imagen tomada al paciente con su autorización

1. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa a lado del lado afectado del paciente, con una mano sujeta el tobillo y con la otra realiza movimientos de los dedos del pie en todas las direcciones, buscando amplitud articular y comenzando lentamente.



Figura 43. Imagen tomada al paciente con su autorización

2. Posición: decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado Afectado del paciente, con una mano sujeta su pierna y con la otra sujeta su pie, realiza

movimientos de flexión, extensión y rotación, buscando amplitud articular y comenzando lentamente.¹²⁶



Figuras 44 y 45. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

3. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano colocada en la corva y la otra en el pie, realiza flexión de cadera y rodilla y extensión de la misma, también realiza círculos hacia un lado y hacia el otro comenzando lentamente.¹²⁷



Figuras 46 y 47. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

4. Posición: decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano sujeta el tobillo y con la otra en la rodilla

¹²⁶ Jorge de Lázaro Coll Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012, p.150.

¹²⁷ Ibid.p.151.

mantiene la pierna extendida, realiza movimientos de aducción y abducción buscando movilidad y amplitud articular incrementando el ritmo y el movimiento.



Figuras 48 y 49. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

5. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano le sujeta el brazo y con la otra ubicada en la mano realiza movimientos de flexión, extensión, así como también rotación de todos los dedos de la mano, además de la muñeca, buscando amplitud de movimiento y movilidad articular.¹²⁸



Figuras 50 y 51. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

6. Posición: El rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano sujeta el brazo y con la otra el antebrazo, realiza movimientos de

¹²⁸ Ibid.p.151.

elevación del brazo, con el codo en extensión hacia arriba y hacia afuera, buscando movilidad y amplitud articular



Figuras 52 y 53. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

7. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, las manos se entrelazan entre sí y realiza movimientos con los brazos extendidos hacia arriba, buscando movilidad y amplitud articular.¹²⁹



Figura 54. Imagen tomada al paciente con su autorización

8. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador coloca un rodillo en las corvas del paciente para poner las rodillas flexionadas y se sitúa a lado, coloca

¹²⁹ Ibid. p. 152.

una mano en los pies y otra en las rodillas y a su orden el paciente levantara las caderas de la camilla.



Figuras 55 y 56. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

9. Posición: Decúbito prono (BOCA ABAJO), el rehabilitador se sitúa en el lado afectado del paciente, con una mano fija la rodilla y la otra va a asistir el movimiento a realizar, que es la flexión de la pierna sobre el muslo, buscando movilidad y amplitud articular.¹³⁰



Figuras 57 y 58. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

10. Posición:

¹³⁰ Ibid. p. 153.

Sentado en una camilla, el rehabilitador se ubica frente al paciente, con una mano fija la rodilla y el paciente realiza la extensión de la pierna, la otra mano asiste el movimiento, buscando movilidad y amplitud articular.



Figura 59. Imagen tomada al paciente con su autorización

11. Posición: Posición: sentado en la camilla, el rehabilitador se coloca frente al paciente, primero con su ayuda y luego solo desplaza el cuerpo de un lado al otro, el peso corporal pasa de un glúteo a otro. Las manos del paciente se encuentran sin apoyo en la camilla.¹³¹

Ejercicios de colchón

¹³¹ Idem.p.153.



Figuras 60 y 61. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

12. Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado del paciente para donde se realizara el giro, que es el lado afectado, le orienta al paciente que coloque el brazo en abducción, que levante la cabeza y cruce su brazo sano para buscar la otra mano, al mismo tiempo que realiza esto, pasa la pierna sana sobre la afectada. Después se realiza el giro hacia el lado sano.¹³²



Figuras 62 y 63. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

13. Posición: Decúbito supino (BOCA ARRIBA), el rehabilitador se coloca en un lado del colchón y le orienta al paciente hacia donde realizar el rolado, este pasara de decúbito supino a decúbito prono (BOCA ABAJO)

¹³² Idem.p. 153.

y continuara en decúbito supino, regresando al punto de partida realizando el rolado en dirección contraria



Figuras 64 y 65. Imágenes tomadas al paciente con su autorización

14. posición: Decúbito supino, el rehabilitador se coloca del lado donde el paciente no tiene afectación, al mismo tiempo intentara incorporarse a la posición de sentado haciendo un medio giro del tronco, apoyándose en el antebrazo y manos, para luego de esta última empujar hasta lograr la posición de sentado. Si el paciente necesita ayuda el rehabilitador le asistirá, este ejercicio se realizara de ambos lados.¹³³



Figura 66. Imagen tomada al paciente con su autorización.

¹³³ Idem.p.153.

15. Posición: Sentado en el colchón con las manos extendidas al frente y entrelazadas, el rehabilitador se sitúa al frente del paciente y le orienta realizar torsión del tronco en ambos lados.¹³⁴

Ejercicios en paralelas



Figura 67. Imagen tomada al paciente con su autorización

16. Posición: Parado entre las paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca de frente al paciente, le indica que realice movimientos en abducción con la pierna extendida y lo realiza con una pierna primero y luego con la otra. Podemos adaptar un tubo en la pared en lugar de paralelas en el hogar como se muestra en la imagen.¹³⁵



Figura 68. Imagen tomada de: Jorge de Lazaro Coll Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012. 154pp.

¹³⁴ Ibid. 154.

¹³⁵ Idem.p.154.

17. Posición: Sentado en una silla entre paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca frente al paciente y a su orden, el paciente pasa de sentado a parado.



Figura 69. Imagen tomada de: Jorge de Lazaro Coll Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012. 154pp.

18. Posición: Parado entre las paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca frente al paciente y le indica balancear el cuerpo lentamente desplazando el peso de cuerpo de una pierna a la otra.¹³⁶

2.15 Intervenciones del Lic. Enfermería y obstetricia en Terapias complementarias

¹³⁶Idem.p.154.

2.15.1 Masaje

El masaje es una terapia ancestral. Existe evidencia de que se empleaba en China hace más de 5 000 años (McRee Noble y Pasvogel 2003). Es una de las terapias complementarias utilizadas con mayor amplitud, y durante siglos ha formado parte de las estrategias de la enfermería.

El masaje suele combinarse con otras terapias, como música, aromaterapia, acupresión o tacto suave.

Definición

El termino masaje deriva de la palabra arabicamass'h, y significa presionar con gentileza (Furlant, 2004). El masaje, como lo define la American MassageTherapyAssociation, es "la aplicación de técnicas manuales y terapias adyuvantes con la intención de afectar positivamente la salud y el bienestar de la persona."¹³⁷

Existen varias clases de este: sueco (en el cual se recurre a deslizamientos largos y fluidos), esalen(masaje con meditación mediante tacto ligero), para tejidos profundos o neuromuscular (movimientos de amasamiento intenso sobre el cuerpo), deportivo (un masaje vigoroso que afloja la musculatura y reduce el dolor), shiatsu (una técnica japonesa para aliviar el estrés a partir

¹³⁷MariahSnyder. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. Ed. Manual moderno. 1ed. México, 2012,p. 337.

de puntos de presión) y reflexología (un masaje profundo en los pies para relajar varias partes del cuerpo).

Base científica

El masaje produce efectos terapéuticos sobre sistemas orgánicos múltiples: tegumentarios, musculoesqueléticos, cardiovasculares, linfático y nervioso. La manipulación de la piel y el tejido subyacente suaviza la piel. Así mismo aumenta o favorece el movimiento del sistema musculoesquelético al reducir el edema, aflojar y estirar los tendones contraídos, y es auxiliar para la reducción de adherencias en tejidos blandos. La fricción sobre los tejidos cutáneo y subcutáneo libera histamina, la cual a su vez produce vasodilatación y facilita el retorno venoso.¹³⁸

Para algunos investigadores el masaje disminuye algunos parámetros fisiológicos (presión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardíaca y temperatura cutánea), lo que corresponde a una respuesta de relajación (Mok y Woo, 2004).

El masaje es una terapia holística y como tal, promueve la salud general. En los estudios sobre los temas siguientes se demostró mayor mejoría en:

¹³⁸Ibid.p.338.

malestar emocional (Currin y Meister, 2008), bienestar psicológico (Chang, Wang y Chen, 2002), y calidad de vida (Williams , 2005).

Intervención

El ambiente en el cual se administra el masaje es importante. La habitación debe ser lo suficientemente cálida para proporcionar comodidad a la persona, privacidad, incorporar música y aromaterapia durante la sesión de masaje se considera que puede aumentar su eficacia.¹³⁹

Calidad del tacto

Gertrude Beard, una de las educadoras más respetadas de la masoterapia, describe los componentes del masaje como parte integral de la fisioterapia de la siguiente forma:

Los factores que hay que tener en cuenta como componentes de la aplicación de las técnicas de masaje son : la dirección de los movimientos, el grado de presión, la frecuencia y el ritmo de los movimientos, el medio empleado, la frecuencia y la duración del tratamiento y la posición del paciente y del fisioterapeuta.

¹³⁹ Ibid.p. 341.

Flujo básico

La organización de las distintas manipulaciones y técnicas de masaje debe seguir un patrón coherente. Durante la aplicación de un masaje a todo el cuerpo, se masajean todos los tejidos blandos y se mueven todas las articulaciones dentro de su amplitud de movimiento fisiológica. Por motivos educativos suele ser útil comenzar con patrones generales para luego ir introduciendo modificaciones. Estos patrones que presentamos cubren el masaje del cliente comenzando en posición prona, supina, en decúbito¹⁴⁰ lateral y sedente. La secuencia empleada con el abdomen siempre es la misma.

¹⁴⁰Sandy Fritz. Fundamentos del Masaje Terapéutico. Ed Paidotribo. 1 ed. Barcelona, 2011, p 251-252.



Figura 70. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 253pp.

Patrón 1

a, posición prona y punto inicial en la espalda. Punto final en la cara. ¹⁴¹

Secuencia: b, lado izquierdo de la espalda. c, lado izquierdo de la región glútea. d, desplazamiento hasta la cabeza donde se establece contacto con ambos lados de la espalda. e, cuello. f, desplazamiento al lado derecho. Lado derecho de la espalda. g, lado derecho de la región glútea. h, reverso

¹⁴¹Ibid.p.253.

de la pierna derecha. i, desplazamiento hasta los pies. Contacto con ambas piernas de su reverso. j, desplazamiento hasta el lado izquierdo. Reverso de la pierna izquierda. k, el cliente pasa a posición supina. (Continúa)¹⁴²



Figura 71. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 254pp.

¹⁴²Idem.p.253.

L y M, Pie derecho. N, Anverso de la pierna derecha. O, Pie izquierdo. P, Anverso de la pierna izquierda. Q, Brazo y mano izquierdos. R, Hombro izquierdo y parte superior del tórax (pecho). S, Brazo y mano derechos. T, Hombro derecho y parte superior del tórax. U, Cuello. V, Cabeza. W, Cara.¹⁴³

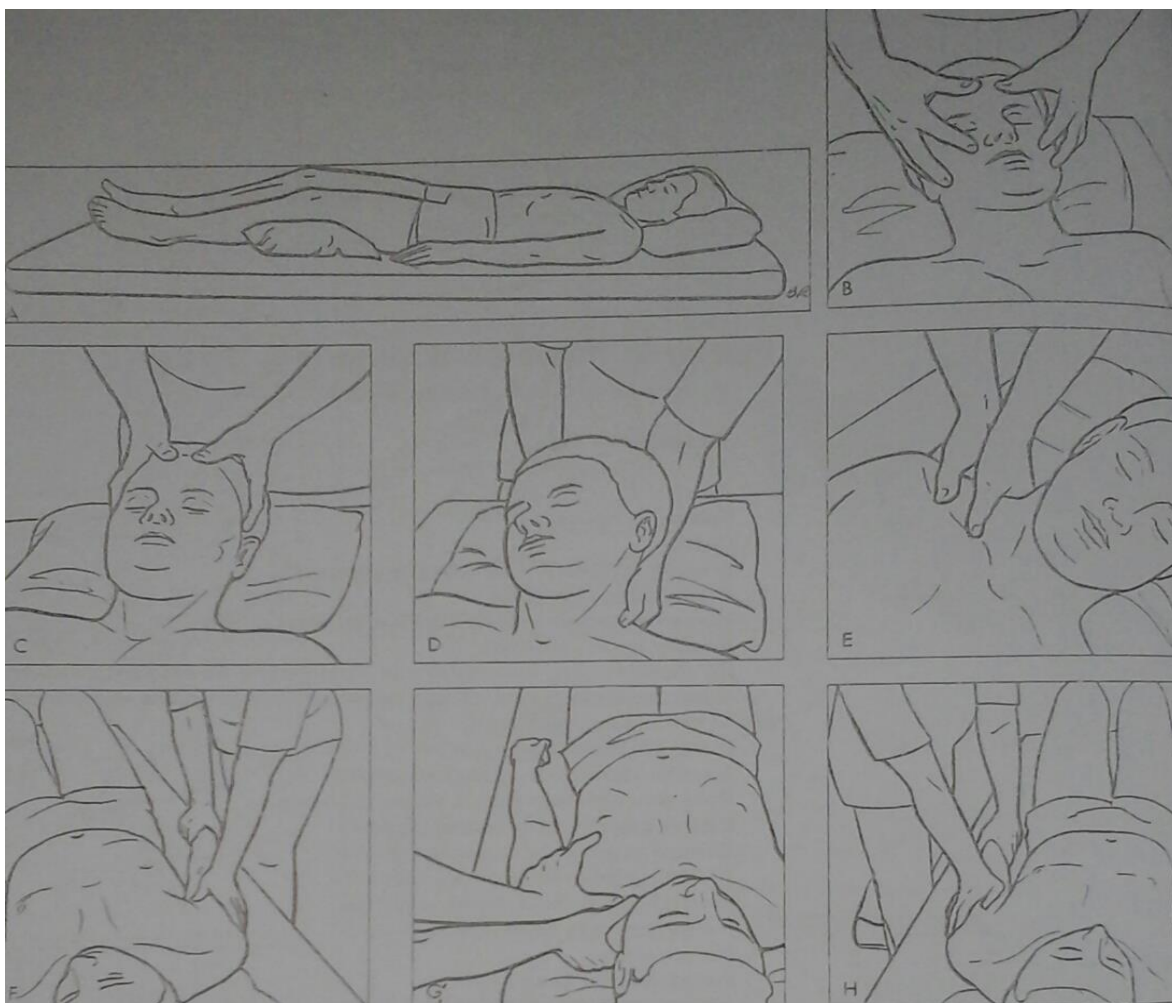


Figura 72. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 256pp.

¹⁴³ Ibid. p. 254.

Patrón 2. A, Posición supina. Se inicia en la cara. Termina en la espalda.
 Secuencia: B, Cara. C, Cabeza. D, Cuello. E, Hombro derecho y parte superior del tórax. F, Brazo y mano derechos. G, Hombro izquierdo y parte superior del tórax. H, Brazo y mano izquierdos. El cliente flexiona las rodillas a fin de prepararse para el masaje abdominal.¹⁴⁴

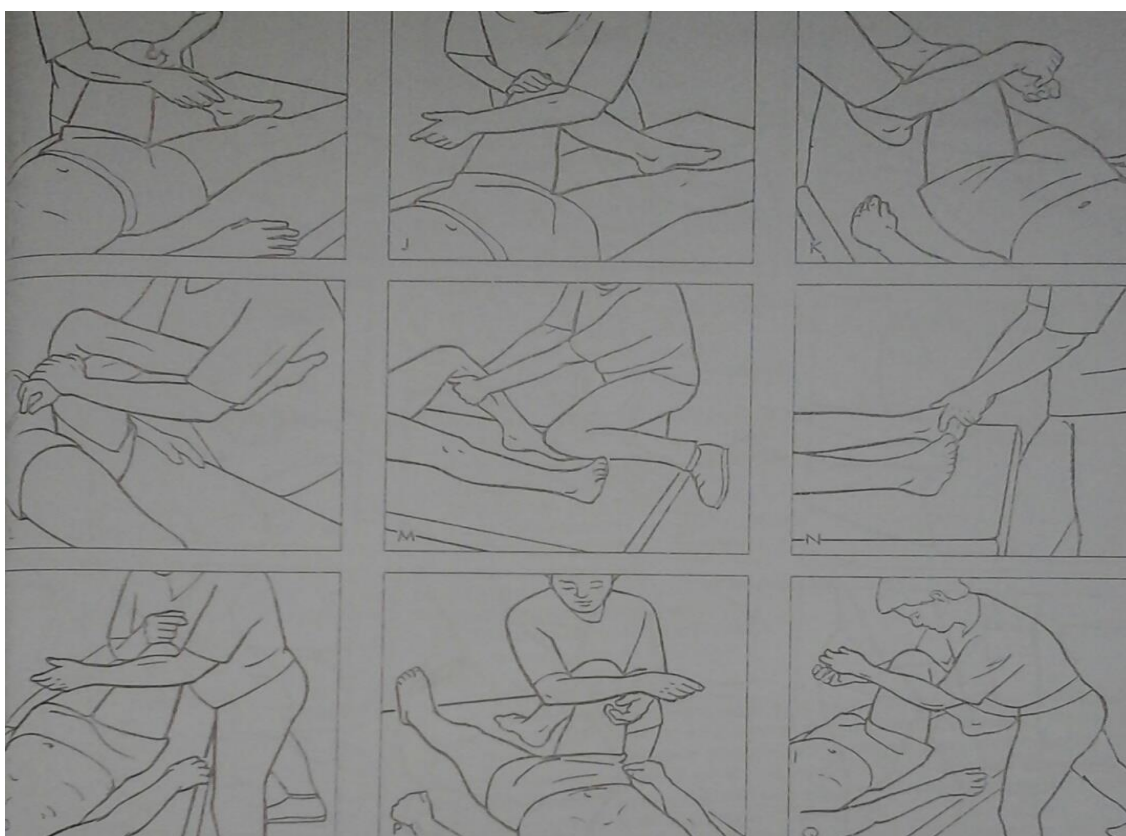


Figura 73. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 257pp.

Continuación

I, Pierna izquierda flexionada. Anverso superior de la pierna izquierda.
 J, Parte media superior de la pierna izquierda. K, Lateral superior de la

¹⁴⁴ Ibid. p. 256 .

pierna izquierda. L, Reverso superior de la pierna izquierda. M, Reverso inferior de la pierna izquierda. Lateral inferior de la pierna izquierda. N, Pierna izquierda extendida. Pie izquierdo. O, Pierna derecha flexionada. Anverso superior de la pierna derecha. P , Parte medial superior de la pierna derecha. Q, Lateral superior de la pierna derecha. (Continua)



Figura 74. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 258pp.

R, Reverso superior de la pierna derecha. S, Reverso inferior de la pierna derecha. Lateral inferior de la pierna derecha. T, Pierna derecha extendida. Pie derecho. U, El cliente cambia a posición prona. Región glútea derecha. V, Lado derecho de la espalda. W, Región glútea izquierda. Lado izquierdo de la espalda. Y, Cuello. Z, Cabeza.¹⁴⁵

Patrón abdominal

Para estimular el peristaltismo y el vaciamiento mecánico del colon, todas las manipulaciones del masaje deben dirigirse en la dirección de las agujas del reloj.

La dirección del flujo para el vaciamiento del intestino grueso y el colon es la siguiente:

1. Masajear hacia abajo el lado izquierdo del colon mediante movimientos cortos dirigidos hacia el colon sigmoide.
2. Masajear el colon transversal hacia el lado izquierdo mediante movimientos cortos dirigidos hacia el colon sigmoide.
3. Masajear hacia arriba el colon ascendente sobre el lado derecho del cuerpo mediante movimientos cortos dirigidos hacia el colon sigmoide.
4. Acabar en la válvula ileocecal situada en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

¹⁴⁵ Ibid, p.258.

5. Masajear todo el patrón de flujo mediante movimientos largos de ligeros a moderados desde la válvula ileocecal hasta el colon sigmoide. Repetir la secuencia.¹⁴⁶

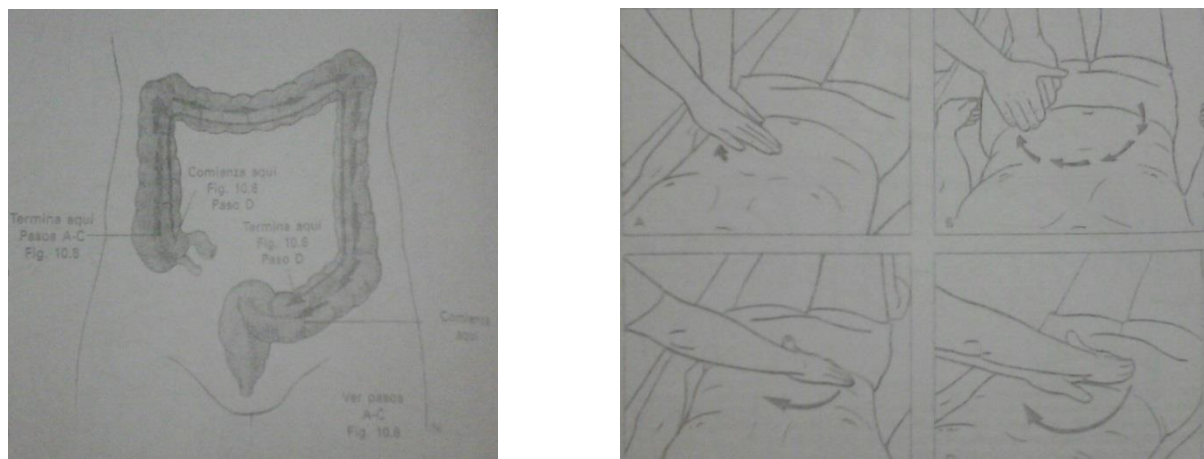


Figura 75. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, 262pp.

Movimientos de masaje

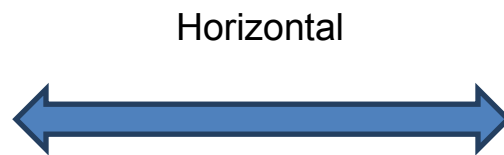
Movimientos deslizantes / effleurage

El termino con el que se traduce actualmente el effleurage es “deslizamiento”. El termino frances deriva de un verbo que significa “rozar” o “tocar ligeramente”, que es lo que hacen las aplicaciones mas superficiales de estos movimientos, si bien todo el espectro de deslizamiento esta determinado por su presion, arrastre, velocidad, direccion y ritmo, lo cual convierte a estas manipulaciones en una de las mas versatiles.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Ibid.p.259.

¹⁴⁷ Ibid.p. 267.

La característica que distingue a los deslizamientos es que se aplican horizontalmente en relación con los tejidos. Si aumenta la presión, se añade fuerza compresora y cierto grado de arrastre al movimiento. Los movimientos ligeros se practican con las yemas de los dedos o las plantas de las manos.



Estos ejercicios son excelentes para la estimulación mecánica y refleja del flujo sanguíneo, sobre todo del retorno venoso y el linfático.

Los deslizamientos son el método preferido para el masaje abdominal.¹⁴⁸

Amasamiento / petrissage (Kneading)

Petrissage deriva del verbo francés *petrir* que significa amasar y que define una serie de movimientos para elevar, rodar y estrujar el tejido blando. Como la piel y los músculos subyacentes no se pueden elevar sin antes ejercer presión sobre ellos.

Los amasamientos se aplican verticalmente. El propósito principal de esta manipulación es elevar el tejido. Una vez elevado, se emplea toda la mano para estrujarlo mientras se desliza al tiempo que la otra se dispone a elevar el tejido adyacente para repetir el proceso

¹⁴⁸Ibid.p.268.

Vertical



Los amasamientos son muy buenos para disminuir el tono muscular, hacen que el musculo se sienta menos estirado. El resultado es la relajación refleja del musculo para evitar daños. Los amasamientos son un método para engañar a los músculos y hacer que se relajen.

Los amasamientos son buenos para el ablandamiento mecánico de las fascias superficiales, hacen que los tendones sean más flexibles.

Una variación de esta manipulación con elevaciones son los pinzados rodados. En esta técnica solo se eleva la piel respecto a la capa del musculo subyacente. Mientras que en los amasamientos profundos tratan de elevar el componente muscular y alejarlo del hueso, el pinzado rodado solo eleva la piel. Tiene un efecto suavizador y calentador sobre las fascias superficiales.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Ibid.p.271.

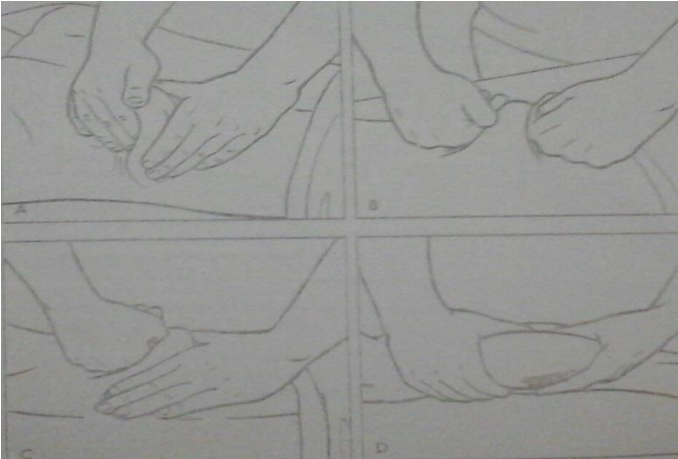


Figura 76. Imagen tomada de: Sandy Fritz. Fundamentos del masaje terapéutico. Ed. Paidotribo. 2. ed. España, 2012, p.271.

Ejemplo de la aplicación de los amasamientos:

- A) Amasados con las dos manos donde una empuja el tejido hacia la mano que lo aprehende.
- B) Amasado con los nudillos de las dos manos aprehendiendo y elevando el tejido.
- C) Los nudillos de una mano empujan el tejido hacia la mano que lo aprehende.
- D) Amasamiento palmar completo con las dos manos.¹⁵⁰

¹⁵⁰ Ibid. p.271.

Movimientos vibratorios

Pueden producirse ya sea con toda la mano o con los dedos. Se recurre a movimientos rápidos y continuos. Debido a que la aplicación de la vibración necesita mucha energía, en ocasiones se utilizan dispositivos mecánicos.

Las técnicas de masaje vibratorio requieren de un entrenamiento y pues solo de esta manera el terapeuta consigue una frecuencia suficiente sin llegar a agotarse rápidamente.

Su efecto sobre el sistema circulatorio es estimulante periférico y sobre el sistema nervioso calmante y sedativo.¹⁵¹

Movimientos de percusión

La muñeca golpea el tejido. Los golpes se realizan con rapidez, en un área amplia del cuerpo. El golpeteo y las palmadas son variantes de los movimientos de percusión.

Las percusiones son técnicas de masaje por excelencia estimulantes, provocando una gran irrigación a nivel muscular, que opera mediante la respuesta de los nervios.¹⁵²

¹⁵¹Ibid.p.277.

2.15.2 Terapia ocupacional

Definición

Terapia ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

Objetivo

El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar al cliente para alcanzar un equilibrio en las ocupaciones, a través del desarrollo de habilidades que le permitirán funcionar a un nivel satisfactorio para el y para los demás. El resultado deseado de la intervención es la capacitación del cliente para que de una respuesta apropiada a sus propias necesidades dentro del ciclo vital, con el fin de que su vida sea satisfactoria y productiva.¹⁵³

Historia

El uso terapéutico de la actividad y del movimiento ha sido apreciado desde los inicios de las civilizaciones más primitivas.

¹⁵² Ibid.p.282.

¹⁵³ Begofía Polonio Lopez. Conceptos fundamentales de la terapia ocupacional. Ed. Panamericana. Madrid, 2010, p.17.

- En escritos que datan del 2600 a.C. Se recoge como los chinos pensaban que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y utilizaban el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos – similares a lo que hoy se conoce como taichi, para promover la salud e incluso, según sus creencias, para asegurar la inmortalidad.
- Alrededor del 2000 a.C., los egipcios alzaron templos donde las personas afectadas de melancolía acudían en gran número para aliviar su enfermedad y en los cuales los juegos y actividades recreativas eran la nota característica.
- En el año 600 a.C., en Grecia se funda el hospital de la ciudad de Pérgamo, aquí se trataba de aliviar el delirium con el empleo de canciones, música y lecturas.¹⁵⁴

El valor terapéutico de la actividad

La actividad es algo fundamental para la existencia del ser humano, según recogen diversos autores, pero especialmente Kielhofner. Este señala que el individuo tiene una tendencia espontánea a ser activo y a explorar su entorno para denominarlo y manejarlo. Necesitamos también realizar actividades con el fin de poder sobrevivir y lograr una cierta calidad de vida.

¹⁵⁴Ibid.p.1.

Utilizamos la actividad como una herramienta de aprendizaje que nos ayuda a explorarnos a nosotros mismos y al entorno. En el proceso de aprendizaje nosotros logramos conciencia de nuestra propia capacidad, un sentido de competencia, efectividad, estima y dominio. La actividad también sirve para activarnos a nosotros mismos. Puede motivarnos y darnos energía tanto a nivel físico como mental, estimulando los sentidos. Podemos pensar en los días que uno está amodorrado y sin ganas de hacer nada y ver que tras un poco de ejercicio uno se siente revitalizado.

La actividad puede ser un vínculo para expresar y explorar los sentimientos. Por ejemplo, escribir un diario tiene una función proyectiva que puede ayudar a disminuir la tensión.

La actividad es productiva. No solo porque pone en juego nuestras energías y habilidades sino porque tiene como resultado un producto final, todos los cuales pueden resultar, entre otros, gratificantes. Ser propositivo y creativo satisface nuestras necesidades de estima, además de conllevar recompensas tangibles (dinero).¹⁵⁵

Las cinco metas de la terapia ocupacional:

1. Valorar la ejecución ocupacional de las personas y medir cualquier progreso futuro.

¹⁵⁵ Ibid.p.154.

2. Mejorar las áreas de déficit específicas, por ejemplo: habilidades cognitivas mediante el uso de crucigramas, etc.
3. Mejorar el autoconcepto de la persona facilitando el reconocimiento de sus capacidades y de su potencial y desarrollando la confianza como resultado del logro y de su desarrollo personal.
4. Proporcionar una imagen social ajustada (adaptada) a través de la actividad.
5. Ayudar a los individuos a adquirir nuevas habilidades y recursos personales, por ejemplo, realizando relajación para manejar mejor las situaciones.¹⁵⁶

Habilidades para que las relaciones terapéuticas sean efectivas

Saber mantener una relación terapéutica es una habilidad. El respeto, la cordialidad y la empatía deben ser equilibradas con el análisis, el juicio clínico y la demanda de ejecución. Cuando el profesional es demasiado técnico, demasiado crítico o demasiado distante, su relación terapéutica con el cliente puede deteriorarse. Cuando por lo contrario, es demasiado amigable puede ocurrir un fallo en el uso y en el juicio clínico para seleccionar las acciones más beneficiosas.¹⁵⁷

¹⁵⁶ Ibid.p.155.

¹⁵⁷ Ibid.p.146.

Algunos artículos que se utilizan en terapia ocupacional

Imágenes tomadas de material que utiliza el paciente



Figura 77. Material utilizado para reconocimiento de formas, habilidades matemáticas.



Figura 78. Material utilizado para la sensibilidad a las texturas, reconocimiento de colores y como terapia de estrés.



Figura 79. Material utilizado para mejorar la retención de memoria.

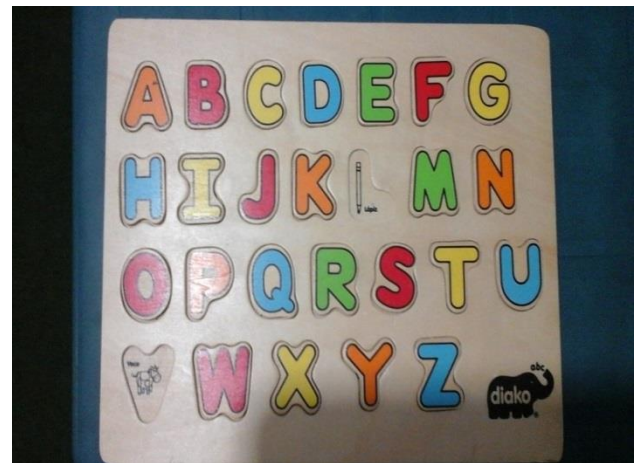


Figura 80. Material utilizado para el conocimiento y vocalización de las letras, palabras, colores y formas.

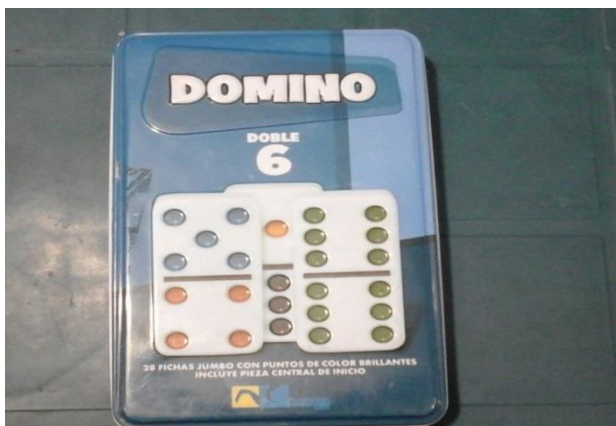


Figura 81. Material utilizado para reforzar habilidades matemáticas.



Figura 82. Material utilizado para fortalecer los músculos de la cara y boca.



Figura 83. Material utilizado para realizar ejercicio en miembros superiores y favorecer la extensión y la elasticidad de los músculos.



Figura 84. Juicio y razonamiento.

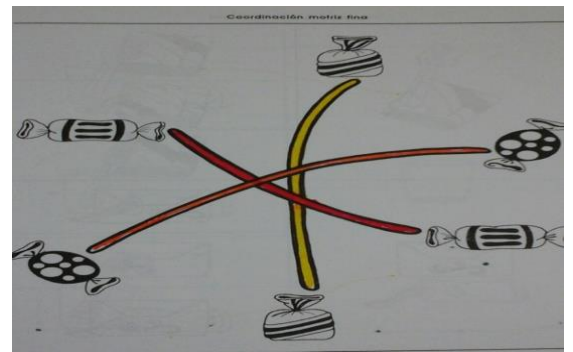


Figura 85. Coordinación motriz fina.

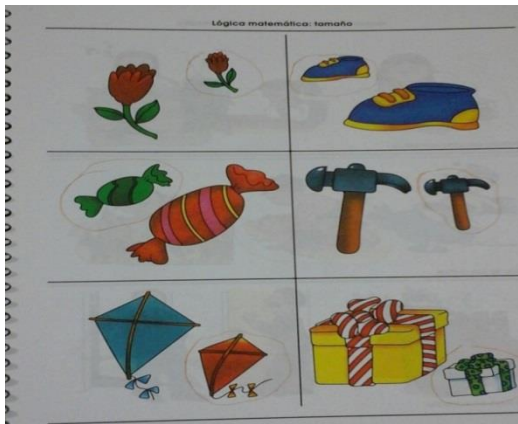


Figura 86. lógica matemática: tamaño.

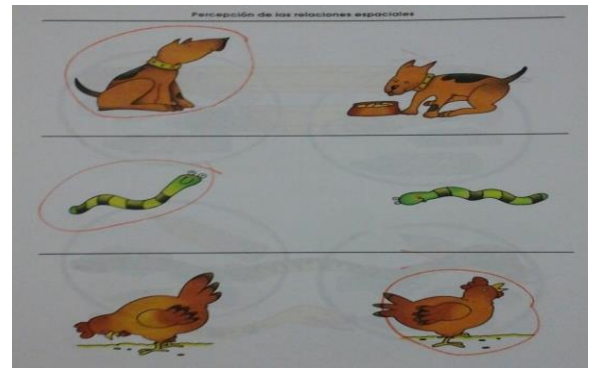


Figura 87. Percepción de las relaciones especiales.

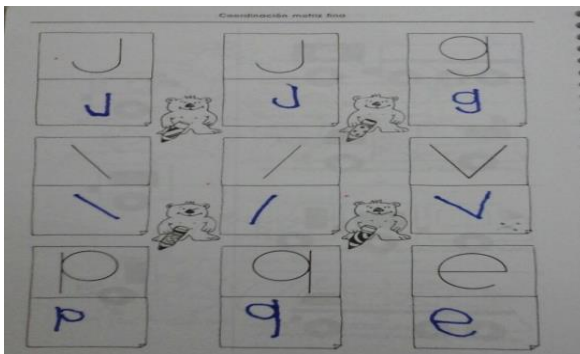


Figura 88. Coordinación motriz fina.

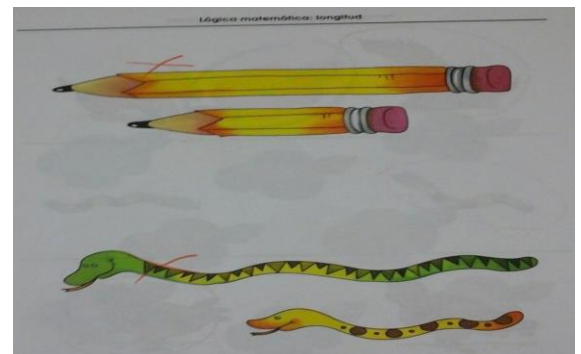


Figura 89. Lógica matemática: longitud.

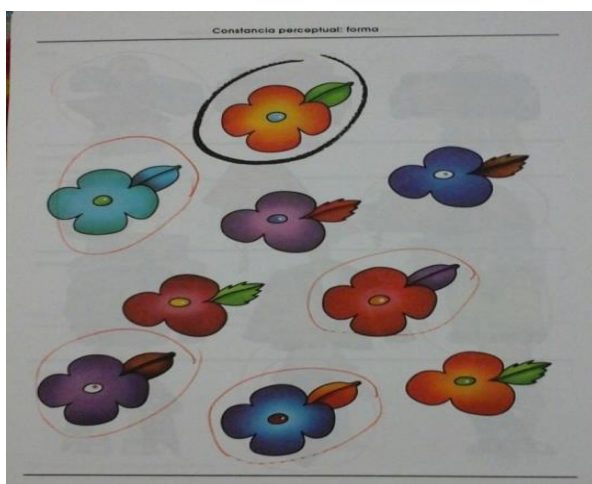


Figura 90. Constancia perceptual: forma.

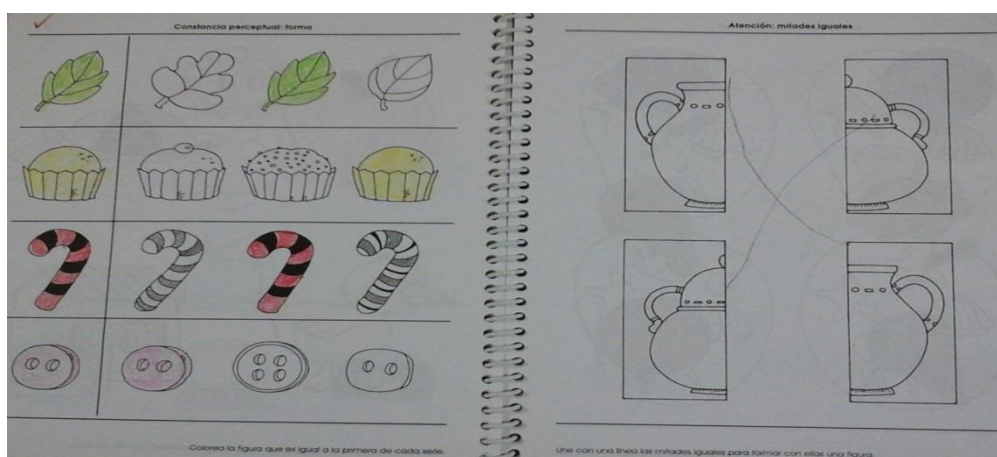


Figura 91. constancia perceptual. Forma.

Figura 92. Atención: mitades iguales.



Figura 93. Material utilizado para imitar movimientos y estimular los músculos de la cara.

2.16 Diagnostico subsecuente a Evento vascular cerebral

3. METODOLOGIA

3.1 Variables e indicadores

3.2 Dependiente: Hemiplejia

- Indicadores de la variable
 - Antes de la hemiplejia
 - Alimentos bajos en lípidos y carbohidratos
 - Ejercicio 30 minutos diario
 - Mantener un peso adecuado
 - Ingesta de 1.5 a 2 litros de agua diariamente
 - Chequeo de tensión arterial
 - En caso de ser hipertenso chequeo constante de tensión arterial
 - Estudios de laboratorio para ver valores de triglicéridos y colesterol cada 3 meses
 - Durante la hemiplejia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia de sensibilidad a texturas
 - Terapia de lenguaje

- Terapia física
 - Proteger la piel previniendo úlceras por presión
 - Tratamiento farmacológico
 - Terapia psicológica
 - Toma de radiografía en caso de luxación de hombro y tratamiento para el mismo
 - Prótesis en caso de ser necesarias
 - Alimentación saludable
 - Control de peso
 - Ingesta de líquidos 1.5 a 2 litros al día
 - Ejercicio 30 min al día
 - Chequeo de valores de presión arterial
 - Laboratorios cada 3 meses
- Después de la hemiplejia
- Continuar con las terapias antes mencionadas
 - Ejercicio físico 30 min al día
 - Alimentación saludable
 - Chequeo de presión arterial
 - Laboratorios cada 3 meses
 - Control de peso

3.1.2 Definición operacional: Intervenciones de Enfermería en el paciente adulto hemipléjico.

- Hemiplejia

La hemiplejia como su nombre lo indica, es la parálisis de un hemicuerpo, reconocida en el contexto de las ciencias médicas y de la cultura física terapéutica como síndrome hemipléjico. Es una consecuencia de lesiones producidas en el sistema nervioso central por diversas causas, entre las que se encuentran las enfermedades cerebrovasculares.

La hemiplejia es un síndrome invalidante, caracterizado por un conjunto de secuelas sensitivas, motoras y también cognitivas que las personas afectadas por ictus sufren como consecuencia por el resto de su vida, aunque muchos de ellas logran recuperar en mayor o en menor medida varias funciones dañadas, en dependencia de un determinado número de factores, entre los que se encuentran: edad, estado físico, factores psicológicos, magnitud de la lesión, tiempo de evolución de la enfermedad, apoyo familiar y social y factores ambientales.

- Intervenciones de Enfermería

La Lic. Enfermería y Obstetricia tiene el conocimiento de la patología y fisiopatología de la hemiplejia por lo cual su participación es de vital importancia en la educación para la salud, ya que los cuidados

que se le recomienden al paciente y a su familia se podrán realizar en casa, en este caso la continuación de ejercicios de rehabilitación mediante el uso de una guía de ejercicios.

3.1.3 Modelo de relación influencia de la variable



3.2 Tipo y diseño de la tesina

3.2.1 Tipo de Tesina

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable Atención de Enfermería en el paciente adulto hemipléjico, a fin de proponer esta atención a todos los pacientes adultos con hemiplejia en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Intervenciones de Enfermería y Obstetricia durante la rehabilitación en el hogar para el paciente adulto hemipléjico.

Es analítica porque para estudiar la variable Intervenciones de Enfermería en el paciente adulto hemipléjico, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: atención preventiva, atención durante el padecimiento y atención en rehabilitación, posterior al padecimiento.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en el periodo de tiempo comprendido de septiembre del 2014 a junio del 2015.

3.2.2 Diseño de tesina

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo los siguientes aspectos:

- Búsqueda de un problema de investigación de Enfermería relevante para la atención del Lic. Enfermería y Obstetricia durante la rehabilitación en el hogar para el paciente adulto hemipléjico.
- Seguimiento del modelo de la Dra. LastyBalseiro A. En cada uno de los pasos para la culminación de la Tesina.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina, así como el Marco Teórico conceptual y referencia.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco teórico conceptual y referencial de la variable Intervenciones del Lic. Enfermería y obstetricia en el paciente adulto hemipléjico.
- Búsqueda de la variable atención del Lic. Enfermería y Obstetricia en el paciente adulto hemipléjico.

3.2.3 Técnicas de investigación utilizadas

Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el Marco teórico referencial de tal forma que con las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención del Lic. Enfermería y Obstetricia durante la rehabilitación en el hogar para el paciente adulto hemipléjico.

3.2.4 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene el Lic. Enfermería y Obstetricia en la atención del paciente adulto hemipléjico.

3.2.5 Instrumentación

Antes de haber realizado la tesina se buscó un problema en el Instituto Nacional de Rehabilitación el cual se encontró en el piso de Evento vascular cerebral observando que el tiempo de rehabilitación que se les dedican a los pacientes con hemiplejia es un periodo de tiempo corto. Se realizó un conteo de los pacientes que ingresan a este servicio por mes y se pidió la autorización para poder elegir a un paciente y trabajar con él en un periodo de un año con una guía de ejercicios que se realizó previamente como una prueba para aplicarla y evaluar posterior al año el avance del paciente, asimismo se capacito al familiar para realizar en casa los ejercicios con el paciente.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

Se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar las intervenciones de Enfermería en el hogar del paciente con hemiplejia. Se pudo mostrar la importante participación que tiene la Enfermería en la prevención, atención y rehabilitación de los pacientes con hemiplejia. Dado que el EVC es la tercera causa de muerte en países desarrollados, es indispensable que la enfermera valore a aquellos pacientes de quienes sospecha un Evento vascular cerebral. Por ello la importancia que el personal de salud en este caso Enfermería tenga los conocimientos necesarios para así poder tratar a este tipo de pacientes y con ello contribuir a su rehabilitación y reintegración económicamente activa.

Durante la investigación se recopiló información la cual nos ayudó a entender el proceso patológico del EVC y con ello comprender cómo desarrollar el tratamiento, la rehabilitación física, masaje terapia ocupacional, que son las tres formas de rehabilitación que se identificaron durante la investigación bibliográfica con el fin común de la mejoría del paciente y su introducción nuevamente a la vida social que antes de tal padecimiento tenía.

Es reconfortante ver que el paciente trabaje y se esfuerce día a día para volver a retomar su vida y saber que nosotras, las licenciadas en enfermería formamos parte de eso. Me quedo con una gran satisfacción y conocimientos que sin duda se pondrán en práctica durante la vida y al igual que en este momento servirán de apoyo para más personas que

necesitan una guía para mejorar su estado tanto físico, mental y el de sus familias.

El poder servir a la sociedad que requiere de estos cuidados es motivo de gran satisfacción a nivel personal y profesional, en este caso Rehabilitación en el hogar ya que la mayoría de los pacientes que cursan por este tipo de padecimiento no cuentan con los recursos suficientes para poder tener el cuidado en rehabilitación adecuado, que muchas veces es fuera de casa.

En este sentido la elaboración de una guía de ejercicios en rehabilitación para el hogar ha permitido disminuir los gastos económicos en traslado y personal capacitado y ha aumentado de manera considerable la evolución en la mejoría en el proceso de rehabilitación y reintegración a la sociedad de pacientes que cursan con este padecimiento.

4.2 Recomendaciones




Observando los resultados que se adquirieron en periodo de un año con la guía de ejercicios en casa, se recomienda a futuros Lic.Enfermería y Obstetricia que se interesen y pongan en práctica este tipo de proyecto ya que existe una cantidad suficiente de pacientes a los cuales se les puede educar para llevar a cabo la práctica en el hogar estas intervenciones. Los beneficios que podemos ofrecer a personas que se encuentran en una etapa difícil de sus vidas tanto física, psicológica y monetaria son de vital importancia para el familiar y el paciente.


Observamos que el apoyo de Enfermería no solo puede ser intrahospitalario ya que con este proyecto de investigación se demostró lo contrario y que brinda múltiples beneficios y acelera el proceso de recuperación el cual también se puede aplicar en otro tipo de patologías.



5. ANEXOS

GUIA DE EJERCICIOS PARA REALIZARSE EN CASA

EJERCICIOS EN CAMA

<p style="text-align: center;">1</p>  <p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición: Decúbito supino (BOCA ARRIBA) , el rehabilitador se sitúa a lado del lado afectado del paciente , con una mano sujeta el tobillo y con la otra realiza movimientos de los dedos del pie en todas las direcciones, buscando amplitud articular y comenzando lentamente.</p>	<p style="text-align: center;">2</p>  <p>Imagen tomada al paciente con su autorización.</p> <p>Posición: Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano sujeta su pierna y con la otra sujeta su pie, realiza movimientos de flexión, extensión y rotación, buscando amplitud articular y comenzando lentamente.</p>
<p style="text-align: center;">3</p> 	<p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición:</p> <p>Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano colocada en la corva y la otra en el pie, realiza flexión de cadera y rodilla y extensión de la misma, también realiza círculos hacia un lado y hacia el otro comenzando lentamente.</p>

<p>4</p> 	<p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición:</p> <p>Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano sujeta el tobillo y con la otra en la rodilla mantiene la pierna extendida, realiza movimientos de aducción y abducción buscando movilidad y amplitud articular incrementando el ritmo y el movimiento.</p>
<p>5</p> 	<p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición:</p> <p>Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano le sujeta el brazo y con la otra ubicada en la mano realiza movimientos de flexión, extensión, así como también rotación de todos los dedos de la mano, además de la muñeca, buscando amplitud de movimiento y movilidad articular.</p>

<p>6</p> 	<p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición:</p> <p>El rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, con una mano sujeta el brazo y con la otra el antebrazo, realiza movimientos de elevación del brazo, con el codo en extensión hacia arriba y hacia afuera, buscando movilidad y amplitud articular.</p>
<p>7</p> 	<p>Imagen tomada al paciente con su autorización</p> <p>Posición:</p> <p>Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado afectado del paciente, las manos de entrelazan entre si y realiza movimientos con los brazos extendidos hacia arriba, buscando movilidad y amplitud articular.</p>

8



Posición: Decúbito supino, el rehabilitador coloca un rodillo en las corvas del paciente para poner las rodillas flexionadas y se sitúa a lado, coloca una mano en los pies y otra en las rodillas y a su orden el paciente levantara las caderas de la camilla.

9



Posición: Decúbito prono BOCA ABAJO), el rehabilitador se sitúa en el lado afectado del paciente, con una mano fija la rodilla y la otra va a asistir el movimiento a realizar, que es la flexión de la pierna sobre el muslo, buscando movilidad y amplitud articular.

10



Posición:

Sentado en una camilla, el rehabilitador se ubica frente al paciente, con una mano fija la rodilla y el paciente realiza la extensión de la pierna, la otra mano asiste el movimiento, buscando movilidad y amplitud articular.

11



Posición: sentado en la camilla, el rehabilitador se coloca frente al paciente, primero con su ayuda y luego solo desplaza el cuerpo de un lado al otro, el peso corporal pasa de un glúteo a otro. Las manos del paciente se encuentran sin apoyo en la camilla.

EJERCICIOS DE COLCHON

12



Posición:

Decúbito supino, el rehabilitador se sitúa del lado del paciente para donde se realizara el giro, que es el lado afectado, le orienta al paciente que coloque el brazo en abducción, que levante la cabeza y cruce su brazo sano para buscar la otra mano, al mismo tiempo que realiza esto, pasa la pierna sana sobre la afectada. Después se realiza el giro hacia el lado sano.

<p>13</p> 	<p>Posición:</p> <p>Decúbito supino (BOCA ARRIBA), el rehabilitador se coloca en un lado del colchón y le orienta al paciente hacia donde realizará el rolado, este pasará de decúbito supino a decúbito prono (BOCA ABAJO) y continuará en decúbito supino, regresando al punto de partida realizando el rolado en dirección contraria</p>
<p>14</p> 	<p>posición:</p> <p>Decúbito supino, el rehabilitador se coloca del lado donde el paciente no tiene afectación, al mismo tiempo intentará incorporarse a la posición de sentado haciendo un medio giro del tronco, apoyándose en el antebrazo y manos, para luego de esta última empujar hasta lograr la posición de sentado. Si el paciente necesita ayuda el rehabilitador le asistirá, este ejercicio se realizará de ambos lados.</p>

15



Posición:

Sentado en el colchón con las manos extendidas al frente y entrelazadas, el rehabilitador se sitúa al frente del paciente y le orienta realizar torsión del tronco en ambos lados.

Ejercicios en paralela



16



Podemos adaptar un tubo en la pared en lugar de paralelas en el hogar.

Posición: parado entre las paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca de frente al paciente, le indica que realice movimientos en abducción con la pierna extendida y lo realiza con una pierna primero y luego con la otra.



Imagen tomada de: Jorge de LazaroColl Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012. p.154.

Posición :

Sentado en una silla entre paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca frente al paciente y a su orden, el paciente pasa de sentado a parado.



Imagen tomada de: Jorge de LazaroColl Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012. p.154.

Posición:

Parado entre las paralelas, con las manos puestas en las mismas, el rehabilitador se coloca frente al paciente y le indica balancear el cuerpo lentamente desplazando el peso de un cuerpo de una pierna a la otra.

EVALUACION DE AVANCE EN PACIENTE ADULTO HEMIPLEJICO.

Periodo de septiembre del 2014 a junio del 2015 en adulto con hemiplejia, utilizando la guía de ejercicios.

Preguntas	Antes	Después
1. ¿Disminuyó la espasticidad en miembros torácicos y pélvicos?	Espasticidad en miembros superiores e inferiores un 100%	Disminuye un 60 %
2. ¿Flexiona las rodillas al caminar?	La espasticidad no le permite realizar ningún grado de flexión.	Realiza flexión de un 50 %.
3. ¿Su estado psicológico mejoro?	Se encuentra en un estado depresivo y de aflicción por la pérdida de sus funciones y la imagen de su cuerpo.	Acepta su imagen corporal, aprende como adaptarse y usarla para su AVD y esto le ocasiona satisfacción.
4. ¿Es más independiente?	Depende totalmente de su familiar.	Realiza una gran parte de las AVD.

5. ¿Deambula más rápido que antes de la guía?	No deambula.	Deambula pero lentamente y claudica.
6. ¿Presiona al saludarte de mano?	No tiene la fuerza y está totalmente espástico su miembro inferior, lo que le hace imposible realizarlo.	Presiona la mano al saludarlo en un 60% de lo que en un inicio era un 0%.
7. ¿Adquirió más confianza al caminar?	No deambula.	Adquirió confianza al caminar pero aún se le ve con pena al estar rodeado de personas por lo que agacha la mirada.
8. ¿Se sienta sin ayuda?	Su familiar tiene que sentarlo con la ayuda de una sábana que colocan debajo de su espalda y jalando de ambos extremos.	Se sienta sin ayuda, practicando la mecánica corporal.
9. ¿Va al baño sin ayuda?	El paciente utiliza pañal para adulto en el que realiza sus necesidades.	Va al sanitario sin ayuda y realiza la limpieza con la mano no hemipléjica.

10. ¿Se sube al auto sin ayuda?	Con ayuda de una sábana sus familiares lo trasladan al auto o lo cargan.	Se sube y se sienta en el auto sin ningún problema.
11. ¿Sube y baja escaleras sin ayuda?	No tiene la fuerza, equilibrio necesario para realizarlo.	Sube y baja escaleras sin ayuda, sosteniéndose de barandales.
12. ¿Camina en el súper?	No lo realiza, lo realiza en silla de ruedas la cual es manejada por sus familiares.	Lo realiza en compañía de sus familiares.
¿Toma un lápiz?	No lo realiza.	Toma el lápiz y logra escribir algunas letras.
13. ¿Toma la cuchara?	La espasticidad no le permite realizarlo.	Toma la cuchara e intenta llevarla a la boca. La alimentación la realiza más con la mano no hemipléjica.
14. ¿Colorea figuras pequeñas?	No lo realiza.	Lo realiza con ambas manos tardando más con la mano hemipléjica.
15. ¿Puede hacer sentadillas?	No lo realiza.	Las realiza sosteniéndose de un tubo que se colocó en la pared de su habitación.

16. ¿Camina en las calles?	No lo realiza.	Lo realiza acompañado de sus familiares.
17. ¿Se cambia de ropa solo?	No lo realiza.	Se cambia la ropa en general y lo hace con la mano no hemipléjica.
18. ¿Se pone los zapatos solo?	No lo realiza.	Lo realiza con la mano no hemipléjica.
19. ¿Sabe dar un abrazo?	Lo realiza pero solo con el brazo no hemipléjico y con muy poca fuerza.	Lo realiza con ambos brazos y con mayor fuerza.
20. ¿Patea una pelota?	No lo realiza.	Patea una pelota con ambas piernas, pero con menor fuerza en la pierna hemipléjica.
21. ¿Se agacha?	No lo realiza.	Lo realiza sin ayuda pero no totalmente.
22. ¿Cambia los canales de TV con control remoto?	No lo realiza.	Lo realiza con la mano no hemipléjica.
23. ¿Puede mantenerse en un pie?	No lo realiza por su falta de fuerza, elasticidad, equilibrio.	Lo realiza sin ayuda por periodos cortos.

24. ¿Puede cambiar de posición en la cama?	El cambio de posición lo realizan los familiares cada dos horas utilizando la mecánica corporal.	Lo realiza sin ayuda.
25. ¿Camina de rodillas ¿	No lo realiza.	Lo realiza sin apoyo.
26. ¿Puede cruzar las piernas?	No lo realiza.	Lo realiza sin apoyo, por periodos cortos.
27. ¿Traza letras?	No lo realiza.	Traza letras de mayor facilidad con la mano hemipléjica, como lo son las letras: I, O, M, N, V, L y con la mano no hemipléjica puede trazar sin ningún problema letras, números, ejercicios.
28. ¿se lava los dientes solo?	Sus familiares lo realizan tres veces al día.	Lo realiza con la mano no hemipléjica.
29. ¿Se peina solo?	Lo realizan sus familiares.	Lo realiza con la mano no hemipléjica sin ningún problema.

30. ¿Se aplica crema, desodorante solo?	Sus familiares lo realizan.	Lo realiza sin apoyo.
---	-----------------------------	-----------------------

Preguntas para evaluación del paciente adulto hemipléjico realizada por Lic. Enfermería y Obstetricia Rosa Briceida Villegas Castillo con base a la escala de NIHSS.

La escala NIHSS puntúa de forma numérica la gravedad del ictus. Se debe aplicar al inicio y durante la evolución del ictus.

1. NIVEL DE CONSCIENCIA	
1 a. Alerta	
Alerta con respuestas normales	0
No alerta, pero responde a mínimos estímulos verbales	1
No alerta, pero responde a estímulos repetidos o dolorosos (no reflejos)	2
No responde a estímulos dolorosos o solo con movimientos reflejos	3
1 b. Preguntas orales	Preguntar el mes actual y la edad. Puntuar solo la primera respuesta
Ambas respuestas son correctas	0
Solo una respuesta es correcta	1
Ninguna es correcta	2
1 c. Ordenes motoras	Cerrar – abrir ojos y cerrar – abrir la mano (lado no paretico)
Ambas respuestas son correctas	0
Solo una respuesta es correcta	1
Ninguna es correcta	2
2. MIRADA CONJUGADA	Significa que los dos ojos hacen lo mismo y, en reposo, los ojos están en posición central. Explorar solo la mirada horizontal voluntaria o con reflejos óculo – cefálicos en comatosos.
Normal	0
Paresia parcial de la mirada o paresia periférica de un nervio oculo- motor	1
Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada	2
3. CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACION	A un metro de distancia del paciente y tapar el ojo que no va a ser explorado. Explorar los cuadrantes superiores e inferiores.
Visión no alterada	0

Hemianopsia parcial o extinción visual	1
Hemianopsia completa	2
Ceguera total	3
4. PARESIA FACIAL	Enseñar los dientes, si no colabora se puede explorar con un estímulo doloroso.
Movimiento normal (simetría)	0
Mínima asimetría	1
Parálisis de la zona inferior de la hemicara	2
Parálisis de las zonas inferior y superior de una hemicara	3
5. PARESIA DEL BRAZO	Primero el brazo no parético Levantar y extender el brazo a 90° Paciente en decúbito, extender el brazo a 45°
5 a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 10 segundos, amputación o inmovilización	0
Claudica en menos de 10 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 10 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
5 b. lado izquierdo	
Igual que el lado derecho	
6. PARESIA DE LA PIERNA	Primero la pierna no parética
6 a. Lado derecho	
Mantiene la posición durante 5 seg, amputación proximal o inmovilización	0
Claudica en menos de 5 seg sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 5 seg y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
6 b. Lado izquierdo	Igual que el lado derecho
7. DISMETRIA (Ataxia: descoordinación en el movimiento)	Dedo –nariz y talón – rodilla, realizar con los ojos abiertos

Ausente, amputación, déficit motor o fusión de la articulación	0
Ataxia en una extremidad	1
Ataxia en dos extremidades	2
8. SENSIBILIDAD	Con aguja explorar la cara, los brazos, el tronco y las piernas (no manos ni pies). En paciente obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso.
Normal	0
Leve hipoestesia (lo nota)	1
Anestesia o paciente en coma	2
9. LENGUAJE	Describir un dibujo o leer una lista de palabras y frases En paciente mudo o IOT explorar según su escritura
Normal	0
Afasia leve o moderada (se puede entender)	1
Afasia grave (no se puede entender)	2
Comprensión nula o en coma	3
10. DISARTRIA	Valorar solo la articulación
Normal o IOT	0
Leve o moderada (se puede entender)	1
Grave, ininteligible o mudo	2
11. Extinción e Inatención, Negligencia	Extinción: en caso de estímulos bilaterales simultáneos, el paciente no es capaz de percibir el lado contralateral a la lesión Negligencia : el paciente es incapaz de orientarse o responder ante un estímulo en el lado contralateral a la lesión Inatención: el paciente ignora los estímulos en el lado contralateral a la lesión
Sin alteraciones	0
Inatención o extinción en una modalidad (visual, táctil, espacial o corporal)	1
Inatención o extinción en una o más de una modalidad. No reconoce su propia mano o solo reconoce una parte del espacio	2

Disponible en: <http://www.tiempoescerebro.es/wp-content/uploads/2015/01/nihss.pdf>.

Consultado el 25/08/15.

5. GLOSARIO DE TERMINOS

AFASIA. Pérdida de la palabra.

ARTERIA. Cada uno de los vasos que llevan la sangre desde el corazón a las diferentes partes del organismo.

AXÓN. Prolongación de las neuronas especializadas en conducir el impulso nervioso desde el cuerpo celular o soma hacia otra célula.

CELULA. Células del sistema nervioso cuya principal función es la excitabilidad eléctrica de su membrana plasmática.

DISCAPACIDAD. Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

DISFUNCIÓN. Alteración de una función.

ESPASMO. Contracción convulsiva involuntaria de los músculos.

FLEXIÓN. Movimiento de aproximación entre huesos o partes del cuerpo por la acción de uno o más músculos.

HEMIPLEJIA. Trastorno del cuerpo en el cual la mitad está paralizada.

HEMORRAGIA. La hemorragia es la salida de la sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, y puede ser interna o externa.

ISQUEMIA. Disminución transitoria o permanente de riego sanguíneo de una parte del cuerpo.

LUXACIÓN. Lesión cápsulo-ligamentosa con pérdida del contacto de las superficies articulares por causa de un trauma.

NEURONA

PARÁLISIS. Pérdida o disminución de la motricidad o de la contractilidad de uno o varios músculos, debida a lesiones de las vías nerviosas o de los mismos músculos.

PENUMBRA. Sombra débil entre la luz y la oscuridad.

PLASTICIDAD. Propiedad de aquello que puede cambiar de forma y conservarla de modo permanente.

PREVALENCIA. Proporción de individuos de una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado

REHABILITACIÓN. Fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con miras a restituir a la persona su funcionalidad social y laboral o integral.

TENDINOSO. Parte del músculo estriado, de color blanco, de consistencia fuerte y no contráctil, constituido por fibras de tejido conectivo que se agrupan en fascículos.

TERAPIA. Conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas.

6. BIBLIOGRAFIA

Allan Ropper y Victor Maurice. Principios de Neurología. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 7ed. México, 2012, 987 pp.

Antonio Araus y Angelica Ruiz Franco. Enfermedad Vascul ar Cerebral. vol.55.N3.Mayo-Junio. México, 2012, 19pp.

Bertha Bobath. Hemiplejia en el adulto. Ed. Medica Panamericana. 3ed, 1999. 875 pp.

Catherine Anne Trombly. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ed. La prensa medica mexicana. México, 2013, 784 pp.

Centro Caren Neurorehabilitacion. En internet: http://www.neurorehabilitacion.com/ejercicio_fisico1.htm. Consultado 28 de agosto del 2015.

Claude Bennett y Fred Plum. Tratado de Medicina Interna. Ed. McGraw-Hill Interamericana. 20ed. México, 2011. p. 2399 pp.

Definición ABC. En internet: <http://www.definicionabc/general/flexion.php>.

Diccionario en línea. En internet: <http://definicion.de/traccion/>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://hemiplejia.org/tipos-de-hemiplejia/>. Consultado el 7-06-15.

Diccionario en línea. En internet: <http://salud.ccm.net/faq/14631-cintura-escapular-definicion>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/circunduccion.html>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://definicion.de/eversion/>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://es.gdict.org/definicion.php?palabra=dorsiflexion>. Consultado el 25 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/es/article/250/>. Consultado el 26 de agosto del 2015

Diccionario en línea En internet: <http://definicion.de/inversion/>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://es.thefreedictionary.com/abducci%C3%B3n>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://unefaanatomia.blogspot.mx/2008/05/miologia.html>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://unefaanatomia.blogspot.mx/2008/05/miologia.html> Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://www.onsalus.com/diccionario/flexion-plantar/13466>. Consultado el 25 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://www.onsalus.com/diccionario/hiperextension/15397>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://www.wordreference.com/definicion/supino>. Consultado el 25 de agosto del 2015.

Diccionario en línea En internet: <http://www.wordreference.com/definicion/aducci%C3%B3n>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Diccionario en línea. En internet: <http://es.thefreedictionary.com/extensi%C3%B3n>. Consultado el 26 de agosto del 2015.

Fernando Barinagarrementeria. Evento Vascular Cerebral. Ed. El manual moderno. Mexico, 2005. 1010 pp.

Francisco Aguilar Rebolledo. Plasticidad y Restauración Neurológica. Vol 2. Julio-Diciembre 2003, 896 pp.

Fuente: Instituto nacional de rehabilitación. Internet: http://www.mx/Descargas/programas/PROOGRAMA_ANUAL2011.13pp. Consultado el 4 de mayo del 2015

Guías diagnósticas de medicina física y rehabilitación. En internet: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica. Consultado el 4 mayo 2015.

Jorge de Lázaro Coll Costa. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para rehabilitación en la atención primaria de salud. La Habana, 2012, 779 pp.

Jose Alaba Cherem. El internista. Ed. McGraw-Hill. Mexico, 2012. 756 pp.

Juan Carlos Velazquez . Medicina Interna de Urgencias. Ed. Medicina Celsius. Bogota, 2005. 879 pp.

Juan Rojas y Cols.Registro de Enfermedad Cerebrovascular Isquemica.Buenos Aires, 2013. 987pp.

MaríaStokes Rehabilitación Neurologica.Ed.Elseiver.1ed,2011.769 pp.

Ramón García Pelayo. Diccionario Escolar.Ed.Larousse. 1ed. México, 2014. 250 pp.

Sociedad Española de reumatología.En internet:http://www.se.es/archivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aeproser/Rehabilitación. Consultado el 28 de agosto del 2015.

