

FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON HEMIPLEJÍA

PHYSICAL AND OCCUPATIONAL THERAPY TARGETED TO GERIATRIC PATIENT WITH HEMIPLEJÍA

Palabras claves: Hemiplejía, fisioterapia; terapia ocupacional; paciente geriátrico.

Keywords: Hemiplegia, fisiotherapist, occupational therapy, geriatric patient.

DECS: Hemiplejía, Terapia Física (Especialidad), Terapia Ocupacional, pacientes, geriatría

MESH: Hemiplegia, Physical Therapy (Specialty), Occupational therapy, patients, geriatrics



Autores:

Dña. Marta Doña Marcos

Terapeuta ocupacional. Residencia y Centro de Día Francisco Padilla. Servicio de Rehabilitación Consorci Sanitari Integral

Dña. Sandra Mateo Lozano

Fisioterapeuta. Residencia y Centro de Día Francisco Padilla. Servicio de Rehabilitación Consorci Sanitari Integral

Dña. Lourdes Patiño Soto

Fisioterapeuta. Residencia y Centro de Día Francisco Padilla. Servicio de Rehabilitación Consorci Sanitari Integral

Dña. Sonia Pineda Dávila

Médico rehabilitador. Residencia y Centro de Día Francisco Padilla. Servicio de Rehabilitación Consorci Sanitari Integral

D. Jesús Tinoco González

Jefe del Servicio de Rehabilitación y Médico Rehabilitador. Residencia y Centro de Día Francisco Padilla. Servicio de Rehabilitación Consorci Sanitari Integral

Como citar este documento:

Doña Marcos M, Mateo Lozano S, Patiño Soto L, Pineda Dávila S, Tinoco González J. Fisioterapia y Terapia Ocupacional en el paciente geriátrico con hemiplejía. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; 7(12): [26p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num12/pdfs/original1.pdf>

Introducción

Con este artículo queremos reflejar nuestro método de trabajo con los pacientes afectados de ictus, que se lleva a cabo en una residencia asistida y centro de día, y que está ubicada en l' Hospitalet de Llobregat. Nuestra residencia consta de 111 usuarios, 80 ingresados y 31 en el centro de día, y de ellos 17 han sufrido un ictus. La edad media global es de 81 años y de los pacientes que han sufrido un ictus es de 78 años.

De todas las secuelas y complicaciones que sufren estos pacientes, es el dolor del hombro la más común, retrasando el proceso de rehabilitación, ya que el dolor de la articulación puede ocultar mejorías de la función motora. El 72% de los pacientes con hemiplejía sufren dolor de hombro al menos una vez durante la rehabilitación, aunque aproximadamente la mitad de estos casos no se repiten^a.

^aReferencia Bibliográfica: Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Prevención y manejo del dolor del hombro [revista en Internet] 2006 [acceso 26 de julio de 2009]; 7 (4). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/dolordehombro.pdf>

RESUMEN

El presente trabajo describe las actuaciones a seguir desde el ámbito de fisioterapia y terapia ocupacional, en un paciente crónico diagnosticado de ictus e ingresado en una residencia geriátrica. El objetivo principal de este artículo es el de identificar los tratamientos que han tenido un buen resultado a lo largo de nuestra experiencia laboral. La metodología empleada para conseguirlo hace referencia a la explicación descriptiva junto con imágenes de usuarios reales y otras cedidas por el Grupo Ictus Semergen. Como conclusión, el tratamiento conjunto de fisioterapia y terapia ocupacional minimiza los déficits y maximiza la función de los pacientes afectados de ictus. Es nuestro objetivo conseguir que la mejoría en la capacidad funcional del paciente se mantenga y se alargue en el tiempo.

SUMMARY

The present work describes the actions to continue from the physical therapy and occupational therapy area, in a chronic patient diagnosed of ictus and deposited a geriatric residence. The principal aim of this article is to identify the treatments that have had a good result along our professional experiences. The methodology used to obtain it refers to the descriptive explanation together with images of real users and others provided by the Group Ictus Semergen. In conclusion, the joint treatment of physical therapy and occupational therapy minimizes the deficits and maximizes the function of the sympathetic patients of ictus. It is our aim to extend and keep the improvement of the patient's functional capacity as long as possible.

Texto recibido: 08/09/2009

Texto aceptado: 02/06/2010

- Existe imposibilidad de movimiento voluntario en las extremidades afectas.

Fase 2: inicio recuperación neurológica.

- Aparecen las sinergias básicas (sincinesias involuntarias, movimientos de respuesta de flexión o extensión de conjunto en las extremidades) o componentes de las mismas en las distintas extremidades.
- Posibles respuestas mínimas en movimientos voluntarios.
- Comienza a aparecer la hipertonia elástica.

Por ello, en nuestro trabajo diario aplicamos terapia específica de trabajo sobre el hombro.

Para realizar el tratamiento de rehabilitación del paciente con ictus, trabajamos siguiendo las fases de la hemiplejía según Brunnstrom ^b:

Fase 1: hipotonía o flacidez (existe una evidente y manifiesta pérdida del tono muscular).

- Se produce de forma inmediata el episodio agudo de ictus.
- Se denota una gran flacidez.

^b Referencia Bibliográfica: Fisionet Networks [sede Web]. Fases de la hemiplejía según Brunnstrom. Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/fisiomail2/webs3/brunnstrom.asp>

Fase 3: consigue el control voluntario y parcial de algunas sinergias o de algunos componentes de las mismas. Se produce un incremento de la hipertonía elástica: las hemiplejías más severas se estancan en esta fase sin existir posibilidad de evolución alguna.

Fase 4: el paciente va a ser capaz de realizar movimientos que no se encuentran dentro de los trayectos sinérgicos. Lo hace de manera progresiva. De forma progresiva va consiguiendo más y más movimientos fuera de las sinergias. En esta fase comienza a declinar la hipertonía elástica, lo que conlleva un incremento considerable de la capacidad de movimiento del paciente.

Fase 5: el paciente aprende progresivamente combinaciones de movimiento mucho más finas. Incremento de la capacidad de movimiento y las sinergias cada vez pierden más campo respecto de los actos motores.

Fase 6: en esta fase entendemos que desaparece la hipertonía elástica, aunque puede no hacerlo de forma completa. El paciente presentará movimientos articulares aislados y la coordinación del paciente será cercana a la normalidad.

Pruebas elementales que valoran la pérdida sensorial del individuo según Brunnstrom

- Sentido del movimiento pasivo: tanto en EESS como EEII. Evaluamos la pérdida de sensibilidad profunda y de la capacidad de movimiento voluntario.
- Sentido de movimiento pasivo de los dedos: consiste en mover los dedos del paciente hacia un lado y el paciente intentará describir dicho movimiento.
- Reconocimiento de las yemas de los dedos.

- Sensación plantar.

El objetivo del tratamiento en estos pacientes es:

- Mejorar la amplitud articular y fuerza muscular de la extremidades superiores y extremidades inferiores afectadas.
- Evitar la sintomatología del hombro doloroso del hemipléjico.
- Reeducar progresivamente la marcha en paralelas, con caminador, bastón inglés y por último, independiente.
- Mantener la autonomía el mayor tiempo posible y conseguir la independencia en las AVD.
- Lograr una readaptación y reeducación global y multidisciplinar mediante un equipo coordinado y eficaz. Es además muy importante que sea objetiva e individualizada.
- Lograr la reinserción socio-familiar.

Generalmente los ictus presentan dos fases: fase flácida y fase espástica.

Es importante conocer en qué fase se encuentra cada usuario, ya que el tratamiento variará en frecuencia y tiempo.

Tanto en la fase flácida como en la espástica, los cambios posturales son muy importantes y debe realizarse cada 2 horas. El resto del tratamiento en la fase flácida lo realizamos durante 30 minutos cada día, 5 veces a la semana. En la espástica, se realiza a días alternos 1 hora al día.

2.1- FASE FLÁCIDA

a. Movilizaciones pasivas suaves y regulares sin sobrepasar la amplitud fisiológica articular para evitar la subluxación de hombro, una aparición brusca de la espasticidad y el síndrome doloroso regional complejo.

b. Empleo de un manguito de sujeción para evitar la subluxación inferior. Se contraindican los cabestrillos con la excepción de su uso durante el baño en etapas tempranas para evitar una lesión del hombro. Evitar su uso prolongado por riesgo de aparición de capsulitis adhesivas.

c. Tratamiento postural (1):

- no traccionar la extremidad hemipléjica durante las transferencias.
- evitar traumatismo en hombro.
- insistir en la autoinmovilización con el miembro sano durante las transferencias o los cambios posicionales, pasar la ropa primero por el lado hemipléjico.

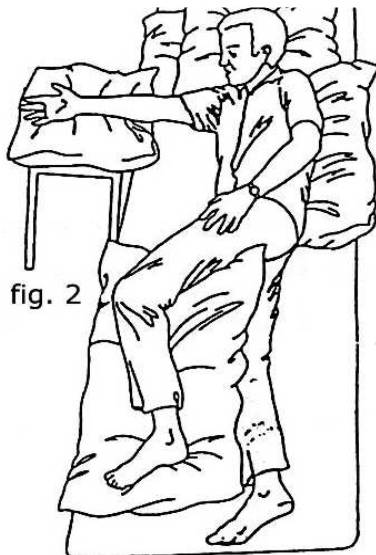
d. Cinesiterapia activo-asistida de las extremidades del hemicuerpo afecto para conseguir la adquisición de las habilidades motoras, mejorar la flexibilidad y la coordinación.

e. Facilitación neuromuscular propioceptiva (Kabat).

f. Reconocimiento del esquema corporal: trataremos la heminegligencia (baja percepción del lado afecto). Favorecer la atención mediante estímulos táctiles, auditivos, visuales... desde el lateral afectado.

g. Equilibrio en sedestación: se intenta que controle el tronco sentado primero con ayuda de las manos y posteriormente sin el apoyo de las mismas. Primero se realiza con los ojos abiertos y luego con los ojos cerrados.

h. Intento de bipedestación: partiendo de la sedestación con un buen apoyo plantar se pasa a la bipedestación con una buena estabilidad de tronco, cadera y rodillas. Se alternan transferencias de peso en ambas extremidades inferiores. Todo con ayuda del fisioterapeuta.



1. Posición acostada sobre el lado hemipléjico

Tratamiento postural^c

POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO HEMIPLÉJICO (1)

- Cama: horizontal.
- Cabeza: apoyada confortablemente.
- Tronco: ligeramente inclinado hacia atrás, sostenido por un cojín colocado detrás de la espalda y las nalgas.
- Hombro hemipléjico: hacia abajo y dirigido hacia delante.

-Brazo hemipléjico:

1. hacia adelante formando un ángulo de aproximadamente 90° con el cuerpo.
2. totalmente sostenido sobre una mesilla situada cerca de la cama del (la) paciente.
3. el codo extendido lo máximo posible, con la palma de la mano puesta hacia arriba.

-Pierna hemipléjica:

1. cadera extendida.
2. rodilla ligeramente flexionada.

-Brazo válido: Colocado sobre el cuerpo o sobre un cojín.

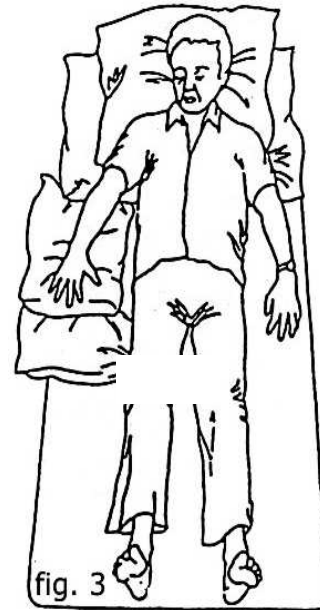
-Pierna y pie válidos:

1. sobre un cojín en posición de marcha.
2. rodilla y cadera ligeramente flexionada.

^c Referencia Bibliográfica: Matamala García, Manuel Francisco. Rehabilitación del o la paciente hemipléjico. Grupo Ictus Semergen [Revista en Internet] 2007 [acceso 24 de julio de 2009]*: [Extensión /7]. Disponible en: http://www.almediam.org/PDF/hemiplejia_rehabilitacion.pdf

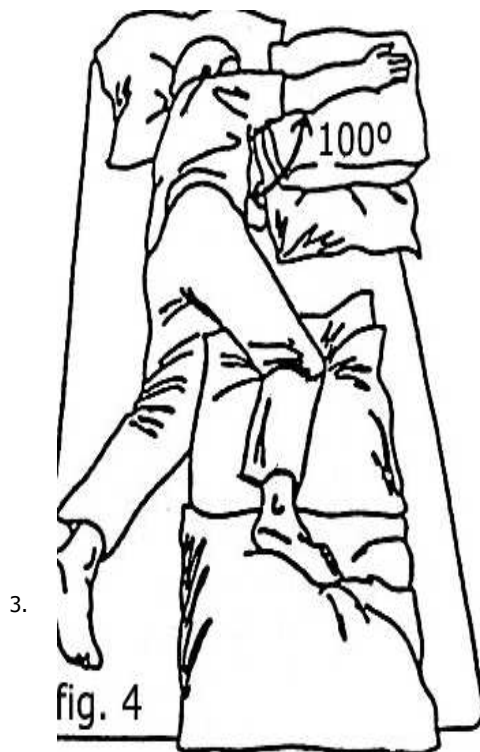
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE LA ESPALDA (2)

- Cama: horizontal.
- Cabeza: sobre una almohada, sin inclinación hacia delante.
- Tronco: ligeramente inclinado hacia delante.
- Hombro hemipléjico y el válido: reposando por igual sobre la almohada.
- Brazo hemipléjico:
 1. colocado sobre un cojín al lado del cuerpo.
 2. en ligera abducción (separación).
 3. mano con la palma hacia abajo.
 4. dedos extendidos.



2. Posición acostada sobre la espalda

- Cadera hemipléjica: extendida y colocada sobre el cojín que sostiene el brazo hemipléjico.



Posición acostada sobre el lado válido

POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO VÁLIDO (3)

- Cama: horizontal.
- Cabeza: apoyada confortablemente, en el eje corporal.
- Tronco: ligeramente inclinado hacia delante.
- Hombro hemipléjico: hacia abajo y dirigido hacia delante.
- Brazo y mano hemipléjicos:
 1. colocados sobre un cojín.
 2. formando un ángulo de unos 100° con el cuerpo con palma de la mano hacia

abajo y dedos extendidos.

- pierna hemipléjica:

1. cadera y rodilla ligeramente flexionadas.
2. pierna y pie totalmente colocados sobre un cojín.

-Brazo válido: en posición comfortable a elección del (la) paciente.

-Pierna válida: cadera y rodilla extendidas.

DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA (4) -Cama: plana totalmente.

-Paciente: acostado boca arriba con las rodillas flexionadas y con los talones lo más cerca posible de las nalgas.

-Facilitación: la rodilla se presiona hacia abajo y hacia los talones del lado hemipléjico.

- La otra mano acompaña la cadera en su movimiento lateral hacia arriba.

-A continuación, desplazar conjunta y lateralmente los hombros y el cojín, con el fin de volver a alinear el cuerpo.

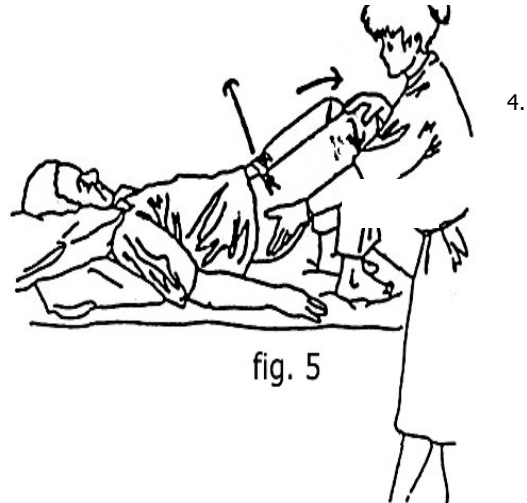
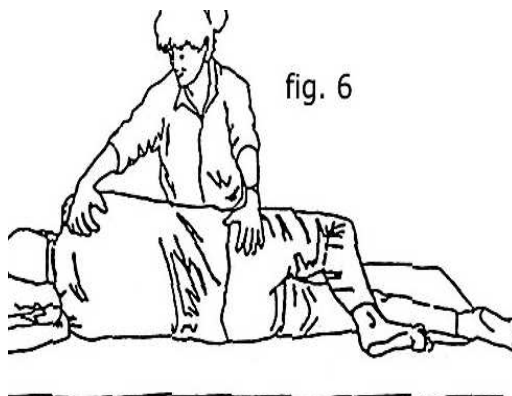


fig. 5

Desplazamiento lateral en la cama



5. Rotación sobre el lado válido. Pasiva

ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO. PASIVA (5)

-La rodilla hemipléjica estará flexionada.

-Las manos del (la) paciente estarán juntas.

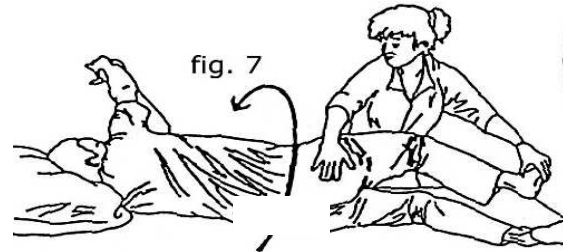
-Se girará al (la) paciente acompañando el movimiento a nivel del hombro y de la cadera.

-Acomodar con rapidez la postura del (la) paciente.

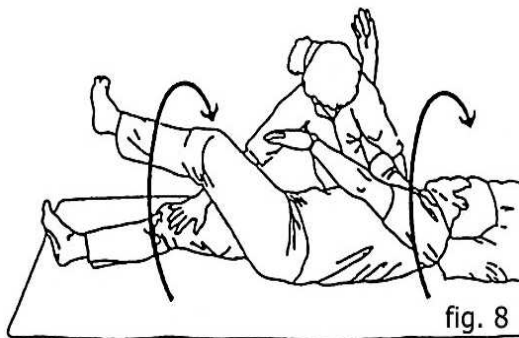
ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO. ACTIVA (6)

-El (la) paciente tendrá las manos juntas.

-La rotación se efectúa acompañando la pierna hemipléjica sujetando a nivel de la cadera y la parte lateral del pie con la rodilla flexionada.



6. Rotación sobre el lado válido. Activa



7. Rotación sobre el lado hemipléjico. Activa

ROTACIÓN SOBRE EL LADO HEMIPLEJICO. ACTIVA (7)

Facilitación:

-a nivel del hombro y rodilla hemipléjicas.

-el (la) paciente desplaza él (ella) mismo (a) la pierna y el brazo válidos.

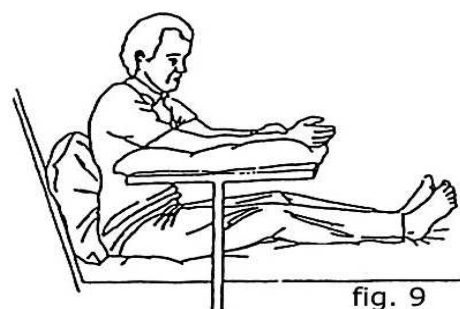
POSICIÓN SENTADA EN CAMA (8)

-Cama:

1. la cabecera de la cama lo más vertical posible.
2. se colocará un cojín de sostén en la parte baja de la espalda.

-Cabeza: bastante levantada, sin apoyo.

-Tronco: recto a 90°.



8. Posición sentada en cama

-Caderas: flexionadas con el peso del cuerpo repartido los dos ísquiones (nalgas).

-Brazos: extendidos hacia delante, con los dos codos colocados en una mesita inmóvil (eventualmente un cojín).

-Manos: sujetas.

POSICION EN SILLA DE RUEDAS

La extremidad superior pléjica debe apoyarse en un reposabrazos ancho y adaptado a la altura del brazo con objeto de prevenir la subluxación glenohumeral y disponer de tope posterior para evitar que el codo resbale hacia atrás.

2.2 FASE ESPÁSTICA

a. Tratamiento postural:

- no traccionar la extremidad hemipléjica durante las transferencias.
- evitar traumatismo en hombro.
- insistir en la autoinmovilización con el miembro sano durante las transferencias o los cambios posicionales, pasar la ropa primero por el lado hemipléjico.
- en decúbito el muñón del hombro debe estar ligeramente elevado con el brazo en ABD 60° y antepulsión de 30°, el codo en F de 40°, la mano en semipronación y el antebrazo en posición elevada con la mano colocada sobre una almohadilla con los dedos separados en E y pulgar en ABD.
- en la silla de ruedas la extremidad pléjica superior debe apoyarse en un reposabrazos ancho y adaptado a la altura del brazo con objeto de prevenir la subluxación glenohumeral y disponer de un tope posterior para evitar que el codo resbale hacia atrás.

- b. Movilizaciones articulares pasivas suaves y regulares sin sobrepasar la amplitud fisiológica articular y ejercicios activos de los rotadores externos, flexores y abductores de hombro.
- c. Inhibición del tono muscular (Bobath).
- d. Tratamiento antiálgico en caso de hombro doloroso (TNS 15-20 min).
- e. Reeducción de la marcha (si se ha llegado a conseguir) con las ayudas técnicas adecuadas.
- f. Subida y bajada de escaleras (usuario que ha llegado a conseguir la marcha con bastón de puño, bastón inglés o de forma autónoma).

El tratamiento descrito de fisioterapia se relaciona y complementa de forma muy directa con el de terapia ocupacional. Así, mientras que el fisioterapeuta favorece y potencia el movimiento activo, incrementando el balance articular y muscular además de favorecer una correcta higiene postural, el terapeuta ocupacional da una funcionalidad y uso a este movimiento activo empleando compensaciones del propio cuerpo, favoreciendo el movimiento autoasistido con el fin de conseguir la máxima autonomía en cada caso.

3. TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

A continuación se expone la intervención de terapia ocupacional para tratar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), éstas son:

1. Vestido.
2. Aseo personal.
3. Ducha.
4. Uso del WC.
5. Transferencias.

La frecuencia de tratamiento que se lleva a cabo es de dos veces por semana y la duración de cada sesión es de 30 minutos.

Con el fin de que queden más claras las explicaciones, se incluyen ilustraciones de una paciente con hemiplejia izquierda. Primero se compensan las limitaciones con el propio cuerpo del usuario, enseñando nuevas habilidades, cambiando el orden de ejecución de las tareas y economizando los movimientos, después se introducen las ayudas técnicas cuando el cuerpo no es suficiente para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Así, básicamente, se pretende conseguir dos objetivos:

- Aumentar el grado de autonomía en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).
- Compensar las limitaciones motoras, mediante el uso del cuerpo y las ayudas técnicas.

3.1 VESTIDO

Las ayudas técnicas indicadas son:

- Abotonador y subcremalleras
- Pinza para sujetar la ropa.
- Calzador largo.

- Calzador de media-calcetines.
- Ganchos para vestirse y desvestirse.

Parte superior (9): Se utiliza la misma técnica para ropa interior, camiseta, jersey y chaqueta abrochada consiste en:

1. Colocar la prenda de vestir en el regazo de tal forma que la cara delantera de la prenda toque los muslos.



9. Vestirse parte superior

2. Introducir el brazo afectado en la manga e ir subiéndola hasta que llegue por encima del codo.

3. Introducir el brazo no afectado estirándolo y ayudándose, si es posible, con el brazo afectado o deslizándolo con la ayuda del cuerpo (10).



10. Vestirse parte superior



4. Coger con la mano no afectada el cuello de la prenda de vestir y pasarlo por la cabeza (11).



10. Vestirse parte superior



5. Tirar los hombros hacia atrás y sacar pecho para ayudar a bajar la prenda.
6. Con la mano no afectada acabar de estirar la prenda por delante y por detrás. Con la mano afectada, bajar la prenda de ese lado.

Parte superior (desvestirse): Se utiliza la misma técnica para todas las prendas:



12. Desvestirse parte superior

1. Con la mano no afectada coger el cuello por la parte de atrás y llevarlo hacia delante de tal forma que se saque por la cabeza (12).
2. Sacar la manga del lado afectado (13).
3. Sacar la manga del lado no afectado utilizando el cuerpo para bajarla.



13. Desvestirse parte superior

Parte inferior para ropa interior, pantalones, falda y calcetines:

1. Introducir primero la pierna afectada, se puede hacer de dos formas:
 - Colocando la pierna afectada encima de la no afectada.
 - Utilizar un gancho/calzador de medias (14)⁴.
2. Introducir la pierna no afectada.
3. Subirse las prendas realizando bipedestación con ayuda de apoyos (asideros).
4. Utilizar un calzador

^d Referencia Bibliográfica: IMSERSO. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [Sede Web]. Madrid: IMSERSO; 7 de abril de 1989 [2006; acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ceapat.org/verIndex.do>



14. Calzador de medias-calcetines



15. Calzador largo

Recomendaciones para elegir la ropa

⇒ Prendas anchas.

⇒ Para utilizar el calzador de medias – calcetines es necesario manipularlo con las dos extremidades superiores.

⇒ Los botones grandes son más fáciles de abrochar y desabrochar.

⇒ Cierres con velcro en el calzado, pantalones y faldas.

⇒ Pantalones y faldas con goma flexible, sin necesidad de cierre.

⇒ El calzado debe ser cerrado abarcando todo el pie, de material grueso y la suela antideslizante (16)⁴.

⇒ El sujetador cerrado, sin broche.

16. Calzado de material grueso, cierre con velcro y suela antideslizante



⁴ Referencia Bibliográfica: IMSERSO. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [Sede Web]. Madrid: IMSERSO; 7 de abril de 1989 [2006; acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ceapat.org/verIndex.do>

3.2 ASEO PERSONAL

Ayudas técnicas:

- Peine de mango adaptado.

Peinarse, se puede realizar de dos formas:

- Si hay movilidad en la extremidad superior afectada: con el brazo no afectado, peinarse en ese lado (17) y la parte de atrás del lado afectado. Con el brazo afectado peinarse la parte delantera (18) y ayudarse con el brazo no afectado realizando movimientos autoasistidos (19).



17. Peinado del lado no afectado



18. Peinado del lado afectado



19. Peinado con movimientos autoasistidos

- Si no hay movilidad en la extremidad superior afectada, utilizar el peine de mango largo adaptado (20)^e.

^e Referencia Bibliográfica: Fundació Caixa Terrassa [Sede Web]. Terrassa: [acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.llarct.es/contingut.aspx?idioma=2&pag=1849>.



20. Peine y cepillo mango largo adaptado

Recomendaciones

⇒ Preferiblemente recipientes que impliquen una presión palmar o garra utilizando todos los dedos para coger, sostener, apretar y soltar (21).



21. Recipiente palmar

⇒ Si tenemos un recipiente con un sistema difusor, es mejor accionarlo mediante la palma en vez de un dedo.

3.3 DUCHA

Ayudas técnicas:

- Silla de ducha con respaldo y apoyabrazos.
- Esponjas y cepillos con asideros y mangos adaptados.

En sedestación, se realizarán movimientos autoasistidos (22) del miembro afectado para lavarse la cabeza y el lado del hemicuerpo afectado.



22. Ducha. Movimientos autoasistidos

Para lavarse las zonas más difíciles de alcance como la espalda y los pies se pueden utilizar esponjas (23)^f y cepillos con asideros y mangos adaptados.



23. Esponja de mango largo

Recomendaciones en la ducha

- ⇒ Tener siempre al alcance un asidero o más, colocados horizontalmente.
- ⇒ Colocar los utensilios necesarios en el lado del hemicuerpo no afecto.
- ⇒ La ducha se realizará en sedestación, por lo que hay que situar todo lo que se necesite (jabón, champú, esponja, grifería, etc.) a la altura apropiada.
- ⇒ En cuanto a la grifería, es preferible un sistema de pulsador para accionarla, con temperatura graduable.

^f Referencia Bibliográfica: Ayudas dinámicas [Sede Web]. Barcelona: [acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ayudasdinamicas.com>

3.4 USO DEL WC

Ayudas técnicas (24):

- Alzas para inodoro
- Portarrollos de papel higiénico
- Sistema de chorro agua-aire para inodoro



24. De izquierda a derecha: alza de WC, portarrollos de papel higiénico y sistema de chorro y aire que se controla mediante un panel ubicado, este caso, en el lado derecho. (4)

- Tener dos asideros uno a cada lado del WC: el asidero del lado que se accede al WC tiene que ser abatible y el del otro lado puede ser abatible o fijo en la pared.
- A la hora de realizar la transferencia hay que subir el asidero abatible, pasar al WC y luego bajarlo. Al ir a la silla de ruedas se volverá a subir.
- La transferencia de la silla de ruedas al WC es lateral por lo que se requiere tener un espacio libre a uno de los lados del WC.
- En un hemipléjico es importante tener en cuenta el lado afecto, ya que la transferencia de la silla de ruedas al WC es mejor efectuarla por el lado no afecto.

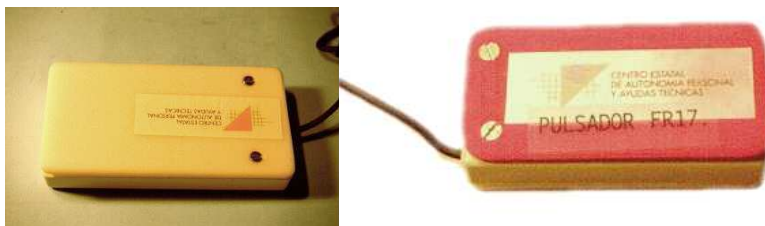


25. WC adaptado

Recomendaciones en el WC

⇒ Los pulsadores (26) para accionar la iluminación, las persianas, el agua, etc. Deben ser de fácil manejo, pudiéndose encender y apagar con cualquier parte del cuerpo (puño, codo, muñón, cabeza, etc.)

⇒ Las alzas de WC facilitan la bipedestación pero pueden dificultar el paso de la silla al WC si no son adecuadas para la altura del usuario.



4

26. Pulsadores útiles cuando el usuario no puede elevar mucho la mano, se acciona ejerciendo una presión media. No requiere que el movimiento sea preciso.

3.5 TRANSFERENCIAS

Ayudas técnicas:

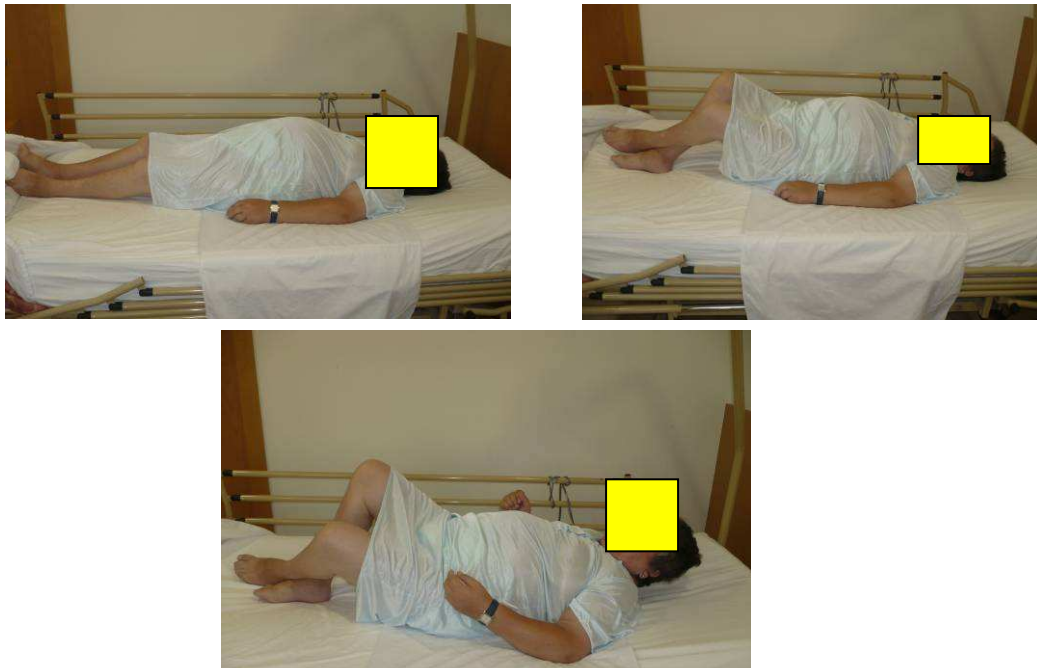
- Triángulo.
- Tablas de transferencias.
- Discos de transferencias.
- Escalas de cuerda.

Movilidad en la cama:

⁴ Referencia Bibliográfica: IMSERSO. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [Sede Web]. Madrid: IMSERSO; 7 de abril de 1989 [2006; acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ceapat.org/verIndex.do>

1. Para desplazar el cuerpo al cabezal de la cama (27): en decúbito supino pasar la extremidad inferior no afectada por debajo de la extremidad inferior afectada a la altura del tobillo. Flexionar las rodillas a la vez que se impulsa con los codos hacia arriba y se arrastra el cuerpo.

También se puede utilizar el triángulo flexionando igualmente las extremidades inferiores.



27. Transferencias para desplazar el cuerpo al cabezal de la cama

2. Para pasar a decúbito lateral: se explica en el siguiente punto.

3. Para levantarse de la cama, se puede hacer de tres formas (28):

- En decúbito supino se flexiona la rodilla de la extremidad inferior no afectada para efectuar el giro. A continuación se coge con la mano no afecta el borde de la cama contralateral de manera que el usuario queda en decúbito lateral a la vez que se impulsa con la extremidad inferior no afecta hacia ese lado. Con la extremidad inferior no afecta se ayuda a la extremidad inferior afecta para sacar las extremidades inferiores y con el brazo no afecto se impulsa el cuerpo hacia la sedestación.



28. Transferencias de decúbito lateral a sedestación

- Se puede utilizar el triángulo (29) si la extremidad superior afecta se encuentra limitada en cuanto a amplitud y fuerza muscular. En este caso, en decúbito supino se coge el triángulo con la extremidad superior no afecta, mientras se va arrastrando las extremidades inferiores hacia el borde de la cama.



29. Transferencia de decúbito lateral a sedestación con ayuda del triángulo

Recomendaciones

- Salir de la cama del lado que se encuentra afectado.

- En la movilidad en la cama, para estabilizar las extremidades superiores, al incorporarse, realizar extensión hacia atrás, siempre y cuando se trate de un miembro flácido.

- Posición de descanso en la cama: Hay que ir alternando el decúbito supino con el decúbito lateral. El decúbito lateral es preferible que se realice del lado no afectado para que el hemicuerpo afectado no reciba la presión del resto.

En la habitación / comedor:

Para pasar de sedestación a sedestación se puede realizar de dos formas :

1. Mediante el uso de la tabla de transferencias: levantar la extremidad inferior no afectada e introducir la tabla, de manera que haga de puente, a continuación se va deslizando el cuerpo por la tabla, apoyando las extremidades superiores sobre la tabla.

2. Con ayuda de una persona (30): El cuidador debe controlar el lado afecto, por lo que debe situarse enfrente de la persona, pasando un brazo por debajo de la axila para abarcar la escápula a la vez que estabiliza la rodilla utilizando a su vez sus dos rodillas posicionándolas en el hueco poplíteo. Esto siempre dependerá del grado de afectación del AVC, de esta forma si la persona es capaz de movilizar su lado afecto puede que simplemente necesite mínima ayuda o supervisión.



En el WC:

30. Transferencias de sedestación a sedestación en la habitación o comedor

La transferencia de la silla de ruedas al WC es lateral. Se realiza de la siguiente forma:

1. Hay que levantar la barra abatible y apoyarse en los apoyabrazos de la silla de ruedas para ponerse en bipedestación. A la hora de sentarse en el WC, utilizar la barra del otro lado que puede ser fija o abatible. Una vez esta la usuaria en sedestación se baja la barra abatible para acomodarse a la taza (31).



31. Transferencias de sillas de ruedas al WC

2. Para volver a la silla de ruedas se efectúa del lado no afecto, en este caso por el lado derecho (32).



32. Transferencias de WC a silla de ruedas

Recomendaciones

- Características de la silla: con respaldo, apoyabrazos y adecuada para la altura y peso del usuario.

- Silla de ruedas de doble aro o de palanca para manejarla con una sola extremidad superior.
- Efectuar la transferencia por el lado no afecto.
- En el comedor, se recomienda el uso de butacas o sillas acolchadas en sustitución del sofá para facilitar tanto la sedestación como la bipedestación. Estas sillas deben tener el respaldo regulable.

4. RESULTADOS Y DISCUSIONES

La intervención descrita se lleva a cabo desde el inicio del ingreso en nuestra residencia. Aunque, por regla general por ser una población envejecida estos pacientes tienen asociados otras patologías crónicas de años de evolución que interfieren en los resultados, podemos apreciar una cierta mejoría en lo que se refiere al nivel de funcionalidad y su autonomía. Consensuar un plan de intervención y llevarlo a cabo de forma diaria para que el usuario lo vaya percibiendo, de forma progresiva, como una tarea más y lo integre en su rutina de forma normalizada, es un trabajo que debe realizar el equipo junto con el usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia. Prevención y manejo del dolor del hombro [revista en Internet] 2006 [acceso 26 de julio de 2009]; 7 (4). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/dolordehombro.pdf>
2. Fisionet Networks [sede Web]. Fases de la hemiplejía según Brunnstrom. Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/fisiomail2/webs3/brunnstrom.asp>
3. Matamala García MF. Rehabilitación del o la paciente hemipléjico. Grupo Ictus Semergen [Revista en Internet] 2007 [acceso 24 de julio de 2009]**: [Extensión /7]. Disponible en: http://www.almediam.org/PDF/hemiplejia_rehabilitacion.pdf
4. IMSERSO. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [Sede Web]. Madrid: IMSERSO; 7 de abril de 1989 [2006; acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ceapat.org/verIndex.do>
5. Fundació Caixa Terrassa [Sede Web]. Terrassa: [acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.llarct.es/contingut.aspx?idioma=2&pag=1849> .
6. Ayudas dinámicas [Sede Web]. Barcelona: [acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ayudasdinamicas.com>