

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN I

Comps.

María del Carmen Pérez-Fuentes

José Jesús Gázquez Linares

María del Mar Molero Jurado

María del Mar Simón Márquez

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud Volumen I

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

María del Carmen Pérez-Fuentes

José Jesús Gázquez Linares

María del Mar Molero Jurado

María del Mar Simón Márquez

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen I”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9974-1

Depósito Legal: AL 380-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

REHABILITACIÓN

LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ATAQUE AL CORAZÓN	20
ENCARNACIÓN GONZÁLEZ MARTÍN, SARA VALENTIN SANTIAGO, MARIA SOLEDAD GUADIX NIETO	
MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE GRAVE REVISIÓN SISTEMÁTICA....	21
ANGELES GARRIDO PATON, ROSARIO MEDINA CORRAL, NURIA GUERRERO SIERRA	
PACIENTES CRÍTICOS CON NECESIDAD DE OXÍGENO TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL	22
ROSARIO MEDINA CORRAL, NURIA GUERRERO SIERRA, ANGELES GARRIDO PATON	
ESPIRÓMETRO: IMPORTANCIA Y USO EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS.....	23
ADRIÁN MARTÍNEZ GALINDO, DIEGO JOSE MORENO LOPEZ, VANESA CARRIÓN GALINDO	
LA APLICACIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO EN EL CÁNCER DE MAMA.....	24
MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, EVA MARIA ALCOPA SUAREZ, SARA SUÁREZ PALMEIRO	
INDICACIONES DE ENFERMERÍA PARA EVITAR VALSALVAS	25
REYES SOTO CHACÓN, MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ POZO, MARIA TERESA VIQUE MORALES	
EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DEL OCIO COMO TERAPIA REHABILITADORA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	26
ALFONSO ÁLAMO GARCÍA, FRANCISCO JOSE BUENO TRIGUEROS, CRISTINA CRUZADO ARAZOLA	
REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC	27
ANA BELÉN HERRERA RUEDA, TANIA BAUTISTA MOLINA, MARIA DEL PILAR RUIZ GONZALEZ	
EJERCICIOS DE KEGEL: EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUIÉN ESTÁN INDICADOS.	28
ELENA DEL AGUILA CANO, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ANA MARIA GARCÍA MIRANDA	
INVESTIGACIÓN SOBRE EL ROL DEL CELADOR, DENTRO DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN. MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE.	29

CAROLINA CAMACHO CANO, ALICIA ROSADO CANO, JUAN FRANCISCO
CABELLO ALMENTA

REHABILITACIÓN FRENTE A UNA FRACTURA DE FÉMUR30

MERCEDES OLIVA RODRIGUEZ, VERONICA CORPAS BAENA, PATRICIA
HERNANDEZ LUNA

**LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON LESIONES MEDULARES31**

VIRGINIA LAZARO COLAS, ELENA LOPEZ JANEIRO, INES LEON NUÑEZ

PROBLEMA DE RODILLA POR CONDROPATÍA ROTULIANA32

CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ, SARAY MARÍA SUÁREZ FERNÁNDEZ,
GLORIA VALDES PELAEZ, ISABEL MARIA ALVAREZ DE LA VEGA

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN33**

SILVIA MONTORO MARTIN, MARIA CARMEN MONTORO MARTIN, MARIA
ANGELES FERNANDEZ ABARCA

EL CABALLO EN EL TRATAMIENTO RAHABILITADOR34

JESÚS BALLESTERO CEBRERO, VICTORIA CEVALLOS MARTINEZ, MARIA DEL
CARMEN GARCIA GARCIA

**ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA: PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA
REHABILITACIÓN RESPIRATORIA35**

ALICIA SANCHEZ GALLARDO, FRANCISCO JAVIER CABRERA GODOY, ANA
SANCHEZ GALLARDO

**CUIDADOS EN EL TRASPLANTE DE PULMÓN Y REHABILITACIÓN
RESPIRATORIA36**

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE
MANUEL SERRANO VILCHEZ

IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER37

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE
MANUEL SERRANO VILCHEZ

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA FRACTURA DE CADERA38

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE
MANUEL SERRANO VILCHEZ

LA RIZARTROSIS EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL39

PAULA MARTINEZ MONTOYA, MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ

PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TENDINOPATÍA DEL TENDÓN ROTULIANO40

ANA BELEN MATEOS VENTEO, RAQUEL PÉREZ SALMERÓN, LUCIA ASENSIO
JIMÉNEZ

LA ANTEVERSIÓN FEMORAL: ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO PARA SU DETERMINACIÓN.....41

ELISA MARÍA GARCÍA DOMÍNGUEZ, INMACULADA ROMERO VIZCAÍNO, MARIA
JOSE MORA MOYA

UTILIZACIÓN DE LA FÉRULA DE MOVILIZACIÓN PASIVA POST INTERVENCIÓN42

ZAIDA RAMOS ROMERO, MANUELA ROMERO DEL REAL, MARIA DEL SOCORRO
VILLAR VÁZQUEZ, SUSANA GONZALEZ TORREMOCHA

ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: TENDINITIS DEL BÍCEPS BRAQUIAL43

JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA, JOSE JESÚS
SERRANO JIMENEZ

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL44

AQDAS ZOHRA FAROOQ RIND, ROSA MARÍA MARTÍNEZ GUILLÉN, MARÍA DEL
MAR JIMÉNEZ GALISTEO

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS QUE APORTA A LOS PACIENTES LA TERAPIA CON ANIMALES45

ROCIO ALFAMBRA MOLINA, MARÍA JOSÉ GARCÍA ASENSIO, MARÍA JOSÉ
VALDIVIESO SALVADOR

PAUTAS EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA AFASIA.....46

LAURA JEREZ FERNÁNDEZ, LUCÍA MARTÍN VARGAS, MARÍA MERCEDES GARCÍA
FERNÁNDEZ

ATENCIÓN AL PACIENTE EN REHABILITACIÓN POR DROGAS.....47

ISABEL IRENE LOPEZ PARDO, LUISA OLGA BAS PUERTOLLANO, FRANCISCO
CARMONA CASARES

EFFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROMUSCULAR CRÓNICO48

MARTA CORDON BENITO, MARIA TERESA SERRA CASAS, GAL-LA BENAVIDES
ROCA, JUANA PLANCHAT RODRIGO, IULIA MOROI, ROSA ESPACHS OLIVERA

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....49

MARTA CORDON BENITO, MARIA TERESA SERRA CASAS, GAL-LA BENAVIDES
ROCA, JUANA PLANCHAT RODRIGO, IULIA MOROI, ROSA ESPACHS OLIVERA

ABORDAJE DE LA FIBROMIALGIA A TRAVÉS DE UN CASO50

FRANCISCO RUIZ SANCHEZ, RAQUEL GARCIA LOPEZ, MARIA DEL MAR
CERVANTES-PINELO LUPION, ANTONIO GONZALEZ MONTAÑO, MARÍA DOLORES
MORENTE NAVAJAS, NOELIA GONZÁLEZ BRISEÑO

**TERAPIA OCUPACIONAL Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS CON
DISCAPACIDAD FÍSICA.....51**

MARTA GÓMEZ MASERA, MARIA MORALES CAMPOS

**IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN
PRECOZ EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA.....52**

EVA MARÍA BERBEL RODRIGUEZ, ESTHER SÁNCHEZ DORADO, JESSICA RIBERA
CASTRO, LOURDES BUSTOS SANTAFE, LAURA MARIA RODRIGUEZ GARCIA,
GABRIELA BELEN WALDE NAPURI

REHABILITACIÓN FÍSICA EN LA TERCERA EDAD53

ANTONIO JESUS SANTOS SANCHEZ, IRENE MOLINA TROYANO, VERONICA
SANTOS SANCHEZ

APOYO PRINCIPAL AL CUIDADOR EN PACIENTES CON ICTUS.....54

SONIA BOLIVAR BUENO, JOSE CARLOS ROCINO GUTIERREZ, ESPERANZA MUÑOZ
MARTIN

FRACTURA SIN DESPLAZAMIENTO DE LA CABEZA DEL RADIO55

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA
CONEJO ESPEJO

**REEDUCACIÓN FUNCIONAL POSTQUIRÚRGICA DE UNA ROTURA DE
LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR56**

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA
CONEJO ESPEJO

**PACIENTE CON FRACTURA DE COLLES TRAS UNA CAÍDA: A PROPÓSITO DE UN
CASO.....57**

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA
CONEJO ESPEJO

EFFECTIVIDAD DE LA PARAFINA EN PACIENTES CON ARTRITIS Y ARTROSIS.....58

MARTA GÓMEZ MASERA, MARIA MORALES CAMPOS

**HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA: UN CASO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN
MEDIO ACUÁTICO59**

MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ, PAULA MARTINEZ MONTOYA

LA REHABILITACIÓN EN PERSONAS ANTE CUALQUIERA DISCAPACIDAD60

BELEN PAREJA JIMÉNEZ, ESTHER GALLEGU ROMAN, MARTA LOPEZ GALLEGU

ABORDAJE ACERCA DE LA ÓRTESIS CRANEAL INFANTIL.....61

DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA	
LA VIDA DEL CORSÉ PROVIDENCE EN UN ADOLESCENTE	62
DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA	
ÓRTESIS PARA LA MADURACIÓN DE CADERAS EN NUESTRO BEBÉ.....	63
DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA	
REHABILITACIÓN POST TRAUMÁTICA POR FRACTURA DE CADERA EN UNA PERSONA DE EDAD AVANZADA	64
VIRGINIA MILLAN ARAGON, EVA MARIA LÓPEZ TRUJILLO, SANDRA IBAÑEZ SOLIS	
USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN LA FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....	65
LETICIA MARÍA RODRÍGUEZ MEDINA, ROCIO OLMO RUEDAS, MARÍA DEL CARMEN ORDÓÑEZ URBANO	
ÓRTESIS ANTIEQUINO PARA PARÁLISIS DE EXTREMIDADES INFERIORES.....	66
DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA	
DOLOR EN LA CARA ANTERIOR DE LA RODILLA.....	67
MARIA JOSE FERNANDEZ ARIAS, MERCEDES MOLINA RAMIREZ, LAURA JIMENEZ MORALES	
BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.....	68
MARIA VICTORIA FERIA SOLIS, DANIEL DURAN ESTEBAN, LORENA CAMPAÑA SÁNCHEZ	
REHABILITACIÓN Y DETERIORO EN EL ADULTO	69
ALBA GRANADOS SÁNCHEZ, ANA MARIA SÁNCHEZ MARIN, CRISTIAN ARBOLEDAS TRIVIÑO, CARLOS LÓPEZ FERNÁNDEZ, CARINA DOPICO RAMOS, CARMEN SERRANO BENÍTEZ, YOLANDA GRAU LAVELA, FRANCISCA PARRA RUIZ, VANESA GARCIA JURADO, MONTSERRAT CARMONA MORENO, REMEDIOS GARCIA MEDINA, SILVIA PÉREZ SABORIT	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA, ADEMÁS DE SU COLABORACIÓN CON LOS DEMÁS	70
LUCIA JIMENEZ CEPERO, ASCENSIÓN JIMÉNEZ CEPERO, PALMIRA RAMOS MARTÍNEZ	
REACCIÓN ADVERSA A LOS MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS	71

CARMEN HOZ ANTUNEZ, PAULA IBARGÜEN SAMPEDRO, ALICIA SAIZ DIEZ	
ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN CARDÍACA	72
ANA LUISA LORENTE PELAEZ, EVA MARIA BAILEN SANCHEZ, ISABEL SALVADOR GONZALEZ	
EJERCICIO FÍSICO: TRATAMIENTO DE LA BURSITIS DE CADERA	73
BEATRIZ GARCIA HERAS, CRISTINA MARIA GONZALEZ MANZANO, SABINA SÁNCHEZ VILLANUEVA	
PROTOCOLO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL.....	74
CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA	
LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN	75
RAFAEL YAÑEZ FIGUEROA, ERNESTO SEQUERA PALOMO, LIDIA BARJA VEGA	
POLIARTRITIS EN PACIENTE JOVEN DERIVADO DE ATENCIÓN PRIMARIA	76
JOSEFA RAMOS MESA, CARMEN MEDINA JIMENEZ, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN	
TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.....	77
RAQUEL NAVARRO PONCE, ALBA NOHALEZ JUNCOS, CRISTINA MATEO CEBRIAN, ESTHER CALERA LUCAS, ANA ISABEL NAVARRO OLIVAS, CARMEN CANO ALMARCHA, PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA	
ENTRENAMIENTO DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	78
ANA RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA JESÚS RENCORET ORTEGA, INMACULADA ORTA ASENSIO	
LOS GRANDES BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN	79
MARIA DEL CARMEN ALONSO CAPEL, SUSANA MARTINEZ PEREZ, RAQUEL AMATE CONTRERAS	
EFFECTIVIDAD DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DOLOROSO FEMOROPATELAR.....	80
LAURA NAVARRO MIRÓN, OTILIA CALVENTE QUESADA, CARMEN FERNANDEZ GOMEZ	
TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	81
MARTA LOPEZ GALLEGO, BELEN PAREJA JIMÉNEZ, ESTHER GALLEGO ROMAN	
REHABILITACIÓN EN NIÑOS CON RIESGO DE PARÁLISIS CEREBRAL	82

MARIA LUISA GARCIA MARTINEZ, ANA ROSA FERNANDEZ MOLINERO,
YOLANDA ESTÉVEZ VILLALBA

**LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA FÍSICA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE
DUCHENNE83**

MONTSERRAT MURCIA HERNANDEZ, LAURA PIÑERO GARCIA, FRANCISCO
MORENO RESINA

TRATAMIENTO PARA SÍNDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSO DE HOMBRO84

MONTSERRAT MURCIA HERNANDEZ, LAURA PIÑERO GARCIA, FRANCISCO
MORENO RESINA

A PROPÓSITO DE UN CASO: COMO AFECTA LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL 85

MARIA DE LOS ANGELES CORREA SANCHEZ, MARÍA BELÉN SÁNCHEZ
CAMACHO, CARMEN ROSA HERRERA GÁLVEZ

**REHABILITACIÓN A PACIENTES TETRAPLÉJICOS EN UNIDADES
ESPECIALIZADAS.....86**

MARIA MÁRQUEZ HUERTAS, MARÍA LOURDES SERRANO POYATOS, AURORA
TORICES LOZANO

**EFFECTIVENESS OF VIRTUAL REALITY TRAINING FOR MOBILITY
IMPROVEMENT IN PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS: A SYSTEMATIC
REVIEW AND META-ANALYSIS87**

MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE MONTERO-BANCALERO,
CRISTINA GARCIA-MUÑOZ

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN88

MARIA PATROCINIO OLMO QUESADA, ROSA FERNANDEZ CANTERO, ANTONIO
JOSE CARO GAMEZ

CRISIS DE DISREFLEXIA AUTONÓMICA A PROPÓSITO DE UN CASO89

SERGI PRAT RIZZO, RAQUEL MARTÍNEZ DOMENECH, ASUNCIÓN GARCIA
GARCÍA, ANDREA BORT ROIG, SARA LASIERRA LARRUY, CARLA GEMA CARO
MORALES, GEMMA AGUILAR COSTA

**INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN REHABILITACIÓN DE FRACTURAS DE
CADERA.....90**

GLORIA MARÍA GALLEGOS VELASCO, LOURDES BUJALANCE DIAZ, FRANCISCO
LEON PAREJO

ABORDAJE DE LA HEMIPLEJIA MEDIANTE LA TERAPIA DEL ESPEJO91

GLORIA MARÍA GALLEGOS VELASCO, LOURDES BUJALANCE DIAZ, FRANCISCO
LEON PAREJO

**FUNCIONES REHABILITADORAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICTUS92**

MANUELA RECHE GARCÍA, PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO REALIZACIÓN DE UNA GUÍA PARA PACIENTES CON ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL Y SUS CUIDADORES	93
ANA SALVADOR BLAZQUEZ, CRISTINA MARTIN LOPEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ REALIZACIÓN DE GUÍA PARA PACIENTES CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO	94
ANA SALVADOR BLAZQUEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ, CRISTINA MARTIN LOPEZ EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL USO DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA FIBROMIALGIA.: MEJORA EN LA RECOMENDACIONES DE LOS MISMOS.....	95
CRISTINA MARTIN LOPEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ, ANA SALVADOR BLAZQUEZ BÚSQUEDA DE TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA EN FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS	96
CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA SÍNDROME DE LOS ISQUIOTIBIALES CORTOS Y SU MEJORA CON MOVILIZACIÓN NEURODINÁMICA	97
CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL Y ADECUACIÓN A LA CARTERA DE SERVICIO DE TRES UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL	98
CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA.....	99
RUBEN RUIZ GUZMAN, DAVID GARRIDO MOSCOSO, DAVID RIOS ORTIZ REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBTRUCTIVA CRÓNICA	100
RUBEN RUIZ GUZMAN, DAVID GARRIDO MOSCOSO, DAVID RIOS ORTIZ TERAPIA RESPIRATORIA EN ENFERMERÍA: USO DEL ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	101
ELENA MORA MARTIN, LORENA CABALLERO GALLARDO, MANUEL RUEDA FERNANDEZ LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDÍACA	102
JUANA MARIA RUIZ FLORES, MARIA NIEVES GONZALEZ MORALES, JUANA MARIA HARO MAÑAS MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE IMPOSIBILITADO EN LA CAMA	103

CARMEN SOLANA RAMIREZ, MARIA SOLANA SANCHEZ, FABIOLA MEDINA
MOYA

REHABILITACIÓN DE UN PACIENTE HEMIPLÉJICO INSTITUCIONALIZADO104

INES GALERA CORTES, MARÍA DEL CARMEN PARDO DOMENE, JOAQUÍN ORTIZ
RAMÍREZ

**SÍNDROME PERIÓDICO ASOCIADO AL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS
TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO105**

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

PACIENTE CON DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA: SUDECK106

ANA ISABEL CORTÉS VALVERDE, ROCÍO LÓPEZ CINTAS, CRISTINA RODRÍGUEZ
SAN PÍO

CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN ANTE UN ICTUS107

VIRGINIA GARCIA MANZANARES, SARA GONZALEZ BELTRAN, ADRIANA
GONZALEZ BELTRAN

REHABILITACIÓN VOZ ERIGMOFÓNICA FRENTE A PRÓTESIS FONATORIA108

MARÍA JOSÉ GONZALEZ BENÍTEZ

FACTORES DE CRECIMIENTO O PLASMA RICO EN PLAQUETAS109

MELISA FERNANDEZ ALONSO, CARLA SAN ROMÁN IGLESIAS, RAQUEL GARCÍA
GUTIÉRREZ, LUCÍA ÁLVAREZ PIÑERA

DOLOR EXTREMO DE ESPALDA: A PROPÓSITO DE UN CASO110

MARINA QUESADA FERNANDEZ, CELIA PAGÁN MARÍN, VIRGINIA ZAMORA
LOPEZ, ANA GÓMEZ ALARCÓN, JAVIER PARRAS ONRUBIA, MARÍA VÁZQUEZ
BAUTISTA, FÁTIMA PARRAS ONRUBIA, PORFIRIO VIVARACHO TERRER,
LAURENTINA CARVALLO VALENCIA, CAROLINA ORTIZ VERA, ROCÍO CALDERON
NAVAS, MARÍA NIEVES QUESADA FERNÁNDEZ

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA MEDICINA HIPERBÁRICA111

MELISA FERNANDEZ ALONSO, CARLA SAN ROMÁN IGLESIAS, RAQUEL GARCÍA
GUTIÉRREZ, LUCÍA ÁLVAREZ PIÑERA

RECUPERACIÓN TRAS ARTROSCOPIA DE HOMBRO112

MARÍA TERESA SOLER JIMÉNEZ, MONTSERRAT GARCIA PONCE, LIDIA GUIRADO
JIMENEZ

DETECCIÓN TEMPRANA CASUAL DE ESCOLIOSIS JUVENIL113

ALICIA OCAÑA CARRILLO, MONTSERRAT YOLANDA GARCIA RODRIGUEZ,
BRÍGIDA VALIENTE MARÍN

OSTEOPETROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO114

VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ	
AUTOCUIDADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS DE CADERA.....	115
MERCEDES PLATERO BARBADILLA, BLANCA PRIETO CARRILLO, MARIA AURORA PEREZ PEINADO	
INESTABILIDAD COMPLEJA DE CARPO TRAS LESIÓN DEL COMPLEJO FIBROCARILAGINOSO TRIANGULAR.....	116
FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, MARIA JESUS VIÑOLO GIL	
CRANEOSINOSTOSIS SAGITAL EN PACIENTE DE 2 MESES	117
ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ	
KNUCKLE PADS: A PROPÓSITO DE UN CASO	118
FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, GABRIELA CASTILLO CALVO	
DIÁSTASIS PÚBICA: DOLOR PÚBICO DURANTE Y TRAS EL EMBARAZO	119
ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ	
ESCOLIOSIS CONGÉNITA CERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	120
ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ	
TORTÍCOLIS PAROXÍSTICO BENIGNO DE LA INFANCIA	121
ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ	
REHABILITACIÓN COGNITIVA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA	122
ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO	
FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN	123
CRISTINA FERNANDEZ ROSA, MARIA DEL MAR CARRERA PÉREZ, CATALINA RODRIGUEZ SORIANO	
LA REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	124
ANTONIO BLANCO DE TORO, EUSEBIO GARRIDO BUZON, MILAGROS MONTES LÓPEZ	
AFECTACIÓN DESMIELINIZANTE BILATERAL DEL NERVI TORÁCICO LARGO	125
FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, GABRIELA CASTILLO CALVO	
TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	126

ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO TERAPIA OCUPACIONAL EN POLINEUROPATÍA CRÓNICA HEREDITARIA DE CHARCOT MARIE TOOTH	127
ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO	128
ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ PACIENTE PEDIÁTRICO CON ATAXIA DE FRIEDREICH	129
MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR EN EL TETRAPLÉJICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.....	130
CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR EN EL TETRAPLÉJICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.....	131
CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL ENTRENAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA LESIÓN MEDULAR CERVICAL	132
CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA TERAPIA OCUPACIONAL, MOTRICIDAD Y ACCESIBILIDAD EN EL HOGAR EN PERSONAS CON PARKINSON	133
CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA CONSTRUCCIÓN DE CAMILLA AUTOMATIZADA PARA PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA	134
JORGE LUIS SOLER APARICIO, NICOLAS GONZALEZ GARCIA, JUAN CARLOS ARROYO CARPIO EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	135
SERGIO DÍAZ GONZÁLEZ, JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ, MARCOS CORONA CALZADO EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA	136
MARIA DEL CARMEN RIVAS SANCHEZ, SOLEDAD GIL NAVARRO, JOSEFA ORTIZ GONZALEZ TERAPIA VOJTA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	137

JAVIER RODRÍGUEZ GARCIA, ALBERTO NAVA CASTRESANA, ROSA MARÍA CASTRO ROBLES, MARIA PILAR RESTA SERRA	
CONCEPTO BOBATH EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	138
JAVIER RODRÍGUEZ GARCIA, ALBERTO NAVA CASTRESANA, ROSA MARÍA CASTRO ROBLES, MARIA PILAR RESTA SERRA	
MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	139
BARBARA MARTINEZ PINDADO, TERESA CRIADO GONZÁLEZ	
REHABILITACIÓN O FISIOTERAPIA EN LAS PERSONAS MAYORES.....	140
VIRGINIA EXPÓSITO IBÁÑEZ, ANA ISABEL RAMIREZ ESCOBAR, MARIA ISABEL FERNANDEZ CODINA	
EFFECTIVIDAD DEL USO DE FÉRULAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA RIZARTROSIS DEL PULGAR	141
MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ, MARGARITA CASAPRIMA VÁZQUEZ, PAULA MARTINEZ MONTOYA	
INFILTRACIÓN ECOGUIADA: A PROPÓSITO DE UN CASO	142
GABRIEL ANTONIO GARCIA FERNANDEZ, MARGARITA BODAS BLANCAS, MARIA DEL MAR BONILLA BONILLA	
REHABILITACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN.....	143
MARGARITA CASAPRIMA VÁZQUEZ, PAULA MARTINEZ MONTOYA, MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ	
TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE	144
ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ	
TRATAMIENTO DEL DÉFICIT SENSITIVO TRAS UN ICTUS	145
ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ	
ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE NECROSIS CUTÁNEA EN LA MANO	146
ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE	
TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE INTERVENIDO DE ESTENOSIS DEL CANAL CERVICAL	147
ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE	
EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	148
RAQUEL RAMÍREZ MOLINA, ALFONSO JUAN JIMENEZ CALZADA, OLGA MARIA JIMENEZ CALZADA	
TÉCNICAS ALTERNATIVAS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON	149

SANTOS RODRIGUEZ TUBILLA, ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA, PIEDAD CASTAÑO LÓPEZ, JOAQUIN BERMEJO MADRID, MARIA GARCIA FERNANDEZ, NINFA SABATER SANCHEZ, JUANA MARIA DIAZ PEREZ, JOSEFA ELENA GAMBIN CERMEÑO

USO DE LA HIPOTERAPIA EN LA DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA150

SANTOS RODRIGUEZ TUBILLA, ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA

BENEFICIOS DEL VENDAJE FUNCIONAL EN EL ESGUINCE DE TOBILLO151

NATALIA BRAVO ANDRÉS, EDUARDO DELGADO ROCHE, MARTA PIÑOL RABINAT, MARTA CASTELLANOS VIDAL, MARIA PILAR BURILLO VIDAL, ALBA GUITARD QUER

RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA152

NOEMI DEL CERRO ALVAREZ, ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

CUADRO DE DOLOR CRÓNICO GENERALIZADO ASOCIADO A FATIGA153

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ, NOELIA MUÑOZ JIMENEZ

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN.....154

ELENA MIRONOVICH, MARIA FELICIANA CRUZ MARTINEZ, VERÓNICA MIRANDA CARBALLO, FRANCISCO JAVIER MAYENCO CANO

LUXACIÓN PATELAR COMO COMPLICACIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA155

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

GONALGIA COMO SÍNTOMA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA156

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

DORSOLUMBALGIA COMO DEBUT DE PATOLOGÍA RENAL.....157

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

PIE PLANO VALGO RÍGIDO DOLOROSO SECUNDARIO A COALICIÓN TARSAL DIAGNOSTICADA EN ADULTO158

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL159

BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN FASE SUBGUDA, TRAS PERIODO DE REHABILITACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.....160

CARMEN GOMEZ AMAGO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, MARÍA VICTORIA
FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO

**CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN LOS CENTROS
GERIÁTRICOS161**

SARA IGLESIAS RODRÍGUEZ, MÓNICA GÁLVEZ SUÁREZ, PILAR TRIANO GARCIA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-
BARRÉ162**

MARÍA DE LAS MERCEDES LOZANO ROMERO, JOSE ANTONIO GARCIA-PAREDES
GONZALEZ, CRISTINA CARMONA PADILLA

**ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL A UN PACIENTE CON ACV
HEMORRÁGICO TEMPORO-PARIETAL DERECHO.....163**

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

**TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON ACV
ISQUÉMICO VERTEBROBASILAR164**

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

**TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE PLEXOPATÍA BRAQUIAL POR HERPES
ZOSTER.....165**

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE HIDROCEFALIA.....166

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO

**REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL CRÓNICO DESDE TERAPIA
OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA167**

CARMEN GOMEZ AMAGO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ
FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO

**TERAPIA DE RESTRICCIÓN DEL LADO SANO EN PACIENTES TRAS UN
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR168**

CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN
GOMEZ AMAGO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

**EJERCICIO TERAPÉUTICO COGNOSCITIVO PARA LA RECUPERACIÓN
FUNCIONAL TRAS UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....169**

CARMEN GOMEZ AMAGO, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, MARÍA
VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ

**TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO
.....170**

CARMEN GOMEZ AMAGO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN
JUNCAL MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ

ESTUDIO DE SISTEMAS PARA INHIBIR LA HIPERTONÍA	171
MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO	
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: REHABILITACIÓN EN PERSONAS ANCIANAS.....	172
DOLORES DELGADO ALVAREZ, MONTSERRAT MARTINEZ PEREZ, MARIA LUISA MÁRQUEZ RUIZ	
EL IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR DE PERSONAS CON ARTROSIS DE MANO SOBRE EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.....	173
JOSÉ MANUEL PÉREZ MÁRMOL, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, LAURA CERÓN LORENTE, ROSA MARÍA TAPIA HARO, SONIA TOLEDANO MORENO, ANTONIO CASAS BARRAGÁN, MARÍA DE LA ENCARNACIÓN AGUILAR FERRÁNDIZ	
HIDROTERAPIA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA.....	174
HERMINIA CERVERA RODRIGUEZ, FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES, ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO, LUIS ALBENDIN GARCIA	
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA.....	175
FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ	
ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE SOMETIDO A AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	176
MARÍA REMACHA PÉREZ, CARLA SALA OLALLA, BEATRIZ LÓPEZ POZA, EVA LORENZO TAMAYO, MARINA MACÍA PLACÍN, MARIA MUÑOZ CASTAÑO	
EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN CÁNCER DE MAMA	177
MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ, ANGELES CARRERO BARRERA, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS	
PLAN DE CUIDADOS EN ARTROPLASTIA DE CADERA.....	178
SERGIO JIMÉNEZ PARTIDA, JUAN MANUEL ASTORGA LARA, ISABEL VALERO NUEVO	
EL EQUILIBRIO, LA POSTURA Y LA ACTIVIDAD EN LA FIBROMIALGIA	179
LAURA CERÓN LORENTE, ROSA MARÍA TAPIA HARO, SONIA TOLEDANO MORENO, ANTONIO CASAS BARRAGÁN, JOSÉ MANUEL PÉREZ MÁRMOL, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, MARÍA DE LA ENCARNACIÓN AGUILAR FERRÁNDIZ	
VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA CON LOCÓMETRO	180

DANIEL ESCRIBANO STABLE, ANA ISABEL AVELLANEDA CAMARENA, MIRIAM
GRÑÁN SÁNCHEZ, ANA MARIA SUÁREZ CÁNOVAS, JUAN FRANCISCO MOLINA
ARNAO

REHABILITACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN RESIDENCIA DE MAYORES..181

JOAQUÍN ORTIZ RAMÍREZ, INES GALERA CORTES, MARÍA DEL CARMEN PARDO
DOMENE

BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES.....182

OLGA RUIZ MOLINA, SALVADOR MONTALBÁN LÓPEZ - CÓZAR, EVA TERESA
CATALAN LINARES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HALO-JACQUET.....183

BEATRIZ MORAN AGUIRRE, MARÍA EUGENIA BORRAJO CÓZAR, SELENE
GONZÁLEZ MÁRQUEZ, DAVID SÁNCHEZ SÁNCHEZ-MONTAÑES, MONICA
ROSELLO GARCIA, LORENA MARÍA HIDALGO LÓPEZ

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON184

MARIA DE LA PAZ AUXILIADORA MORENO RAMÍREZ, ARACELI ORTIZ RUBIO,
IRENE CABRERA MARTOS, MARÍA DEL MAR LUCENA AGUILERA, ANA TERESA
JIMENEZ MARTIN, JESUS CASILDA LOPEZ

PACIENTE INGRESADA TRAS UN EPISODIO DE ACCIDENTE

CEREBROVASCULAR.....185

ESPERANZA GIL VÁZQUEZ, INES HUELVA VIÑUALES, CARMEN ESPINO UTRERA

**EJERCICIOS Y APARATOS ORTOPÉDICOS PARA LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA
DEL ADOLESCENTE.....186**

ANTONIA LUCENA RASERO, ROSARIO LUCENA RASERO, MARIA ISABEL
GUERRERO ATIENZA

**UTILIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DE LA CLAUDICACIÓN
INTERMITENTE VASCULAR187**

MARÍA AZUCENA FERNÁNDEZ LÓPEZ, MARIA ROSA DIAZ DEL BUSTO, MARINA
MARIA SA CALHEIROS, ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, XUAN CARBALLO VIGIL-
ESCALERA

**REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA188**

MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS, FRANCISCO JAVIER LOPEZ
NATIVIDAD, GUILLERMO RAMIREZ VARGAS

**PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL PIE EQUINO ADQUIRIDO EN
PACIENTE POSTRAUMÁTICO DE LARGA ESTANCIA189**

MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ, CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO
AGUILAR ZARATE

REHABILITACIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA EN PACIENTES MAYORES	190
MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ, CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE	
EL CELADOR EN REHABILITACIÓN: FUNCIONES ESPECÍFICAS	191
JESUS MANUEL RODRÍGUEZ DÍAZ, CARLOS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, JORGE LÓPEZ LECHUGA	
VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL ÍNDICE DE BARTHEL	192
MARIA ANTONIA IBOS ESPINET, JORDI TERES GARCIA, CARLA SERES RODRIGUEZ, NÚRIA SOFIA DA RIBEIRA ANTUNES, MARIA JOSE GASCON FERNANDEZ, EMILIA MARGARITA ASCENCIO SALMERON	
FASES DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE	193
MARIA BIBIANA VARGAS NAVARRO, PROVIDENCIA CASTAÑO MARTINEZ, MARIA ANGUSTIAS FERNANDEZ CUADROS	
TERAPIA CON VENDAJES MULTICAPAS EN ÚLCERAS VENOSAS	194
IKRAM AHMED MOHAMED, HANAN MOHAMED MARZOK, NORA MOHAMED TAHAR	
BENEFICIOS DE LA NATACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA ESCOLIOSIS	195
MARINA LOPEZ ROS, MARIA ANGELES MEDINA OLIVA, PATRICIA GARCÍA CASTILLO	
INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO	196
MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ	
APLICACIÓN DEL ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL MEDIANTE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EN PERSONAS CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO.....	197
MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO	
TOXINA BOTULÍNICA VERSUS ALCOHOL EN EL MANEJO DE LA ESPASTICIDAD EXTENSORA DE MIEMBRO INFERIOR EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	198
CONCEPCIÓN RUBIÑO GARCÍA, VICTOR MANUEL PAQUE SANCHEZ, NURIA RODRÍGUEZ PÉREZ	
FRACTURA Y LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO	199
ELENA GALERA RICCA, LAURA LUQUE DE LA ROSA	
ENTRENAMIENTO MUSCULAR INSPIRATORIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA	200

JUSTO CALDERÓN CARRASCO, MARÍA CANO ESPIGARES, RAÚL LÓPEZ
CAMPANARIO

**PAPEL DE LAS INTERVENCIONES TECNOLÓGICAS EN PACIENTES CON DOLOR
CRÓNICO PÉLVICO201**

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES
MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

**EFICACIA DE LA RELAJACIÓN CON MUSICOTERAPIA EN PERSONAS CON
DOLOR CERVICAL CRÓNICO202**

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, PAULA
OBESO BENITEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

**ROL DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA DE MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....203**

MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS, JOSE MARCOS ARTILES
RAMIREZ

**EFICACIA DE LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN GRADUADA EN MUJERES CON
DOLOR CRÓNICO PÉLVICO: ESTUDIO DE CASO204**

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, PAULA
OBESO BENITEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

**AFECTACIÓN EN EL EQUILIBRIO DE MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO
.....205**

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, MARÍA
JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ

**EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE ESTABILIZACIÓN CENTRAL EN UNA MUJER
CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO206**

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, MARÍA
JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ

**EVALUACIÓN DE LA TENSIÓN NEURAL EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO
PÉLVICO.....207**

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS
MIGUEL NAVARRO CASADO, PAULA OBESO BENITEZ

**ASOCIACIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD, EL NÚMERO DE PUNTOS GATILLO
ACTIVOS Y EL DOLOR EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO208**

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS
MIGUEL NAVARRO CASADO, PAULA OBESO BENITEZ

LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN209

ALFONSO ALVAREZ SANCHEZ, MANUEL ALEJANDRO PARRA GONZALEZ,
ELADIO TEJADA GARCÍA

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CRÍTICOS	210
VANESA CASADO SANCHEZ, MARIA LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA FERNANDEZ BLANQUEZ	
LA REHABILITACIÓN EN EL ÁREA HOSPITALARIA.....	211
ALEJANDRO MARIN GUIRADO, SERGIO DAVID SAYAGO TELLEZ	
DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO	212
ÁLVARO RAMOS PEÑUELA, MARIA DEL ROCIO TORRES LOPEZ, FUENSANTA OSUNA FLORES	
ANESTÉSICO LOCAL EN EL DOLOR MIOFASCIAL	213
JUAN PEDRO CAMPOY ROJAS, MARTA ROLDAN ROS, ANA ISABEL GONZALEZ GRIMA	
TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS APLICADAS AL AUTISMO.....	214
LAURA PÉREZ PÉREZ, MARIA JOSE GONZALEZ CRUZ, JENNIFER BROCAL EXPOSITO	

LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ATAQUE AL CORAZÓN

ENCARNACIÓN GONZÁLEZ MARTÍN, SARA VALENTIN SANTIAGO, MARIA SOLEDAD GUADIX
NIETO

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación cardíaca, consiste en poner en marcha un programa que contiene diversas medidas, cuya finalidad es, asegurar que los pacientes consigan un nivel físico, mental y social óptimos, que les permita llevar una vida normal.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente sobre el tema que nos permita ayudar al paciente a recuperar una vida normal y conseguir que se reduzcan los riesgos de presentar otros problemas de corazón.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores ataque, rehabilitación, cardíaca, paciente y corazón.

RESULTADOS: Los programas de rehabilitación cardíaca usados, han demostrado que son eficaces, en cuanto al incremento en la capacidad funcional, la reducción de los síntomas, la mejora del deterioro psicológico y el control en los factores que están relacionados con el riesgo coronario.

CONCLUSIÓN: Los programas de rehabilitación cardíaca se dividen en 3 o 4 fases, cada una de ellas, con objetivos y metas para ser conseguidos en los pacientes. El ejercicio físico, es uno de los métodos utilizados, siguiendo las líneas de la indicación, de modo que a través de un plan de entrenamiento individual, se pueden obtener grandes beneficios. Con sesiones de terapia de grupo, orientación vocacional, ejercicios de autorrelajación, y participación de los familiares más cercanos , pueden reducirse las recurrencias de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, PACIENTE, CORAZÓN, ATAQUE, CARDÍACA.

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE GRAVE REVISIÓN SISTEMÁTICA

ANGELES GARRIDO PATON, ROSARIO MEDINA CORRAL, NURIA GUERRERO SIERRA

INTRODUCCIÓN: El paciente crítico esta sometido a una situación patológica que afecta a uno o mas sistemas que pueden poner en peligro su vida y que requiere de intervenciones inmediatas para corregir la causa desencadenare, por lo que pasa por periodos importantes de inmovilidad debido a: vía aérea artificial, inestabilidad hemodinámica, sedación terapéutica , politraumatismo etc. Esto ocasiona importantes perjuicios a nivel funcional, con aumento de la morbi-mortalidad para el paciente e incremento del gasto asistencial.

OBJETIVOS: Identificar la mejor evidencia disponible, sobre los problemas de movilización en estos paciente y las actividades para su movilización temprana y evitación de problemas.

METODOLOGÍA: Búsqueda en bases de datos. Con descriptores. Estudios descriptivos. Series de casos y ensayos clínicos.

RESULTADOS: La movilización precoz en pacientes críticos, mejora la capacidad funcional, aumenta la fuerza muscular tanto a nivel esquelético como respiratorio. Disminuye el riesgo potencial de aparición de daño tisular, así como también reduce la morbi-mortalidad.

CONCLUSIÓN: La movilización temprana en las unidades de cuidados intensivos, es segura, flexible , se asocia con disminución de días de estancia en UCI y no aumenta los costos asistenciales. Enfermería juega un papel fundamental como responsable de cuidados , basándose en la competencia clínica, individual, profesional, y en la mejor evidencia disponible para aplicar mejores cuidados y disminuir las situaciones de riesgo y perjuicios en los pacientes inmovilizados en situación crítica.

PALABRAS CLAVE: PRECOZ, PACIENTE, CRÍTICO, MOVILIZACIÓN.

PACIENTES CRÍTICOS CON NECESIDAD DE OXÍGENO TERAPIA DE ALTO FLUJO CON CÁNULA NASAL

ROSARIO MEDINA CORRAL, NURIA GUERRERO SIERRA, ANGELES GARRIDO PATON

INTRODUCCIÓN: La cánula nasal de alto flujo es una terapia no invasiva que permite administrar flujos altos, mejorando la oxigenación mediante una serie de mecanismos como: Administración de FIO₂ mas elevada, Disminución del espacio muerto. Generación de cierta presión positiva a nivel de vía aérea. Administración de gas humidificado a temperatura corporal.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica que nos permita elaborar una guía de cuidados de enfermería al paciente critico con CNAF.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en base de datos de revistas: Pubmed, Medline. Cuiden. Publicadas recientemente. Revisión del manual técnico de AIRVO2.

RESULTADOS: A partir de la bibliografía consultada y la experiencia personal, se elabora un plan de cuidados de enfermería. Monitorizacion adecuada para cada paciente. Posición semi fowler. Control gasométrico si precisa. Control de signos y síntomas de dificultad respiratoria. Higiene nasal casa 8 horas con gasas impregnadas en suero fisiológico al 0,9%. Vigilancia y protección de las zonas de fijación. Mantenimiento adecuado del nivel de agua del humidificador. Educación sanitaria sobre descanso y alimentación , hidratación y comunicación durante su utilización. Desinfección de alto nivel del sistema al finalizar la terapia del paciente.

CONCLUSIÓN: La CNAF es una terapia eficaz que reduce el espacio muerto, aumenta la concentración de oxígeno y permite la tolerancia alta de flujo gracias a la humidificación y calentamiento del aire, mejorando la independencia del paciente. Aunque parece un sistema sencillo, no esta exento de la vigilancia y control de complicaciones, como, rinorrea, y sialorrea, erosiones nasales en procesos prolongados, o riesgo de infección por contaminación del sistema. Por este motivo la importancia de la creación de una guía de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, OXÍGENO, CÁNULA, CRÍTICO.

ESPIRÓMETRO: IMPORTANCIA Y USO EN PACIENTES POST-QUIRÚRGICOS

ADRIÁN MARTÍNEZ GALINDO, DIEGO JOSE MORENO LOPEZ, VANESA CARRIÓN GALINDO

INTRODUCCIÓN: Es común encontrar en pacientes postoperatorios la aparición de complicaciones respiratorias (neumonía, atelectasia, insuficiencia respiratoria...) siendo necesaria la intervención de fisioterapia respiratoria. La aparición de dichas complicaciones está vinculada a factores relacionados con el paciente y a factores de riesgo referentes al procedimiento en sí y a las consecuencias del mismo. Durante el período postoperatorio la espirometría incentiva es utilizada para estimular la respiración profunda en pacientes no intubados. El uso de estos aparatos de forma regular mejoran la insuflación pulmonar, distribución de la ventilación y favorecen la tos, aunque para ello el paciente debe mostrarse colaborador, motivado y bien instruido en la técnica.

OBJETIVOS: Determinar medidas para prevenir enfermedades intrahospitalarias en pacientes postoperatorios con problemas respiratorios y reeducar el patrón respiratorio para mejorar la mecánica ventilatoria en el periodo postquirúrgico.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica incluyendo libros de texto, guías y artículos científicos en la base de datos "Cuiden", "Medline", "Scielo" o "Pubmed".

RESULTADOS: Se estableció un manual de procedimiento como ayuda a profesionales de nueva incorporación en la unidad para la correcta educación e instrucción a pacientes operados en el uso de incentivos respiratorios.

CONCLUSIÓN: El uso habitual del incentivo respiratorio o "espirómetro" está determinado por tratarse de dispositivos de bajo coste y complicitad, además acompañados de otras técnicas como movilización precoz y ejercicios respiratorios conforman parte de la fisioterapia respiratoria dirigida a prevenir o tratar complicaciones pulmonares postoperatorias.

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN SANITARIA, COMPLICACIONES PULMONARES, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, ESPIRÓMETRO.

LA APLICACIÓN DEL DRENAJE LINFÁTICO EN EL CÁNCER DE MAMA

MARIA DEL PILAR PALMEIRO CABALLERO, EVA MARIA ALCOPA SUAREZ, SARA SUÁREZ PALMEIRO

INTRODUCCIÓN: El drenaje linfático manual es una técnica que se realiza con las manos a través de movimientos muy suaves, lentos y repetitivos que favorecen la circulación de la linfa, mejorando así cuadros edematosos, inflamaciones y retenciones de líquidos orgánicos. El sistema linfático colabora estrechamente con el sistema inmunológico, por lo que el drenaje linfático manual mejora de manera general el estado de salud y ejerce un papel muy beneficioso en el sistema nervioso, además de tratar específicamente distintas afecciones.

OBJETIVOS: El linfedema secundario es la consecuencia más comunes después de la cirugía de un cáncer de mama. El objetivo fue analizar la eficacia del drenaje linfático manual en la prevención del linfedema de miembro superior. Además de su efecto drenante, el masaje linfático manual produce efecto relajante, cicatrizante y analgésico, ayuda a regular el equilibrio del sistema nervioso.

METODOLOGÍA: Tras el masaje linfático siempre ha de utilizarse un vendaje, manga o media como prenda de compresión. Las medidas de compresión son: vendajes multicapa compresivos, que suelen utilizarse durante el tratamiento intensivo y por las noches en fase de mantenimiento de manera opcional. Los manguitos para linfedemas de brazo se emplean cuando aparece un linfedema postmastectomía. Es una especie de media que simula una segunda piel, se hace a medida y de tejido tricotado plano.

RESULTADOS: Disminución de volumen y variación en la consistencia del edema. En cuanto a la reducción del volumen, estudios observacionales han demostrado una mejoría de entre un 33 y un 68 por ciento de reducción. Como en todas las recuperaciones la participación del paciente es muy importante para que pueda mantenerse el resultado conseguido. Si el paciente no sigue las recomendaciones, pueden perderse hasta un tercio de los resultados iniciales. En muchos casos llegar casi a la normalización del linfedema, pero el linfedema no se cura, es necesario continuar con la compresión y los tratamientos de mantenimiento para conservar los resultados.

CONCLUSIÓN: La aplicación de la ortesis elástica de contención y el drenaje linfático manual contribuye a prevenir el linfedema secundario tras cirugía de cáncer de mama, mejorando la calidad de vida de las pacientes. El linfedema no se puede solucionar directamente y en el momento, pero si podemos prevenir su progresión y sus diferentes complicaciones.

PALABRAS CLAVE: DRENAJE LINFATICO, SALUD, MASAJE, CUIDADOS, CÁNCER DE MAMA.

INDICACIONES DE ENFERMERÍA PARA EVITAR VALSALVAS

REYES SOTO CHACÓN, MARIA VIRGINIA RODRIGUEZ POZO, MARIA TERESA VIQUE MORALES

INTRODUCCIÓN: Las valsalvas es una técnica para incrementar la presión interna, por el incremento y retención de aire en el aparato respiratorio. Esta técnica se utiliza de forma involuntaria el estornudar o en la defecación. Pero en caso de cirugías abdominales o torácicas no es recomendable ya que al incrementar la presión interna se produce tensión sobre las suturas, si estas son muy recientes, están mal fijadas o la presión es excesiva se puede producir una dehiscencia de suturas arriesgando con ello gravemente la vida del paciente. También debe ser evitada cuando el paciente sufre hernia de disco ya que al realizar valsalvas le produce gran dolor. Por ello el personal de enfermería debería entrenar física y psicológicamente a los pacientes previamente a la cirugía. Con ejercicios como apretar la tripa en la expiración.

OBJETIVOS: Revisar la bibliografía reciente acerca del tema a tratar, que nos permita: Analizar el estado de conciencia y físico del paciente. Saber identificar los riesgos de cada paciente. Determinar las posibles complicaciones que puedan influir la curación o mejora del paciente. Educar sobre cómo evitar la técnica.

METODOLOGÍA: La metodología utilizada ha sido una revisión sistemática, en primer lugar se realizar una búsqueda bibliográfica informatizada utilizando los descriptores paciente prequirurgico, valsalvas, cirugía abdominal. Las bases de datos utilizadas son: Scielo, Dialnet, MEDLINE Plus y Enfermería 21.

RESULTADOS: Estado optimo de la postura y actuación en las diferentes situaciones, manejo eficaz de la defecación sin valsalvas, contribuir a la mejora tras la cirugía y ampliación de los conocimientos del paciente.

CONCLUSIÓN: Está demostrado que este tipo de paciente tiene un alto riesgo de dehiscencia de suturas por ello toda contribución a la progresión de la recuperación es necesaria. El apoyo enfermero es fundamental para que entienda como funcionan las maniobras y como evitarlas. También la enfermera debe hacer ver que aunque nos hábitos diarios tienen consecuencias en ciertas ocasiones y pueden evitarse con un buen entrenamiento.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO, VALSALVAS, PREQUIRÚRGICO, CIRUGÍA.

EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DEL OCIO COMO TERAPIA REHABILITADORA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ALFONSO ÁLAMO GARCÍA, FRANCISCO JOSE BUENO TRIGUEROS, CRISTINA CRUZADO
ARAZOLA

INTRODUCCIÓN: La elevada y acelerada evolución de la tecnología del ocio en la actualidad hace que surjan nuevos dispositivos electrónicos, como las videoconsolas y videojuegos, para fomentar la actividad física en aquellos que no están del todo familiarizados, pudiendo llegar a tener dichos dispositivos electrónicos ventajas para personas con enfermedades físico-limitantes, como la esclerosis múltiple (EM), haciendo que estos pacientes usen estos aparatos como reemplazo de ejercicios rehabilitadores para ellos (catalogándose como exergaming), por lo que nos cuestionamos cuán beneficioso puede ser el reemplazo.

OBJETIVOS: Determinar si el uso del exergaming tiene un efecto beneficioso de carácter rehabilitador en pacientes con EM.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía en las bases de datos Lilacs, red SciELO, SciELO España, IBECs y MEDLINE usando los descriptores esclerosis múltiple (DeCS), rehabilitación (DeCS), multiple sclerosis (MeSH), rehabilitation (MeSH), exergaming, videoconsolas, technology (otros términos), mediante los operadores booleanos AND.

RESULTADOS: Tras la búsqueda, se obtuvieron tres artículos que cumplieran nuestros criterios de búsqueda, una revisión sistemática de la bibliografía con meta-análisis, y dos estudios controlados y aleatorizados. Los estudios controlados y aleatorizados concluyen que el uso del exergaming tiene un carácter rehabilitador beneficioso de la misma manera que lo tiene la terapia rehabilitadora común, y teniendo una mejora significativa en la adherencia a la terapia rehabilitadora. Por otra parte la revisión sistemática y meta-análisis concluye que la rehabilitación a distancia mediante el uso de la tecnología mejora significativamente la capacidad física de los pacientes con EM.

CONCLUSIÓN: El uso del exergaming como agente rehabilitador tiene un carácter igual de beneficioso que las terapias rehabilitadoras comunes. El uso del exergaming produce en el paciente con EM una mayor adherencia en el tratamiento rehabilitador. El uso del exergaming hace que el paciente tenga una rehabilitación a distancia produciendo una mayor autonomía del paciente en su tratamiento rehabilitador.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, REHABILITACIÓN, EXERGAMING, VIDEOCONSOLAS.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON EPOC

ANA BELÉN HERRERA RUEDA, TANIA BAUTISTA MOLINA, MARIA DEL PILAR RUIZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) provoca una limitación crónica del flujo aéreo, lo cual se manifiesta en forma de disnea. Dichos pacientes presentan una disfunción muscular tanto pulmonar como periférica, es por ello que la rehabilitación respiratoria puede ayudar a favorecer la tolerancia al esfuerzo y la mejora en la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es determinar los beneficios que aporta la rehabilitación pulmonar en pacientes con EPOC e identificar algunos de los ejercicios llevados a cabo en dicha rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática a través de bases de datos como IME biomedicina, Medline plus, Dialnet, Scielo y el buscador Google Académico. Los descriptores utilizados fueron: EPOC, ejercicios respiratorios, rehabilitación respiratoria y disfunción pulmonar. Los criterios establecidos fueron artículos en español actuales que aporten datos empíricos sobre el tema. Finalmente se seleccionan ocho artículos para el estudio.

RESULTADOS: Numerosos estudios demuestran que la rehabilitación respiratoria reporta numerosos beneficios a los pacientes con EPOC. Es conveniente que siempre se realice por un equipo multidisciplinar, el cual debe llevar a cabo un programa de ejercicios adecuado a cada caso, capacitando sobre el manejo de la enfermedad y asesorando tanto psicológica como nutricionalmente. Los principales ejercicios que se deben realizar para mejorar la disfunción muscular pulmonar y periférica son: ejercicios de expansión pulmonar, diafragmáticos, clapping, de drenajes posturales, de readaptación al esfuerzo y de relajación y control respiratorio.

CONCLUSIÓN: Se puede llegar a la conclusión de que la rehabilitación pulmonar alivia la disnea, aumentando la capacidad para el ejercicio y mejorando la calidad de vida del paciente, lo cual se traduce en una disminución de los reingresos hospitalarios y en una reducción de las estancias hospitalarias disminuyendo por tanto el uso de los recursos sanitarios.

PALABRAS CLAVE: EPOC, EJERCICIOS RESPIRATORIOS, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, DISFUNCIÓN PULMONAR.

EJERCICIOS DE KEGEL: EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUIÉN ESTÁN INDICADOS

ELENA DEL AGUILA CANO, MARÍA DEL PILAR SEGURA SÁNCHEZ, ANA MARIA GARCÍA MIRANDA

INTRODUCCIÓN: Los ejercicios de kegel son ejercicios encaminados a fortalecer los músculos pélvicos. Gracias a dichos ejercicios el parto puede resultar más fácil reduciendo los desgarros, determinadas alteraciones como la incontinencia urinaria pueden mejorar o prevenirse, previene la salida al exterior de órganos como el útero y la vejiga al reforzar la musculatura del suelo pélvico, reducen los efectos de la menopausia en la musculatura pélvica y durante el embarazo permite soportar el peso y crecimiento del bebé.

OBJETIVOS: Identificar en qué consisten los ejercicios de kegel y determinar las pautas para llevar a cabo dichos ejercicios de forma adecuada.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión de la literatura científica de los últimos 5 años sobre la osteoporosis, en las bases datos (Medline, Cochrane y Cuiden) que se amplió con el buscador “google académico”, usando como descriptores “ejercicios de kegel”, “musculo pubocoxígeo”, “musculo pélvico”, y “fortalecimiento pélvico”; y como criterios de inclusión artículos publicados en español o inglés. Encontrando 68 artículos de los cuales hemos revisado los 10 de mayor relevancia e interés para nuestra revisión.

RESULTADOS: Pautas de realización de los ejercicios de kegel. 1. Asegurarse que la vejiga se encuentre vacía. 2. Sentarse o tumbarse para mantener los músculos del abdomen, nalgas y muslos relajados. 3. Contraer el esfínter anal evitando contraer las nalgas. Aguante la tensión durante 5 segundos y relaje a los 10 segundos. 4. Relajar y repetir este movimiento en series de 10- 20 contracciones/relajaciones 3 veces al día. 5. Es fundamental una constancia en la realización de dichos ejercicios.

CONCLUSIÓN: Los ejercicios de kegel son inocuos, sencillos y su eficacia está más que probada y contratada. Se recomienda su realización tanto las personas que presentan pérdidas de orina, en algunos casos podrán mejorarlas, como aquellas que lo tienen ya que previene su aparición.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIOS DE KEGEL, FORTALECIMIENTO PÉLVICO, MÚSCULO PÉLVICO, MÚSCULO PUBOCOXÍGENO.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL ROL DEL CELADOR, DENTRO DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN. MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE.

CAROLINA CAMACHO CANO, ALICIA ROSADO CANO, JUAN FRANCISCO CABELLO ALMENTA

INTRODUCCIÓN: El rol del celador dentro de la unidad de rehabilitación, es ayudar a otros profesionales sanitarios, en este caso, los Fisioterapeutas, al traslado y movilización del paciente a la hora de realizar los ejercicios de rehabilitación.

OBJETIVOS: Analizar el rol del celador, dentro de la unidad de rehabilitación. Movilización y traslados del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos científicos en la base de datos Cuiden, Cochrane y Scielo, seleccionando estudios realizados en los últimos 5 años, publicados en español, con los descriptores: fisioterapeutas; modalidades de fisioterapias; movilización y levantamientos de pacientes; rehabilitación.

RESULTADOS: El objetivo principal dentro de la unidad de rehabilitación dentro de una institución, es mejorar al paciente: sus condiciones físicas, prevenir complicaciones, conseguir alivio, mantener su autonomía y calidad de vida. Para ello, la fisioterapia, cuenta con diferentes tratamientos (cinesiterapia, fisioterapia respiratoria, electroterapia, ergoterapia, hidroterapia), según las cualidades del paciente y sus limitaciones. Tanto el traslado, como la movilización y levantamiento del paciente, dependen del celador, por ello, se requiere para este puesto condiciones físicas adecuadas dado el esfuerzo a realizar.

CONCLUSIÓN: El rol del celador dentro de esta unidad, es ayudar al fisioterapeuta en la colocación, movilización y levantamiento del paciente y su sujeción en el lugar donde se va a realizar el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPEUTAS, MODALIDADES DE FISIOTERAPIAS, REHABILITACIÓN, MOVILIZACIÓN, LEVANTAMIENTO DE PACIENTES.

REHABILITACIÓN FRENTE A UNA FRACTURA DE FÉMUR

MERCEDES OLIVA RODRIGUEZ, VERONICA CORPAS BAENA, PATRICIA HERNANDEZ LUNA

INTRODUCCIÓN: La fractura femoral es una rotura del hueso del fémur, es el hueso mas largo y fuerte del organismo, se requiere de mucha fuerza para romper el fémur. Estas fracturas suelen tener un proceso de rehabilitación más o menos bueno y en los casos en los que en personas mayores se coloca una prótesis de rechazo o mala fijación de la misma. Evitar que se pierda la autonomía, solucionar problemas posturales y de movimiento, estimular vista, tacto y oído, mejorar movimientos posturales, marcha y coordinación, enseñar a los padres técnicas que le ayudaran al niño a mejorar la colocación de la postura.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica disponible acerca de la rehabilitación frente a la fractura de fémur.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores fractura, rotura, fémur, rehabilitación.

RESULTADOS: Existen diferentes métodos en las fracturas de fémur, bien por tratamiento quirúrgico, colocación de clavos o bien por colocación de yesos. Se comprueba que hay un gran índice de recuperación positiva en la fractura de fémur, en los pacientes ancianos presentan una peor situación funcional en actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: Tras el tratamiento rehabilitador para cada proceso descrito, aparecen resultados positivos con una mayor independencia funcional del paciente.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, ROTURA, FÉMUR, REHABILITACIÓN.

LOS CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LESIONES MEDULARES

VIRGINIA LAZARO COLAS, ELENA LOPEZ JANEIRO, INES LEON NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: La lesión medular se dice que es la perdida de movilidad en el sistema nervioso autónomo, que ocasiona un trastorno de las estructuras nerviosas alojadas en la médula ósea.

OBJETIVOS: Dar a conocer a los pacientes y familiares el conocimiento de la lesión trabajar todos juntos para intentar mejorar y que el paciente haga su vida diaria con unas minimas limitaciones trabajar en fisioterapia y rehabilitacion para una mejor autonomia e independencia

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en los buscadores de Internet PubMed ,Scielo, Cuiden etc. , Recogiendo los mas interesantes artículos para hacer este estudio.

RESULTADOS: Los resultados vemos que una de las causas mas comunes donde se producen las lesiones medulares son en accidentes de trafico y las caídas en el puesto de trabajo. La rehabilitación diaria y el trabajo con estos pacientes vamos a intentar conseguir que vayan teniendo en su día a día una independencia para sus actividad diaria.

CONCLUSIÓN: Aquí vemos que con un trabajo diario y una buena información hacia el paciente y la familia vamos a ayudar a disminuir barreras y a intentar mejorar su calidad de vida en lo que este en nuestras manos.

PALABRAS CLAVE: DEPENDENCIA, FISIOTERAPIA, LESIÓN MEDULAR, AUTONOMÍA, REHABILITACIÓN.

PROBLEMA DE RODILLA POR CONDROPATÍA ROTULIANA

CESAR ANGEL CASTAÑON FERNANDEZ, SARAY MARÍA SUÁREZ FERNÁNDEZ, GLORIA VALDES PELAEZ, ISABEL MARIA ALVAREZ DE LA VEGA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 28 años de edad que acude a servicio de Rehabilitación enviado por Traumatología para valorar tratamiento rehabilitador. En el momento de ser visto en consulta, refiere dolor de tipo mecánico en rodilla izquierda, localizado en cara antero-externa y que se intensifica en escalera, pendientes y en general en las posturas de hiperflexión de rodilla.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acude a consulta realizando una marcha independiente. No desviaciones laterales, discreto recurvatum. Atrofia e hipotonía de cuádriceps izquierdo. Perímetro muslo derecho 45,5 cm. Muslo izquierdo 44 cm. Test articular de rodilla, normal. Hipermovilidad de rótula izquierda. Dolor a la presión sobre carilla rotuliana externa izquierda. Fuerza cuádriceps izquierdo 4 sobre 5. Se solicita RX donde se observa Displasia fémoro-rotuliana izquierda. Cóndilo externo hiplásico. Angulo carillas rotulianas disminuido.

JUICIO CLÍNICO: Condropatía rotul y platillo externo y medial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Síndrome doloroso aparato extensor rodilla izquierda secundario a condropatía rotuliana y luxación recidivante. Displasia fémoro-rotuliana izquierda. Menisco. Rótula inestable.

PLAN DE CUIDADOS: Hielo cada 8 horas, Aines si existe dolor 3 días 3 veces al día. Evitar posturas de hiperflexión.

CONCLUSIONES: Se recomienda tratamiento rehabilitador de 15 sesiones: Isométricos de cuádriceps izquierdo; Electro gimnasia para cuádriceps izquierdo; Onda corta en rodilla izquierda; Musculación de vasto interno izquierdo. Evitar en lo posible saltos, carreras y posturas de hiperflexión de rodilla, puede utilizar rodillera con apertura anterior y refuerzo externo. Una vez terminada las sesiones de rehabilitación continuar realizando en domicilio los ejercicios aprendidos. Se le aconseja nueva consulta en Traumatología.

PALABRAS CLAVE: RODILLA, TRAUMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN, CONDROPATÍA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

SILVIA MONTORO MARTIN, MARIA CARMEN MONTORO MARTIN, MARIA ANGELES FERNANDEZ ABARCA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 82 años ingresa por la unidad de Urgencias por caída fortuita en la calle el 12/12/2012. Resulta con fractura del fémur derecho y tras operación el 13/12/2012 para proceder a reducción quirúrgica y osteosíntesis con clavo endomedular T2 estático, fémur derecho retrogrado y posterior recuperación sin complicaciones. Puede cargar parcialmente a partir del 25/01/2013. Previamente hacia vida independiente y marchaba sin necesidad de ayuda técnica. El departamento de Traumatología remite al usuario al departamento de Medicina Física y Rehabilitación. Antecedentes personales: HTA con cardiopatía, HTA, Litiasis Renal, Cervico artrosis, NACM.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Trastornos circulatorios periféricos severos bilaterales. B. A rodilla derecha (0-60 grados), tobillo libre. Activamente hace flexión de cadera, rodilla, y tobillo. B. A. (0-90 Grados) rodilla izquierda. Coxofemorales libres. La derecha limitada para la abducción, pero funcional para su edad. B. M. A 4 en flexores de cadera y extensores de rodilla. Marcha con un bastón con buen patrón, muy ágil y estable.

JUICIO CLÍNICO: Fractura fémur derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tratamiento Fisioterapéutico.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento Fisioterapéutico y andar con ayuda de muletas o bastón.

CONCLUSIONES: Evoluciona satisfactoriamente al tratamiento de fisioterapia. Continuamos con tratamiento para mejorar flexión de rodilla. Revisión dentro de un mes para valorar posible alta del paciente.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, MEJORAR FLEXIÓN DE RODILLA, MARCHA ÁGIL Y ESTABLE.

EL CABALLO EN EL TRATAMIENTO RAHABILITADOR

JESÚS BALLESTERO CEBRERO, VICTORIA CEVALLOS MARTINEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA GARCIA

INTRODUCCIÓN: Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha convivido con animales, utilizándolos con fines muy diversos. En 1953 se encuentran las primeras evidencias del uso de animales en el ámbito terapéutico y, desde este momento, se han realizado numerosos estudios sobre los beneficios que supone el uso de animales en ciertas terapias. Los efectos positivos que inducen los animales en las personas se clasifican en cuatro grupos: terapéuticos, psicológicos, fisiológicos y sociales. Dentro de cada uno de estos grupos, la actividad del animal se caracteriza de forma diferente.

OBJETIVOS: Conocer los fundamentos de las terapias rehabilitadoras con caballos. Evidenciar los beneficios del contacto con animales.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de artículos en español con los descriptores “terapia”, “asistida” y “animal”.

RESULTADOS: En cuanto a las terapias de rehabilitación, suele ser el caballo el animal con que se consigue el mayor beneficio. En la práctica de la hipoterapia 4 el especialista se denominará terapeuta y será el encargado de dirigir al caballo en las actividades, que recibe el nombre de coterapeuta. El caballo debe ser elegido según sus características y su actitud hacia las personas, debiendo ser un animal entrenado. Se establece una clasificación (hipoterapia pasiva, hipoterapia activa y monta terapéutica) y unos principios terapéuticos fundamentales así como los efectos que se consiguen con la hipoterapia en diferentes niveles humanos (control postural, tono muscular, marcha humana y efectos cognitivos, sociales y emocionales).

CONCLUSIÓN: Aunque se considera un método “no profesional”, la terapia asistida con caballos en este ámbito ha mostrado efectos muy positivos al combinarse con otras técnicas profesionales.

PALABRAS CLAVE: HIPOTERAPIA, REHABILITACIÓN, TERAPIA ASISTIDA ANIMAL, CABALLO.

ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA: PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

ALICIA SANCHEZ GALLARDO, FRANCISCO JAVIER CABRERA GODOY, ANA SANCHEZ GALLARDO

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad que se caracteriza por una obstrucción de los bronquios de manera irreversible, y que en los casos más severos, puede dañar definitivamente el pulmón. Estos pacientes pueden presentar tos, flemas, sibilancias y disnea. El enfisema es una variante común de la EPOC, que afecta a las pequeñas vías aéreas o alvéolos. Limita la exhalación y se acompaña de tos y disnea. La causa más frecuente de esta enfermedad es el consumo de tabaco. Los tratamientos disponibles en la actualidad son en general paliativos e incluyen medicación, oxigenoterapia, rehabilitación pulmonar, reducción de volumen pulmonar mediante cirugía y el trasplante pulmonar.

OBJETIVOS: Analizar pautas para conseguir una mejoría de los síntomas y de su calidad de vida general. Identificar cómo ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia.

METODOLOGÍA: Realizamos una búsqueda bibliográfica en las principales Bases de Datos generales: Cochrane, Cinhal, Pubmed; y específicas de enfermería como Cuiden.

RESULTADOS: Primero realizaremos una evaluación del paciente, valorando su función respiratoria antes y después del broncodilatador administrado, valoraremos también su capacidad de esfuerzo, su calidad de vida y cómo afecta la disnea en su vida diaria. La Rehabilitación Respiratoria estará compuesta de: Ejercicio físico: Ejercicios respiratorios para mejorar la capacidad pulmonar y el estado físico, ejercicios de estiramiento o de fuerza para mejorar la flexibilidad, ejercicios con pesas para aumentar la resistencia y la condición física, ejercicios con aparatos como bicicletas estáticas y bandas. Intervención educativa. Abandono del tabaco. Apoyo psicosocial. Fisioterapia. Consejo dietético.

CONCLUSIÓN: La rehabilitación respiratoria reduce los síntomas, incrementa la capacidad funcional y mejora la calidad de vida en pacientes con enfermedad respiratoria crónica, aún cuando existan alteraciones irreversibles. También se produce un ahorro sanitario, debido a la disminución en las visitas domiciliarias y en el número de reagudizaciones.

PALABRAS CLAVE: EPOC, CUIDADOS, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ENFERMERÍA.

CUIDADOS EN EL TRASPLANTE DE PULMÓN Y REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ

INTRODUCCIÓN: El trasplante de pulmón es la opción terapéutica que se plantea en los pacientes con patologías respiratorias, que a pesar de la mejora en los tratamientos, presentan un importante y progresivo deterioro. Actualmente existe un incremento en el número de pacientes incluidos en listas de espera, por lo que se prolonga el tiempo de espera, que contribuye a que empeore la situación del paciente.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de los cuidados y la rehabilitación tanto previa como posterior en la intervención de trasplante de pulmón.

METODOLOGÍA: Se realiza la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y PEDro utilizando los descriptores: trasplante, pulmón, cuidados y rehabilitación, y estableciendo los límites: ensayos clínicos realizados en los últimos 5 años, seleccionándose 4 artículos que son los que se encuadran en los objetivos de este estudio.

RESULTADOS: Los resultados en trasplantes de pulmón son inferiores a los que se obtienen en otros trasplantes por lo que hay que conocer y controlar las complicaciones más frecuentes. En un estudio con 107 pacientes y edad media de 52.58 Años se observaron como complicaciones más frecuentes parálisis frénica, hemotórax y derrame pleural, con un gran número de hospitalizaciones postoperatorias y complicaciones como hipertensión, diabetes mellitus e insuficiencia renal secundarias al tratamiento inmunodepresor. La mortalidad al año de la intervención fue del 34,5% siendo las causas más frecuentes las infecciones y el rechazo crónico. La rehabilitación respiratoria ha mostrado mejorar la disnea, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida siendo los componentes principales el entrenamiento muscular la educación y la fisioterapia respiratoria, además, los programas domiciliarios han demostrado misma eficacia que los hospitalarios.

CONCLUSIÓN: El trasplante pulmonar es una intervención de elevada mortalidad, en gran parte por la alta tasa de complicaciones existentes, de ahí la importancia de aumentar la vigilancia y los cuidados en estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: TRASPLANTE, CUIDADOS, PULMÓN, REHABILITACIÓN.

IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Alzheimer es degenerativa a nivel cerebral y de etiología desconocida cuya principal manifestación clínica es la pérdida de memoria. El elevado número de enfermos afectados junto con la complejidad de la enfermedad, hace necesario fijar un programa de actividad física para buscar un abordaje eficaz y correcto.

OBJETIVOS: Analizar la influencia de la actividad física controlada en el estado general de los enfermos de Alzheimer.

METODOLOGÍA: Se realiza la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y PEDro utilizando los descriptores: movimiento, ejercicio, fisioterapia y alzheimer, y estableciendo los límites: ensayos clínicos realizados en los últimos 10 años, seleccionándose 3 artículos que son los que se encuadran en los objetivos de este estudio.

RESULTADOS: La aplicación de un programa consistente en caminar durante cuatro semanas en 106 personas divididas en grupo control y experimental no muestra cambios significativos en los niveles de producción de alzheimer, pero sí existen diferencias significativas entre la medición del equilibrio en hombres y mujeres. Diferentes ensayos muestran que combinar el ejercicio aeróbico, flexibilidad, fuerza, resistencia y equilibrio es el más beneficioso para este grupo poblacional pues muestran beneficios a nivel cognitivo, afectivo, humor, estado de ánimo y forma física (marcha, equilibrio, fuerza y resistencia). En un estudio con 51 pacientes asistentes a un centro de día se les somete a una intervención en la que se integran distintas actividades psicomotrices, cinesiterápicas y respiratorias se observa una leve mejora en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: Aunque no se puede establecer un programa concreto de intervención en cuanto a tiempo y duración del ejercicio en los pacientes con alzheimer, sí se observa mejoría en su estado general, por lo que se debería plantear realizar futuras investigaciones para concretar un programa de ejercicio.

PALABRAS CLAVE: MOVIMIENTO, EJERCICIO, FISIOTERAPIA, ALZHEIMER.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO EN LA FRACTURA DE CADERA

MERCEDES MORENO ALMAGRO, MARÍA LUISA PEREIRA ALMAGRO, JOSE MANUEL SERRANO VILCHEZ

INTRODUCCIÓN: La fractura de cadera es una de las intervenciones más frecuentes en la población anciana constituyendo así un problema de salud pública, de ahí la importancia de valorar cuales son los principales factores de riesgo para poder prevenir dicha fractura.

OBJETIVOS: Analizar cuáles son los principales factores de riesgo para la prevención de la fractura de cadera.

METODOLOGÍA: Se realiza la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet y PEDro utilizando los descriptores: fractura, cadera, factores de riesgo y prevención, y estableciendo los límites: ensayos clínicos realizados en los últimos 10 años, seleccionándose 3 artículos que son los que se encuadran en los objetivos de este estudio.

RESULTADOS: La osteoporosis es una de las patologías asociadas más importantes. En un estudio con 105 pacientes prevalece el valor de la densidad ósea como el principal factor de riesgo de fractura de cadera en ambos sexos; en las mujeres también resulta determinante la presencia de otras fracturas no traumáticas a edad mayor de 50 años. En un estudio con 431 varones y edades entre 40 y 90 años, además de la densidad ósea, se establecen como factores de riesgo: otra fractura previa, fumadores, tratamiento con corticoides y consumo de alcohol. El uso de fármacos hipnóticos como las benzodiacepinas ha mostrado una asociación significativa en las caídas del anciano, aumentando el riesgo de la fractura de cadera y de disminuir la independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: Con el aumento de la esperanza de vida y la incidencia de la fractura de cadera, resulta extremadamente importante la prevención de los factores de riesgo, por eso es importante que desde todos los ámbitos de la salud se trabaje en prevenir dichos factores y en la educación en los ancianos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, CADERA, FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN.

LA RIZARTROSIS EN EL ÁMBITO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

PAULA MARTINEZ MONTOYA, MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: Lo que se pretende con este trabajo es conocer el estado actual de la artrosis trapeciometacarpiana del pulgar o también conocida como rizartrrosis. Se indagará en cómo, cuándo y porqué se produce, además de identificar el tratamiento de rehabilitación más adecuado bajo la perspectiva de la Terapia Ocupacional, tanto antes de la intervención quirúrgica como después.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios y las contraindicaciones de las intervenciones quirúrgicas, así como, averiguar el porqué de tanta variedad de resultados entre un paciente y otro.

METODOLOGÍA: Los datos obtenidos en este trabajo son el resultado de una consulta a materiales bibliográficos lo más actualizados posible con respecto al tema. El número total de artículos consultados ha sido de 16, de los cuáles, 11 corresponden al periodo comprendido entre 2011 y 2017. Para ello se realizó una revisión de las bases de datos PubMed, Scielo y el buscador Google académico.

RESULTADOS: La artrosis es una enfermedad de progresión lenta y su evolución es distinta en cada paciente. Es una enfermedad crónica y tanto la elección farmacológica como la no farmacológica deberá combinarse. Existen muchos factores a tener en cuenta a la hora de elegir un tratamiento u otro, siendo habitual encontrar pacientes con ambas manos afectadas por rizartrrosis que llegan a Rehabilitación preocupados porque comprueban que tienen una sintomatología y un grado de dolencia completamente diferente entre sus pulgares tras haber sido intervenidos.

CONCLUSIÓN: Se puede afirmar que no existe un único tratamiento que sea efectivo al 100%. Es importante realizar ejercicios de rehabilitación tanto antes como después de la intervención quirúrgica. No todas las técnicas quirúrgicas pueden ser iguales, ni siquiera en la misma persona, puesto que, el dolor, la incapacidad funcional o la degeneración articular serán diferentes.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, RIZARTROSIS, ARTROSIS TRAPECIOMETACARPIANA, REHABILITACIÓN.

PACIENTE DIAGNOSTICADO DE TENDINOPATÍA DEL TENDÓN ROTULIANO

ANA BELEN MATEOS VENDEO, RAQUEL PÉREZ SALMERÓN, LUCIA ASENSIO JIMÉNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años de edad que sufre accidente laboral. Presenta dolor fuerte en rodilla derecha. Acude a la mutua correspondiente y tras valoración y exploración sospechan de fractura de menisco. Lo derivan a fisioterapia varios meses. El paciente no nota mejoría y tras nueva valoración realizan resonancia magnética, le realizan infiltración con ácido hialurónico y observando que no mejora, es trasladado al hospital de referencia para intervención quirúrgica. Después de la intervención el paciente no mejora continua con dolor y acude a traumatólogo privado el cual realiza ecografía y observa tendinopatía del tendón rotuliano derecho.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Paciente consciente y orientado. Con dolor en la zona interarticular durante la realización de movimientos y presionando la zona. Dolor al presionar la zona levemente e inflamación de la rodilla derecha. Se realiza resonancia magnética. Infiltración de ácido hialurónico. Intervención quirúrgica mediante artroscopia.

JUICIO CLÍNICO: Al inicio del accidente laboral: fractura de menisco tras intervención quirúrgica. Juicio final: tendinopatía del tendón rotuliano. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se aprecia también dolor en la inserción del tendón rotuliano. Rodilla seca y estable. Estudio con ECO que se aprecia una tendinopatía aguda del rotuliano de 0,98 cm respecto a 0,35 cm contralateral.

PLAN DE CUIDADOS: Garantizar los cuidados integrales del paciente, evitar complicaciones y realizarle las curas correspondientes tras intervención. Diagnósticos de enfermería: Deterioro de la movilidad física r/c limitación de la amplitud de movimientos m/p disminución de la masa muscular. Dolor agudo r/c agentes físicos m/p alteración del tono muscular.

CONCLUSIONES: Tras intervención quirúrgica no se observa fractura de menisco mediante artroscopia, se observa menisco astillado, el cual es limado y limpieza de la zona. El paciente mejora favorablemente tras la realización de 4 sesiones de EPI e infiltración de plasma rico en factores de crecimiento.

PALABRAS CLAVE: ARTROSCOPIA DE RODILLA, FRACTURA DE MENISCO, TENDÓN ROTULIANO, TENDINOPATÍA.

LA ANTEVERSIÓN FEMORAL: ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO PARA SU DETERMINACIÓN

ELISA MARÍA GARCÍA DOMÍNGUEZ, INMACULADA ROMERO VIZCAÍNO, MARIA JOSE MORA MOYA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 5 años de edad que acude al centro de salud, junto con su madre que decide traerlo ya que viene observando que el pequeño al andar mete los pies para adentro. La madre refiere que esto le viene ocurriendo desde hace 1 año.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza test de Ryder para obtener la medición directa del ángulo formado entre el eje que pasa Se pide realizar un TAC por la cabeza y el cuello del fémur con respecto al eje que atraviesa los cóndilos.

JUICIO CLÍNICO: Anteversión femoral excesiva **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de anamnesis, la sospecha inicial fue de aversión de cadera que fue necesario evaluar realizándole un TAC. También valoramos la resistencia impuesta por las partes blandas a los movimientos pasivos de rotación (ROM). Colocamos al niño en decúbito prono, con la rodilla en flexión de 90º y la tibia vertical y realizamos rotaciones una vez que el niño deja de ejercer contracción muscular. Se realiza esta misma maniobra con el niño en sedestación. Para concluir se le hace el test de Ryder con el niño en prono para la medición de la rotación interna /externa que hemos efectuado con la pierna para obtener el ángulo de anteversión.

CONCLUSIONES: La aversión femoral está presente en el 10% de los niños y usualmente se corrige sola con el tiempo. Es un problema que causa marcha con pies hacia dentro. La parte superior del hueso del muslo rota y hace que el pie gire hacia adentro. Las posturas más características en niños que padecen anteversión femoral es la de sentarse en el suelo con las piernas en forma de W, esta postura impide que la anteversión femoral se corrija con el tiempo. La mejor forma de sentarse será con las piernas cruzadas delante (como los indios).

PALABRAS CLAVE: FEMORAL, PERSONAL, SANITARIO, ANTEVERSIÓN.

UTILIZACIÓN DE LA FÉRULA DE MOVILIZACIÓN PASIVA POST INTERVENCIÓN

ZAIDA RAMOS ROMERO, MANUELA ROMERO DEL REAL, MARIA DEL SOCORRO VILLAR VÁZQUEZ, SUSANA GONZALEZ TORREMOCHA

INTRODUCCIÓN: La férula movilizadora “kinetec”, CPM (Movimiento Continuo Pasivo). Es una férula eléctrica motorizada programable que se utiliza para la rehabilitación post-operatoria de cirugías ortopédicas como PTR (Prótesis de Rodilla) y artroscopías. La posición de la rodilla y el talón se debe tener en cuenta para la buena colocación de la máquina.

OBJETIVOS: Determinar el protocolo de uso de la férula de movilización post intervención en los pacientes por parte del personal sanitario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Los objetivos del uso de la férula de movilización es recuperar la movilidad de la articulación, iniciar el proceso de recuperación, explicar la importancia de la buena postura durante el uso del aparato, disminuir el temor y la ansiedad del paciente al iniciar la movilidad articular, comprobar que tolere bien el uso de la férula, registrar diariamente los adelantos del uso de la máquina. La férula se colocará un mínimo de dos veces al día durante 1 h 30 min aproximadamente. La rehabilitación del paciente comenzará el mismo día o al día siguiente de la intervención quirúrgica, iniciándola así con 30-35°, para seguir en progresión, hasta 90-120° el día de la alta.

CONCLUSIÓN: La importancia del buen uso de la férula movilizadora, la profesionalidad del TCAE y la implicación y predisposición del paciente harán de la rehabilitación que sea un éxito. Por lo que es importante favorecer la recuperación del paciente y el buen uso de la férula de movilizadora, evitando así complicaciones y posibles inconvenientes de no ejercitar la rodilla.

PALABRAS CLAVE: KINETEC, PROTOCOLO, MANEJO, REHABILITACIÓN.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: TENDINITIS DEL BÍCEPS BRAQUIAL

JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA, JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 52 años. Acude a consulta por disminución de la movilidad articular y dolor del brazo derecho. Empeora con gestos cotidianos de tipo ponerse un jersey, coger un vaso de un mueble, o rascarse la parte baja de la espalda. El dolor aparece en la parte anterior del brazo sólo cuando realiza movimiento, no en reposo ni dolor nocturno.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la llegada de la paciente se realiza la siguiente exploración: Observación: Buen aspecto, no obesidad. Correcta alineación, no deformidades aparentes. Palpación: dolor a la palpación en cara anterior de hombro (corredora bicipital) Pruebas complementarias: Radiografía antero posterior de hombro anodina. Test de Jobe negativo, test de Gilchrist positivo.

JUICIO CLÍNICO: Tendinitis del Bíceps Braquial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dada la sintomatología que presenta el paciente es indicado realizar un diagnóstico diferencial entre tendinosis del bíceps braquial y tendinosis del supraespinoso. Para ello se realiza una ecografía, que muestra con claridad un engrosamiento del tendón bicipital, que no del supraespinoso.

CONCLUSIONES: Es importante obtener un correcto diagnóstico para tratar de la mejor manera posible una dolencia. Es competencia del fisioterapeuta establecer tal diagnóstico, para elaborar un plan de tratamiento tras establecer unos objetivos. Las técnicas básicas serían crioterapia, electroterapia analgésica, cinesiterapia, Cyriax y aplicación de vendaje neuromuscular. En cambio, desde el punto de vista de la enfermería se puede colaborar al tratamiento de esta dolencia, haciendo un trabajo de educación para la salud adecuado (reposo relativo, crioterapia antiálgica y analgésica, y vendaje) Es por ello que no se trata de dos disciplinas excluyentes, sino más bien complementarias.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ABORDAJE, ENFERMERÍA, TENDINITIS BÍCEPS.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA PARÁLISIS CEREBRAL

AQDAS ZOHRA FAROOQ RIND, ROSA MARÍA MARTÍNEZ GUILLÉN, MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ GALISTEO

INTRODUCCIÓN: La parálisis cerebral (PC) es producida por una lesión cerebral que da lugar al trastorno del desarrollo nervioso. Es la discapacidad más común en la edad infantil. Las deficiencias que produce son la reducción del estado cardiorrespiratorio y la fuerza muscular influyendo en la vida diaria. El ejercicio aeróbico y de resistencia tiene un papel importante en la PC y puede mejorar las deficiencias primarias que causa este trastorno.

OBJETIVOS: Evaluar los efectos que tiene el ejercicio físico en PC.

METODOLOGÍA: Se llevaron a cabo ensayos controlados aleatorios y los ensayos controlados cuasialeatorios en niños, adolescentes y adultos con PC. Se incluyeron ejercicios aeróbicos, de resistencia y mixtos (aeróbicos, anaeróbicos y de resistencia). Se incluyeron 29 ensayos con un total de 926 participantes de entre 10 y 22 años.

RESULTADOS: Se encontró evidencia de baja calidad de que el ejercicio aeróbico mejora la función motora gruesa a corto-medio plazo. El ejercicio aeróbico no mejoró la velocidad de la marcha a corto plazo ni a medio plazo. Se encontró evidencia de baja calidad de que el entrenamiento de resistencia no mejora la función motora gruesa, la velocidad de la marcha, la participación ni la calidad de vida informada por los padres a corto-medio plazo. Se encontró evidencia de baja calidad de que el entrenamiento mixto no mejora la función motora gruesa ni la velocidad de la marcha pero mejora la participación a corto plazo. No hay diferencias entre el entrenamiento de resistencia y el ejercicio aeróbico en cuanto al efecto sobre la función motora gruesa a corto plazo.

CONCLUSIÓN: Los estudios dieron unos resultados de baja a muy baja evidencia por lo que podemos confirmar que el ejercicios físico en la PC da una mejoría pequeña en algunos aspectos como la función motora pero en otro no influye nada como es la velocidad de marcha.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS CEREBRAL, EJERCICIO, TRASTORNO, EDAD INFANTIL, DEFICIENCIAS.

ANÁLISIS SOBRE LOS BENEFICIOS QUE APORTA A LOS PACIENTES LA TERAPIA CON ANIMALES

ROCIO ALFAMBRA MOLINA, MARÍA JOSÉ GARCÍA ASENSIO, MARÍA JOSÉ VALDIVIESO SALVADOR

INTRODUCCIÓN: Desde principios del Siglo XX se empezó a desarrollar el uso de animales con fines terapéuticos en distintas instituciones. Como el caso del perro, donde mediante la interacción con el paciente, participan en intervenciones dirigidas y como parte de su proceso rehabilitador (físico o psicológico).

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta a los pacientes la terapia con animales.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática y bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: Dialnet, Intramed y Scielo. Utilizando los siguientes descriptores: animales, terapia, beneficio. Los datos de inclusión fueron estudios desde el año 2007 al 2017, en español e inglés.

RESULTADOS: Son numerosos los distintos ámbitos donde se puede aplicar la terapia con perros, como pueden ser en residencias de ancianos (demencias, alzheimer, problemas auditivos), pediatría (trastornos del desarrollo, retraso mental, parálisis cerebral, autismo) y hospitales (mejora de las habilidades cognitivas, mejora de las capacidades motoras). Son numerosos los beneficios a varios niveles como a nivel físico y psicomotor aumentando de la movilidad de los miembros superiores, desarrollo de la destreza manipulativa, disminución del estrés y de la tensión arterial. A nivel neurocognitivo aumenta la concentración, atención, percepción y memoria, mejora en la disartria. Y a nivel psicosocial y emocional aumenta la autoestima, mejora de la relación con el entorno y la socialización, reducción de la resistencia a los tratamientos, potencia la motivación y la empatía.

CONCLUSIÓN: Los perros terapéuticos han logrado grandes éxitos en el tratamiento y rehabilitación de las personas. Su función es estructurada, planificada y siempre será supervisada por un terapeuta.

PALABRAS CLAVE: PERROS, REHABILITACIÓN, EFECTIVIDAD, TERAPEUTA.

PAUTAS EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA AFASIA

LAURA JEREZ FERNÁNDEZ, LUCÍA MARTÍN VARGAS, MARÍA MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La afasia es una alteración neurolingüística causada por lesiones neurológicas en las partes del cerebro que controlan el lenguaje, que pueden dificultar la escritura, la lectura y la expresión en lo que se quiere o desea decir. Por lo tanto, es realmente importante una intervención inmediata para su rehabilitación. No es una tarea propia del personal de enfermería rehabilitar el lenguaje, pues sería concretamente el personal de logopedia se encarga de ello, pero sí podemos colaborar junto al resto de profesionales en el proceso de recuperación de las lesiones neurológicas que producen este tipo de alteraciones en el lenguaje.

OBJETIVOS: Determinar normas que ayuden al personal de enfermería a ser cómplice en las terapias en la rehabilitación del lenguaje.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scielo y ScienceDirect.

RESULTADOS: Pautas que resultan útiles en el tratamiento de los pacientes que padecen afasia, tales como: La utilización de un tono de voz y volumen normales, La utilización de preguntas sencillas y con respuesta cerrada Utilización de frases simples, Utilizar el contacto visual, Hablar despacio y utilizar un lenguaje no verbal sonriendo al paciente y ofreciéndole nuestras manos para poder proporcionarle tranquilidad.

CONCLUSIÓN: Existe suficiente evidencia científica que demuestra que el personal de enfermería debería de aprender técnicas y protocolos de actuación para actuar ante pacientes que sufren afasia, así de esta manera la aplicación de estos conocimientos aprendidos ante este tipo de pacientes nos proporciona una guía para poder llegar a ellos y permite al personal de enfermero ser consciente de lo hay que tener en cuenta en el tratamiento de las alteraciones de la comunicación que son secundarias a un AIT o un ACV, con ello podremos implicarnos y ser cómplices en su rehabilitación.

PALABRAS CLAVE: TERAPIAS, AFASIA, LOGOPEDA, REHABILITACIÓN.

ATENCIÓN AL PACIENTE EN REHABILITACIÓN POR DROGAS

ISABEL IRENE LOPEZ PARDO, LUISA OLGA BAS PUERTOLLANO, FRANCISCO CARMONA CASARES

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación de drogas trata de enseñar a los pacientes, técnicas para tener un ambiente libre de drogas. Se les aconseja a los pacientes no relacionarse con sus amistades que siguen utilizando esas sustancias adictivas. Hay programas que ayudan a los pacientes a liberarse totalmente de estas adicciones y además a cambiar hábitos que tienen que ver con las adicciones. Estos pacientes son frágiles a la recaída por eso hay que tener cuidado y asegurarse que están totalmente rehabilitados.

OBJETIVOS: Identificar las posibles causas que provocan adicción. Diferenciar las fases del tratamiento.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos publicadas en Internet, utilizando descriptores como: Rehabilitación, drogas, pacientes, terapia.

RESULTADOS: Causas por las que se suele caer en estas adicciones: Baja autoestima. Poca personalidad. Malas amistades. Etc. El tratamiento tiene unas fases que son: Desintoxicación: Es el proceso en el que el paciente deja de consumir las sustancias a las que es adicto. Esta práctica lleva una vigilancia médica muy estricta con ayuda de la medicación. Deshabitación: Es cambiar los hábitos del paciente por una vida mas saludable. Rehabilitación: El fin de la rehabilitación, es la recuperación de las habilidades perdidas a causas del consumo de drogas. Reinserción: El paciente se prepara para la vuelta a su entorno familiar y social, es el objetivo final de todo el proceso. Tendrá un seguimiento médico después de salir del centro hasta alcanzar una recuperación total.

CONCLUSIÓN: La rápida intervención de los adictos a las drogas y la ayuda de sus familiares favorece la recuperación del paciente y la disminución de secuelas que puede provocar en estos casos.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, DROGAS, TERAPIA, REHABILITACIÓN.

EFFECTIVIDAD DE LA ACUPUNTURA EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEUROMUSCULAR CRÓNICO

MARTA CORDON BENITO, MARIA TERESA SERRA CASAS, GAL-LA BENAVIDES ROCA, JUANA PLANCHAT RODRIGO, IULIA MOROI, ROSA ESPACHS OLIVERA

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, la acupuntura es una demanda en continuo crecimiento en países de todo el mundo, tanto en hospitales como en clínicas privadas, la acupuntura es una terapia recomendada para una amplia gama de enfermedades y dolencias, entre ellas para el tratamiento de dolores crónicos neuromusculares.

OBJETIVOS: Valorar la efectividad de la acupuntura utilizada como terapia en la reducción del dolor crónico neuromuscular. Determinar la efectividad de la acupuntura en diversas patologías para conocer en cuales resulta más efectiva.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y CINAHL de las cuales se han escogido un total de 14 estudios que cumplieran los criterios de inclusión planteados al inicio de la revisión bibliográfica, en los cuales, se evalúa la eficacia de la acupuntura en diferentes dolores crónicos de origen neuromuscular.

RESULTADOS: Los estudios consultados demuestran que una correcta aplicación de la técnica de acupuntura mejora de manera significativa la intensidad y frecuencia del dolor en más de un 50% de los casos, así como la calidad de vida y el sueño de los pacientes. La técnica de acupuntura para el tratamiento del dolor crónico neuromuscular muestra beneficios con diferentes niveles de evidencia en el tratamiento de: cervicalgia, síndrome del túnel del carpo, dolor de hombro, neuralgias faciales, dismenorrea, fibromialgia, codo de tenis.

CONCLUSIÓN: La acupuntura es un procedimiento con bases científicas y en continuo crecimiento, demostrando ser altamente beneficioso en el tratamiento complementario del dolor crónico, reduciendo el consumo de fármacos y aumentando de esta manera la calidad de vida de estos pacientes así como provocando una reducción del coste sanitario. La indicación de la acupuntura en determinadas patologías es claramente favorable, mientras que en otras es necesario realizar estudios más amplios.

PALABRAS CLAVE: ACUPUNTURA, DOLOR NEUROMUSCULAR, DOLOR CRÓNICO, TERAPIA, REHABILITACIÓN.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA TRAS ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

MARTA CORDON BENITO, MARIA TERESA SERRA CASAS, GAL-LA BENAVIDES ROCA, JUANA
PLANCHAT RODRIGO, IULIA MOROI, ROSA ESPACHS OLIVERA

INTRODUCCIÓN: A pesar de la relevancia de la disfagia como complicación tras un ACV, con frecuencia se observa que es uno de los trastornos más descuidados ya que las unidades de ictus están más centradas en el abordaje temprano y no a largo plazo. La rehabilitación de la disfagia tras un ACV es determinante para la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS: Conocer los tratamientos y rehabilitación de la disfagia en pacientes que han sufrido un AVC. Conocer las técnicas más efectivas en la reeducación de la disfagia en este tipo de pacientes.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos PubMed, Cochrane y CINAHL de las cuales se han escogido un total de 11 artículos que cumplían los criterios de inclusión planteados al inicio de la revisión en los cuales se describen diferentes ejercicios para el manejo y rehabilitación de la disfagia.

RESULTADOS: Los tratamientos más utilizados por el personal sanitario para la reeducación de la disfagia en estos pacientes son los siguientes: terapias compensatorias (modificación en las texturas de la dieta, maniobras y posturas compensatorias), entrenamiento muscular tanto de lengua, labial, faringe y laringe, terapia de regulación orofacial, estimulación sensorial, neuroestimulación eléctrica, estimulación magnética transcraneal y acupuntura.

CONCLUSIÓN: Los estudios incluidos en la búsqueda bibliográfica afirman que el tratamiento de la disfagia tras AVC puede mejorar la función deglutoria (coordinación, velocidad, volumen), la calidad de vida y las relaciones sociales de las personas. Se ha determinado en la mayor parte de los estudios que el uso de la neuroestimulación eléctrica representa una estrategia novedosa y efectiva en el tratamiento de la disfagia.

PALABRAS CLAVE: ACV, DISFAGIA, REHABILITACIÓN, TRATAMIENTO, ICTUS.

ABORDAJE DE LA FIBROMIALGIA A TRAVÉS DE UN CASO

FRANCISCO RUIZ SANCHEZ, RAQUEL GARCIA LOPEZ, MARIA DEL MAR CERVANTES-PINELO LUPION, ANTONIO GONZALEZ MONTAÑO, MARÍA DOLORES MORENTE NAVAJAS, NOELIA GONZÁLEZ BRISEÑO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 61 años remitido a rehabilitación con diagnóstico de espondiloartrosis lumbar y dolor de años de evolución rebelde a tratamiento.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La anamnesis revela dolor generalizado desde hace 30 años que le impide su trabajo en el campo incluso con parches de Fentanilo. Sin respuesta a fisioterapia previa. Dificultad para dormir y sueño no reparador. Antecedentes de DMID, HTA, fibromialgia (Reumatología descarta otra patología reumática), poliartritis y depresión. A pesar de medicación presenta dolor generalizado escala EVA=7, sobre todo en raquis y con áreas corporales de hiperalgesia. Sueño no reparador. Sequedad bucal secundaria a amitriptilina. Tender points dolorosos en 18 puntos. Pasamos los nuevos criterios del Colegio Americano de Reumatología que confirman el diagnóstico de fibromialgia. RM Columna Cervical, dorsal y lumbar: signos degenerativos sin hernia discal.

JUICIO CLÍNICO: Fibromialgia con componente de Sensibilización Central al Dolor. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se descarta patología reumática o inflamatoria que justifique los síntomas.

PLAN DE CUIDADOS: Retiramos Tramadol y Amitriptilina (por efectos secundarios). Pautamos opioide mayor alternativo a Fentanilo con efecto dual (acción sobre receptores μ e inhibición de recaptación de noradrenalina en vías inhibitorias descendentes): Tapentadol retard. Recomendaciones sobre ejercicio físico y normas de higiene postural que aprende en sala de fisioterapia. En revisión, mejoría del dolor considerable pasando a escala EVA=3. Desaparición del 70% de los síntomas de sequedad bucal. Aparecen leves efectos secundarios que se resuelven en 10 días.

CONCLUSIONES: Los pacientes con Sensibilización Central al Dolor presentan un aumento de la señal dolorosa procedente de la periferia hacia el sistema nervioso central. La mayoría de los medicamentos (incluido opioides mayores) resultan insuficientes a la hora de controlar el dolor. Partiendo de la necesidad de un abordaje multidisciplinar, el tratamiento de este tipo de pacientes puede resultar más eficaz si empleamos fármacos que actúen activando las vías descendentes inhibitorias del dolor en el sistema somatosensorial.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, SENSIBILIZACIÓN CENTRAL, DOLOR, EJERCICIO.

TERAPIA OCUPACIONAL Y FOMENTO DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

MARTA GÓMEZ MASERA, MARIA MORALES CAMPOS

INTRODUCCIÓN: Observar la relación entre la Terapia Ocupacional (TO) o la intervención de los Servicios Sociales y Sanitarios en Sevilla y la realización de una adaptación del hogar a través de un estudio epidemiológico descriptivo y transversal.

OBJETIVOS: Corroborar si la terapia ocupacional a través del sistema sanitario se relaciona de forma significativa con la supresión de barreras para el desarrollo independiente del paciente en el domicilio.

METODOLOGÍA: Se revisaron los baremos de Valoración de la dependencia (BD) aplicados por la investigadora en domicilios, durante dos meses, aportados mediante disociación previa. Se incluyeron BD en los que se reconoció un grado de dependencia a una persona mayor de 18 años. Las mediciones fueron: edad y sexo; consecución de tratamiento rehabilitador; tratamiento de TO a través del sistema andaluz de salud; Servicios Sociales que atienden a las personas participantes en la investigación. Se estudió la ejecución de una serie de 12 categorías de adaptación del hogar.

RESULTADOS: La intervención de los Servicios Sociales no se relaciona de manera significativa con la adaptación del domicilio. Realizar TO a través del sistema sanitario se relaciona de manera estadísticamente significativa con la supresión de barreras para el desarrollo en el domicilio de las actividades básicas de la vida diaria de personas con discapacidad física dependiente ($p=0,005$; odds ratio de 4,91).

CONCLUSIÓN: Para favorecer la independencia y el desarrollo independiente de las actividades básicas de la vida diaria en personas con discapacidad física, es necesaria la presencia de intervenciones ocupacionales desde los servicios sanitarios y sociales. La terapia ocupacional está altamente asociada a la adaptación del hogar.

PALABRAS CLAVE: DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA, TERAPIA, SALUD.

IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN PRECOZ EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

EVA MARÍA BERBEL RODRIGUEZ, ESTHER SÁNCHEZ DORADO, JESSICA RIBERA CASTRO, LOURDES BUSTOS SANTAFAE, LAURA MARIA RODRIGUEZ GARCIA, GABRIELA BELEN WALDE NAPURI

INTRODUCCIÓN: Debido al envejecimiento de la población el número de casos de fracturas de cadera ascenderá a 6200000 nuevos casos para el año 2050. Las tasas de mortalidad por esta patología son muy elevadas, por este motivo es un problema de gran impacto socioeconómico y sanitario en nuestra población. El papel de enfermería es clave y tiene las herramientas para proporcionar unos cuidados de calidad eficientes. La rápida curación del paciente con cuidados de calidad eficientes, así como reducir el gasto por morbi-mortalidad y carga social.

OBJETIVOS: Analizar la tasa de recuperación de pacientes con prótesis total de cadera tras la reahabilitación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema. Esta ha sido llevada a cabo en varias bases de datos tales como: Scielo, Medline; Pubmed y buscador Google Académico. Además se han revisado guías clínicas.

RESULTADOS: Las tasas de recuperación oscilan entre un 20-35% a los 3 meses y alcanzan el máximo sobre los 6 meses, consiguiéndolo aproximadamente el 75% de los pacientes.

CONCLUSIÓN: La rehabilitación en pacientes intervenidos de Prótesis total de cadera ha de iniciarse a las 48 h post-cirugía, para así evitar los efectos secundarios de la inmovilización en la fase aguda. Es de vital importancia trabajar con un equipo multidisciplinar formado por médico, enfermería, fisioterapia e interactuar con paciente y familia, para hacerles partícipes de este proceso.

PALABRAS CLAVE: MORTALIDAD, CAÍDAS, FRACTURA DE CADERA, ANCIANO.

REHABILITACIÓN FÍSICA EN LA TERCERA EDAD

ANTONIO JESUS SANTOS SANCHEZ, IRENE MOLINA TROYANO, VERONICA SANTOS SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La fisioterapia geriátrica es la aplicación de determinadas técnicas de fisioterapia sobre personas de avanzada edad, en los que el proceso de la edad puede desencadenar diferentes procesos patológicos que pueden llevar a la disminución de sus capacidades funcionales para sus actividades de la vida diaria. La fisioterapia en el adulto mayor tiene como objetivo proporcionar al adulto mayor un programa de prevención, corrección o de mantenimiento donde el objetivo principal sea la independencia funcional de las personas, con la ganancia de una mejor la calidad de vida.

OBJETIVOS: Determinar los objetivos que se han de tener en cuenta en la rehabilitación física en la tercera edad.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Valorar, mantener y/o aumentar la máxima movilidad de las articulaciones. Mantener o mejorar la independencia diaria (lavarse, comer, atarse los zapatos, cepillarse...) Valorar, mantener o aumentar la fuerza muscular. Lograr un buen patrón de marcha y equilibrio. Valorar la postura y aplicar ejercicios para mejorar los problemas que encontremos o puedan surgir. Hacer un historial de caídas y valorar barreras arquitectónicas de la casa que contribuyan con ello para hacer los cambios respectivos en el hogar o donde se desenvuelva el adulto mayor. Lograr la confianza y cooperación del paciente. La movilidad mantenida, asistida o estimulada evita lesiones articulares y problemas musculares. El ejercicio supervisado y adecuado no tiene contraindicaciones en ningún caso, siendo beneficioso incluso en pacientes con problemas de salud graves, como, problemas cardíacos y enfermedades vasculares.

CONCLUSIÓN: El ejercicio físico no solo afecta a la capacidad motora de la persona, sino que a su vez es beneficioso a nivel psíquico, ya que al proporcionarle mayor autonomía y esto se refleja en su estado mental.

PALABRAS CLAVE: LESIONES, FISIOTERAPIA, MOVILIDAD, REHABILITACIÓN.

APOYO PRINCIPAL AL CUIDADOR EN PACIENTES CON ICTUS

SONIA BOLIVAR BUENO, JOSE CARLOS ROCINO GUTIERREZ, ESPERANZA MUÑOZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: Los enfermos con ICTUS que ingresan en los hospitales, alargan su estancia a causa de que no pueden valerse por sí mismos y los familiares no están capacitados para prestarles los cuidados necesarios. Los cuidadores informales son aquellos que se encargan de proporcionar el apoyo del día a día y la asistencia. Por ello, se plantea llevar a cabo Programa educativo que de indicaciones para la formación de cuidadores informales de pacientes con ictus y proporcionar la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.

OBJETIVOS: Conocer el grado de afectación en cada paciente y adecuar unas medidas de actuación en función de cada persona.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Crear un grupo de apoyo para los cuidadores de personas con ICTUS. Ofrecerle una sala de descanso para cuidadores así como una tarjeta de acceso y dietas de acompañante. Implantación de talleres para la formación de dichos cuidadores. Dar conocimientos y asesoramiento en técnicas de alimentación. Mantener el estímulo del paciente durante el día realizando cambios posturales y masajes; así como distintos talleres. Se confeccionará un programa de seguimiento para la prevención de recaídas. Siguiendo las pautas anteriores se conseguirá un cuidador y un paciente mas colaborador, más autónomo y así con menos dependencia, con una mayor actitud y una elevada autoestima.

CONCLUSIÓN: Es imprescindible una adecuada implicación familiar para seguir con estos cuidados para que su recuperación sea lo más pronto posible y sin complicaciones. Prevenir futuros reingresos hospitalarios.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, CUIDADOR, APOYO, CUIDADORES.

FRACTURA SIN DESPLAZAMIENTO DE LA CABEZA DEL RADIO

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA CONEJO ESPEJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 27 años sufre una caída produciéndose una fractura de la cabeza del radio. Está inmovilizada con yeso 3 semanas; al quitarle el yeso tiene atrofiada la musculatura y un pequeño edema producido por la presión del yeso.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la entrevista clínica aparece con informe de urgencias y radiografía donde se aprecia la fractura sin desplazamiento de la cabeza del radio. Presenta un ligero aumento del volumen de la articulación debido al edema por la presión producida por el yeso. Tiene una buena movilidad con dolor al final de los movimientos y a la compresión.

JUICIO CLÍNICO: Fractura sin desplazamiento de la cabeza del radio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En la radiografía en la que se aprecia fractura sin desplazamiento de la cabeza del radio, desequilibrio muscular y articular con importante edema. El objetivo principal con el que viene a la clínica la paciente es disminuir el dolor y el edema. Marcamos pautas para mejorar la función muscular y sobre todo articular e integrarlo para que las actividades de la vida diaria sean lo mas funcionales posibles. Se le enseñan automovilizaciones como tratamiento complementario.

CONCLUSIONES: La paciente tras 40 sesiones de rehabilitación se encuentra mejor. La movilidad intermuscular ha mejorado, así como el dolor a la palpación de la musculatura implicada. No tiene dolor en ningún movimiento y el balance articular activo al finalizar el tratamiento es completo en todos los rangos de movimiento.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, RADIO, CODO, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN.

REEDUCACIÓN FUNCIONAL POSTQUIRÚRGICA DE UNA ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA CONEJO ESPEJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 30 años acude a consulta tras ser operado de una rotura de ligamento cruzado anterior con rotura de menisco interno. Se le realiza una ligamentoplastia y una sutura del cuerpo posterior del menisco interno. Antes de la intervención acude a consulta para tratamiento prequirúrgico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente realiza un tratamiento preoperatorio como objetivo potenciar cuádriceps para mantener un equilibrio muscular antagonista-agonista y estimular el sistema propioceptivo neuromuscular. Tras la intervención y el reposo prescrito, comienza la rehabilitación tras 2 semanas de reposo con ayuda de 2 bastones como apoyo para la deambulación.

JUICIO CLÍNICO: Rotura de ligamento cruzado. **CONCLUSIONES:** Como objetivo post-operatorio se inicia la rehabilitación del ligamento cruzado anterior, teniendo en cuenta el gran edema en gemelo y tobillo de la pierna operada que fue reabsorbiéndose con movilidad, evitar el miedo en el apoyo a la hora de iniciar la carga y mejorar el balance articular. Por lo que transcurrido tres semanas tras la operación; se le aconseja el tratamiento complementario en piscina. El paciente comienza un entrenamiento en piscina, adaptado tras su cirugía. Tras dos meses de tratamiento combinado en clínica e hidroterapia; acaba el paciente con la extensión articular completa y sin ayuda técnica en la marcha.

PALABRAS CLAVE: LIGAMENTO CRUZADO, RODILLA, LIGAMENTOPLASTIA, REEDUCACIÓN, POSTCIRUGÍA.

PACIENTE CON FRACTURA DE COLLES TRAS UNA CAÍDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

SOFIA HERNANDEZ TRASIERRA, JOSE CARLOS FERNANDEZ ALCAIDE, SARA CONEJO ESPEJO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 56 años sufre una caída cuyo resultado fue una fractura de Colles de su mano izquierda. Le inmovilizaron con yeso 1 mes y medio. Durante la inmovilización siguió con pautas médicas de realización de movilidad de dedos y distintas pinzas, para evitar la atrofia muscular y la rigidez articular posterior a la inmovilización.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acude a consulta tras la retirada del yeso con temblores y rigidez de la muñeca, edema y dolor en reposo y al movimiento, con impotencia funcional. Limitación de la movilidad de los dedos con pérdida de fuerza y poca movilidad en codo y dolor de hombro.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de Colles. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se le realiza una radiografía de la muñeca en dos niveles, por arriba y de lado, para que el médico pueda evaluar la naturaleza de la fractura del radio.

CONCLUSIONES: Como objetivo a corto plazo nos marcamos la recuperación de la movilidad, evitar compensaciones con el codo u hombro y disminuir el edema. Además de recuperar la movilidad activa, potenciar la musculatura y conseguir una funcionalidad completa de la muñeca. Con un tratamiento de larga duración, se recuperó la función completa de la muñeca. Puede realizar actividades de la vida diaria sin dificultad, como pinza y agarre con la mano y se le recomienda evitar esfuerzos excesivos y movimientos bruscos.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, MUÑECA, COLLES, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN.

EFFECTIVIDAD DE LA PARAFINA EN PACIENTES CON ARTRITIS Y ARTROSIS

MARTA GÓMEZ MASERA, MARIA MORALES CAMPOS

INTRODUCCIÓN: Mediante la observación diaria en la práctica clínica dentro del departamento de terapia ocupacional se percibe dolor incapacitante en las actividades de la vida diaria en pacientes crónicos afectados de artrosis y artritis.

OBJETIVOS: El objetivo principal fue comprobar la mejoría de dolor en las articulaciones metacarpofalángicas en pacientes con este tipo de patologías.

METODOLOGÍA: 100 Sujetos mayores de edad, diagnosticados de artrosis y artritis en miembro superior, derivados al servicio de rehabilitación de Terapia Ocupacional del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) del 1-07-2017 al 1-11-2010. Tras el análisis de diferentes variables (sexo, edad y tiempo desde el diagnóstico), se valoró la ausencia o mantenimiento de dolor en articulaciones metacarpofalángicas a través de un cuestionario entregado a los participantes.

RESULTADOS: La mayoría de los participantes (92%), mejoró su sintomatología a través de la administración de parafina, de los cuales, un 75% manifestó una gran mejoría, frente al 25% que sólo manifestó una mejoría leve. Sólo un 8% de los usuarios declaró no mostrar nada de mejoría con el tratamiento.

CONCLUSIÓN: Tras los resultados mostrados en el estudio, se puede concluir que la parafina es un material efectivo para el manejo del dolor en pacientes crónicos diagnosticados de artrosis y artritis de más de un año de duración, lo que repercute en mayor independencia en las actividades cotidianas.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TERAPIA, ARTROSIS, ARTRITIS.

HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA: UN CASO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN MEDIO ACUÁTICO

MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ, PAULA MARTINEZ MONTOYA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La hidrocefalia hace referencia a una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo dentro de los ventrículos del cerebro. La hidrocefalia normotensiva, también conocida como hidrocefalia crónica del adulto, es un tipo de hidrocefalia que afecta a los adultos mayores, normalmente hacia los 60 o 70 años. La hidrocefalia se desarrolla cuando el líquido cefalorraquídeo no puede fluir a través del sistema ventricular, o cuando la absorción en la corriente sanguínea no es igual que la cantidad de líquido cefalorraquídeo producido. Los síntomas, normalmente aparecen de manera gradual en este orden: perturbación de la marcha, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. Determinar si un programa de intervención de terapia ocupacional en medio acuático repercute en el desempeño ocupacional y sus componentes en una persona con hidrocefalia normotensiva. Mujer de 75 años diagnosticada con hidrocefalia normotensiva secundaria a ventriculomegalia triventricular portadora de válvula de derivación ventricular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Para la exploración del sujeto se han empleado las siguientes pruebas; test Tinetti, MMSE, Test de Lovett, Índice de Barthel, WOTA, goniometría.

JUICIO CLÍNICO: Hidrocefalia normotensiva. Se llevó a cabo un programa de terapia ocupacional siguiendo el enfoque Terapia Específica en el Agua del Concepto Halliwick y el Concepto Aichi de dos meses de duración realizando una sesión a la semana de 45 minutos. Los resultados arrojan cambios en el desempeño ocupacional y en los componentes de desempeño ocupacional de la paciente con hidrocefalia normotensiva. **CONCLUSIONES:** Los resultados de este caso clínico demuestran que hay cambios en el desempeño ocupacional, así como en sus componentes, pero sería necesario realizar un estudio experimental para concluir si estas diferencias son significativas, si la terapia ocupacional en medio acuático ha contribuido a las mejoras observadas y que otras variables han influido en estos resultados.

PALABRAS CLAVE: HIDROCEFALIA NORMOTENSIVA, REHABILITACIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA ACUÁTICA, NEUROLOGÍA.

LA REHABILITACIÓN EN PERSONAS ANTE CUALQUIERA DISCAPACIDAD

BELEN PAREJA JIMÉNEZ, ESTHER GALLEG0 ROMAN, MARTA LOPEZ GALLEG0

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es un proceso en el que utilizamos una serie de terapias destinadas a curar o mejorar cualquier tipo de discapacidad, siempre y cuando esté recomendada tratarla.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta la rehabilitación en pacientes que presentan alguna discapacidad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La rehabilitación trata de promover la inserción en la vida laboral, social y doméstica de personas con distintas discapacidades, en función de la gravedad de esta discapacidad se podrá conseguir mayor o menor resultado y disminuir sus limitaciones. La rehabilitación en atención primaria, son consultas provistas de maquinaria específica tanto terapias con frío y calor, ultrasonidos, electroterapia, técnicas manuales. Se debe estudiar el tipo de discapacidad del paciente para realizar el pronóstico rehabilitador, se orienta a las familias en el manejo de este tipo de pacientes y lograr que el paciente participe y colabore en este proceso, todo ayuda a mejorar física y psicológicamente y aliviar el dolor que algunos sienten. En muchas ocasiones se obtienen muy buenos resultados en la inserción de personas con discapacidad, es muy importante la colaboración tanto de ellos como de familiares, sentir que son útiles para la sociedad es una importante motivación para estas personas.

CONCLUSIÓN: Gracias a los profesionales dedicados a la rehabilitación y los avances que hay muchas personas con discapacidad mejoran mucho y pueden llevar una vida lo más normal posible en función de su grado de discapacidad.

PALABRAS CLAVE: ELECTROTERAPIA, ULTRASONIDO, INSERCIÓN, PRONÓSTICO.

ABORDAJE ACERCA DE LA ÓRTESIS CRANEAL INFANTIL

DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA
PIEDRA

INTRODUCCIÓN: La órtesis craneal a medida es utilizada para llegar a lograr la simetría craneal por sus malformaciones craneales en los bebés. El casco es una órtesis dinámica y progresiva, que hay que ir ajustando en revisiones constantes hasta llegar al resultado deseado.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de las órtesis craneales a medida.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como ortoiberica y d. Salud.

RESULTADOS: El casco a medida se usa cuando el bebé tiene problemas por malformaciones craneales o durante el parto, por los fórceps. El uso del casco tiene un porcentaje de mejora cercano al 100 %. Hay que empezar con el tratamiento lo más rápido posible, ya que de 4 a 9 meses, el cráneo del bebé todavía es más maleable. Los expertos también afirman que bebés de 9 a 12 meses también pueden mejorar, pero con un ritmo más lento, porque el cráneo es más rígido y grueso. Los cambios de la cabeza del bebé, se empiezan a notar a partir de las 2 a 3 semanas desde su colocación, siempre que lo lleve puesto 23 horas diarias. La función del casco es aplicar presión constante sobre la cabeza, para corregir las áreas prominentes del crecimiento no natural.

CONCLUSIÓN: Con la colocación del casco a medida se logra corregir satisfactoriamente en la mayoría de casos las malformaciones craneales.

PALABRAS CLAVE: ÓRTESIS CRANEAL INFANTIL, CASCOS CORRECTORES, PLAGIOCEFALIA, BRANQUIOCEFALIA, ESCAFOCEFALIA.

LA VIDA DEL CORSÉ PROVIDENCE EN UN ADOLESCENTE

DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA PIEDRA

INTRODUCCIÓN: El corsé providence está indicado para la escoliosis idiopática en adolescentes, evitando que avance más la deformidad de la columna. El objetivo de este tipo de corsé providence es la corrección de la escoliosis idiopática en los adolescentes.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía reciente acerca del uso del corsé providence.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como ortoprono y aparrells ortopédics curto.

RESULTADOS: El uso del corsé providence es solo nocturno. Este tipo de corsé está fabricado en termoplástico y con apoyos de presión. El corsé providence actúa al aplicar fuerzas controladas directas en 3 puntos, laterales y desrotadoras sobre la columna para llegar a alinearla sobre su eje medial. Es efectivo cuando la curva de la columna es menor a 35°. También al poder usar este corsé por la noche permite resolver un ápice de T6. Se lograrán con el uso continuo del corsé providence las hipocorrecciones iniciales y unos buenos resultados a largo plazo. Llegando a corregir por completo la deformidad de la columna.

CONCLUSIÓN: Con el uso de este tipo de corsé nocturno llamado providence, podemos llegar a lograr la corrección de la columna y paralizar que vaya a más la escoliosis en adolescentes.

PALABRAS CLAVE: CORSÉ, PROVIDENCE, ESCOLIOSIS, IDIOPÁTICA.

ÓRTESIS PARA LA MADURACIÓN DE CADERAS EN NUESTRO BEBÉ

DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA
PIEDRA

INTRODUCCIÓN: Arnés de pavlik o la órtesis de abducción y flexión de cadera (Tübingen) están compuestos de un sistema de tiras o cinchas que van unidas entre sí. Se utilizan para tratar la displasia de cadera. Estos dispositivos son utilizados para mantener la cadera centrada, para colocar la cabeza del fémur en el cotilo de la cadera y que el bebé pueda crecer con normalidad.

OBJETIVOS: Revisar la bibliografía reciente acerca de la órtesis para la maduración de caderas de los bebés.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Otto-bock y carefirst.

RESULTADOS: La displasia de cadera en un bebé, puede ser causada porque en el vientre materno el espacio del feto sea insuficiente, la escasez de líquido amniótico o que en el feto estuviera posicionado de nalgas. Para su tratamiento se coloca el arnés de pavlik o tübingen, que permitirán tener la cadera del bebé a más de 90° y las piernas abducidas de 30 a 45 °. La duración del tratamiento dependerá de la edad y del nivel de maduración. Se deberá llevar colocado el arnés de 12 a 16 semanas, y con su periodo de revisiones. Una vez alcanzado la cadera los valores normales solo tendría que llevar el arnés en el periodo de noche unas 12 horas.

CONCLUSIÓN: La utilización de órtesis para la maduración de caderas, hace desaparecer al 100 por 100 la displasia de caderas y que el bebé pueda crecer y formarse con normalidad.

PALABRAS CLAVE: ARNÉS DE PAVLIK, LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA, DISPLASIA DE CADERA, SUBLUXACIONES, TÜBINGEN, TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO.

REHABILITACIÓN POST TRAUMÁTICA POR FRACTURA DE CADERA EN UNA PERSONA DE EDAD AVANZADA

VIRGINIA MILLAN ARAGON, EVA MARIA LÓPEZ TRUJILLO, SANDRA IBAÑEZ SOLIS

INTRODUCCIÓN: Una fractura de cadera es la ruptura del hueso fémur en su parte más próxima a la cadera, éste es el hueso del muslo, siendo el más largo y fuerte del cuerpo.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de informar sobre la prevención de caídas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y científica en diversas bases de datos y publicaciones utilizando los siguientes descriptores: Revistas científicas, libros y páginas web oficiales. Biblioteca virtual de la universidad de Cantabria.

RESULTADOS: Entre el 14% y 36% de ancianos mueren tras sufrir una fractura de cadera. Mediante la realización geriátrica se compensa la falta de actividad y proporciona al adulto mayor un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento y en su caso para recuperarse después de una fractura. Es posible detener caídas aumentando porciones de calcio para los huesos, sobre todo en personas ancianas. Intentar llevar una vida normal después de la rotura. Llevar a cabo el tratamiento recetado por los profesionales

CONCLUSIÓN: A través del avance de medidas y tratamientos que existen en la actualidad, hay un gran número de personas que se recuperan satisfactoriamente de la fractura de cadera. Si se realiza una rehabilitación preventiva evitaremos caídas y en consecuencia habrá menos fracturas.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, EDAD AVANZADA, FÉMUR, CAÍDA, OPERACIÓN.

USO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS EN LA FIBROMIALGIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

LETICIA MARÍA RODRÍGUEZ MEDINA, ROCIO OLMO RUEDAS, MARÍA DEL CARMEN ORDÓÑEZ URBANO

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por presentar dolor osteomuscular generalizado. Su prevalencia es de un 4'3 % en mujeres y un 0'2% en hombres. El uso de terapias alternativas se usa cada vez más como remedio a disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

OBJETIVOS: Analizar la información disponible acerca de las principales terapias alternativas beneficiosas para la fibromialgia.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre terapias alternativas en la fibromialgia. Se consultaron diferentes bases de datos (Pubmed, Cuindén plus y Medline) y el buscador google académico. Se limitó la búsqueda al intervalo 2006-2016. Se utilizaron descriptores en español ("fibromialgia", "dolor" "terapias alternativas", "calidad de vida"). Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen las principales terapias practicadas. Que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión; Con acceso a texto completo; Escritos en español. De un total de 10 publicaciones, fueron seleccionados 3.

RESULTADOS: Los resultados muestran que el 70% de las personas que padecen esta enfermedad, en su mayoría mujeres, recurren al uso de terapias alternativas a parte del tratamiento farmacológico para mejorar sus condiciones de vida. El ejercicio aeróbico es el más practicado, reduciendo la fatiga y mejorando la función física y el estado anímico. Otra terapia muy practicada por las mujeres es la relajación, mediante el yoga o el tai-chi, consiguiendo una relajación de los músculos y por tanto, disminución del dolor. Los hombres recurren más a la balneoterapia y a la natación.

CONCLUSIÓN: La fibromialgia tiene una alta tasa de morbilidad. Enfermería debe tratar de prevenir está al máximo mediante educación, seguimiento y ejecución de programas de salud. La terapia en grupos en gimnasios o centros adaptativos ayudan a mejorar las relaciones sociales de estas personas, reducción el dolor y mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, DOLOR, CALIDAD DE VIDA, TERAPIAS.

ÓRTESIS ANTIEQUINO PARA PARÁLISIS DE EXTREMIDADES INFERIORES

DALILA FERNANDEZ ALONSO, MARIA DOLORES HERRADA GONZÁLEZ, DOLORES SEGURA
PIEDRA

INTRODUCCIÓN: Las órtesis antiequino ayudan a caminar mejor a pacientes con parálisis en sus extremidades inferiores. La órtesis antiequino rancho de los amigos, con su rigidez y su estabilidad ayuda a iniciar la marcha con normalidad, evitando la caída del pie.

OBJETIVOS: Revisar la bibliografía reciente acerca de la órtesis antiequino para parálisis de extremidades inferiores.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como orliman, primortopedia y ortoweb.

RESULTADOS: La órtesis antiequino está fabricada en materiales termoplásticos como el polipropileno, este material ofrece rigidez y estabilidad. Este tipo de órtesis tiene una limitación plantar al 90° de flexión, para ayudar al paciente en la iniciación de la marcha levantando el empeine, así evitaremos las caídas. En la parte superior de la pantorrilla la órtesis dispone de un semi-aro, esto produce un masaje sobre la parte del triceps femoral, cuando el paciente va andado, este semi-aro tiene como función mejorar la actividad circulatoria y su retorno venoso.

CONCLUSIÓN: A los pacientes con pie equino, que no tienen control sobre la flexión y extensión de su propio pie, por patologías neurológicas, secuelas de fracturas, intervenciones quirúrgicas, etc, llevar este tipo de órtesis antiequino rancho de los amigos les ayudara en su vida diaria a la iniciación de la marcha evitando caídas y llegando a un bienestar al verse más seguros.

PALABRAS CLAVE: ÓRTESIS DE PIE, ANTIEQUINO, RANCHO DE LOS AMIGOS, PIE EQUINO.

DOLOR EN LA CARA ANTERIOR DE LA RODILLA

MARIA JOSE FERNANDEZ ARIAS, MERCEDES MOLINA RAMIREZ, LAURA JIMENEZ MORALES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 37 años acude a rehabilitación con un cuadro de dolor en la cara anterior de la rodilla derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Postura estática con caderas en rotación interna y rodillas en valgo. No existe disimetría de caderas. No se observa derrame ni alteraciones tróficas en la rodilla. No presenta dolor en cóndilos, ni en tibia. Dolor a la palpación en zona de la rótula. Balance articular completo y balance muscular de 5/5. Signo de Zholen +. Test de cajón anterior y posterior -. Disminución de la movilidad articular de la cadera en últimos grados de rotación externa y abducción. Valgo dinámico de rodillas. Buena estabilidad de la rodilla en apoyo monopodal. Déficit de estabilidad en caderas en apoyo monopodal. Hipertonía en cuádriceps, tensor de la fascia lata y glúteo medio.

JUICIO CLÍNICO: Se le diagnostica displasia de cadera derecha y rotura del labrum anterosuperior mediante, y condromalacia rotuliana de grado II acompañada de edema óseo en el cóndilo femoral externo, mediante resonancia magnética (RM). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Durante las dos primeras semanas el tratamiento estuvo dirigido a la disminución del dolor y a la normalización del tono de la musculatura hipertónica con ejercicios. A partir de la tercera semana, mientras se seguía en la normalización del tono muscular, se comenzó a incluir un protocolo de ejercicios dirigidos a la mejora de la postura estática de los miembros inferiores y a la recuperación de la estabilidad de la cadera y la rodilla.

PLAN DE CUIDADOS: Realizar todos los ejercicios con mucho cuidado tal y como le va diciendo su fisioterapeuta.

CONCLUSIONES: Tras 7 semanas de trabajo activo progresivo, combinado con terapia manual, la paciente es dada de alta presentando una disminución importante del dolor y habiendo retomado su actividad deportiva.

PALABRAS CLAVE: RODILLA, DOLOR, ANALGÉSICO, FISIOTERAPEUTA.

BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

MARIA VICTORIA FERIA SOLIS, DANIEL DURAN ESTEBAN, LORENA CAMPAÑA SÁNCHEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es uno de los mayores problemas de salud pública en nuestro país. Las medidas terapéuticas que han demostrado efectividad para evitar la progresión de la enfermedad y aumentar la supervivencia son el abandono del hábito tabáquico y la oxigenoterapia domiciliaria en pacientes con hipoxemia. La rehabilitación respiratoria tiene como objetivo mejorar y mantener a la persona en el máximo grado de independencia y funcionamiento dentro de su rol. Tiene una eficacia elevada, así como se destaca la mejora de los síntomas, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios de la fisioterapia respiratoria en pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica, en la que se han utilizado diferentes bases de datos para su realización: Redalyc, Ciberindex, Dialnet, Elsevier y Medline. Se seleccionaron 3 artículos entre 2006 y 2016. Los criterios establecidos fueron: con acceso al texto completo, escritos en español o inglés.

RESULTADOS: Se ha podido comprobar que existe una notable mejoría de la disnea tras fisioterapia respiratoria durante los 6 primeros meses, después de estos 6 meses la disnea vuelve a acentuarse. Además, aparece una mejoría de los siguientes síntomas: disnea y fatiga y mejoría en cuanto al control de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Si hablamos de los beneficios a medio plazo, es decir 6 meses, se ha mostrado una mejoría en cuanto a los síntomas y calidad de vida. Esto se traduce en menor número de ingreso, de crisis, mayor calidad de vida y autonomía de la persona y menor gasto sanitario.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, EPOC, BENEFICIOS, EVALUACIÓN.

REHABILITACIÓN Y DETERIORO EN EL ADULTO

ALBA GRANADOS SÁNCHEZ, ANA MARIA SÁNCHEZ MARIN, CRISTIAN ARBOLEDAS TRIVIÑO, CARLOS LÓPEZ FERNÁNDEZ, CARINA DOPICO RAMOS, CARMEN SERRANO BENÍTEZ, YOLANDA GRAU LAVELA, FRANCISCA PARRA RUIZ, VANESA GARCIA JURADO, MONTSERRAT CARMONA MORENO, REMEDIOS GARCIA MEDINA, SILVIA PÉREZ SABORIT

INTRODUCCIÓN: Los principios de la rehabilitación en el adulto y sus logros y la prevención de la disminución de la marcha e independencia.

OBJETIVOS: Determinar medidas para tener unos conocimientos y seguimiento de la rehabilitación, identificar las causas y terapias alternativas, readaptación social y biológica y determinar medidas para retrasar el deterioro y mantener la movilidad e independencia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos y el buscador de Internet de Google Académico.

RESULTADOS: Los resultados serían que gracias a estas técnicas de rehabilitación, se logra una mejor calidad de vida y hábitos en el adulto.

CONCLUSIÓN: Tras los análisis de los resultados es importante señalar que para una mejora de la calidad de vida para el adulto, es decir que sea beneficiosa y. Por otro lado, también es significativo señalar que se evite la construcción de barreras y de ningún tipo de obstáculo para su vida. De este modo, se alcanzara una adecuada calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, DETERIORO, MOVILIDAD, DISMINUCIÓN.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN Y LAS FUNCIONES QUE REALIZA, ADEMÁS DE SU COLABORACIÓN CON LOS DEMÁS

LUCIA JIMENEZ CEPERO, ASCENSIÓN JIMÉNEZ CEPERO, PALMIRA RAMOS MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN: Estas tareas también varían según el centro donde se desarrolle la actividad pudiendo enfocarse más en la gestión administrativa o en el deporte.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es valorar las funciones del Auxiliar de Enfermería en el área de rehabilitación y su colaboración con el Fisioterapeuta o Doctor de Rehabilitación en la mejora de la salud del paciente.

METODOLOGÍA: Para la realización de este artículo se ha realizado una revisión biográfica de diversos portales web sobre esta temática.

RESULTADOS: El auxiliar de enfermería en rehabilitación estará a cargo de mantener en correctas condiciones higiénicas el equipamiento, así como su stock solicitándolo a los proveedores de ser necesario. De igual manera también se encargará de la higiene y orden de la sala y su equipamiento. Estarán al cargo de formar a los pacientes en la realización de sus entrenamientos de rehabilitación indicados por el fisioterapeuta, así como instruir en el manejo de muletas o sillas de ruedas según requiera el enfermo. En la recepción de los pacientes guían a estos y sus familiares explicándoles el tipo de tratamiento que van a recibir, escuchando sus dudas y tratando de mostrarles tranquilidad y confianza, de manera que se cree un vínculo de confianza con el paciente que ayude durante su estancia en la unidad. Otra de las maneras en las que el auxiliar ayuda al fisioterapeuta o médico de rehabilitación es encargándose de las clases de gimnasia, masajes, realización de ejercicios, hidroterapia y aplicaciones de calor y frío en pacientes.

CONCLUSIÓN: El auxiliar de enfermería es una pieza fundamental en rehabilitación pues son los encargados de guiar al paciente durante sus ejercicios siempre bajo la supervisión del fisioterapeuta. Estarán pendientes de los pacientes durante la realización de sus actividades motivándoles e informando al fisioterapeuta ante cualquier incidencia.

PALABRAS CLAVE: DEPORTE, MEJORA, SALUD, REHABILITACIÓN.

REACCIÓN ADVERSA A LOS MEDIOS DE CONTRASTE IODADOS

CARMEN HOZ ANTUNEZ, PAULA IBARGÜEN SAMPEDRO, ALICIA SAIZ DIEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 40 años que acude al servicio de radiología para realización de un TAC craneal tras caída accidental. Tras valorarse la petición, el especialista decide realizar un TAC con administración de contraste iodado. Antecedentes personales: No alergias, no HTA, no DM, IQ miopía. Tras comenzar a realizar la prueba y empezar a administrarse el contraste, el paciente comienza a moverse bruscamente y nos pide que interrumpamos la prueba ya que refiere un gran malestar y una sensación muy intensa de calor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física general nos aportó los siguientes datos: TA: 140/85 mmhg ; FC: 99 lpm ; Sat O2: 98% ; T°37 °C. El paciente presenta una erupción de manchas rojas por toda la piel y refiere un intenso picor, además de manifestarnos que tiene muchas náuseas y cefalea.

JUICIO CLÍNICO: Reacción adversa leve al contraste iodado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Después de la exploración física general, la sospecha inicial fue la reacción adversa al contraste iodado la cual se terminó de confirmar tras comprobar que al administrar los cuidados y medicamentos pautados para dicha reacción remitían los efectos de la misma.

PLAN DE CUIDADOS: Parar el contraste es necesario mantener la vía venosa y administración de antihistamínico.

CONCLUSIONES: Las reacciones adversas a los medios de contraste son una entidad infrecuente, aunque relevante debido al número cada vez mayor de exploraciones radiológicas que emplean medios de contraste iodados o de gadolinio. Aunque en su mayor parte son de carácter leve, algunos pacientes pueden tener efectos considerables que el radiólogo debe saber prevenir y eventualmente tratar. Casi todas las reacciones que amenazan la vida ocurren inmediatamente o en los primeros 20 minutos tras la inyección del contraste. Conocer los distintos efectos adversos es fundamental, ya que nos guiará en la elección del tratamiento. Por otra parte identificar a los pacientes con riesgo de padecer reacciones adversas contribuirá a reducir su incidencia.

PALABRAS CLAVE: IODO, GADOLINIO, CONTRASTE, MIOPIA.

ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

ANA LUISA LORENTE PELAEZ, EVA MARIA BAILEN SANCHEZ, ISABEL SALVADOR GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardíacas son de las principales causas de morbi-mortalidad que existen en nuestro país. La incidencia de estas enfermedades va en aumento, por lo que es de suma importancia la rehabilitación de estos pacientes. El objetivo de las rehabilitaciones cardíaca es la mejoría de la calidad de vida facilitando la integración del enfermo a la sociedad.

OBJETIVOS: Identificar el papel primordial del personal de enfermería en la etapa III de la rehabilitación cardíaca, ya que estos tienen un papel privilegiado para conseguir cambios perdurables por su conocimiento del entorno familiar, social y laboral del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el papel del personal de enfermería en la etapa III de la rehabilitación cardíaca, en la última década. Se consultaron diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo, Embase, Scopus, Ovidio, Medline, Dialnet) y la Asociación Española del corazón y la Fundación de pacientes coronarios (FEC y APACOR). En todos los casos se limitó la búsqueda entre 2012-2017. Los criterios que se establecieron fueron: 1) Publicaciones de acceso libre y completas, 2) Investigaciones que analizasen el papel de enfermería en la rehabilitación cardíaca, 3) escritos en Español e Inglés. De 50 publicaciones, fueron seleccionadas 10.

RESULTADOS: Los resultados muestran una baja prevalencia de intervenciones del personal de enfermería en la rehabilitación cardíaca, debido a que el acceso de este tipo de enfermo a la consulta de enfermería es muy restringido y solo accede por recomendación médica.

CONCLUSIÓN: Destacar que existe poca información científica sobre el papel del personal de enfermería en la rehabilitación cardíaca y el poco acceso que tienen estos pacientes a la consulta de enfermería, aunque el trabajo del personal de enfermería sea imprescindible en esta etapa.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, ENFERMEDAD CARDÍACA, PERSONAL DE ENFERMERÍA, BUENAS PRÁCTICAS.

EJERCICIO FÍSICO: TRATAMIENTO DE LA BURSITIS DE CADERA

BEATRIZ GARCIA HERAS, CRISTINA MARIA GONZALEZ MANZANO, SABINA SÁNCHEZ VILLANUEVA

INTRODUCCIÓN: La bursa es una estructura que encontramos en las principales articulaciones, en ella esta localizada un liquido denominado sinovial, encargado de lubricar y favorecer la amortiguación y deslizamiento de los músculos y tendones que forman la articulación. La bursitis trocanterica se produce cuando se inflama e irrita dicha bursa, siendo una de las causas mas comunes de dolor de cadera.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta el tratamiento de la bursitis de cadera mediante el ejercicio físico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliografía de las publicaciones científicas sobre la bursitis de cadera. Se consultaron diferentes bases de datos de ciencias de la salud: Scielo, CochranePlus, MedlinePlus. Los descriptores de búsqueda fueron: bursitis, ejercicio rehabilitador. Los criterios de inclusión fueron 10 artículos en español publicados desde 2012 hasta la actualidad.

RESULTADOS: Es importante valorar la presencia de la bursitis para conseguir una mejoría funcional de la articulación previniendo asi la cronicidad del cuadro clínico. Los tratamientos complementarios se enfocan sobre todo a disminuir la inflamación de la bolsa serosa y a la realización de estiramientos y ejercicios que consigan reequilibrar progresivamente el balance articular de la cadera y disminuir la fricción en la zona. Entre los tratamientos rehabilitadores más utilizados se encuentran crioterapia, electroterapia y magnetoterapia. Los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento son quizás una de las partes más importantes. El objetivo principal es promover el ejercicio físico en pacientes con bursitis de cadera, aumentar los conocimientos sobre ejercicios rehabilitadores sobre dicha patología y recuperar la actividad física en estos pacientes.

CONCLUSIÓN: Concluyendo, después de esta revisión hemos podido apreciar que a pesar del dolor causado en la bursitis de cadera, casi todos los artículos desaconsejan la cirugía y siendo mas conservadores centrándose en diferentes ejercicios rehabilitadores. Los estiramientos y fortalecimiento de la musculatura son los grandes pilares, junto con la crioterapia, magnetoterapia y electroterapia. La gran prevención es evitar golpes en la zona del trocánter y sobrecargas.

PALABRAS CLAVE: BURSITIS, CADERA, TRATAMIENTO, EJERCICIO REHABILITADOR.

PROTOCOLO DE ARTROPLASTIA DE RODILLA EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL

CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA

INTRODUCCIÓN: Las revisiones clínicas basadas en fuentes de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), consisten en revisiones narrativas que buscan fuentes documentales en bases de datos de publicaciones secundarias, revisiones sistemáticas o guías de práctica clínica, permitiendo obtener información relevante filtrada metodológicamente en cuanto a diseño del estudio y relevancia clínica del mismo. En rehabilitación, nos encontramos frecuentemente modos de tratamiento y procedimientos basados más en costumbres y hábitos de trabajo que en resultados en salud. La rehabilitación tras una sustitución articular de rodilla necesita de una actualización para tratar de mejorar su eficacia.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica que nos ayude a: Disminuir el tiempo de inicio de tratamiento fisioterápico tras la cirugía. Incrementar los recursos de rehabilitación en estos pacientes mediante la Terapia Ocupacional.

METODOLOGÍA: Grupo de trabajo interdisciplinar: revisión bibliográfica de guías de práctica clínica y protocolos basados en la evidencia, análisis crítico y adaptación del protocolo a las características del centro y a los recursos disponibles.

RESULTADOS: Resultados del pilotaje realizado: disminución del tiempo de espera para valoración del médico rehabilitador en 11 días y para inicio de la fisioterapia en 23 días. Se consiguen los objetivos terapéuticos con una media de 60 días menos que anteriormente al protocolo.

CONCLUSIÓN: El pilotaje del “Protocolo de Artroplastia de Rodilla en Rehabilitación Funcional” mejora el tiempo de inicio de tratamiento de estos pacientes e incorpora la actividad de Terapia Ocupacional con respecto al modo de tratamiento clásico. Esto parece mejorar los siguientes aspectos: movilidad de la rodilla, independencia de la marcha e independencia para las AVD. Se necesita realizar un ensayo clínico para determinar con datos más amplios y objetivos estas conclusiones, además de aspectos tan importantes como la disminución del dolor, fuerza muscular, calidad de vida, calidad de la marcha, funcionalidad y disminución del riesgo de caída.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA DE RODILLA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, PROTOCOLO BASADO EN LA EVIDENCIA.

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

RAFAEL YAÑEZ FIGUEROA, ERNESTO SEQUERA PALOMO, LIDIA BARJA VEGA

INTRODUCCIÓN: En el área de rehabilitación, son funciones del celador las de ayudar al fisioterapeutas a realizar los movimientos de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, vigilar las instalaciones de manera que se cumplan todas las normas y no entren personas ajenas al centro, y si es necesario deberá transportar a los enfermos desde la ambulancia o cualquier otro vehículo hasta el área de rehabilitación para ser atendido por el fisioterapeuta.

OBJETIVOS: Determinar las funciones del celador en el área de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se trata de una revisión bibliográfica exhaustiva a las principales bases de datos como Pubmed y Cuiden.

RESULTADOS: Entre las funciones del celador en el área de rehabilitación son según su puesto, si están el la puerta se encargaran de que se cumplan las normas, así como recoger a los pacientes desde la ambulancia. Y si están dentro del área de rehabilitación cuidar de que lo enfermos hagan un buen uso de los enseres, de mantener orden y silencio y ayudar al fisioterapeuta en lo que necesite. El objetivo es velar por la seguridad del paciente tanto en el traslado como puede ser de la ambulancia al área de rehabilitación o evitando la entrada de personas ajenas.

CONCLUSIÓN: El celador tiene un papel muy importante en el área de rehabilitación, por lo que conocer muy bien sus funciones se traduce un trabajo de calidad.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, NORMAS, AYUDA, PREVENCIÓN.

POLIARTRITIS EN PACIENTE JOVEN DERIVADO DE ATENCIÓN PRIMARIA

JOSEFA RAMOS MESA, CARMEN MEDINA JIMENEZ, MARIA EUGENIA FERNANDEZ ERDOZAIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 25 años que acude a consultas externas por tumefacción articular asimétrica de unos 7 años de evolución, en manos, pies ,rodillas y tobillos. Asocia úlceras orales, periodontitis y probable dolor lumbar inflamatorio pero muy ocasional. Antecedentes: Asma bronquial tipo alérgico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen estado general, bien hidratado y perfundido normocoloreado, hemodinámicamente estable y afebril. Rx de mano izquierda. Se realiza analítica sanguínea con extracción de bioquímica, coagulación. Extracción de urocultivo.

JUICIO CLÍNICO: Artritis seronegativa a estudio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La artritis séptica, la artritis reactiva o postinfecciosa, la AR y la enfermedad de Still, la vasculitis, el LES, las artropatías microcristalinas y otras, como la fiebre mediterránea familiar, la sarcoidosis, el cáncer o las enfermedades mucocutáneas. Síndrome de Reiter.

PLAN DE CUIDADOS: Diagnósticos NADA: 00085 Deterioro de la movilidad física. Resultados NOC: 0200: Ambular; 0202: Equilibrio; 0208: Movilidad. Intervenciones NIC: 022108: Ayudar al paciente a deambular, si es necesario; 022402: Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo; 022404: Ayudar al movimiento articular regular y rítmico dentro del dolor permitido, en la resistencia y en la movilidad articular.

CONCLUSIONES: La evaluación de un paciente con poliartritis supone un desafío para el clínico, siendo muy importante una correcta aproximación al paciente para llegar a un diagnóstico preciso. Se deriva al paciente a rehabilitación y se pauta como tratamiento Prednisona 5 mg ,un comprimido en desayuno diario. Se cita al mes con analítica y RX.

PALABRAS CLAVE: ARTRITIS, TUMEFACCIÓN ARTICULAR, SÍNDROME DE REITER, PACIENTE.

TERAPIA OCUPACIONAL EN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

RAQUEL NAVARRO PONCE, ALBA NOHALEZ JUNCOS, CRISTINA MATEO CEBRIAN, ESTHER CALERA LUCAS, ANA ISABEL NAVARRO OLIVAS, CARMEN CANO ALMARCHA, PEDRO ANTONIO HERAS GUALDA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: A. M. C de 50 años es una mujer natural de la provincia de Albacete derivada a finales del 2017 al Servicio de Rehabilitación Funcional , al área de Terapia Ocupacional con un diagnóstico de Hemiplejía derecha espástica y afasia mixta como consecuencia de un accidente cerebrovascular hemorrágico parietofrontal izquierdo sufrido en Mayo de 2017. A su llegada al departamento de terapia ocupacional del recurso, se aprecia y se observa una persona hipotímica, lábil con llantofácil, al parecer más inactiva de lo que cabe esperar por sus limitaciones. El lenguaje es lento pero consigue expresarse con claridad. Comenta que anteriormente ha sido una persona muy activa, trabajadora y perfeccionista.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En el índice de Barthel obtiene una puntuación de 65/100 siendo” dependencia moderada”. En el test de Lawton obtiene una puntuación de 3/8 siendo “dependencia severa” Se le valoran sus capacidades cognitivas en terapia ocupacional a través de la Evaluación cognitiva Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment LOTCA y no se detectaron déficits cognitivos en la usuaria. Tiene un patrón hemipléjico con rotación interna de hombro, flexión de codo, pronación y flexión de muñeca y metacarpofalángicas). No presenta alteración de la sensibilidad.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebrovascular hemorrágico parietofrontal izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Presenta hemiplejía derecha con espasticidad, labilidad emocional y afasia mixta.

PLAN DE CUIDADOS: Restauración y potenciación de las destrezas motoras, reeducación de las Actividades de la Vida Diaria, fomentar la motivación ,explorar actividades de ocio apropiadas a sus limitaciones e intereses, , asesorar a la familia sobre la patología y concienciar de la necesidad de fomentar la autonomía.

CONCLUSIONES: Es primordial empezar a trabajar cuanto antes con la figura del terapeuta ocupacional ya que su fundamento principal es la autonomía personal que determinará el nivel de independencia y la calidad de vida de las personas con algún grado de discapacidad.

PALABRAS CLAVE: NEUROLOGÍA, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, REHABILITACIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL.

ENTRENAMIENTO DE EXTREMIDADES INFERIORES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

ANA RODRÍGUEZ NARANJO, MARÍA JESÚS RENCORET ORTEGA, INMACULADA ORTA
ASENCIO

INTRODUCCIÓN: Hoy en día podemos confirmar que la rehabilitación respiratoria ofrece resultados positivos en pacientes con enfermedades crónicas. Esta terapia ofrece multitud de variantes como la promoción y educación de la salud, la fisioterapia respiratoria, el apoyo psicoemocional, el soporte nutricional, la terapia ocupacional y la variante en que se centra este estudio, el entrenamiento muscular, concretamente en las extremidades superiores.

OBJETIVOS: Identificar el tipo de rehabilitación respiratoria más efectiva para pacientes con EPOC. Determinar el nivel de evidencia de la eficacia del entrenamiento de las extremidades inferiores en pacientes con EPOC. Analizar los efectos positivos de esta terapia en los pacientes.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica basada en la búsqueda de artículos y revistas científicas en distintas bases de datos (Medline, Cuiden, Cochrane y Scielo).

RESULTADOS: La rehabilitación respiratoria se define por la American Thoracic Society y European Respiratory Society como una intervención multidisciplinaria y global que debe formar parte del tratamiento individualizado del paciente, dirigida a reducir los síntomas, optimizar la capacidad funcional, incrementar la participación y reducir los costes sanitarios, estabilizando o revirtiendo las manifestaciones sistémicas de la enfermedad. El entrenamiento muscular de extremidades inferiores es la variante de rehabilitación respiratoria que mejores resultados consigue en los pacientes con EPOC, apoyado por un nivel de evidencia A según la American Thoracic Society.

CONCLUSIÓN: El entrenamiento muscular de las extremidades inferiores y de la rehabilitación respiratoria en general ha demostrado la capacidad para mejorar la disnea, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida percibida en pacientes con EPOC.

PALABRAS CLAVE: EPOC, ENTRENAMIENTO, EXTREMIDADES INFERIORES, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA.

LOS GRANDES BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN

MARIA DEL CARMEN ALONSO CAPEL, SUSANA MARTINEZ PEREZ, RAQUEL AMATE CONTRERAS

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación y habilitación son procesos destinados a permitir que la personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios de la rehabilitación en la discapacidad para conseguir un funcionamiento óptimo en su día a día.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática de publicaciones sobre rehabilitación utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Estas actividades contribuyen a que una persona logre y mantenga el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente, utilizando los siguientes resultados generales. Resultados generales: Prevención de la pérdida de función. Reducción del ritmo de pérdida de la función. Mejora o restauración de la función. Compensación de la función pérdida. Mantenimiento de la función actual.

CONCLUSIÓN: Las medidas de rehabilitación se centran en las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación y los factores ambientales y personales. Los resultados de la rehabilitación son los beneficios y cambios ocurridos a lo largo del tiempo en el funcionamiento de una persona que pueden atribuirse a una medida concreta o a un conjunto de medidas.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, PREVENCIÓN, MEJORA, COMPENSACIÓN, MANTENIMIENTO.

EFFECTIVIDAD DEL EJERCICIO TERAPÉUTICO EN EL SÍNDROME DOLOROSO FEMOROPATELAR

LAURA NAVARRO MIRÓN, OTILIA CALVENTE QUESADA, CARMEN FERNANDEZ GOMEZ

INTRODUCCIÓN: El síndrome doloroso femoropatelar (SDFP) supone un cuadro común por el uso excesivo de la extremidad inferior. Existe controversia sobre el tratamiento más adecuado, si bien hay acuerdo general sobre un enfoque no quirúrgico.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es analizar la efectividad del ejercicio terapéutico en el SDFP.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, PEDro, Scopus y Web of Science. Los descriptores usados fueron: patellofemoralpain syndrome, physical therapy, therapeutic exercise y rehabilitation. Los estudios debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: ejercicios aplicados a sujetos activos con SDFP, debían ser ensayos clínicos, publicados en los últimos 10 años y que presentaran una alta calidad en la escala PEDro (≥ 5). Se excluyeron aquellos estudios cuyos sujetos tuvieran intervención quirúrgica, enfermedad sistémica, embarazo, muestra inferior a 20 participantes o que combinarán el ejercicio con otras modalidades fisioterapéuticas. Se obtuvieron un total de 12 estudios.

RESULTADOS: El ejercicio terapéutico en el abordaje del SDFP proporciona disminución del dolor y mejora de la capacidad funcional, sobre todo el fortalecimiento y estiramiento del miembro inferior.

CONCLUSIÓN: Esta revisión sistemática encuentra evidencia moderada de que la fisioterapia basada en programas de ejercicio, principalmente de fortalecimiento y estiramientos de miembro inferior, produce efectos positivos en el tratamiento del SDFP. Si bien, se requieren nuevos estudios futuros en esta línea de investigación que apoyen la actual evidencia.

PALABRAS CLAVE: EJERCICIO, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, TERAPÉUTICO, SÍNDROME DOLOROSO FEMOROPATELAR.

TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

MARTA LOPEZ GALLEGO, BELEN PAREJA JIMÉNEZ, ESTHER GALLEGO ROMAN

INTRODUCCIÓN: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza esencialmente por una limitación crónica, progresiva y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción inflamatoria de las vías aéreas, debida principalmente al humo de tabaco. Se trata de una enfermedad infra diagnóstica y que causa una elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad en los pacientes que la padecen, provocando un problema de salud pública de gran magnitud. Representa un elevado coste sanitario y constituye la cuarta causa de muerte en España. El cambio en el patrón de morbimortalidad y los actuales problemas de salud requieren por su complejidad acciones que combinen diferentes estrategias, métodos y técnicas para su abordaje. Para el tratamiento de pacientes con EPOC se recomienda iniciar precozmente la rehabilitación respiratoria tras finalizar el tratamiento de la reagudización, con un grado fuerte de recomendación.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de las técnicas de rehabilitación respiratoria para los pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica acerca de la enfermedad EPOC y tratamientos terapéuticos de rehabilitación respiratoria en las bases de datos PUBMED, Biblioteca Cochrane Plus, empleando como descriptores "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "Physical therapy modalities".

RESULTADOS: Los pacientes con EPOC suelen experimentar una hipersecreción de moco como resultado de la inflamación de las vías aéreas, lo que a su vez conduce a la disminución del flujo aéreo, aumento del trabajo respiratorio, disnea e intolerancia al ejercicio. El despeje de las vías respiratorias mediante las diferentes técnicas de rehabilitación, es un componente clave en la fisioterapia respiratoria.

CONCLUSIÓN: Las técnicas de rehabilitación respiratoria han demostrado su eficacia clínica en los pacientes con EPOC, ya que mejoran los síntomas, la calidad de vida y la capacidad de esfuerzo de los pacientes con EPOC.

PALABRAS CLAVE: EPOC, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, VÍAS RESPIRATORIAS, FLUJO AÉREO.

REHABILITACIÓN EN NIÑOS CON RIESGO DE PARÁLISIS CEREBRAL

MARIA LUISA GARCIA MARTINEZ, ANA ROSA FERNANDEZ MOLINERO, YOLANDA ESTÉVEZ VILLALBA

INTRODUCCIÓN: Trastorno motor caracterizado por alteraciones en el control del movimiento y la postura causado por un daño cerebral. Los servicios de rehabilitación están destinados a personas que han perdido la capacidad normal de funcionamiento, a menudo como consecuencia de una lesión, un accidente cerebro vascular, una infección, un tumor, por una intervención quirúrgica o una enfermedad progresiva.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de la rehabilitación en niños con riesgo de parálisis cerebral.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente en las palabras clave.

RESULTADOS: Se concluye que la calidad de investigación es deficiente, pero ha mejorado en la última década. Hasta ahora no existe evidencia que respalde la indicación de un tipo de terapia de rehabilitación motora. Hay que dejar que los niños sigan avanzando con la parálisis pero tratando una terapia basada en objetivos funcionales y adaptativos que deben reevaluar periódicamente los resultados de forma crítica. El 84% de los pacientes regresan al domicilio y el 16% requieren de una alternativa institucional de carácter transitorio o definitivo. Un 4,7% pueden ser agravamientos considerados. No hay evidencias significativas que respalden que el uso de una terapia tenga más efectos en disminuir la espasticidad que da, pero se encontraron más estudios que avalan el uso de la toxina botulínica tipo (ACTXB-A) con un posterior tratamiento de fisioterapia o terapia ocupacional.

CONCLUSIÓN: Se puede concluir que hasta el momento no se respalda mucho un tipo de terapia a la rehabilitación motora de este tipo de parálisis, pero se debe aplicar una terapia que debe ser basada en objetivos funcionales y adaptativos; incluir al paciente, a la familia, la escuela, etc. , Y estos deben ser seguidos por profesionales de neurorrehabilitación. Palabras clave: parálisis cerebral, rehabilitación, neurorrehabilitación, estimulación.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS CEREBRAL, REHABILITACIÓN, NEURORREHABILITACIÓN, ESTIMULACIÓN.

LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA FÍSICA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

MONTSERRAT MURCIA HERNANDEZ, LAURA PIÑERO GARCIA, FRANCISCO MORENO RESINA

INTRODUCCIÓN: La distrofia muscular de Duchenne es una enfermedad hereditaria, causada por mutaciones en el gen de la distrofina, una proteína presente en las células musculares. Este tipo de distrofia muscular implica debilidad muscular que empeora de forma muy rápida.

OBJETIVOS: Analizar medidas benéficas para la enfermedad de Duchenne con la terapia física.

METODOLOGÍA: En la presente revisión se realiza una búsqueda de la literatura científica y se analizan algunos de los principales estudios clínicos publicados hasta la actualidad que evalúan los beneficios de la terapia física en la distrofia muscular de Duchenne. Búsqueda y revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Cuiden, Medline, Cochrane.

RESULTADOS: Es una medida benéfica que ayuda a prevenir las contracturas musculares en los pacientes con DMD. Se recomiendan ejercicios de estiramiento y flexión con vigilancia de un terapeuta que conozca la enfermedad. Se recomiendan ejercicios en bicicleta y natación. Importante evitar la obesidad. Los ejercicios de resistencia intensos están contraindicados, porque pueden agravar el daño muscular. Además, se deben prevenir las deformidades óseas, como contracturas en flexión, escoliosis y pie equino, entre otras. En cuanto a los entrenamientos de los músculos respiratorios se necesitan más evidencias ya que hay controversia de opiniones.

CONCLUSIÓN: En la actualidad se requiere de una mayor investigación y seguimiento de los pacientes para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas, ya no se cuenta con un tratamiento específico.

PALABRAS CLAVE: DISTROFIA MUSCULAR, DISTROFINA, DUCHENNE, DEBILIDAD.

TRATAMIENTO PARA SÍNDROME DE ABDUCCIÓN DOLOROSO DE HOMBRO

MONTSERRAT MURCIA HERNANDEZ, LAURA PIÑERO GARCIA, FRANCISCO MORENO RESINA

INTRODUCCIÓN: El síndrome de pinzamiento subacromial incluye el síndrome del manguito rotador, bursitis y tendinitis del hombro. Encontramos tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, cuyos objetivos serán: reducir el dolor y la inflamación, tratar el manguito rotador comprimido y restaurar la función del hombro.

OBJETIVOS: Identificar la efectividad de los medios físicos como coadyuvante del tratamiento en el síndrome de abducción dolorosa de hombro.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y analítico; se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes con el diagnóstico de síndrome de abducción dolorosa de hombro, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Centro: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad que fueron atendidos por primera vez en el servicio de rehabilitación; se excluyeron los expedientes incompletos, y los pacientes que habían recibido tratamiento quirúrgico, o si el paciente aún continuaba en tratamiento de rehabilitación.

RESULTADOS: Las modalidades de terapia física más utilizadas fueron: compresas húmedo-calientes más corrientes interferenciales (60,2%) y compresas húmedo-calientes más ultrasonido (17,1%). El 53,6% obtuvo mejoría moderada, el 36,4% mejoría leve, y el 9,9% No tuvo mejoría. No se encontró diferencia estadística significativa entre las diferentes modalidades de terapia física.

CONCLUSIÓN: El programa de rehabilitación supervisada para el manejo de síndrome de abducción dolorosa de hombro consta en promedio de 9 sesiones de fisioterapia, siendo la modalidad predominante la de compresas húmedo-calientes más corrientes interferenciales. En nuestro estudio se obtuvo una mejoría funcional en el 90% de los casos.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, BURSITIS, TENDINITIS, SUPRAESPINOZO.

A PROPÓSITO DE UN CASO: COMO AFECTA LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

MARIA DE LOS ANGELES CORREA SANCHEZ, MARÍA BELÉN SÁNCHEZ CAMACHO, CARMEN ROSA HERRERA GÁLVEZ

INTRODUCCIÓN: La atrofia muscular espinal, enfermedad genética que ataca las células nerviosas: neuronas motoras, esta se encuentra en la médula espinal. Esta asociada con los músculos voluntarios, los que se pueden controlar, como los brazos y piernas. Conforme los músculos pierden neuronas, se debilitan. Puede dañar su capacidad para caminar, gatear, respirar, tragar y controlar la cabeza y cuello.

OBJETIVOS: Controlar los síntomas de atrofia muscular espinal evitando así las complicaciones que puede conllevar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Medline y diferentes descriptores.

RESULTADOS: La fisioterapia, terapia ocupacional y la rehabilitación pueden ayudar a mejorar la postura, evitar la inmovilidad articular, la debilidad muscular lenta y la atrofia. Existen análisis de sangre que indican si hay supresiones o mutaciones del gen. Esta prueba identifica un 95% de SMA Tipos I, II, y III. Otras pruebas de diagnóstico incluyen la electromiografía (registra la actividad eléctrica del cerebro o la médula espinal a una raíz nerviosa periférica encontrada en los brazos y piernas que controla los músculos durante la contracción y en reposo), los estudios de velocidad de conducción nerviosa (miden la energía eléctrica evaluando la capacidad del nervio de enviar una señal), la biopsia muscular (para diagnosticar trastornos neuromusculares y también puede revelar si una persona es portadora del gen defectuoso que puede pasarse a hijos).

CONCLUSIÓN: Los ejercicios de estiramiento y fortalecimiento pueden ayudar a reducir la espasticidad, aumentar el rango de movimiento y mantener el flujo circulatorio

PALABRAS CLAVE: ATROFIA, MUSCULAR, ESPINAL, NEURONAS, CÉLULAS.

REHABILITACIÓN A PACIENTES TETRAPLÉJICOS EN UNIDADES ESPECIALIZADAS

MARIA MÁRQUEZ HUERTAS, MARÍA LOURDES SERRANO POYATOS, AURORA TORICES LOZANO

INTRODUCCIÓN: La Tetraplejia es un signo clínico por el que se produce parálisis total o parcial de brazos y piernas causada por un daño en la médula espinal específicamente en alguna de las vértebras cervicales, específicamente en alguna de las vértebras cervicales.

OBJETIVOS: Determinar las pautas para mejorar la capacidad física general consiguiendo un equilibrio independiente e ir incorporando la posición en 4 puntos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos científicos, para las que se han utilizado las palabras clave anteriormente mencionadas como descriptores.

RESULTADOS: Según los estudios realizados la complejidad de los cuidados del lesionado medular hace que la derivación a un centro de rehabilitación especializado sea determinante para obtener resultados a corto y largo plazo para su reinserción social. Aunque los pacientes tratados aún necesitan sus sillas de ruedas y muletas para desplazarse, obtienen mejoría, llegando a recuperar algo de sensibilidad, mejor control de los esfínteres e incluso algunos llegan a recuperar parte de su función motora.

CONCLUSIÓN: Les permite que mejoren su calidad de vida, regulando sus esfuerzos físicos de forma no invasiva para la salud ayudando a ser menos dependientes de su silla de ruedas, mejorando su autoestima para lo que se sentirán en mejor disposición para su inserción en la sociedad.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, REINSERCIÓN, TETRAPLEJÍA, PARÁLISIS.

EFFECTIVENESS OF VIRTUAL REALITY TRAINING FOR MOBILITY IMPROVEMENT IN PEOPLE WITH MULTIPLE SCLEROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

MARIA JESUS CASUSO-HOLGADO, FRANCISCO JOSE MONTERO-BANCALERO, CRISTINA GARCIA-MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: In recent years, the effectiveness of virtual reality as a therapeutic tool has become an interesting topic of research. Multiple sclerosis is a neurodegenerative disease whose symptoms may reduce mobility and independence of patients and affects overall quality of life.

OBJETIVOS: To systematically review and summarize the evidence of virtual reality interventions for mobility improvement in people with multiple sclerosis and to determine the magnitude of the effects of these interventions in a meta-analysis.

METODOLOGÍA: Systematic review of randomized controlled trial (RCT) and quasi-randomized clinical trials (CT). PRISMA guideline statement was performed. An electronic search was conducted between 1st - 31st May 2017 by two independent reviewers on the following databases: MEDLINE (PubMed), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) and CINHAL. Strategy search was as follow: (((((((((((("virtual reality"[Title/Abstract]) OR game[Title/Abstract]) OR gaming[Title/Abstract]) OR exergaming[Title/Abstract]) OR interactive[Title/Abstract]) AND walking[Title/Abstract]) OR ambulation[Title/Abstract]) AND "multiple sclerosis"[Title/Abstract]) AND Clinical Trial[ptyp])) AND "trial"[Title/Abstract])). Methodological quality was assessed using PEDro scale.

RESULTADOS: Four RCT involving 156 patients were included. The methodological quality score ranged between 5 and 8 with a mean of 6.5. Timed Up and Go Test was used for mobility assessment. Compared with no intervention, significant differences in favour of the virtual reality group were reported in one study. However, no significant pooled MD was observed (MD= -0.541; 95% CI=-3.225, 2.142; P=0.693; I2=40%). Compared with standard therapy, significant differences were observed in favour of the control group in one intervention; in contrast, another one reported significant mobility improvement only in the experimental group. The pooled MD was not significant (MD=1.190; 95% CI=-0.109,2.490; P=0.073; I2=0%).

CONCLUSIÓN: Inconclusive data concerning the effectiveness of virtual reality training for mobility improvement has been observed. To improve the strength of the evidence, future studies need to be large RCT, reporting clear protocols for virtual reality.

PALABRAS CLAVE: MULTIPLE SCLEROSIS, VIRTUAL REALITY, MOBILITY, PHYSICAL THERAPY, QUALITY OF LIFE.

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

MARIA PATROCINIO OLMO QUESADA, ROSA FERNANDEZ CANTERO, ANTONIO JOSE CARO GAMEZ

INTRODUCCIÓN: Las funciones de los Celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B. O. E. Del 22 de Julio de 1971).

OBJETIVOS: Analizar el trabajo de planta ayudando al movimiento de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación, ayudando a los Fisioterapeutas.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos, utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles del servicio en general.

CONCLUSIÓN: Para la realización de todas estas actividades, así como de otras semejantes que pudieran surgir, estarán sometidos a los horarios y normas de la unidad a la que estén adscritos. Estarán siempre localizados en la Unidad a la que estén adscritos.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, PACIENTE, HOSPITAL, TERAPIA.

CRISIS DE DISREFLEXIA AUTONÓMICA A PROPÓSITO DE UN CASO

SERGI PRAT RIZZO, RAQUEL MARTÍNEZ DOMENECH, ASUNCIÓN GARCIA GARCÍA, ANDREA BORT ROIG, SARA LASIERRA LARRUY, CARLA GEMA CARO MORALES, GEMMA AGUILAR COSTA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre ingresado de 32 años por accidente de tráfico con lesión medular a nivel de C5 con un ASIA C desde hace 40 días en fase crónica. El paciente muestra signos como cefalea intensa, espasmos generalizados y diaforesis por encima de la lesión medular. El paciente está consciente y orientado y verbaliza no encontrar-se bien sin saber especificar el motivo. Por otro lado el paciente no presenta antecedentes de ningún tipo ni alergias medicamentosas conocidas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le hace una valoración de su TA con resultados de 210/113 mmHg. No se observa disnea ni otros factores desencadenantes siguiendo la exploración ABC.

JUICIO CLÍNICO: Crisis de disreflexia autonómica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Después de la exploración complementaria observando la sintomatología, se describe su estado como una crisis de hipertensión arterial. Junto con los otros síntomas y debido a su lesión medular se resuelve en diagnosticar la crisis de disreflexia para proceder a su tratamiento resolutivo con el fin de evitar complicaciones.

CONCLUSIONES: La crisis de disreflexia es derivada como respuesta fisiológica en lesionados medulares debido a factores físicos, vejiga neurógena e intestino neurógeno lleno y dolor en cualquier parte del cuerpo sin capacidad sensorial. El tratamiento inicial se basa en elevación del cabezal a 90 grados para reducir la presión en la cabeza, tratar la hipertensión arterial con fármacos antihipertensivos y buscar la causa de la crisis de disreflexia como bien se ha descrito anteriormente. De no ser resuelta, puede tener graves consecuencias a nivel sistémico pudiendo ocasionar la muerte.

PALABRAS CLAVE: HTA, CRISIS DE DISREFLEXIA, TRATAMIENTO, LESIÓN MEDULAR.

INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINAR EN REHABILITACIÓN DE FRACTURAS DE CADERA

GLORIA MARÍA GALLEGOS VELASCO, LOURDES BUJALANCE DIAZ, FRANCISCO LEON PAREJO

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de cadera son, en la actualidad, la causa más frecuente de hospitalización en la 3ª edad, lo cual que genera complicaciones que van desde distintos grados de discapacidad hasta la pérdida completa de la independencia. Un equipo multidisciplinar es un grupo de diferentes profesionales que operan en conjunto para conseguir un objetivo común. Se compone de: médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo y enfermera.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión sistemática es analizar si la intervención de un equipo multidisciplinar favorece la recuperación funcional de personas que han sufrido fractura de cadera frente a tratamientos independientes. Comprobar cuáles son los efectos del tratamiento rehabilitador desde el abordaje multidisciplinar.

METODOLOGÍA: Se han empleado bases de datos (Pubmed, embase) y se han utilizado los siguientes criterios de selección: personas mayores de 65 años, pacientes que han sufrido fractura de cadera y personas que participan en rehabilitación funcional. Se han obtenido un total de 4 ensayos clínicos de los que se han concluido los resultados.

RESULTADOS: La intervención de equipos multidisciplinarios en rehabilitación de fracturas de cadera es efectiva en cuanto a costo global, duración del proceso de tratamiento y reducción de probabilidad de fractura secundaria. Se favorece el proceso de rehabilitación y mejora la calidad de vida del paciente. Se consigue mejorar la participación del paciente adaptando a las necesidades individuales, reduciendo el miedo a caerse y mejorando la autoeficacia para ejercitar y realizar las actividades de la vida diaria. Se consiguen buenos resultados más allá de las primeras intervenciones de reducción de la fractura por medicina traumatológica.

CONCLUSIÓN: La intervención de equipos multidisciplinarios en la rehabilitación funcional de pacientes que han sufrido fractura de cadera favorece el proceso de forma satisfactoria en cuanto a duración, costos y mejora de calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, INTERVENCIÓN, FRACTURA, CADERA.

ABORDAJE DE LA HEMIPLEJIA MEDIANTE LA TERAPIA DEL ESPEJO

GLORIA MARÍA GALLEGOS VELASCO, LOURDES BUJALANCE DIAZ, FRANCISCO LEON PAREJO

INTRODUCCIÓN: La hemiplejia es un trastorno en el que la mitad del cuerpo se encuentra paralizado como consecuencia de un accidente cerebro vascular o enfermedades que afecten a la espina dorsal o los hemisferios cerebrales. Puede causar hipotonía, espasticidad, dolor y otros problemas asociados. La terapia del espejo es una técnica que se basa en la colocación de un espejo en el plano medio del paciente, de forma que se refleje la extremidad no parética y la imagen se superponga a la parética. Con esta colocación se le solicita al sujeto que realice movimientos bilaterales y sincrónicos, mientras observa el reflejo que crea la ilusión de movimiento en el miembro parético.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión sistemática es analizar si la utilización de la técnica de la terapia del espejo junto a otros métodos favorece el proceso de rehabilitación de una persona que tiene una hemiplejía. También se pretende revisar si existen criterios de exclusión de la técnica en determinados casos.

METODOLOGÍA: Se han empleado bases de datos (Pubmed, embase) y se han utilizado los siguientes criterios de selección: pacientes que tienen hemiplejia, pacientes que realizan rehabilitación con terapia del espejo exclusivamente y pacientes que realizan rehabilitación con terapia del espejo y técnicas convencionales.

RESULTADOS: La terapia del espejo combinada con intervención rehabilitadora tradicional puede mejorar efectivamente la fuerza y el equilibrio muscular en los pacientes de ACV hemipléjicos. Sin embargo, se necesitan más estudios para demostrar la reorganización cerebral después de la terapia espejo combinada con tratamiento convencional. La aplicación de una combinación de terapia de espejo con rehabilitación convencional consigue mejoras significativas principalmente en la función motora pero no tanto en la función sensorial y el rendimiento funcional.

CONCLUSIÓN: El uso de la terapia del espejo en el proceso de rehabilitación junto con otras técnicas favorece la recuperación funcional del paciente.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, ESPEJO, HEMIPLEJIA, REHABILITACIÓN.

FUNCIONES REHABILITADORAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ICTUS

MANUELA RECHE GARCÍA, PILAR RECHE GARCÍA, CARMEN AGUILAR ASENSIO

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es un proceso largo que requiere tanto de la colaboración del paciente como la de su familia, así como la aplicación de determinadas técnicas por diferentes profesionales. Esta busca reducir las discapacidades sufridas por un paciente que ha sufrido un ictus, así como facilitar su reintegración social.

OBJETIVOS: Determinar medidas para ayudar a las movilizaciones del paciente siguiendo las instrucciones del rehabilitador para proporcionarle el mayor grado de autonomía posible.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado han sido: movilización, recuperación, independencia y técnico.

RESULTADOS: Las técnicas de movilización deben realizarse de forma lenta y seguras, explicándole al paciente lo que vamos a hacer para conseguir su colaboración, es importante también implicar a la familia. Los resultados obtenidos deben aumentar la autoestima y el bienestar del enfermo. La terapia de rehabilitación ayuda a volver a aprender aptitudes que se han perdido cuando parte del cerebro se daña.

CONCLUSIÓN: Para la correcta realización de movilizaciones existen una serie de técnicas que nos van a ayudar a prevenir posibles lesiones en el técnico sanitario, a la vez que el paciente se sienta seguro y tengan la mayor efectividad para su recuperación y finalmente su independencia.

PALABRAS CLAVE: MOVILIZACIÓN, RECUPERACIÓN, INDEPENDENCIA, TÉCNICO.

REALIZACIÓN DE UNA GUÍA PARA PACIENTES CON ACCIDENTE VÁSCULO CEREBRAL Y SUS CUIDADORES

ANA SALVADOR BLAZQUEZ, CRISTINA MARTIN LOPEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: El AVC es una patología muy habitual en el proceso de rehabilitación, con un periodo largo de recuperación, un nivel de secuelas importante y una alteración en la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

OBJETIVOS: Determinar una guía de ayuda para pacientes con AVC y sus cuidadores que son atendidos en el área de Rehabilitación del Hospital de Rio Tinto.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica en las principales bases de datos (Pubmed, Cochrane), en los últimos 10 años, con los descriptores "vascular brain accident" and "integral treatment" and "guide" and "rehabilitation".

RESULTADOS: Con los resultados obtenidos, planteamos unos folletos informativos y charlas donde explicar al paciente y a los cuidadores la patología que nos ocupa, sus complicaciones y las técnicas de movilizaciones pasivas y activas a llevar a cabo en su domicilio.

CONCLUSIÓN: Las secuelas tanto físicas como emocionales tras un AVC son tan importantes que es fundamental la colaboración en su tratamiento tanto del propio paciente como de sus cuidadores. Para ello es fundamental proporcionarles guías informativas, folletos y charlas que les den pautas sencillas y completas sobre el tratamiento y cuidados tanto al paciente como al cuidador.

PALABRAS CLAVE: SALUD, ICTUS, REHABILITACIÓN, GUÍA.

REALIZACIÓN DE GUÍA PARA PACIENTES CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO

ANA SALVADOR BLAZQUEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ, CRISTINA MARTIN LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Podríamos estimar que entre un 22% y un 70% de la población ha sido diagnosticado de cervicalgia a lo largo de su vida. Es causa de muchas bajas laborales y tiene altos costes para el sistema de salud, ya que tiene una alta tasa de recaídas. Es frecuente que entre un 50-85% de los pacientes sufran una recaída después de un primer episodio de cervicalgia, sobre todo si no se ha realizado un tratamiento global y la implicación del paciente en su propio tratamiento.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de las guías para pacientes con dolor cervical crónico de origen músculo-esquelético.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en los principales buscadores de Medicina basada en la evidencia en los últimos 5 años. Términos Mesh usados: “chronic neck pain” AND “treatment” OR “management”.

RESULTADOS: Con los resultados obtenidos se realiza una guía clínica para el paciente que contiene estrategias preventivas ante el dolor y modificaciones en el estilo de vida.

CONCLUSIÓN: Patología altamente prevalente y recidivante, muy influida por factores externos psicológicos y estilo de vida. Es necesario un abordaje integrativo del tratamiento con plena implicación por parte del paciente para evitar la discapacidad a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: PACIENTES, CERVICALGIA, GUÍA, REHABILITACIÓN.

EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL USO DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA FIBROMIALGIA.: MEJORA EN LA RECOMENDACIONES DE LOS MISMOS

CRISTINA MARTIN LOPEZ, EMILIA SANCHEZ RUIZ, ANA SALVADOR BLAZQUEZ

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la fibromialgia varía entre un 2% y un 3%. En la población española se estima un 2-4%. Es un síndrome de dolor crónico generalizado e idiopático, por lo que el tratamiento lo que busca es mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS: El objetivo de esta revisión es determinar qué ejercicio es más eficaz para reducir la sintomatología de la fibromialgia.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión en la bibliografía científica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PEDRro, PubMed, Cochrane Plus, ISI (Web of Knowledge), y PsycINFO, y en las revistas no indexadas del área, entre enero de 2016 y diciembre de 2017.

RESULTADOS: Se analizó el nivel de evidencia y se aplicaron criterios de exclusión e inclusión para obtener 32 artículos en la revisión, clasificados en 5 categorías en función del tipo de ejercicio. Todos ellos eran ensayos clínicos aleatorios.

CONCLUSIÓN: El ejercicio terapéutico es eficaz para reducir la sintomatología de la fibromialgia. El ejercicio acuático, el combinado y las actividades alternativas parecen más eficaces para el tratamiento de puntos sensibles, de la depresión, y tiene mayores niveles de adherencia terapéutica. Para el tratamiento del resto de síntomas, todos los tipos de ejercicio tienen similares resultados.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, SALUD, EJERCICIO, ACTUALIZACIÓN.

BÚSQUEDA DE TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA EN FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIAS

CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA

INTRODUCCIÓN: Las fuentes de información secundarias en salud agrupan toda la información disponible sobre una determinada patología, proceso o intervención en un único estudio, y algunas de ellas bajo el enfoque de la evidencia. Trabajar con este tipo de estudios es importante para la actividad asistencial e investigadora de los futuros profesionales de la Terapia Ocupacional.

OBJETIVOS: 1. Conseguir que el alumno aprenda los conceptos de Terapia Ocupacional basada en la evidencia, Niveles de evidencia y Grados de recomendación para actuaciones en salud. 2. Desarrollar recursos de búsqueda de estudios secundarios. 3. Capacitar al alumno a distinguir entre estudios secundarios que se basan en metodología de la evidencia científica y estudios secundarios que se limitan a resumir los resultados en salud de determinadas intervenciones. 4. Conseguir que el alumno realice búsquedas sobre determinados problemas de salud relacionadas con el ámbito de la terapia utilizando esta metodología.

METODOLOGÍA: Se plantea una primera clase en un aula de informática para enseñar a los alumnos a realizar la búsqueda. Al finalizar la actividad se le pide a los alumnos que realicen una búsqueda con los recursos aprendidos sobre “Lesión medular”. En horario de tutorías se revisa la evolución de los trabajos. Más tarde, se pide otro trabajo sobre “Ictus isquémico” para evaluar los conocimientos adquiridos.

RESULTADOS: Los alumnos aprendieron los conceptos básicos de estudios primarios e integrados, de jerarquía de la evidencia y de niveles y grados de recomendación, de búsqueda de Guías de Práctica Clínica, de Revisiones Sistemáticas y de Bases de Datos basadas en la evidencia.

CONCLUSIÓN: Este método de búsqueda de información es muy útil para la ayuda en la toma de decisiones clínicas. Si queremos que los futuros profesionales de la Terapia Ocupacional realicen sus intervenciones terapéuticas de la manera más eficaz posible, deben estar acostumbrados a manejar las últimas evidencias en su campo.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIA, UNIVERSIDAD, GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL.

SÍNDROME DE LOS ISQUIOTIBIALES CORTOS Y SU MEJORA CON MOVILIZACIÓN NEURODINÁMICA

CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de isquiotibiales Cortos (SIC) se define como una entidad que se caracteriza por una cortedad funcional de la musculatura posterior del muslo de etiología desconocida, en la que se objetiva clínicamente una restricción de la flexibilidad, sin manifestación clínica inicial que podrá ocasionar repercusiones sobre la pelvis y raquis.

OBJETIVOS: Conocer la mejoría en cuanto a movilidad de los pacientes afectados con SIC tras una técnica de movilización neurodinámica.

METODOLOGÍA: Se escogieron 8 sujetos con SIC a los que aleatoriamente se distribuyó en grupo control y grupo intervención. Para ambos grupos, se realizó movilización pasiva de la articulación de la rodilla. Al grupo intervención se les añadió tres sesiones de neurodinamia. A ambos grupos se les realizó una medición inicial y otra medición al final. Entre todos los tests clínicos manejados, encontramos que el más aconsejable para la valoración del estado de la musculatura isquiosural es el test EPR.

RESULTADOS: En el grupo intervención, se consiguió una media de recuperación de movilidad articular de -9,35 grados ROM y en el grupo control de -0,21 grados ROM (recuperaron 9,14 grados ROM menos que en los pacientes a quienes se les realizaron movilizaciones neurodinámicas).

CONCLUSIÓN: El tratamiento con neurodinamia ha mostrado gran efectividad en el grupo intervención, mostrando gran significación estadística. Las movilizaciones pasivas de rodilla, por sí solas, no mejoran la ganancia articular comparadas con la adición de movilizaciones neurodinámicas. Aunque la muestra es pequeña y se necesitan realizar estudios con más sujetos, los resultados de este pilotaje reflejan una importante ganancia articular en el grupo intervención con solo 3 sesiones de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: ISQUIOTIBIALES CORTOS, NEURODINÁMICA, SIC, TERAPIA MANUAL.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL Y ADECUACIÓN A LA CARTERA DE SERVICIO DE TRES UNIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

CRISTINA GÓMEZ GARCÍA, EVA MARIA RAMOS MARIN, MARIA SANTOS LACOMBA

INTRODUCCIÓN: No existe guía ni protocolo específico que regule la jornada laboral del terapeuta ocupacional. Es por eso que a menudo realizan intervenciones que no corresponden a su cartera de servicios: trabajo administrativo, de celador o tareas que debería realizar el personal auxiliar.

OBJETIVOS: Conocer la distribución real de la jornada laboral en tres unidades de Terapia Ocupacional.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo de la actividad asistencial realizada en salas de Terapia Ocupacional. Ámbito de estudio: UGC Rehabilitación del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Unidades de Terapia Ocupacional: Policlínica, Lesión Medular (LM) y Daño Cerebral Adquirido (DCA). Periodo de estudio: abril de 2016. Se cuantificó (mediante un cronómetro) el tiempo dedicado por parte del terapeuta ocupacional a las distintas actividades asistenciales correspondientes a la cartera de servicios de Terapia Ocupacional del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y a las que no le corresponden: trabajo administrativo, traslado de pacientes y tareas auxiliares

RESULTADOS: El terapeuta ocupacional dedica un 13,6% de su tiempo en actividades no relacionadas con sus competencias profesionales. En la Unidad de Daño Cerebral adquirido es donde más tiempo se dedica a actividades de transporte de pacientes (8,5% del tiempo) y en Lesión Medular donde más porcentaje de tiempo se dedica a tareas administrativas (excluyendo el registro de pacientes en la Historia Clínica Digital). En Policlínica es donde más tiempo para la actividad asistencial se emplea (79,5%).

CONCLUSIÓN: Se ha encontrado que tanto las actividades realizadas por el Terapeuta Ocupacional como los tiempos empleados para las mismas no se corresponde en general con lo recomendado. Se observa un porcentaje considerable de tiempo empleado en actividades no propias del Terapeuta Ocupacional, que sería más conveniente utilizar en tiempo de tratamiento efectivo y de actividades formativas y de prevención.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, UNIDADES DE TERAPIA, ORGANIZACIÓN FUNCIONAL, CARTERA DE SERVICIOS.

BENEFICIOS DE LA HIDROTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

RUBEN RUIZ GUZMAN, DAVID GARRIDO MOSCOSO, DAVID RIOS ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La hidroterapia o terapia acuática es una disciplina que utiliza el agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura. Esta técnica se lleva utilizando desde tiempo inmemoriales considerándose como una medicina natural y alternativa que puede ayudar a aliviar el dolor, la ansiedad y la tensión en distintos trastornos musculoesqueléticos.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la hidroterapia como terapia complementaria en pacientes afectados con fibromialgia y su repercusión en la reducción de la sintomatología asociada a esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura en búsqueda de artículos relacionados con la hidroterapia y su efectividad en el tratamiento de la fibromialgia. Para ello se utilizaron bases de datos científicas como PubMed, Tripdatabase y Epistemonikos.

RESULTADOS: En los estudios revisados se obtuvieron resultados favorables para una intervención de terapia acuática en comparación con otras intervenciones para pacientes con fibromialgia. La mejoría se observó especialmente en la reducción del dolor, la sensibilidad en las articulaciones, la fuerza muscular, el estado de ánimo, los síntomas de tensión, la ansiedad y la dificultad en las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: La evidencia científica sugiere que la realización de un programa de ejercicio físico acuático individualizado y adaptado a las limitaciones de cada paciente parecer ser eficaz en la mejora de la sintomatología de la fibromialgia. Todo ello, también repercute positivamente a nivel cognitivo y emocional consiguiendo un mejor descanso y, por consiguiente, una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, HIDROTERAPIA, TERAPIA ACUÁTICA, REMATOIDE, ARTRITIS, BALNEOTERAPIA.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

RUBEN RUIZ GUZMAN, DAVID GARRIDO MOSCOSO, DAVID RIOS ORTIZ

INTRODUCCIÓN: La fisioterapia respiratoria es un recurso terapéutico no farmacológico dirigido a pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en la que se realizan fáciles ejercicios respiratorios con el objetivo de trabajar la ventilación pulmonar, mejorar el drenaje de secreciones, potenciar la musculatura respiratoria y realizar un buen control ventilatorio.

OBJETIVOS: Conocer la eficacia de la rehabilitación respiratoria frente a una atención habitual en pacientes con EPOC y su relación con la disminución del número de crisis, visitas a urgencias e ingresos hospitalarios.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura en búsqueda de artículos relacionados con la rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC y su vínculo con la disminución de exacerbaciones e ingresos hospitalarios. Se utilizaron bases de datos científicas como PubMed, Tripdatabase y Epistemonikos.

RESULTADOS: Todos los estudios revisados informan de un aumento en la capacidad para el ejercicio máximo en los participantes asignados a rehabilitación pulmonar en comparación con atención habitual. Por otra parte, la inclusión en un programa de rehabilitación pulmonar resultó en una disminución de asistencias a urgencias e ingresos hospitalarios, así como una reducción del número de días hospitalizados cuando se comparaba con el grupo control.

CONCLUSIÓN: La revisión de la literatura publicada en los últimos años permite afirmar que la rehabilitación pulmonar alivia la disnea y la fatiga, mejora la función emocional y mejora la sensación de control que las personas tienen sobre su enfermedad al hacerlas partícipes en su proceso de salud. Por consiguiente, los programas educativos que cumplan determinados criterios (información sobre el EPOC, fisioterapia respiratoria, control de los factores de riesgo, identificación precoz de la crisis, etc.) Son útiles para disminuir la morbilidad, la demanda asistencial y la calidad de vida de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: COPD, EXERCISE TRAINING, REHABILITACIÓN PULMONAL, EDUCACIÓN, EJERCICIO DE FORMACIÓN.

TERAPIA RESPIRATORIA EN ENFERMERÍA: USO DEL ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

ELENA MORA MARTIN, LORENA CABALLERO GALLARDO, MANUEL RUEDA FERNANDEZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades respiratorias constituyen un importante problema de salud pública por su elevada frecuencia. Teniendo una incidencia anualmente de más de un 20% de la población. Los espirómetros de incentivo son dispositivos mecánicos creados para ayudar a realizar inhalaciones largas, profundas y lentas para aumentar la inflación pulmonar, mediante la utilización de dispositivos que proporcionan al paciente un feedback visual sobre su ejecución. Existen inspirómetros de flujo o inspirómetros de volumen.

OBJETIVOS: Determinar las indicaciones y contraindicaciones del espirómetro de incentivo.

METODOLOGÍA: Diseño del estudio: Se realizó un trabajo de investigación en modalidad de Revisión Bibliográfica. Descriptores: Espirómetro de incentivo [AND] indicaciones y contraindicaciones, incentive spirometry[AND] indications and contraindications. Criterios de selección: Artículos publicados a partir del 31 de diciembre de 2009, en castellano o inglés. Artículos que ofrecieran acceso a texto completo. Bases de datos: Medline y Cuiden. Scielo y Evidentia.

RESULTADOS: Se han obtenido diecinueve artículos, utilizando los criterios de selección. La espirometría de incentivo disminuye la presión pleural, promoviendo una mayor expansión pulmonar y un mejor intercambio de gases. Indicaciones: Posible desarrollo de atelectasias pulmonares: cirugía abdominal, cirugía torácica, cirugía en pacientes con EPOC. Presencia de defecto pulmonar obstructivo asociado con disfunciones musculares. Contraindicaciones: Pacientes que no pueden ser instruidos en su uso. Presencia de estoma traqueal abierto. Pacientes con riesgo de hiperventilación. Riesgo de barotrauma en pulmones enfisematosos. En casos de exacerbación del broncoespasmo y fatiga muscular.

CONCLUSIÓN: Se evidenció el cumplimiento del objetivo planteado. La enfermedad respiratoria reporta efectos negativos sobre los pacientes. La espirometría de incentivo está indicada para prevenir las atelectasias pulmonares y es necesaria una colaboración del paciente para el manejo del dispositivo. Se considera una parte importante de las estrategias de terapia respiratoria.

PALABRAS CLAVE: ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO, INDICACIONES, ENFERMERÍA, PACIENTES.

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDÍACA

JUANA MARIA RUIZ FLORES, MARIA NIEVES GONZALEZ MORALES, JUANA MARIA HARO MAÑAS

INTRODUCCIÓN: Definir las acciones necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes que participan en los programas de rehabilitación cardíaca. Adaptar dichas acciones a la práctica habitual en esta unidad.

OBJETIVOS: Identificar las recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes que acuden a una Unidad de Rehabilitación Cardíaca.

METODOLOGÍA: Realización de una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas para localizar evidencias sobre estrategias que permitan garantizar la seguridad de los pacientes en los programas de rehabilitación cardíaca.

RESULTADOS: Las recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para garantizar la seguridad de los pacientes incluidos en programas de rehabilitación cardíaca son: Clasificaremos a los pacientes en bajo, medio o alto riesgo según los criterios de la Sociedad Española de Cardiología. Realización de una prueba de esfuerzo inicial para determinar los parámetros de entrenamiento. Ésta se repetirá si hay cambios clínicos en el paciente. Supervisión durante la realización del programa por personal cualificado (médico, enfermero, fisioterapeuta). Protocolo de actuación en caso de emergencia. La Unidad debe estar dotada del material necesario para atender cualquier complicación (carro de parada, desfibrilador, etc.) Y de personal formado en soporte vital básico y avanzado. Monitorización electrocardiográfica durante las sesiones de tratamiento. Valoración del estado del paciente y control de la tensión arterial y frecuencia cardíaca al inicio y al finalizar la sesión. Enseñanza adecuada al paciente sobre síntomas de alarma. No superar la frecuencia cardíaca de entrenamiento. Adecuada fase de calentamiento y de recuperación. Permanencia del paciente en la sala 10-15 minutos después de acabar la sesión.

CONCLUSIÓN: La aplicación de las recomendaciones expuestas anteriormente minimiza el riesgo de aparición de complicaciones graves durante la realización de ejercicio físico en los programas de rehabilitación cardíaca.

PALABRAS CLAVE: SEGURIDAD, REHABILITACIÓN, ESFUERZO, FRECUENCIA CARDÍACA.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE IMPOSIBILITADO EN LA CAMA

CARMEN SOLANA RAMIREZ, MARIA SOLANA SANCHEZ, FABIOLA MEDINA MOYA

INTRODUCCIÓN: La movilización constituye un acto de adoptar a una persona la ayuda que necesita para la realización de actividades que él haría solo si tuviese la fuerza suficiente o el saber necesario.

OBJETIVOS: Determinar medidas para la movilización del paciente.

METODOLOGÍA: Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y el buscador Google Académico, que nos permite un entorno de aprendizaje en activo. Los descriptores que se han utilizado han sido: cambio postural, inactividad, protocolo, movilización.

RESULTADOS: Los cambios posturales se llevarán a cabo cada 2-3 horas siendo el tiempo máximo que puede estar una persona sin moverse. Mediante la movilización se ayuda a orientar al enfermo y a sentir y experimentar los movimientos de su propio cuerpo. Explicar al paciente los movimientos que vamos a realizar y pedir su colaboración.

CONCLUSIÓN: Las movilizaciones pueden ser activas o pasivas. Activa: ésta técnica se hace cuando el paciente es insuficiente, descoordinado o contraindicado por lo que habrá que controlar y canalizar su participación, necesitando ayuda en menor o mayor grado del personal sanitario. Pasiva: se realiza cuando el paciente está inactivo, se necesita varios profesionales para esta técnica y es un trabajo especialmente duro.

PALABRAS CLAVE: CAMBIO POSTURAL, INACTIVIDAD, PROTOCOLO, MOVILIZACIÓN.

REHABILITACIÓN DE UN PACIENTE HEMIPLÉJICO INSTITUCIONALIZADO

INES GALERA CORTES, MARÍA DEL CARMEN PARDO DOMENE, JOAQUÍN ORTIZ RAMÍREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 72 años de edad que ingresa en la Residencia en Julio de 2017 tras haber sufrido un ACV en casa. Previo al infarto cerebral, era una persona activa e independiente. En el ingreso, la paciente presenta hemiplejía derecha, no realiza deambulación, ni ayuda en las transferencias. Refiere dolor en mano derecha e impotencia funcional, es dependiente para las ABDS.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta buena movilidad articular y muscular en hemicuerpo izquierdo. En MMII derecho refiere dolor aunque mantiene movilidad articular, realiza movimientos activos y controlados. En MMSS derecho: limitación a los 120° de flexión de hombro y 110° de abd, en codo y muñeca no presenta limitación a la movilidad pasiva, pero sí alteraciones de la sensibilidad y de la coordinación del movimiento. El balance muscular del MMSS derecho; hombro y codo a 2-/5 y manos y dedos a 0/5 según la escala de Mitchell. Necesita ayuda para las ABVD, en el índice de Barthel obtiene los siguientes resultados; <20, dependencia total. No se apreciaba afectación a otros niveles tales como el habla, parálisis facial, visión, área cognitiva...

JUICIO CLÍNICO: Hemiplejía derecha como secuela del ACV. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Al día siguiente del ingreso comienza con tratamiento fisioterapéutico, pero al continuar con la dependencia en las ABVD y los problemas psicológicos que van surgiendo, se decide aumentar su participación en los programas terapéuticos de la residencia.

CONCLUSIONES: Tras obtener un buen diagnóstico en la valoración se deben adaptar las distintas terapias empleadas en la residencia a las características propias del paciente, en concreto esta paciente mejora notablemente en la coordinación de los movimientos en MMSS, aumentado su autonomía en las ABVD, la autoestima y la coordinación en la marcha.

PALABRAS CLAVE: INSTITUCIONES, REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA, HEMIPLÉJICO, TRATAMIENTO EN HEMIPLÉJICO.

SÍNDROME PERIÓDICO ASOCIADO AL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de un paciente varón que ingresa por debilidad generalizada y fiebre. Tras la inclusión en un nuevo programa terapéutico (con canakinumab, un antiTNFalfa) presenta gran debilidad y fiebre. Presenta a la EF arreflexia generalizada, con debilidad de predominio distal, en extensores de muñeca y dedos, así como en los flexores de dedos. Flexores y extensores de codo y cintura escapular normal. Incapaz de deambular autónomamente.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Inicia un programa de tratamiento físico con mejoría progresiva. Se practica una EMG con hallazgos congruentes con la existencia de Polineuropatía axonal, motora, simétrica, severa, en estadio agudo de evolución y retirada inmediata del canakinumab. Actualmente sigue una evolución satisfactoria en cuanto a su fuerza y equilibrio, y ha ganado en funcionalidad e independencia.

JUICIO CLÍNICO: Síndrome TRAPS. Polineuropatía sensitivo motora axonal severa secundaria a fármacos. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros síndromes febriles. Polineuropatías axonales motoras de otro origen, como el síndrome de Guillain Barré.

PLAN DE CUIDADOS: Programa de Rehabilitación intensiva durante 6 meses.

CONCLUSIONES: El síndrome TRAPS es una entidad poco frecuente. Algunos fármacos que se utilizan en su tratamiento pueden producir efectos inesperados. La rehabilitación puede mejorar sus síntomas. Los síndromes autoinflamatorios son un grupo de enfermedades caracterizadas por episodios recurrentes de fiebre, inflamación en sitios localizados del organismo, ausencia de autoanticuerpos y tendencia a la agregación familiar. Provocan distintos tipos de episodios febriles, como la fiebre de origen desconocido, la fiebre periódica y la fiebre recurrente. Estas entidades deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del mismo. En estas enfermedades existe una alteración en la secreción de citocinas, que no necesita la presencia de ningún patógeno. El síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral [TRAPS] es autosómico dominante, y puede estar asociado a diversas mutaciones en el gene que codifica el receptor 1 del Factor de Necrosis Tumoral (TNFR1).

PALABRAS CLAVE: SÍNDROME TRAPS, FACTOR DE NECROSIS TUMORAL, POLINEUROPATÍA SENSITIVO MOTORA AXONAL, REHABILITACIÓN.

PACIENTE CON DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEJA: SUDECK

ANA ISABEL CORTÉS VALVERDE, ROCÍO LÓPEZ CINTAS, CRISTINA RODRÍGUEZ SAN PÍO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 39 años, acude a su médico de familia por edema en tobillo derecho y dolor constante que define como "quemazón", el inicio fue espontáneo, no relacionándose con traumatismo previo, no recuerda bien si pudo ser un sobreesfuerzo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Con analgesia, y que se intensifica tras estar en bipedestación, incluso el paciente narra de un EVA de 11/10, temperatura ligeramente aumentada en extremidad afecta. Presenta alodinia. No presenta evidencia de alteración neurovascular, pulsos distales conservados. Resto exploración normal. Pruebas complementarias: analítica con hemograma, función renal y hepática normal. Doppler venoso normal. Rx marcado edema de tejidos blandos sin otros hallazgos patológicos urgentes. El paciente tuvo dificultad en el diagnóstico, con varias visitas a su médico de familia, tras descartar fractura en Rx.

JUICIO CLÍNICO: Distrófica simpático refleja. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Artritis infecciosas, artritis reumáticas, artropatía inflamatoria, arteriopatía periférica.

PLAN DE CUIDADOS: En la primera visita se profujo inmovilización del pie y antiinflamatorios una semana, en segunda revisión, el paciente tenía imposibilidad para deambulación, se aumenta analgesia, vuelve a los dos días, se remite a traumatología de urgencias, se cita a los 10 días con RMN. Es valorado en tres ocasiones más y otras tantas por traumatología, se deriva a Reumatología. La evolución a los tres meses el paciente presenta cianosis y menor crecimiento del vello, menor inflamación y dolor. En la revisión de los seis meses en Rx presenta desmielinización ósea. Gammagrafía ósea con hipercaptación intensa. Síndrome de Sudeck. El paciente presenta un gran estrés emocional, al principio el retraso en el diagnóstico y su dolor desproporcionado, le originan un gran malestar.

CONCLUSIONES: Habitualmente su diagnóstico es tardío ya que es una enfermedad compleja cuyas causas se desconocen y que puede tener consecuencias graves. El diagnóstico precoz es prioritario para una favorable evolución y evitar complicaciones. Pasa habitualmente desapercibido, siendo de más fácil identificación si conocemos sus síntomas.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, EDEMA, DISTROFIA, SUDECK.

CAPACIDAD DE RECUPERACIÓN ANTE UN ICTUS

VIRGINIA GARCIA MANZANARES, SARA GONZALEZ BELTRAN, ADRIANA GONZALEZ BELTRAN

INTRODUCCIÓN: Es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres en edad adulta. Existe escasa evidencia científica en personas mayores, depende del pronóstico de rehabilitación.

OBJETIVOS: Analizar factores asociados a la recuperación de los pacientes mayores que ingresan tras un ictus en unidades de rehabilitación. Identificar posibles perfiles de complejidad rehabilitadora. Valorar la evolución funcional de los distintos perfiles de complejidad rehabilitadora.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre la temática a tratar. Las bases de datos usadas han sido IME biomedicina, Eelseviery Medline, los descriptores: pronóstico ictus, rehabilitación ictus en personas adultas. Se aplicó un filtro de idioma (trabajo publicados en castellano) y en un período de tiempo entre 2010 y 2017. Se encontraron un total de 51 artículos y los que se han tratado en profundidad han sido 22 por cumplir los criterios de inclusión establecidos (artículos de revista científica y estudios empíricos que aporten datos del tema).

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes son de edad media adulta. Si peor es el estado cognitivo al ingreso mayor presencia de incontinencia fecal y se reduce al probabilidad de volver a casa y de mejorar funcionalmente en las AVD. La mejora de la función cognitiva durante el ingreso en corto plazo conlleva mejor resultado y menos estancia hospitalaria. También depende bastante si cuenta con un cuidador principal o no.

CONCLUSIÓN: Las diferentes características clínicas, funcionales, sociales y cognitivas de los paciente con ictus se asocia con la evolución del proceso rehabilitador por tanto se hace evidente la necesidad de abordaje multidisciplinar. Queda demostrado la recuperación funcional y la eficacia de la rehabilitación convencional integrada a técnicas cognitivas y terapia ocupacional.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, REHABILITACIÓN, EDAD, PRONÓSTICO.

REHABILITACIÓN VOZ ERIGMOFÓNICA FRENTE A PRÓTESIS FONATORIA

MARÍA JOSÉ GONZALEZ BENÍTEZ

INTRODUCCIÓN: Alrededor del 40% de los casos de cáncer de cabeza y cuello detectados, son de laringe. Tras la extirpación de la laringe y la recuperación física se produce el alta hospitalaria. Comienza el entonces proceso de recuperación y rehabilitación de la voz. Elegir la opción más favorable dependerá de una serie de circunstancias. La elección de la técnica rehabilitadora estará a cargo del profesional especializado, el logopeda. La pronta incorporación de los pacientes intervenidos, a las actividades de la vida diaria, es el objetivo principal. La rehabilitación de la voz no es tarea fácil, en ocasiones puede resultar frustrante al no conseguirse en un tiempo determinado los objetivos individuales, de aquí nace la necesidad de ofrecer la posibilidad de los diferentes sistemas.

OBJETIVOS: Determinar la actuación del profesional ante el paciente para recomendar el tratamiento más efectivo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Voz erigmo fonica o prótesis fonatoria. La primera no es de fácil adquisición, requiere de gran implicación personal, familiar y profesional. Se conserva siempre, no tiene mantenimiento Prótesis fonatoria, fácil adquisición de la voz, requiere cambios frecuentes. El profesional de la voz debe aconsejar y orientar al paciente que método es más adecuado en cada caso. Valorar las habilidades y capacidades individuales, explicar ventajas e inconvenientes de cada opción. Ayudar a la elección de la misma.

CONCLUSIÓN: La voz erigmo fonica, ofrece la posibilidad de lenguaje sin necesidad de otro dispositivo que no sea el trabajo funcional del mismo paciente. Las prótesis fonatorias facilitan la emisión de voz, en calidad y cantidad. Se necesita del recambio de la misma entre 6 meses y un año. Requiere de una cuidadosa higiene.

PALABRAS CLAVE: VOZ ERIGMOFÓNICA, PRÓTESIS FONATORIA, REHABILITACIÓN, LOGOPEDIA.

FACTORES DE CRECIMIENTO O PLASMA RICO EN PLAQUETAS

MELISA FERNANDEZ ALONSO, CARLA SAN ROMÁN IGLESIAS, RAQUEL GARCÍA GUTIÉRREZ,
LUCÍA ÁLVAREZ PIÑERA

INTRODUCCIÓN: Los factores de crecimiento o Plasma Rico en Plaquetas (PRP) son un procedimiento de regeneración celular que consiste en la obtención de material biológico autólogo, a partir de la obtención de sangre del paciente mediante la punción venosa del paciente. Ésta se centrifuga y se separa en sus distintos componentes obteniendo la parte de plasma con mayor contenido en plaquetas. Esta fracción es capaz de llevar a cabo diferentes funciones como proliferación, migración, diferenciación y síntesis de matriz celular, procesos esenciales para la regeneración celular.

OBJETIVOS: Analizar en qué consiste el procedimiento del plasma rico en plaquetas y explicar sus indicaciones.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos como Cuiden, Lilacs, Pubmed y Google Académico empleando los descriptores descritos anteriormente.

RESULTADOS: Usos: Traumatología. Veterinaria. Estética. Odontología. Dermatología.

CONCLUSIÓN: Es un tratamiento ambulatorio y ser autólogo, la seguridad del procedimiento es alta. El preparado de PRP puede aplicarse como infiltración local, como infiltración intraarticular o como gel de fibrina rico en plaquetas, siendo esta última forma más sólida y más frecuentemente utilizada en quirófano. Podemos considerar contraindicaciones la trombopenia, los tratamientos anticoagulantes, el cáncer, la infección activa o el embarazo. El proceso es muy seguro, no se han publicado efectos adversos importantes, pero pueden existir las complicaciones locales secundarias a cualquier infiltración. El riesgo de infección es mínimo, debido a la actividad bactericida del plasma, pero deben extremarse las medidas de asepsia.

PALABRAS CLAVE: PRP, PLASMA RICO EN PLAQUETAS, FACTORES DE CRECIMIENTO, FACTORES.

DOLOR EXTREMO DE ESPALDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARINA QUESADA FERNANDEZ, CELIA PAGÁN MARÍN, VIRGINIA ZAMORA LOPEZ, ANA GÓMEZ ALARCÓN, JAVIER PARRAS ONRUBIA, MARÍA VÁZQUEZ BAUTISTA, FÁTIMA PARRAS ONRUBIA, PORFIRIO VIVARACHO TERRER, LAURENTINA CARVALLO VALENCIA, CAROLINA ORTIZ VERA, ROCÍO CALDERON NAVAS, MARÍA NIEVES QUESADA FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 53 años que acude a consulta por dorsalgia de 5 meses de evolución que comenzó de forma brusca sin asociación a traumatismos ni esfuerzos. Dolor de características mecánicas, que aumentaba con la actividad y disminuía con el reposo. En un primer momento se calificó como dolor osteomuscular y se derivó a rehabilitación. Tras dos meses de tratamiento con aines y opioides menores y la terapia rehabilitadora la paciente no muestra mejoría. Tras la realización de radiografías de columna y RMN se encuentran hallazgos de anomalías en la 9ª vértebra dorsal, con signos de acuciamiento vertebral, asociada anomalías analíticas como aumento de forma mantenida de la VSG y la FA, ambos aumentos de forma no justificada. Tras estudios radiológicos y rigurosa exploración física, se detectó una induración en cuadrante infero-externo en mama. Tras estudio ecográfico y las mamografías correspondientes, se corroboró la existencia de nódulo de bordes irregulares en presencia de microcalcificaciones en su interior. Tras la realización de una gammagrafía ósea, con hallazgos de hipercaptación a nivel de varias vértebras dorsales y lumbares. La paciente fue intervenida qx y pautado tratamiento par el dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: aumento del dolor a la palpación a nivel de columna dorsal, con apofisalgia y dolor en región paraespinal bilateral. Aumento del dolor a la flecto-extensión y rotaciones. Rx columna lumbar, dorsal y cervical, con hallazgos de acuciamiento a nivel de una vértebra dorsal. Exploración física con palpación de un nódulo no móvil de consistencia dura a nivel de cuadrante infero-externo. Tac abdomino-pelvico y de tórax. Gammagrafía ósea.

JUICIO CLÍNICO: Adenocarcinoma de mama con metástasis vertebrales. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dorsalgia mecánica. Fracturas vertebrales por osteoporosis. Hiperparatiroidismo. Mieloma múltiple.

PLAN DE CUIDADOS: Tratamiento paliativo con opioides para el control del dolor.

CONCLUSIONES: Ante un dolor persistente en una paciente con menopausia precoz, siempre descartar fractura osteoporótica y proceso neoclásico.

PALABRAS CLAVE: DORSALGIA, MUJER, METÁSTAIS, MENOPAUSIA PRECOZ.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA MEDICINA HIPERBÁRICA

MELISA FERNANDEZ ALONSO, CARLA SAN ROMÁN IGLESIAS, RAQUEL GARCÍA GUTIÉRREZ,
LUCÍA ÁLVAREZ PIÑERA

INTRODUCCIÓN: La Oxigenación hiperbárica es un tipo de tratamiento, en el cual, se obtienen elevadas presiones parciales de oxígeno en el organismo, sobre la base de respirar oxígeno puro en el interior de una cámara hiperbárica, a una presión superior a la presión atmosférica normal.

OBJETIVOS: Analizar en qué consiste la medicina hiperbárica.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos como cuiden, medilne, pubmed, lilacs y google academico.

RESULTADOS: El oxígeno respirado a presión, se disuelve en el plasma donde pasa a la sangre para llegar a los tejidos, no necesitando de la presencia de glóbulos rojos.

CONCLUSIÓN: Estos niveles elevados de oxígeno son los causales de los diferentes efectos de la oxigenación hiperbárica tales como efecto antiinfeccioso, desedematizante, detoxificante, formador de vasos nuevos, estimulador de la formación de colágeno, lo que significa un aumento de la velocidad de cicatrización, entre otros.

PALABRAS CLAVE: MEDICINA HIPERBARICA, OXIGENACIÓN, TERAPIA DE OXIGENACIÓN, CÁMARA HIPERBÁRICA.

RECUPERACIÓN TRAS ARTROSCOPIA DE HOMBRO

MARÍA TERESA SOLER JIMÉNEZ, MONTSERRAT GARCIA PONCE, LIDIA GUIRADO JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: La artroscopia de hombro es una intervención quirúrgica que se hace para examinar o reparar los tejidos que se encuentran en el hombro o alrededor de él. Debido a que las incisiones que requiere son muy pequeñas, la recuperación es más rápida que con la cirugía tradicional (abierta). Aun así, el cuerpo necesita tiempo para recuperarse

OBJETIVOS: Determinar medidas para la recuperación de artroscopia de hombro.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado: hombro, cirugía, artroscopia, ejercicios y lesión.

RESULTADOS: Permitir que el hombro sane. Esto significa mantener el hombro estable y protegerlo de lesiones. Si se le ha proporcionado un cabestrillo, úselo todo el tiempo. Recuperar la amplitud de movimiento. Tendrá que hacer determinados ejercicios para aumentar la amplitud de movimiento del hombro. Recuperar la fuerza. También tendrá que hacer ejercicios para desarrollar la fuerza del hombro. Una vez más, es posible que el médico le recomiende que trabaje con un fisioterapeuta, y también tendrá que hacer ejercicios en casa. El plazo dentro del cual podrá volver a hacer diversas actividades dependerá de cuánto necesite utilizar el brazo operado. Si vuelve a hacerlas demasiado pronto, corre el riesgo de volver a lesionarse. Podrá reanudar bastante pronto las actividades livianas como ir a la escuela o a trabajar, siempre y cuando no haga esfuerzo físico.

CONCLUSIÓN: Lo más importante que puede hacer es tratar de mantener el hombro fuerte y flexible. Trate de mantenerse activo.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, CIRUGÍA, ARTROSCOPIA, EJERCICIOS, LESIÓN.

DETECCIÓN TEMPRANA CASUAL DE ESCOLIOSIS JUVENIL

ALICIA OCAÑA CARRILLO, MONTSERRAT YOLANDA GARCIA RODRIGUEZ, BRÍGIDA VALIENTE MARÍN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 10 años derivada desde atención primaria a consulta de rehabilitación traumatológica por dolor de espalda desde hace dos meses después de caída fortuita a nivel de superficie en patio del colegio. Tratada con antiinflamatorios durante 2 semanas. Antecedentes familiares: tío materno con distrofia muscular. Antecedentes personales sin enfermedades.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se aprecia hombro derecho ligeramente más alto, pliegue derecho más marcado, adms+dcho de 3cm. Plomada centrada. Talla 151 cm. Rx A. P. En carga de columna completa, hallando en ella una doble curva escoliótica: Dorsal dcha. Con ángulo de Cobb de 29 grados medida entre T5 y T10. Dorsolumbar izquierda con ángulo de Cobb de 42 grados medida entre T10 y L4. Pelvis de morfología normal, apreciándose leve báscula con cresta ilíaca izquierda 7 mm más baja. Maduración: Grado 3 de Risser.

JUICIO CLÍNICO: Escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Una caída fortuita ha destapado una patología de espalda muy frecuente actualmente; y que la detección precoz puede evitar que empeore hasta extremos que dificulten la vida diaria.

PLAN DE CUIDADOS: Se prescribe Corset Chenau 433-0 para corrección de la curva. Mantener al menos 12 horas diarias. Revisión en 6 meses con Rx.

CONCLUSIONES: La escoliosis, al producirse una torcedura en la espalda, conlleva una serie de molestias que dificultan bastante la vida diaria de cualquier persona. Puede surgir en cualquier momento de la vida, aunque lo más normal es que el problema comience a manifestarse en la adolescencia, entre los 10 y los 12 años. Esto se deba que, en estas edades, el cuerpo empieza a desarrollarse muy rápidamente para dar paso a un cuerpo adulto, y ello puede tener serios estragos en la forma de nuestra columna vertebral. Lo crucial y la parte más esencial de cualquier tratamiento es, cómo no, las visitas a la consulta. El médico normalmente establecerá visitas cada 6 meses para ir observando el estado de la curvatura.

PALABRAS CLAVE: SALUD, REHABILITACIÓN, ORTOPEDIA, TERAPIA.

OSTEOPETROSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ, MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 12 años diagnosticado de osteopetrosis. AP: no hubo problemas en el embarazo ni parto, test de Apgar 8/9. PRN: 2,860 kg. El padre presenta enfermedad crónica por N. De tejido conectivo de etiología tumoral y retraso mental moderado. Se le realiza estudio previo a la escolarización ya que no fue a la guardería. Obteniendo un 41 en el test de escalada de desarrollo psicomotor de Brunet-Lezine, correspondiendo con una deficiencia mental media.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se le realiza estudio de potenciales evocados visuales con LED, que muestra un incremento de las latencias de respuesta del ojo derecho, compatible con estrabismo del mismo. Se le realiza mapa óseo y ecografía abdominal, observándose ensanchamiento de los extremos distales y proximal de los huesos largos (fémur, tibia y húmero). Aumento de la densidad de la base del cráneo. Se le realiza estudio con ORL que confirma otosclerosis. Desarrollo evolutivo: desarrollo motriz: nunca ha gateado, se desplaza sentado apoyando las manos, gran inestabilidad en bipedestación, tendencia al flexo y valgo tanto de rodillas como de tobillos. Comenzó a hablar al año solo decía: papá, mamá, dame y agua, en árabe, más tarde dejó de hablar, señala con el dedo lo que quiere.

JUICIO CLÍNICO: Osteopetrosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la evolución que ha ido sufriendo se confirma el juicio clínico asociado a deficiencia mental moderada.

CONCLUSIONES: La osteopetrosis es un raro trastorno que se caracteriza por aumento generalizado de la densidad ósea, causada por una insuficiente resorción ósea, son frecuente las fracturas, ceguera, riesgo de sordera, parálisis facial. Debido al déficit cognitivo, motor y retraso grave del lenguaje se realiza un trabajo multidisciplinar formado por logopedas, fisioterapeutas y escolarización en centro de educación especial, con el fin de conseguir la mayor autonomía y potenciar las habilidades de comunicación.

PALABRAS CLAVE: OSTEOPETROSIS, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA.

AUTOCUIDADOS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS DE CADERA

MERCEDES PLATERO BARBADILLA, BLANCA PRIETO CARRILLO, MARIA AURORA PEREZ PEINADO

INTRODUCCIÓN: La articulación de la cadera es una de las mayores del cuerpo humano. Con la edad o por alguna enfermedad degenerativa, la articulación se va desgastando, produciendo así dolor crónico, disminuyendo la calidad de vida. De esta manera, someterse a este tipo de intervención crea a estos pacientes una nueva oportunidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria que realizaban anteriormente.

OBJETIVOS: Establecer planes de autocuidados en pacientes intervenidos de prótesis de cadera.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos(PubMed y Cochrane Plus) y diversas revistas científicas.

RESULTADOS: La principal tarea por parte de enfermería es la Educación para la Salud. De esta manera, se establecen una serie de recomendaciones englobadas en la movilidad, sobretodo: Hay que sentarse en sillas las cuales la articulación de la cadera se encuentra por encima de la articulación de la rodilla; las piernas no deben cruzarse. También, debe ponerse un supletorio en el wc. No mantenerse en la posición en cuclillas para no forzar la articulación, por eso, se aconseja el uso de calzador. Para la bipedestación se deben usar muletas y crear el hábito de iniciar con la pierna no operada. En la cama, en la medida de lo posible debe mantenerse la posición en decúbito supino y al levantarse o acostarse, no realizar giros bruscos. La alimentación es muy importante, ya que llevar una dieta equilibrada favorece a la recuperación. La rehabilitación debe iniciarse en casa según pauta. La educación sanitaria establece una relación de confianza entre la enfermera y el paciente, disminuyendo el nivel de ansiedad y aumentando la seguridad en sí mismo.

CONCLUSIÓN: Los autocuidados hacen que los pacientes tengan presente un cuidado integral (biopsicosocial), incluyendo a la familia y todo su entorno. Como enfermeras, es muy importante potenciar la independencia y autonomía.

PALABRAS CLAVE: EDUCACIÓN PARA LA SALUD, AUTOCUIDADOS, REHABILITACIÓN, PRÓTESIS.

INESTABILIDAD COMPLEJA DE CARPO TRAS LESIÓN DEL COMPLEJO FIBROCARILAGINOSO TRIANGULAR

FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, MARIA JESUS VIÑOLO GIL

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer 57 años de edad. Fractura distal de radio derecho tras caída fortuita en vía pública. Durante el proceso de rehabilitación nota chasquido y dolor a nivel radio-cubital distal, que limita sus actividades cotidianas. Tras cuatro meses de tratamiento fisioterápico individualizado, se consigue un balance articular aceptable, pero persiste chasquido y dolor distal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta el siguiente balance articular a nivel de muñeca derecha: (flexión dorsal 55° y flexión palmar 65°). Inversión y eversión dolorosas en grados finales. Chasquido audible y doloroso a nivel radiocubital que se incrementa con movimientos de prono-supinación. La articulación radiocubital distal (RCD) es susceptible de dislocación tras procesos fracturarios. Es fundamental para la transmisión de cargas y fuerzas. La estabilidad de la articulación depende de su cápsula, ligamentos palmares y dorsales, membrana interósea, y fundamentalmente del Fibrocartílago triangular. Los movimientos de giro forzados y actividades de carga llevan a un desplazamiento dorso-volar fisiológico en la articulación RCD. La traslación dorso-volar con antebrazo neutro corresponde a 8-9mm en articulaciones de cadáveres sujetas a fuerzas aplicadas externamente. Se ha sugerido que esta traslación sería menor en vivos. Esta desviación dorso-volar se utiliza en práctica diaria para valorar lesiones del fibrocartílago. Se realiza en consulta ecografía dinámica, evidenciando traslación de 9mm en lado derecho y 5mm en lado sano, y por tanto lesión del complejo fibrocartilaginoso triangular. Se deriva a cirugía para realización de artroscopia, reparación capsular y sutura del mismo.

JUICIO CLÍNICO: Inestabilidad compleja de carpo tras lesión de fibrocartílago triangular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Podemos hacer un diagnostico diferencial con: Impacto cubitocarpiano, inestabilidad mediocarpiana, artritis pisopiramidal,

CONCLUSIONES: Es fundamental la realización de una buena anamnesis y estudio bilateral dinámico ecográfico para un diagnóstico certero en patología músculo-esquelética.

PALABRAS CLAVE: INESTABILIDAD, CARPO, MUÑECA, CHASQUIDO.

CRANEOSINOSTOSIS SAGITAL EN PACIENTE DE 2 MESES

ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de un lactante de 2 meses, remitido a Rehabilitación por alteración de la morfología craneal, diagnosticado de escafocefalia secundario a craneosinostosis de la sutura sagital.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Primer hijo, Embarazo espontáneo de riesgo. Parto vaginal instrumentado cefálico (38 + 4 semanas) Apgar 9/10. Alimentación materna exclusiva. Se observa morfología craneal alargada en sentido antero-posterior y se palpa cresta ósea en sutura sagital, posible acabalgamiento de suturas. FA abierta. Neurológico adecuado a su edad. En la revisión al mes persiste deformidad craneal mas acentuada y abombamiento frontal con persistencia de prominencia ósea de la sutura sagital. Ante la sospecha de probable craneosinostosis se solicita una Rx simple craneal, en la que se intuye un cierre precoz de sutura sagital, se deriva a Neurocirugía quienes solicitan TC craneal que confirma craneosinostosis sagital casi completa (excepto mínima porción posterior).

JUICIO CLÍNICO: El diagnóstico se realiza en base a la clínica, deformidad craneal presente en el recién nacido que empeora progresivamente y se puede palpar un relieve óseo a lo largo de la sutura fusionada. La radiografía craneal, aunque es difícil de interpretar, permite visualizar la sutura cerrada. Es la TC craneal con reconstrucción tridimensional la técnica diagnóstica de elección. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La craneosinostosis es el cierre precoz de una o más suturas craneales. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con las plagiocefalias posicionales, causadas por factores mecánicos intraútero, por tortícolis, por excesivo tiempo en decúbito supino... Las cuales responden a tratamientos posturales y rehabilitador.

CONCLUSIONES: En conclusión, tanto médicos rehabilitadores como pediatras, deben saber distinguir las plagiocefalias posturales de las craneosinostosis, pues son estas últimas las que requieren tratamiento quirúrgico y su diagnóstico precoz, mejora el pronóstico.

PALABRAS CLAVE: ESCAFOCEFALIA, CRANEOSINOSTOSIS, PLAGIOCEFALIA, CRÁNEO.

KNUCKLE PADS: A PROPÓSITO DE UN CASO

FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, GABRIELA CASTILLO CALVO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Acude a consulta especializada de Aparato Locomotor infantil, un niño de 8 años, derivado desde atención primaria. Motivo de consulta: aparición a nodulaciones de aproximadamente un centímetro de diámetro en sus ejes AP y ML, asintomáticas, de coloración clara, limitado a nivel dorsal de todas las articulaciones interfalángicas proximales del 2º, 3º, 4º y 5º dedos de pie derecho, de aproximadamente 3 meses de evolución. El paciente niega traumatismo directo sobre la zona, aunque es cierto, que durante los últimos meses, ha utilizado un calzado deportivo más ajustado de lo habitual para el pie.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El examen neurológico es normal, y no existen antecedentes familiares similares. Son formaciones ovaladas, bien circunscritas, de consistencia blanda, definidos y delimitados exclusivamente a nivel interfalángico proximal de radios medios y externos de pie derecho. El diagnóstico es puramente clínico, aunque realizamos ecografía en consulta, las cuales determinan un claro patrón hipocogénico focal.

JUICIO CLÍNICO: Knuckle pads (Nódulos de Garrod). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Puede realizarse diagnóstico diferencial con verrugas, sinovitis, granuloma anular y tofos reumáticos.

PLAN DE CUIDADOS: En nuestro caso, no ha sido necesario la instauración de tratamiento específico, al resultar asintomáticos. Consultando bibliografía específica, aquéllos casos en los que ocasione molestias a la movilización de la articulación, o suponga un motivo estético, puede emplearse el uso de glucocorticoide tópico, incluso exéresis quirúrgica.

CONCLUSIONES: Knuckle pads es una entidad poco frecuente en la edad infantil, siendo más prevalente en adultos. Por tanto, ante la aparición de este tipo de lesiones, sin un antecedente claro, es fundamental indagar en el despistaje enfermedades del cartilago y/o genéticas.

PALABRAS CLAVE: KNUCKLE PADS, NODULOS, PAPULAS, INFANTIL.

DIÁSTASIS PÚBLICA: DOLOR PÚBLICO DURANTE Y TRAS EL EMBARAZO

ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 29 años valorada por Rehabilitación durante el puerperio inmediato, por dolor suprapúbico que limita la deambulación. Primigesta, con cesárea (40 + 1 semanas), refiere dolor púbico no irradiado, durante todo el embarazo, agudizado en las últimas semanas del mismo, limitando transferencias y marcha. Tras la cesárea, no mejoría clínica, el dolor se ha incrementado, sin alivio con analgesia. Tras la exploración y solicitud de radiografía de pelvis es diagnosticada de diástasis púbica.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Afebril, hemodinámicamente estable, cicatriz de cesárea en fase inicial de cicatrización sin signos infecciosos, leve edematización y dolor a la palpación de la SP, región lumbar no dolorosa a palpación. Balance articular pasivo de caderas, rodillas y tobillos: libre, balance muscular de miembros inferiores proximal 3/5, distal 5/5, realiza transferencias: paso de sedestación a bipedestación con ayuda e intenso dolor púbico. Mantiene bipedestación con ayuda, marcha no explorada por intenso dolor. Neurológicamente: ROTs en MMII presentes y simétricos, sin alteraciones en sensibilidad táctil ni vibratoria.

JUICIO CLÍNICO: Ante la sospecha clínica de diástasis púbica, se solicita una radiografía de pelvis, la cual confirma una diástasis púbica de 11 mm en borde superior y 14 mm a nivel del borde inferior. La diástasis del pubis se define como la rotura espontánea o postraumática de la sínfisis púbica (separación > 10mm). En el embarazo y puerperio, es una complicación infravalorada, que puede llegar a ocasionar impotencia funcional e importante dolor, precisando tratamiento conservador y rehabilitador, e incluso intervención quirúrgica.

CONCLUSIONES: Ante un dolor púbico en mujeres embarazadas o durante el periodo periparto, sospechar esta entidad clínica para realizar un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado, con el objetivo de disminuir la incidencia de dolor crónico pélvico y mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: DIASTASIS PÚBLICA, SINFISI PÚBLICA, REHABILITACIÓN, EMBARAZO.

ESCOLIOSIS CONGÉNITA CERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de un paciente de 14 años remitido desde atención primaria por dolor y deformidad cervical. Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. El paciente describe dolor cervical reagudizado en los últimos años y limitación del giro cervical. Tras exploración física y pruebas complementarias el paciente es diagnosticado de escoliosis congénita cervical.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración se observa inclinación del eje de raquis a la derecha. Cuello corto con curva cervical derecha, protusión escapular izquierda y deformidad de parrilla costal derecha. Limitación activa de ambas rotaciones cervicales en los últimos grados. Test de Adams: giba dorsal alta izquierda. Exploración neurológica normal. Se realiza radiografía de columna completa en proyección anteroposterior y lateral con resultado de escoliosis cervical derecha con malformación ósea y mínima caída de hemipelvis sin repercusión sobre raquis lumbar. Ante el hallazgo de malformación ósea cervical se solicita RNM para completar estudio óseo y descartar alteración medular. La RNM cervical describe una escoliosis congénita por defecto mixto del desarrollo de la columna cervical.

JUICIO CLÍNICO: La escoliosis congénita es una desviación lateral de la columna secundaria a defectos vertebrales de formación, segmentación o mixtos. Se presenta de modo aislado o en el contexto de un síndrome polimarformativo. Da lugar a curvas cortas muy evolutivas, no reductibles ni en sedestación ni en prono. La radiología simple establece el diagnóstico y el tratamiento es preferentemente quirúrgico.

CONCLUSIONES: Ante la presencia de dolor y deformidad de raquis se debe realizar una exploración física y neurológica exhaustiva así como un estudio radiológico completo de columna para conocer la etiología de la misma y enfocar el tratamiento más adecuado en cada caso.

PALABRAS CLAVE: ANOMALÍA VERTEBRAL, ESCOLIOSIS, DEFORMIDAD, CONGÉNITA.

TORTÍCOLIS PAROXÍSTICO BENIGNO DE LA INFANCIA

ELENA PELLICER FERNANDEZ, NOELIA SABATER LÓPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de una lactante de 7 meses, remitida a Rehabilitación por tendencia a inclinación cervical derecha. Los padres refieren episodios autolimitados de inclinación lateral a la derecha, de resolución espontánea y sin síntomas acompañantes. Refieren menos episodios en los últimos meses. Se solicitan pruebas complementarias y consulta a otros servicios para descartar diferentes patologías. Finalmente, la paciente es diagnosticada de tortícolis paroxística benigna.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Antecedentes personales: embarazo controlado, de curso normal. Parto: eutócico, cefálico (37 + 1 semanas) Apgar 9/10. Desarrollo psicomotor acorde a la edad. Rango articular cervical activo completo. No actitud de inclinación cervical. No asimetría facial ni plagiocefalia. No palpación de masas en esternocleidomastoideo. Exploración neurológica normal. Se solicita RX simple y ecografía cervical para descartar alteraciones óseas/ musculares siendo normal. Se solicita analítica con resultado normal y se realiza interconsulta al Servicio de Otorrinolaringología y Oftalmología descartándose patología auditiva y ocular. En última revisión clínica la paciente de 22 meses no ha sufrido ningún episodio de tortícolis.

JUICIO CLÍNICO: El tortícolis paroxístico benigno de la infancia es una entidad caracterizada por episodios de aparición brusca de inclinación cervical hacia un lado de duración variable (horas-días) durante los primeros meses de vida. Son episodios recurrentes que se van espaciando en el tiempo con resolución espontánea entre los 2-5 años. Su diagnóstico se realiza en base al cuadro clínico, exploración y normalidad de pruebas complementarias. Teniendo en cuenta, el curso clínico, la normalidad en exploración física y exámenes complementarios, y descartándose patología ocular y auditiva se realiza el diagnóstico clínico de tortícolis paroxístico de la infancia. **CONCLUSIONES:** Ante la presencia de tortícolis es importante realizar un diagnóstico diferencial desde el primer episodio con diferentes entidades como: tortícolis postural/congénita, malformaciones óseas de raquis cervical, procesos tumorales, infecciosos, inflamatorios, y defectos oculares, entre otros.

PALABRAS CLAVE: TORTÍCOLIS, LACTANTE, CERVICAL, DIAGNÓSTICO.

REHABILITACIÓN COGNITIVA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA TRAS UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 39 años, maestra de primaria en activo, que tras padecer una Parada Cardiorrespiratoria extrahospitalaria por fibrilación ventricular, no recuerda los meses previos al evento. No presenta antecedentes familiares relacionados con dicho episodio ni alergias conocidas. Únicamente, cervicalgia como antecedente personal. Convive con su marido e hijos, de 9 y 5 años. Acude a consulta de Rehabilitación Cognitiva para comenzar tratamiento, donde recibe recomendaciones por parte de la Neuróloga y es derivada a Terapia Ocupacional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración realizada por la Neuróloga aporta los siguientes datos: dominancia diestra, ritmo sueño vigilia conservado, no existen pausas de apnea ni convulsiones, presenta problemas visuales pendientes de ser resueltos por intervención quirúrgica, de la evaluación cognitiva general realizada la memoria a corto plazo es la única que resulta deteriorada, test de heminegligencia negativo, presenta síntomas disejecutivos. Como pruebas complementarias queda pendiente la solicitud de un SPECT cerebral (Tomografía Computarizada por Emisión Monofotónica), en caso de compatibilidad con Desfibrilador automático implantable.

JUICIO CLÍNICO: Pérdida de memoria a corto plazo asociada a pesadez mental y estrés ante simultaneidad de estímulos tras sufrir una Parada Cardiorrespiratoria. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Demencia; Tumor cerebral; Infecciones cerebrales; Accidente Isquémico Transitorio o Accidente Cerebrovascular; Hidrocefalia; Depresión u otras Enfermedades Mentales; Parkinson; Enfermedad Huntington; Esclerosis Múltiple.

CONCLUSIONES: La Terapia Ocupacional es muy útil en la Rehabilitación Cognitiva. Tras una evaluación previa, el entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) resulta una herramienta primordial para ello. Compensar habilidades cognitivas perdidas con otras indemnes; pautar las AVD graduándolas dependiendo de las capacidades del paciente; estructurar y simplificar tareas; ofrecer reglas mnemotécnicas, alternativas y otros pequeños trucos con el fin de maximizar la independencia del sujeto.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN COGNITIVA, AVD, TERAPIA OCUPACIONAL, MEMORIA A CORTO PLAZO.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN

CRISTINA FERNANDEZ ROSA, MARIA DEL MAR CARRERA PÉREZ, CATALINA RODRIGUEZ SORIANO

INTRODUCCIÓN: Rehabilitación en salud, término general para referirse a la fase del proceso de atención sanitaria dirigido a atender las secuelas de una enfermedad o trauma que causan disfunción y discapacidad, con el objetivo de restituir a la persona su funcionalidad social, laboral e integral.

OBJETIVOS: Analizar las funciones de TCAE en la rehabilitación.

METODOLOGÍA: SE ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Este término describe una atención de salud especializada y dedicada a mejorar, mantener o recuperar la fuerza física, la cognición y la movilidad con los máximos resultados. Por lo general, la rehabilitación ayuda a los pacientes a lograr una mayor autonomía después de una enfermedad, una lesión o una cirugía. El aseo y limpieza de los pacientes. La limpieza y ordenación del material utilizado en la Unidad, bajo la supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado. Ayudar a dicho personal en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento. Controlar las posturas estáticas de los enfermos, con supervisión del Personal Auxiliar Sanitario Titulado. Desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento. En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario.

CONCLUSIÓN: El TCAE es parte fundamental para proporcionar al fisioterapeuta a realizar sus tratamientos.

PALABRAS CLAVE: FUNCIONES, TCAE, EN LA, REHABILITACION.

LA REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

ANTONIO BLANCO DE TORO, EUSEBIO GARRIDO BUZON, MILAGROS MONTES LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Mediante la rehabilitación vestibular y postural favorecemos y estimulamos el desarrollo de mecanismos que ayudan a compensar y corregir las alteraciones de la orientación espacial y del equilibrio.

OBJETIVOS: Determinar medidas para llevar a cabo la rehabilitación para personas con discapacidad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Algunas de las medidas de rehabilitación son: Enseñar y practicar habilidades funcionales del desarrollo, motoras y de movilidad. Ejercicios terapéuticos de fortalecimiento, resistencia y movilidad de las articulaciones. Actividades de equilibrio y coordinación. Apoyo para actividades de recreación, juegos y tiempo libre. Adaptación de actividades y rutinas de cuidado diario. Uso de tecnologías de apoyo. Aumentar y mantener la fuerza y la resistencia musculares. Restaurar y aumentar el rango de movimiento de las articulaciones. Aumentar la coordinación. Disminuir el dolor. Disminuir los espasmos y la espasticidad muscular. Disminuir la hinchazón y la inflamación de las articulaciones. Promover la cura de lesiones del tejido blando. Prevenir contracturas y deformidades de las extremidades. Promover la movilidad de caminar o usando un dispositivo con ruedas. Aumentar la capacidad en las actividades cotidianas como el cuidado personal y el juego. Educar a los pacientes y a sus familias. Disminuir el estrés.

CONCLUSIÓN: Tras los análisis de los resultados cabe destacar que la rehabilitación está encaminada a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y las habilidades funcionales de las personas con discapacidades, como así también su ajuste psicológico, social y vocacional. En conclusión, la rehabilitación no se puede limitar a un conjunto de procedimientos o técnicas. Debe ser un conocimiento profundo del ser humano. Para ello es fundamental tratar a las personas en su globalidad bio-psico-social.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, SOCIOCULTURALES, PSICOLÓGICO, BIO-PSICO-SOCIAL.

AFECTACIÓN DESMIELINIZANTE BILATERAL DEL NERVI TORÁCICO LARGO

FRANCISCO JAVIER COTRINA MARTINEZ, NOELIA MATAMOROS CONTRERAS, GABRIELA CASTILLO CALVO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 45 años de edad, peluquero. Es derivado desde atención primaria por referir dolor a nivel posterior de ambos hombros, acompañado de limitación funcional a la hora de realizar flexión anterior de los mismos y rotación externa, de aproximadamente un mes y medio de evolución.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física, llama la atención un eva en reposo de 4, que aumenta a 7 al realizar movilidad. La flexión anterior bilateral pasiva, está limitado a 90°, y la rotación de miembro superior derecho en 25°, y el izquierdo en 20°. Acompaña alteración postural de ambas escápulas y dificultad para elevar cargas. Encontramos debilidad del músculo serrato anterior bilateral, por lo que ambas escápulas se encuentran despegadas de las costillas. Al enfrenar al paciente a una pared, y solicitar que empuje la misma con las manos, se aprecia que el ángulo inferior de la escapula sobresale de la escapula. Al solicitar emg de ambos plexos, se evidencia lesión desmielinizante de ambos nervios torácicos largos, llegando al diagnóstico de escápula alada bilateral.

JUICIO CLÍNICO: Escápula alada bilateral. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hombro congelado. Parsonage turner.

PLAN DE CUIDADOS: Debido al dolor moderado de ambos hombros, planteamos tratamiento con bloqueo ecoguiado de nervio supraescapular bilateral, así como programa individualizado de rehabilitación, orientado en fomentar la ganancia de balance articular en todos los ejes, así como fortalecimiento de musculatura, especialmente aquella encargada de la estabilización escapular en la pared torácica.

CONCLUSIONES: Es fundamental evaluar individualmente cada grupo muscular, realizando una buena exploración física, para posteriormente aplicar un programa específico de rehabilitación física.

PALABRAS CLAVE: NERVI, LARGO, TORÁCICO, ESCÁPULA ALADA.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 52 años acude a Urgencias. Presenta dolor torácico posterior de forma súbita, punzante, de intensidad progresiva acompañado de malestar general, mareos y sudoración profusa e hipertensión arterial. Se realiza Tomografía Computarizada (TC) de aorta, evidenciándose disección aórtica tipo B de Stanford. Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos y valorada por Cirugía Cardiovascular, descartando actitud quirúrgica. Se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Posteriormente, presenta deterioro neurológico. Trasladada a la planta de Cirugía Cardiovascular, evoluciona favorablemente. Se realiza gastrostomía. Finalmente, pasa a la planta de Rehabilitación y Medicina Física para recibir tratamiento integral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Realizada en Rehabilitación y Medicina Física muestra una paciente consciente, desorientada, no colaboradora. No obedece órdenes, realiza algún automatismo. Moviliza de forma espontánea los cuatro miembros, sin limitaciones articulares en miembros superiores, siendo necesarias férulas antiequino en miembros inferiores. Estado mínimo de conciencia. Complementariamente se realizaron: Ecocardio, TC de cráneo, Resonancia Nuclear Magnética de cráneo sin y con contraste, Angio TC arteria aorta, SPECT (Tomografía computarizada de emisión monofotónica), Gastrostomía percutánea, Videodeglución y Electroencefalograma.

JUICIO CLÍNICO: Disección de aorta tipo B de Stanford. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros tipos de disección aórtica (A; AB); Síndrome coronario agudo; Regurgitación o Aneurisma aórtica sin disección; Dolor músculo-esquelético; Pericarditis; Tumores mediastinales; Pleuritis; Tromboembolismo pulmonar; Colecistitis.

CONCLUSIONES: En pacientes tan delicados como el caso descrito, un tratamiento integral es imprescindible. Neurólogo, Rehabilitador, Fisioterapeuta, Logopeda, Trabajador Social, Enfermería y Terapeuta Ocupacional, constituyen parte del mismo. Desde Terapia Ocupacional se abarca el entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria, obteniendo la mayor independencia posible. A través de actividades de integración de las extremidades al esquema corporal, de alcance y manipulación de objetos, así como un trabajo cognitivo orientado a tareas básicas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, REHABILITACIÓN, DISECCIÓN AÓRTICA, CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

TERAPIA OCUPACIONAL EN POLINEUROPATÍA CRÓNICA HEREDITARIA DE CHARCOT MARIE TOOTH

ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Joven de 23 años, que desde los 3 presenta torpeza para caminar con caídas frecuentes. Posteriormente muestra debilidad en piernas y manos, torpeza y temblor en manos y dificultad para los deportes. Es diagnosticado de Polineuropatía Crónica Hereditaria tipo Charcot-Marie-Tooth ligada al cromosoma X (GJB1). Asiste a la consulta de Rehabilitación y Medicina Física en 2013 siendo derivado a Terapia Ocupacional. En 2015 vuelve a ser remitido por un empeoramiento de su discapacidad, con importante dificultad para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), siendo necesaria la utilización de órtesis para la realización de las mismas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Buen nivel cognitivo, tetraparesia distal importante, atrofia distal de antebrazos y manos, temblor de intención, dificultad para la manipulación, atrofia distal de muslos, piernas y pies. Se realizó una Prueba de Velocidad de Conducción Nerviosa, Electromiograma y Pruebas genéticas, para llevar a cabo un diagnóstico.

JUICIO CLÍNICO: Polineuropatía Crónica Hereditaria tipo Charcot-Marie-Tooth ligada al cromosoma X (GJB1). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Principalmente otros tipos de Charcot-Marie-Tooth ligados a otros cromosomas y neuropatías adquiridas dismuye (como la polirradiculoneuritis inflamatoria desmielinizante crónica).

CONCLUSIONES: La polineuropatía descrita se caracteriza principalmente por debilidad y degeneración muscular y pérdida de sensibilidad en las extremidades. A medida que la enfermedad avanza estos síntomas se pronuncian más. La Terapia Ocupacional puede ayudar a estos pacientes a aliviar los síntomas descritos, para poder tener mayor movilidad y prevenir posibles lesiones, a través de la realización de ejercicios para el fortalecimiento muscular, técnicas de ahorro energético y economía articular, así como con la fabricación de férulas e indicación de posibles ayudas técnicas y equipamiento adaptado para la realización y entrenamiento de las ABVD.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, REHABILITACIÓN, ABVD, POLINEUROPATÍA, CRÓNICA, HEREDITARIA.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO

ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años de edad, cocinero de Colegio Público de profesión, durante su jornada laboral sufre un accidente realizándose un corte en la cara palmar de la muñeca derecha. Acude al Servicio de Urgencias, de ahí es hospitalizado e intervenido quirúrgicamente. Transcurrido en tiempo prescrito, es derivado a consulta de Rehabilitación y Medicina Física para valoración y comenzar tratamiento rehabilitador de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración realizada en la consulta de Rehabilitación arroja los siguientes resultados: cicatriz en cara palmar de muñeca derecha normal; leve edema en muñeca, mano y dedos; cambio de coloración; aumento de sudoración; rigidez matutina y limitación de la movilidad. Como pruebas complementarias se realiza: Gammagrafía ósea de esqueleto, Gammacámara Gamma de SPECT/TC (Tomografía Computarizada por Emisión de Monofotónica/ Tomografía Computarizada) y Estudio Neurofisiológico.

JUICIO CLÍNICO: Sección completa del tendón Flexor Palmar mayor derecho; Sección completa del tendón Flexor del 5º dedo derecho; Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC); Neuropatía Sensitiva Motora Axonal parcial del Nervio Cubital derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lesión completa o parcial de otros tendones de la mano; Lesiones óseas; Lesiones musculares; Lesiones nerviosas; Trombosis Venosa Profunda; Tromboflebitis; Celulitis; Linfedema; Insuficiencia Vascular.

CONCLUSIONES: En el tratamiento Rehabilitador de SDRC es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar (Cirujano, Médico Rehabilitador, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional) y aún más asociado a otros trastornos. Dentro del tratamiento de Terapia Ocupacional se establece como objetivo principal conseguir la mayor independencia posible en las Actividades de la Vida Diaria, especialmente en las Básicas, enseñando al paciente ejercicios para aumentar la movilidad, fuerza y sensibilidad; estrategias compensatorias y técnicas de ahorro de energía y economía articular, así como posibles ayudas técnicas y equipamiento adaptado necesarias.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, REHABILITACIÓN, FLEXOR PALMAR, SÍNDROME DOLOROSO, REGIONAL.

PACIENTE PEDIÁTRICO CON ATAXIA DE FRIEDREICH

MARIA ELENA TITOS MARTÍNEZ, VERONICA GUZMAN PECINO, ANA TITOS MARTINEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 11 años que acude al médico de Atención Primaria, junto a sus padres, por aumento de inestabilidad al caminar y caídas frecuentes.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración clínica se observa marcha atáxica de base ancha, adiadococinesia y leve hipotonía de los miembros inferiores. También se observan algunas anomalías en la articulación del habla. Se realizó un estudio de conducción del nervio motor que mostró una velocidad mayor de 40 m/s con ausencia o reducción de acción del nervio sensorial; una resonancia magnética que mostró una discreta atrofia cerebelosa. Electromiografía sin alteraciones. Y finalmente un estudio molecular.

JUICIO CLÍNICO: Dicho estudio molecular confirmó el diagnóstico de Ataxia de Friedreich. Es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia autosómica recesiva. Es neurodegenerativa que causa en quienes la padecen un deterioro progresivo del cerebelo y ganglios espinales dorsales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial incluye otras patologías como la ataxia con deficiencias de vitamina E y otras ataxias de aparición temprana, que comienzan con síntomas comunes, pero con evolución y resultados diagnósticos diferentes.

CONCLUSIONES: Actualmente no existe cura ni tratamiento eficaz para la ataxia de Friedreich. Sin embargo, es posible tratar los síntomas o complicaciones que aparecen para ayudar a los pacientes a mantener un buen funcionamiento el mayor tiempo posible. La terapia física y el uso de ayudas para caminar, terapia logopédica, ayudas farmacológicas, apoyo psicológico, entre otras, son de gran ayuda para los pacientes afectados.

PALABRAS CLAVE: ATAXIA, LOGOPEDIA, FISIOTERAPIA, REHABILITACIÓN, SALUD.

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR EN EL TETRAPLÉJICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA

INTRODUCCIÓN: La funcionalidad de los lesionados medulares cervicales está limitada principalmente por la poca habilidad del miembro superior (MS). Para valorarlo desde Terapia Ocupacional, se analiza el desempeño de actividades básicas como agarrar y mover objetos y actividades complejas como vestirse y comer. De esta forma, se valora la “función del brazo y de la mano” (AHF); y así, se predice el nivel neurológico, motor y fuerza muscular.

OBJETIVOS: Identificar las principales herramientas de valoración del MS en el paciente tetrapléjico, con el fin de constatar aquellas que puedan ser empleadas por el terapeuta ocupacional.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a través de las bases de datos y recursos electrónicos: Pubmed, Web of Science, EBSCO HOST, Biblioteca Cochrane y SciELO. Los criterios de inclusión fueron que los artículos no tuvieran más de 10 años y hablaran de las herramientas de valoración del MS del paciente tetrapléjico desde Terapia Ocupacional.

RESULTADOS: Las mediciones existentes para valorar el AHF en el paciente tetrapléjico son: la FIM y el QIF (ambas medidas analizan actividades complejas como higiene y arreglo personal); TRB (valora el desempeño de las AVD con el uso de prótesis); la VLT-SF y el GRT, (evalúan las habilidades del brazo y de la mano); THAQ, Test función manual de Sollerman y la CUE (miden la capacidad de ejecución de las AVD y las funciones del MS como la prensión y la manipulación en pacientes con lesión medular cervical).

CONCLUSIÓN: Las medidas estandarizadas que se suelen utilizar actualmente con lesionados medulares cervicales desde Terapia Ocupacional, a pesar de la sensibilidad de sus resultados, son la FIM, el QIF y el GRT.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, TETRAPLÉJICOS, EXTREMIDAD SUPERIOR, ESCALAS.

TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR EN EL TETRAPLÉJICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA

INTRODUCCIÓN: La finalidad del tratamiento funcional del miembro superior (MS) afecto desde Terapia Ocupacional, consiste en recuperar la función del brazo y de la mano, mediante el desempeño de actividades con las que se trabaje la pinza gruesa, pinza fina, tenodesis palmar y arco articular del MS, para poder desempeñar de forma independiente las AVD. Este tratamiento debe comenzar desde el primer momento para evitar complicaciones y asegurar así, su máximo de independencia.

OBJETIVOS: Corroborar la efectividad de la Terapia Ocupacional en los programas de rehabilitación del MS de pacientes tetraplégicos.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos y recursos electrónicos: Pubmed, MeSH, Web of Science, BVS y SciELO. Los criterios de inclusión fueron que los artículos seleccionados no tuvieran más de 10 años y que especificaran el tratamiento funcional del MS en el tetraplégico, desde Terapia Ocupacional.

RESULTADOS: Existen discrepancias con respecto a la efectividad de los programas de rehabilitación del MS de pacientes tetraplégicos. Por un lado, mantienen que los programas de rehabilitación tradicionales (fisioterapia y terapia ocupacional) no son efectivos porque causan una mínima funcional. Por otro lado, sostienen que la cirugía, el uso de neuroprótesis y estimulación eléctrica funcional no conducen automáticamente a un mejor desempeño, llegando a demostrar que el entrenamiento motor repetitivo puede mejorar el funcionamiento del brazo y la mano en personas con lesión medular cervical.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado que la intervención de la Terapia Ocupacional restaura el desempeño de AVD (como la comunicación, movilidad y vestido), a través de un enfoque mucho más activo que las terapias alternativas de reconstrucción del MS en el tetraplégico.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, TETRAPLEJIA, EXTREMIDAD SUPERIOR, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA EL ENTRENAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA LESIÓN MEDULAR CERVICAL

CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA

INTRODUCCIÓN: El “Marco de Trabajo de la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso”, refiere los enfoques, las intervenciones de esta disciplina y el tiempo que se debe dedicar al entrenamiento de las actividades de la vida diaria (AVD) en este proceso de rehabilitación; pero sin evidenciar qué técnicas serían más beneficiosas para reducir el deterioro o disfunción dada.

OBJETIVOS: Identificar las diferentes técnicas empleadas desde Terapia Ocupacional para el entrenamiento de las AVD, en el paciente con lesión medular cervical.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica a través de las bases de datos y recursos electrónicos: EBSCO HOST, Pubmed, BVS y LILACS. Los criterios de inclusión fueron que los artículos no tuvieran más de 10 años y que especificaran la intervención de la Terapia Ocupacional en el desempeño de las AVD por parte de lesionados medulares cervicales.

RESULTADOS: Ante la falta de clasificaciones de tratamientos de Terapia Ocupacional en la rehabilitación de lesionados medulares cervicales, se diseña una taxonomía para respaldar dichos tratamientos específicos. Con esta taxonomía se describe cada sesión de terapia en términos de tipo individual o grupal, co-tratamiento con otras disciplinas, la extensión de la atención al paciente, la participación de la familia y los factores limitantes de la sesión.

CONCLUSIÓN: La falta de consenso sobre los tipos de tratamiento de Terapia Ocupacional, el tiempo que se debe emplear en cada actividad y el co-tratamiento con otras disciplinas, ayudan al desconocimiento sobre la labor y la eficacia de la Terapia Ocupacional en la lesión medular cervical.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TETRAPLEJIA, LESIÓN MEDULAR.

TERAPIA OCUPACIONAL, MOTRICIDAD Y ACCESIBILIDAD EN EL HOGAR EN PERSONAS CON PARKINSON

CARLOS GONZÁLEZ DÍAZ, MARÍA CARMEN MONCAYO MOLINA

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Parkinson (EP) se caracteriza por presentar síntomas motrices, entre ellos problemas de equilibrio y de la marcha. Actualmente la medicina solo es parcialmente efectiva en el control de síntomas y signos haciéndose menos firme a medida que la enfermedad va avanzando. La persona que padece la EP como consecuencia del déficit motor, va disminuyendo progresivamente su capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria, la accesibilidad doméstica y la calidad de vida, por lo que la Terapia Ocupacional se convierte en una profesión aliada de esta enfermedad.

OBJETIVOS: Identificar las principales causas motoras que dificultan la accesibilidad al hogar en personas que sufren la EP. Fundamentar que la Terapia Ocupacional es una disciplina que beneficia a esta enfermedad.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos, buscadores y recursos electrónicos SciELO, Pubmed, MeSH, Medline, Biblioteca Cochrane y Scopus. Los criterios de inclusión fueron que los artículos seleccionados no tuvieran más de cinco años y que dichos artículos estuvieran relacionados con la Terapia Ocupacional, la enfermedad de Parkinson con sus consecuencias motoras y como afectaba a la accesibilidad en el hogar.

RESULTADOS: Estudios consultados determinan que el equilibrio y los dispositivos que ayudan a la marcha dificultan seriamente la accesibilidad al hogar, y que un entrenamiento en estas barreras beneficiaría notablemente la calidad de vida aun en etapas avanzadas de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Los resultados apuntan que la Terapia Ocupacional se caracteriza por facilitar estrategias de ayuda a la movilidad en el hogar, aunque estos mismos estudios reconocen que no se derivan a estos profesionales para su tratamiento.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, PARKINSON, ACCESIBILIDAD, MOTRICIDAD.

CONSTRUCCIÓN DE CAMILLA AUTOMATIZADA PARA PACIENTES DE MOVILIDAD REDUCIDA

JORGE LUIS SOLER APARICIO, NICOLAS GONZALEZ GARCIA, JUAN CARLOS ARROYO CARPIO

INTRODUCCIÓN: El principal objetivo es la solución a un gran problema sanitario como es la falta de equipamiento adecuado y necesario en pacientes con movilidad muy reducida o sin movilidad. En este trabajo se presenta la construcción de una camilla para pacientes en proceso de rehabilitación. Se ha demostrado que esta camilla favorece no solo físicamente, si no psicológicamente y repercute vigorosamente en la recuperación del paciente.

OBJETIVOS: Determinar medidas para: Alcanzar la posición correcta por cualquier forma o método, permite que el tratamiento rehabilitador inicie en el paciente una gran etapa, cuyo alcance psicológico supere las posibilidades de terapia física. Dotar a los servicios de salud los medios tecnológicos adecuados y correspondientes a la capacidad humana y mejora en productos de mejor calidad, costos mas asequibles y mas competitivos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: La camilla esta construida en una base tubular metálica y sujeta por tornillos una base de madera con material de poliester de alta densidad y recubierta por una tela de cuero especial sin costura visible q permita su fácil limpieza. En la parte inferior se coloco un actuador electrónico con una carga máxima de 500kg. La camilla posee apoyo para los pies soporte de cintas inclinación de tronco y ruedas que permiten la movilidad en centros de salud. Se agrego también un mando electrónico para la movilización del paciente y distintas posiciones y ángulos ademas de sistemas de protección contra sobrecargas por tensión. Mediante un estudio se observa que los medios son suficientes aunque con un costo elevado. El desarrollo de esta camilla es realizado en ámbito local y su producción industrial generaría muchos beneficios tanto a nivel económico como para la salud del paciente.

CONCLUSIÓN: La camilla automatizada es notablemente mejor que otras existentes en el mercado y permite el manejo de pacientes sin importar talla, peso o condición física, al tratar el proceso de rehabilitación del paciente de un modo integral, incluso a la hora de trabajar de los profesionales.

PALABRAS CLAVE: SALUD, TERAPIA, REHABILITACIÓN, ERGONOMÍA.

EL PAPEL DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

SERGIO DÍAZ GONZÁLEZ, JOAQUÍN DÍAZ GONZÁLEZ, MARCOS CORONA CALZADO

INTRODUCCIÓN: Los pacientes que son tratados en la unidad de rehabilitación de un hospital tienen disminuidas sus capacidades de movilización por diversas razones, por lo cual, necesitan de la ayuda de celadores y demás personal sanitario para realizar los ejercicios prescritos para su recuperación. Estos ejercicios deben realizarse correctamente para evitar lesiones del paciente y de los trabajadores.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de los protocolos de movilización en el servicio de rehabilitación, realizados por celadores y personal sanitario.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos Dialnet, Pubmed y Cinhal, relacionada con la función del celador en el área de rehabilitación en los últimos 10 años. Se usaron como descriptores; “función del celador”, “área de rehabilitación” y “movilización” utilizando el operador booleano “and”. Se seleccionaron 14 artículos para su estudio en profundidad.

RESULTADOS: Entre las funciones realizadas por el celador se encuentran: Trasladar a los pacientes a las salas de terapia. Colaborar en la movilización de los pacientes que lo requieran para realizar una correcta movilización del paciente, Se deben seguir unas normas generales tales como: preparar el área donde se va a trabajar, procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas), acercando lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida. Resaltar que con el trabajo bien realizado se consigue: favorecer la comodidad y seguridad del paciente, evitando lesiones, aparición de deformidades y contracturas musculares.

CONCLUSIÓN: No cabe duda que los celadores son profesionales que están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos. Las movilizaciones son importantísimas para una correcta recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE: FUNCIÓN DEL CELADOR, ÁREA DE REHABILITACIÓN, MOVILIZACIÓN, SEGURIDAD.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

MARIA DEL CARMEN RIVAS SANCHEZ, SOLEDAD GIL NAVARRO, JOSEFA ORTIZ GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es un conjunto de técnicas, métodos. Se emplean para recuperar una función así como una actividad del cuerpo que ha disminuido, se a perdido a causa de un accidente o una enfermedad.

OBJETIVOS: Determinar medidas para facilitar a los especialistas que se encargan de realizar las técnicas adecuadas de rehabilitación y que el servicio que se preste sea el más adecuado y satisfactorio para el paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliografía en diferentes bases de datos utilizando los descriptores citados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: La actuación principal del TCAE en el servicio se trata de: Asear correctamente al paciente Limpieza y orden del material requerido Preparar el material preciso Ayudar al paciente Realizar funciones que faciliten al profesional encargado de la rehabilitación Los resultados que se obtienen son que las prestaciones que se aplican a los pacientes que precisan este servicio sean de mejor calidad, mostrar toda nuestra disponibilidad tanto para el paciente como para el profesional que la realice.

CONCLUSIÓN: La función del los TCAES en rehabilitación es importante, puesto que gracias a su labor se pueden atender a un gran volumen de pacientes, maximizamos el tiempo, ya que este deja todo a punto y acorde a los pacientes que tiene que atender y el rehabilitador está centrado únicamente en realizar las técnicas rehabilitadoras para los pacientes.

PALABRAS CLAVE: TCAE, SERVICIO, HOSPITALARIA, REHABILITACIÓN.

TERAPIA VOJTA EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

JAVIER RODRÍGUEZ GARCIA, ALBERTO NAVA CASTRESANA, ROSA MARÍA CASTRO ROBLES,
MARIA PILAR RESTA SERRA

INTRODUCCIÓN: EL niño con PCI presenta un trastorno en los patrones motores innatos que hacen que estos estén abolidos. A través de la aplicación terapéutica del método Vojta de locomoción refleja, es posible volver a conseguir o, al menos, recuperarlo parcialmente.

OBJETIVOS: Conocer en que consiste el método Vojta. Detallar textual y gráficamente los pasos a seguir en el desarrollo de este método. Explicar cuales pueden ser las repercusiones así como sus indicaciones.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante búsquedas en las bases de datos: medline, pubmed, lilacs, además se han consultado varios libros que quedan detallados en la bibliografía.

RESULTADOS: Los niños con PCI carecen o tienen abolidos los patrones de locomoción. La Terapia Vojta consiste en la realización de una serie de presiones en determinados puntos del cuerpo para posteriormente oponer resistencia al movimiento que desencadena con el fin de estimular la locomoción refleja. Esta terapia consiste, básicamente, en conseguir la reptación refleja y el volteo refleja.

CONCLUSIÓN: Una terapia utilizada en niños con: PCI, lesiones neurológicas cerebrales, lesiones medulares, neuropatías periféricas y/o alteraciones musculares y articulares. Se basa en la plasticidad neuronal, ya que al repetir muchas veces los ejercicios, el SNC recibe información fisiológica que transforma el movimiento refleja en espontáneo. La técnica consiste en la aplicación presión en ciertos puntos del cuerpo a partir de unos posiciones de partida para producir un movimiento que deberemos resistir con el objetivo de obtener patrones motores como la reptación y el volteo. Es imprescindible la colaboración de los padres a los que deberemos enseñar la técnica ya que se realiza $\frac{3}{4}$ veces por día durante 5/20 min.

PALABRAS CLAVE: VOJTA, PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, REPTACIÓN REFLEJA, VOLTEO REFLEJO.

CONCEPTO BOBATH EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

JAVIER RODRÍGUEZ GARCIA, ALBERTO NAVA CASTRESANA, ROSA MARÍA CASTRO ROBLES,
MARIA PILAR RESTA SERRA

INTRODUCCIÓN: El desarrollo normal se caracteriza por la maduración gradual del control postural, con la aparición del enderezamiento, equilibrio y otras reacciones adaptativas. Esto forma la base de la actividad de destreza normal. El SNC del niño con parálisis cerebral es menos competente para adaptarse a las condiciones cambiantes del medio ambiente. Las respuestas motoras del niño con PC consisten principalmente en algunos patrones típicos de actividad refleja anormal que, si no son contrarrestados, conducen a contracturas y deformidades. El concepto Bobath se basa en inhibir patrones patológicos de actividad refleja anormal, facilitando patrones normales de movimiento a través de la normalización del tono muscular.

OBJETIVOS: Identificar en que consiste el Concepto Bobath Describir los principios básicos de este método. Explicar cuales pueden ser las repercusiones así como sus indicaciones.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante búsquedas en las bases de datos: MEDLINE, PUBMED, LILACS e INDICE MEDICO ESPAÑOL además se han consultado varios libros que quedan detallados en la bibliografía.

RESULTADOS: El Concepto Bobath es una terapia especializada aplicada a tratar las alteraciones motoras y de la postura, derivadas de lesiones del SNC. El tratamiento está basado en dos principios: 1. La inhibición o supresión de la actividad refleja tónica anormal que es responsable de los patrones de hipertonía, lo cual se consigue a través de las Posiciones Inhibitorias de los Reflejos (PIR). 2. La facilitación de las reacciones normales de enderezamiento y equilibrio en su correcta secuencia de desarrollo.

CONCLUSIÓN: El enfoque Bobath es una terapia especializada aplicada a tratar los desórdenes del movimiento y la postura derivados de lesiones neurológicas centrales. Éste método estudia al paciente como un conjunto, e incluye un manejo del mismo las 24 horas del día. Sus principios básicos de tratamiento son la combinación de Inhibición + Facilitación para conseguir una secuencia de movimiento normal.

PALABRAS CLAVE: BOBATH, PIR, INHIBICIÓN RECÍPROCA, PCI, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL.

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BARBARA MARTINEZ PINDADO, TERESA CRIADO GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) están sometidos a un importante grado de inmovilización.

OBJETIVOS: Determinar si influyen los programas de movilización precoz en la prevención de los efectos del riesgo del síndrome desuso.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de la bibliografía publicada entre 2005-2017. Los descriptores utilizados en español fueron: “Ambulación precoz”, “Ejercicio”, “Cuidados intensivos”, “Enfermedad crítica” y en inglés: “Early ambulation”, “Exercise therapy”, “Intensive care units”, “Critical illness”. Tras la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinhal y Cochrane, se han incluido 16 ensayos clínicos aleatorizados.

RESULTADOS: : La mayoría de los estudios muestran una menor incidencia de atelectasias, neumonía asociada a ventilación, pérdida de fuerza muscular y mejoría de la capacidad funcional tras el establecimiento de alguna intervención de un protocolo de movilización precoz, sin apenas una diferencia significativa en la aparición de úlceras por decúbito y del delirium. No se han encontrado estudios aleatorizados que avalen un programa de movilidad precoz para prevenir las complicaciones a nivel cardiovascular.

CONCLUSIÓN: A pesar de la evidencia de que la movilización precoz es beneficiosa para pacientes de una UCI, hay escasos ensayos clínicos aleatorizados que han conducido a examinar la viabilidad de un protocolo de movilización en este tipo de unidades.

PALABRAS CLAVE: AMBULACION PRECOZ, EJERCICIO, CUIDADOS INTENSIVOS, ENFERMEDAD CRITICA.

REHABILITACIÓN O FISIOTERAPIA EN LAS PERSONAS MAYORES

VIRGINIA EXPÓSITO IBÁÑEZ, ANA ISABEL RAMIREZ ESCOBAR, MARIA ISABEL FERNANDEZ CODINA

INTRODUCCIÓN: Se dice que una persona entra en la vejez cuando cumple los 60 años. La tercera edad no es una enfermedad, aunque sí es sabido que las personas mayores están sometidos a menudo a factores inhabilitadores, de los cuales hay que diferenciar entre los procesos que se favorecen de la vejez biológica de los que resultan de una vejez patológica.

OBJETIVOS: Actividad articular, deformación muscular, buena circulación, fuerza muscular, aguante al cansancio, vencer rigidez articular, independencia a la hora de sus actividades diarias.

METODOLOGÍA: La cantidad de técnicas y métodos que existen en la rehabilitación le permite al profesional hacer uso de cualquiera de ellas para lograr su objetivo. Se suelen utilizar aparatos como pedales, cinta de andar, pesas,... Además de masajes.

RESULTADOS: Mejorar movilidad articular. Aumentar la independencia en actividades de la vida diaria. Aumentar la fuerza muscular. Mejorar la marcha y equilibrio. Lograr la confianza y colaboración de la persona mayor.

CONCLUSIÓN: Hacerse mayor y llegar a ser anciano es una etapa natural de la vida que hay que aceptar y llegar a esa etapa lo mejor que pueda cada persona según sus circunstancias. La fisioterapia en el anciano intenta mejorar sus circunstancias e intenta la mejora en ellos.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, MOVILIDAD, ACTIVIDAD, REHABILITACIÓN.

EFFECTIVIDAD DEL USO DE FÉRULAS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA RIZARTROSIS DEL PULGAR

MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ, MARGARITA CASAPRIMA VÁZQUEZ, PAULA MARTINEZ MONTROYA

INTRODUCCIÓN: La rizartrrosis es el segundo proceso degenerativo de la mano. Inicialmente se presenta con un cuadro de dolor que progresivamente irá acompañado de limitación funcional incluso de deformidades en estadios más avanzados. Actualmente es la artrosis de miembro superior que origina mayor número de intervenciones quirúrgicas. Como alternativa, se encuentra el tratamiento conservador, que, aunque no resuelve el proceso degenerativo, está indicado para disminuir el dolor, aumentar la fuerza y mejorar la función manipulativa. Dentro del tratamiento conservador, encontramos el uso de férulas.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad del uso de férulas en el tratamiento conservador de la rizartrrosis del pulgar.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el uso de férulas en la rizartrrosis. La búsqueda se limitó a los últimos 10 años en varias bases de datos. Se seleccionaron 8 estudios.

RESULTADOS: Una férula hecha a medida disminuye el dolor, aumenta la función de la mano y mejora la fuerza de agarre y de pinza. Se observa mayor reducción del dolor con las férulas hechas a medida en comparación con las prefabricadas. Hay mejoría en el dolor, la fuerza de agarre y la fuerza de la pinza tanto con el uso de férulas de neopreno como termoplástico. Una órtesis blanda prefabricada parece tener efecto inmediato sobre el uso del dolor durante su uso que no se mantiene al retirarla.

CONCLUSIÓN: El uso de férulas como método conservador en la rizartrrosis es efectivo en cuanto a la disminución del dolor. El uso de férulas hechas a medida como método conservador en la rizartrrosis mejora el dolor de manera más significativa que cuando se usan férulas prefabricadas. Serían necesarias investigaciones futuras para comprobar la efectividad del uso de férulas para la rizartrrosis en cuanto a la funcionalidad de la mano, fuerza de agarre y fuerza de pinza.

PALABRAS CLAVE: TRAUMATOLOGÍA, ARTROSIS, RIZARTROSIS, TERAPIA OCUPACIONAL, FÉRULAS, REHABILITACIÓN.

INFILTRACIÓN ECOGUIADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GABRIEL ANTONIO GARCIA FERNANDEZ, MARGARITA BODAS BLANCAS, MARIA DEL MAR BONILLA BONILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 37 años, que acude a consulta de Rehabilitación, por gonalgia derecha, de aproximadamente 1 año de evolución. Sin traumatismos previos. No refiere actividades deportivas, ni otros factores de riesgo. Mejora levemente con AINES.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se exploran ambas rodillas. Movilidad óptima. Sin signos de inflamación (color, temperatura y aspecto normales). Maniobras meniscales y de ligamentos negativas. Dolor en zona inferior e interior de rodilla derecha, que hace sospechar tendinitis de pata de ganso. Se solicita ecografía de rodilla en la que no se aprecian otras lesiones, por lo que se propone tratar la tendinitis de pata de ganso, con infiltración ecoguiada. Se realiza infiltración con 1 mg de Triamcinolona y 1 mg de Mepivacaina, guiada por ecografía. Se revisa a la paciente, para valorar evolución y eficacia de la infiltración. La paciente refiere bastante mejoría, por lo que se ofrece esperar y realizar otra infiltración cuando aumente el dolor. Se entregan y enseñan ejercicios y estiramientos para la tendinitis y realizar fisioterapia, si no hay mejoría.

JUICIO CLÍNICO: Tendinitis de tendón anserina o pata de ganso, tratado con infiltración con anestésico local y antiinflamatorio corticosteroide, guiada a través de ecografía. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Tendinitis – bursitis de pata de ganso. Se descartan lesiones de menisco y de ligamentos.

CONCLUSIONES: Las infiltraciones ecoguiadas son más efectivas que otros tratamientos más habituales, ya que actúan, directamente sobre el origen del dolor. Es una técnica rápida, segura y poco invasiva, que se puede realizar en consulta, guardando las condiciones de asepsia adecuadas y material estéril. Cada vez es más frecuente el tratamiento de tendinitis o bursitis con esta técnica, debido a su mayor efectividad.

PALABRAS CLAVE: INFILTRACIÓN, ECOGUIADA, ECOGRAFÍA, GONALGIA, TENDINITIS.

REHABILITACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

MARGARITA CASAPRIMA VÁZQUEZ, PAULA MARTINEZ MONTOYA, MYRIAM MARCOS FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: La enfermedad de Dupuytren es una fibromatosis de la aponeurosis digito-palmar de la mano que ocasiona la formación de nódulos y bandas fibrosas provocando contracturas en flexión progresivas y no reductibles de las articulaciones metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales, fundamentalmente en los dedos anular y meñique, aunque puede afectar a cualquier dedo. De etiología desconocida, su prevalencia oscila entre el 3% y el 6% en la población general adulta, con predominancia en el sexo masculino 10:1 y en edades > 50 años. Presentar el tratamiento rehabilitador desde Terapia Ocupacional de un paciente varón de 59 años de edad, zurdo, sin antecedentes patológicos, que presenta limitación funcional tras intervención quirúrgica de 4º y 5º dedos de la mano izquierda, en situación de incapacidad temporal para el desempeño de su profesión.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La evaluación pre y post del tratamiento, se realiza mediante una Exploración Analítica sobre el estado de la piel, presencia de edema, sensibilidad táctil y térmica, fuerza muscular, rango articular y dolor; más una Evaluación Funcional cumplimentando el Cuestionario Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (DASH).

JUICIO CLÍNICO: Tras establecer unos objetivos SMART y mediante un programa de rehabilitación de 30 minutos diarios, completando un ciclo de 30 sesiones, desarrollamos un plan de tratamiento para minimizar el déficit funcional, que dividimos en dos fases: en una primera fase se establecen las indicaciones previas de actuación sobre cuidados post-quirúrgicos y en una segunda fase se lleva a cabo la intervención mediante actividades para movilizar los diferentes patrones funcionales de la mano. **CONCLUSIONES:** Concluimos que el tratamiento realizado por un terapeuta ocupacional a un paciente postquirúrgico de la enfermedad de Dupuytren, ha sido adecuada y se han logrado los objetivos SMART fijados, consiguiendo la mejora de las capacidades de la persona en todas las áreas del desempeño ocupacional, mejorando así la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: DUPUYTREN, FIBROMATOSIS PALMAR, REHABILITACIÓN, TERAPIA OCUPACIONAL.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE

ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 62 años diagnosticada de artritis reumatoide (de 30 años de evolución), derivada a terapia ocupacional tras intervención de mano reumática izquierda con el objetivo de enseñarle ejercicios que mejoren la funcionalidad de la mano y recomendación de ayudas técnicas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Importantes deformidades: dedos en ráfaga cubital, cuello de cisne en 1º, 2º y 3º dedos. Herida con cicatriz queloide adherida. No consigue cierre completo de la mano. Hace pinza con 1º y 2º-3º dedo (4º y 5º no). Refiere dificultad para las AVDS básicas e instrumentales. Balance articular (pasivo): metacarpofalángicas 1º dedo 90º/0º, 2º 90º/0, 3º 90º/0 4º 0º/0 (lleva aguja de Kirtners), 5º sin movilidad. Interfalángicas 1º 90º/0, 2º 90º/0, 3º 90º/0, 4º 90º/0 (dolor presente).

JUICIO CLÍNICO: Artritis reumatoide. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Lupus Eritematoso Generalizado. Osteoartritis. Síndrome de Sjögren. Artrosis degenerativa.

CONCLUSIONES: La artritis es una enfermedad crónica, severa y de curso progresivo, caracterizada por presentar alteraciones inmunológicas que se traducen en una inflamación crónica que conduce a la destrucción de tejidos articulares. La terapia ocupacional ocupa un lugar imprescindible dentro del equipo encargado del tratamiento del paciente con artritis. Los objetivos se centran en mantener la capacidad funcional minimizando las alteraciones producidas en una primera fase por el dolor y la inmovilidad, y en una segunda por las alteraciones articulares y las deformidades; prevenir el desarrollo o progresión de las deformidades de la mano y conseguir concienciación sobre la protección articular. En casos de larga evolución, como el expuesto, se ofrecen además al paciente ayudas técnicas que contribuyen a paliar la discapacidad, así como adaptaciones que faciliten la independencia.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ARTRITIS REUMATOIDE, REHABILITACIÓN, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

TRATAMIENTO DEL DÉFICIT SENSITIVO TRAS UN ICTUS

ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROSANA VACA MUÑOZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre 77 años derivado a terapia ocupacional tras sufrir un ictus lacunar capsular en hemisferio izquierdo. Acude para entrenamiento de las actividades de la vida diaria (AVDS) básicas e instrumentales. Tras valoración se detecta importante déficit sensitivo que dificulta la manipulación.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemiparesia derecha leve con espasticidad en flexores de codo y muñeca, control motor proximal 3-/5, muñeca y mano 5/5, control motor miembro inferior derecho 4+/5. Marcha con ayuda, realiza cambios a bipedestación solo. La exploración de la sensibilidad revela alteración al tacto fino, al dolor y la discriminación entre dos puntos (especialmente en zona del pulpejo de los dedos); sin alteraciones en la sensibilidad a la temperatura; dificultad para la estereognosia e hipoestesia. Juicio clínico: Ictus isquémico.

JUICIO CLÍNICO: Ictus isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ataque isquémico transitorio. Hemorragia intracerebral o subaracnoidea. Tumores. Hipoglucemia. Disección aórtica. Hematoma subdural o epidural. Parálisis de Todd.

CONCLUSIONES: El déficit sensorial supone una limitación importante en la vida del paciente. Sus efectos conllevan problemas de coordinación, desconocimiento del lado afecto, dependencia constante del control visual, retraso en la percepción de la sensación y debilidad motriz. La intervención desde terapia ocupacional en este tipo de problemas estará orientada a conseguir una mayor independencia en las AVDS. Nuestra herramienta es la actividad y los métodos pueden ir desde identificar diferentes texturas, formas, tamaños y pesos; además del dolor (discriminación entre punta fina/punta roma) y la temperatura, a ejercicios “tipo Perfetti”, ejercicios con control visual o sin él, ejercicios de reconocimiento, etc. La sensibilidad profunda, se trabaja mediante la propiocepción con tareas tales como discriminar posiciones y dirección del movimiento, imitación de posiciones frente al terapeuta ocupacional o al espejo, apoyos con la muñeca en extensión, coger objetos distinto tamaño, etc.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ICTUS, SENSIBILIDAD, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE NECROSIS CUTÁNEA EN LA MANO

ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 56 años derivado a terapia ocupacional tras haber sido intervenido en cirugía plástica por necrosis cutánea en el dorso de la mano derecha realizándose varios injertos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Miembro superior derecho con balance articular libre en hombro y codo; en muñeca, pronación libre con limitación de más del 50% para la supinación. Actitud de mano caída. Llega a 10° de extensión, 40° de flexión palmar. Metacarpofálicas e interfalángicas con rigidez en extensión; apenas consigue 5° de recorrido de flexión de las articulaciones interfalángicas.

JUICIO CLÍNICO: Necrosis cutánea. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vasculitis necrosante, poliarteritis nudosa, granulomatosis de Wegener, vasculitis alérgica de Churg-Strauss, coagulopatía intravascular diseminada.

CONCLUSIONES: El paciente fue derivado con el fin de mejorar su autonomía en las actividades de la vida diaria (AVDS) básicas e instrumentales. Con esta premisa se realizaron 15 sesiones de 40 minutos en las que trabajamos a través de ejercicios técnico terapéuticos destinados a mejorar el rango articular, la motricidad fina y destreza, y potenciación de la fuerza muscular. Además se fabricó una adaptación de cubierto (cuchillo) para facilitar la actividad de alimentación. Tras la intervención el paciente es autónomo para todas las AVDS, persistiendo aún una leve limitación para la supinación de muñeca derecha, y el cierre completo de la mano. Se le han enseñado estrategias compensatorias para suplir estas limitaciones y recomendado algunas ayudas técnicas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, MIEMBRO SUPERIOR, NECROSIS CUTÁNEA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE INTERVENIDO DE ESTENOSIS DEL CANAL CERVICAL

ROCÍO CARMONA MORENO, ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 22 años derivado a terapia ocupacional para tratamiento integral. Presenta cifosis cervical con estenosis. Desde hacía 4 años, pérdida de movilidad cervical progresiva y fuerza en miembros. No antecedentes traumáticos, excepto caída a los 16 años con traumatismo cervical (sin asistencia médica). Últimos 9 meses, vida de cama-sillón. En consulta de traumatología se realiza resonancia magnética cervical encontrando: listesis grado 4 C4-C5 con luxación facetarias, estenosis severa de canal, con compresión. Subluxación atlantoidea. Es intervenido quirúrgicamente con fijación cervical.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Tetraparesia de predominio en miembros superiores (MMSS). Miembros inferiores (MMII) 4/5; MMSS 2/5; hombros 4/5; bíceps/tríceps 2; manos con hiperreflexia generalizada. Hipoatrofia de 4 miembros. No eleva hombros; atrofia de musculatura escapulohumeral; manos con dolor a la movilización. Espasticidad con retracciones en hombros y dedos. Control motor: bíceps-tríceps 2+/5, extensores muñeca 2/5, flexores dedos 1+/5. Retracciones en rodillas (isquiotibiales). Realiza transferencias con ayuda. Mantiene sedestación poco estable, realizando cambios a bipedestación con ayuda. Controla esfínteres. Sensibilidad intacta. Muy dependiente (Barthel 60).

JUICIO CLÍNICO: Cifosis cervical con estenosis del canal. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Malformación de Arnold Chiari. Artrosis degenerativa. Hernia discal extruida.

CONCLUSIONES: El fin de terapia ocupacional en esta patología es reducir/compensar los efectos de la lesión permitiendo a la persona adquirir habilidades para conseguir mayor independencia. La elaboración de férulas ayuda a preservar la movilidad de manos previniendo contracturas o deformidades. Será el terapeuta ocupacional el responsable de recomendar ayudas técnicas y realizar adaptaciones. El entrenamiento de las actividades de la vida diaria es objetivo primordial, así como el asesoramiento sobre modificaciones en el entorno de cara a la vuelta al hogar.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, TETRAPARESIA, CIFOSIS CERVICAL, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

EL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

RAQUEL RAMÍREZ MOLINA, ALFONSO JUAN JIMENEZ CALZADA, OLGA MARIA JIMENEZ CALZADA

INTRODUCCIÓN: El área de rehabilitación está destinada para la mejora de pacientes que han sufrido una lesión. El celador en este servicio de rehabilitación se encarga del cuidado de movilizaciones, posiciones corporales y cambios posturales en el paciente.

OBJETIVOS: Identificar las funciones del celador en los servicios de traumatología y rehabilitación con el fin de garantizar la calidad y eficacia de su labor y con ella contribuir a la mejora de los servicios públicos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica/sistemática a través de las diferentes bases de datos científicas. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: El celador ayuda al Fisioterapeuta en la colocación y sujeción del paciente y tramitaran documentos y mobiliario que le sean confiados por sus superiores. Transmitir por parte del celador una mayor confianza y seguridad a los pacientes. Mejora en la rehabilitación del paciente gracias a los movimientos, colocación y sujeción que realiza el celador para ayudar al Fisioterapeuta.

CONCLUSIÓN: El celador en éste área evitará comentarios sobre tratamientos ya que es una función del Médico encargado del enfermo y ayudara a sus compañeros para aumentar el trabajo en equipo bien realizado.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, SALUD, EQUIPO, MOVILIZACIÓN.

TÉCNICAS ALTERNATIVAS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

SANTOS RODRIGUEZ TUBILLA, ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA, PIEDAD CASTAÑO LÓPEZ, JOAQUIN BERMEJO MADRID, MARIA GARCIA FERNANDEZ, NINFA SABATER SANCHEZ, JUANA MARIA DIAZ PEREZ, JOSEFA ELENA GAMBIN CERMEÑO

INTRODUCCIÓN: La persona con enfermedad de Parkinson encuentra limitaciones en su autonomía ocupacional debido al déficit ocasionado por esta patología y por los efectos secundarios de la medicación que está asociada como tratamiento. Esta limitación se encuentra presente de manera diferente según el grado de evolución y los síntomas que se manifiestan, y también dependiendo de la individualidad personal de los enfermos de Parkinson. Estas limitaciones se ven reflejadas en las Actividades de la Vida Diaria, repercutiendo en la calidad de vida de los afectados y de sus familiares. La Terapia Ocupacional pretende compensar las limitaciones y problemas individuales, y potenciar las capacidades aún conservadas.

OBJETIVOS: Conocer los aspectos de la enfermedad del Parkinson y su sintomatología. Identificar los aportes a nivel físico y cognitivo de las técnicas de Terapia Ocupacional en enfermos del Parkinson. Conocer la efectividad de distintas intervenciones terapéuticas en los pacientes la Enfermedad del Parkinson a través de una revisión bibliográfica.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una búsqueda de artículos en inglés y castellano así como en revistas científicas en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2017 con la finalidad de encontrar la evidencia clínica más actual posible. La búsqueda se realizó en la principales bases de datos medicas: Medline; Pubmed; IME; Scopus; Psycinfo; OTseeker.

RESULTADOS: La presente revisión bibliográfica tiene el fin de identificar los aportes a nivel físico y cognitivo de las técnicas de Terapia Ocupacional y conocer la efectividad de distintas intervenciones terapéuticas en pacientes con enfermedad de Parkinson.

CONCLUSIÓN: Debido a la naturaleza multifactorial de la enfermedad de Parkinson y el déficit en diferentes sistemas corporales; se ha visto por conveniente trabajar el tratamiento no farmacológico mediante técnicas que integren o rehabiliten estos sistemas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, TRASTORNO DE LA MARCHA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, REHABILITACIÓN.

USO DE LA HIPOTERAPIA EN LA DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA

SANTOS RODRIGUEZ TUBILLA, ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El término genérico “Hipoterapia” se denomina a diversas técnicas orientadas al tratamiento de personas con discapacidad, en las que un elemento central es el caballo. Para que se pueda hablar de hipoterapia se requiere la participación de un equipo multidisciplinario, establecido en función del tipo de discapacidad a tratar. El contacto con el caballo proporciona múltiples sensaciones que influyen positivamente en los ámbitos social, sensorial y motor. Cada área está dirigida a diferentes tipos de discapacidades utilizando estrategias terapéuticas distintas. La hipoterapia como término global de las tres áreas abarca la integración de cuatro ámbitos profesionales diferentes: la medicina, la psicología, la pedagogía y el deporte.

OBJETIVOS: Determinar la evolución y la mejora de los pacientes con parálisis cerebral que reciben hipoterapia.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, Pubmed, Medline, Cuiden y OTseeker, en el periodo comprendido entre 200-2016, así como en revistas científicas y literatura gris.

RESULTADOS: En la mayor parte de los estudios analizados encontramos el estudio de estas variables: el tono muscular, el control postural, el equilibrio, la sociabilización y los efectos que la hipoterapia puede tener en este aspecto. También encontramos en dos de los artículos una mejoría a nivel cognitivo, en el que destacan la audición y el lenguaje. Las patologías que más resaltan en estos estudios son la parálisis cerebral, síndrome de Down, epilepsias y autismo.

CONCLUSIÓN: Las limitaciones que hemos encontrado en nuestro estudio es que todavía faltan investigaciones sobre este tema, en adultos especialmente. La mayor parte de la información que hemos encontrado habla de este tipo de terapia adaptada a los niños, es el colectivo que más destaca dentro de esta terapia. La mayor parte de autores coinciden en que la terapia ecuestre es simplemente una terapia complementaria, que se debe apoyar junto con otras terapias como son la fisioterapia.

PALABRAS CLAVE: HIPOTERAPIA, TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES, CABALLOS, DISCAPACIDAD NEUROLÓGICA, PARÁLISIS CEREBRAL.

BENEFICIOS DEL VENDAJE FUNCIONAL EN EL ESGUINCE DE TOBILLO

NATALIA BRAVO ANDRÉS, EDUARDO DELGADO ROCHE, MARTA PIÑOL RABINAT, MARTA CASTELLANOS VIDAL, MARIA PILAR BURILLO VIDAL, ALBA GUITARD QUER

INTRODUCCIÓN: El esguince de tobillo constituye uno de los traumatismos músculo-esquelético más comunes en la práctica deportiva. Una buena detección y seguimiento previenen posibles complicaciones. El vendaje funcional es un tipo de inmovilización parcial que se caracteriza por permitir una movilidad a la extremidad afectada además de evitar los efectos secundarios de las inmovilizaciones totales.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del uso del vendaje funcional en esguinces de tobillo grado leve-moderado así como conocer los beneficios de este tipo de inmovilización en la práctica clínica.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Se consultó la base de datos Pubmed y Scielo. También se usaron páginas webs nacionales e internacionales. Los descriptores utilizados fueron: “vendaje funcional, esguince tobillo”, “bandage ankle sprain” y “benefits”. Se aplicó un filtro de idioma (inglés y castellano) y período temporal (años 2012-2017). Los criterios establecidos fueron: Estudios que analicen este tema; con acceso al texto completo; y escritos en inglés o castellano. De un total de 25 publicaciones, fueron seleccionadas 13.

RESULTADOS: Los resultados muestran que el vendaje funcional en el esguince de tobillo tiene un alto número de beneficios: se mantiene los movimientos no afectados, se adelanta la posibilidad de rehabilitación, mantiene los estímulos propioceptivos, evita la atrofia muscular.

CONCLUSIÓN: Efectividad del vendaje funcional en el traumatismo descrito junto con la rápida y eficaz recuperación en un corto periodo de tiempo.

PALABRAS CLAVE: ESGUINCE, VENDAJE, FUNCIONAL, BENEFICIOS.

RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

NOEMI DEL CERRO ALVAREZ, ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años de edad, que acude a consultas de rehabilitación por cuadro de artralgias, mialgias y sensación de cansancio y debilidad. Cuenta cuadro de 4-5 meses de evolución de pérdida de peso sostenida y dolor abdominal.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Destaca atrofia de glúteos y musculatura proximal de piernas, Reflejos vivos en miembros superiores e inferiores. Pérdida de peso rápida y sostenida. En la pc se solicita batería analítica completa, gastro y colonoscopia y enteroresonancia. En la colonoscopia, llegando al íleon terminal, aparecen úlceras en la mucosa, por lo que para valorar todo el íleon, se decide la cápsula endoscópica. En ella aparecen múltiples úlceras y estenosis, se toman biopsias y se diagnostica finalmente de Enfermedad de Crohn. Al cabo de varios meses, persiste debilidad, a pesar de tratamiento correcto del Crohn, y torpeza motora, con aparición de fasciculaciones, cada vez más frecuentes. Ante el cuadro clínico de atrofia, debilidad, hiperreflexia y fasciculaciones, se solicita Electromiografía con sospecha diagnóstica de Enfermedad de Motoneurona, que es finalmente confirmada.

JUICIO CLÍNICO: Enfermedad de Crohn. Enfermedad de Motoneurona: Esclerosis Lateral Amiotrófica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Otras enfermedades de motoneurona. Atrofia por desuso y cuadros malabsortivos severos.

PLAN DE CUIDADOS: Programa de rehabilitación motora y fisioterapia respiratoria. Tratamiento médico para la Enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES: La ELA es una enfermedad de difícil diagnóstico, en que muchas veces sufre un retraso en el diagnóstico, debido a la existencia de otras enfermedades y/o comienzo insidioso y variable. Tiene un pronóstico infausto, y hasta el momento no existe ningún tratamiento efectivo. Se han intentado algunos fármacos, con resultados controvertidos, y solo el Riluzol ha demostrado mejorar el pronóstico unos meses (inhibidor de la secreción de glutamato en el Sistema Nervioso Central). El tratamiento rehabilitador puede ayudar a mejorar los síntomas, y la calidad de vida cuando el deterioro motor se hace más evidente.

PALABRAS CLAVE: ELA, RETRASO DIAGNÓSTICO, ENFERMEDADES ENMASCARADORAS, ENFERMEDAD DE CROHN, DEBILIDAD MUSCULAR.

CUADRO DE DOLOR CRÓNICO GENERALIZADO ASOCIADO A FATIGA

FRANCISCA DOLORES MARTIN ANTEQUERA, EVA GARCIA JIMENEZ, NOELIA MUÑOZ JIMENEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente hipertensa y diabética que acude por presentar hace meses raquialgia y poliartalgias mecánicas generalizadas. Dolor músculo-esquelético generalizado crónico asociado a fatiga, insomnio, etc. Preocupación últimamente por aparición de parestesias en manos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración no se aprecian signos inflamatorios en articulaciones periféricas, puntos FM + 18/18 Se realiza analítica completa HB, BQ y CO con valores dentro de rango para todos los parámetros (leve alteración de valores bioquímicos tipo colesterol, triglicéridos o urea) incluidos perfil hormonal, anticuerpos y factor reumatoide. Rx de columna cervical, dorsolumbar, manos y rodillas en los que se aprecian signos degenerativos moderados no lesiones erosivas. EMG manos sin alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Fibromialgia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fibromialgia, Enfermedad reumática, espondiloartrosis y Poliartalgias.

PLAN DE CUIDADOS: Tras realizar estudio completo se descarta la presencia de signos de enfermedad reumática de etiología inflamatoria y/o autoinmune. Se pauta tratamientos con analgesia, estableciendo mediación de rescate si más dolor y continuar con controles periódicos. Recomendaciones para control de dolor, ansiedad y fomento del confort y bienestar (posturas antiálgicas, ejercicios, actividad física dentro de sus posibilidades, evitar sobrepesos, relajación...).

CONCLUSIONES: La fibromialgia o dolor crónico generalizado varía su intensidad en función del paciente pudiendo dificultar la actividad diaria del mismo. Ya que no tenemos tratamiento curativo como tal si hay que facilitar al paciente una serie de recomendaciones o medidas que alivien los síntomas y mejoren su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, POLIARTRALGIA, DOLOR CRÓNICO, ENFERMEDAD REUMÁTICA.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

ELENA MIRONOVICH, MARIA FELICIANA CRUZ MARTINEZ, VERÓNICA MIRANDA CARBALLO, FRANCISCO JAVIER MAYENCO CANO

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es mostrar cuales son las funciones y protocolos a seguir por el TCAE en la sala de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión teórica. Las bases de datos que se han empleado en esta revisión han sido: cinahl, cuiden y medline. En la búsqueda se recopilaron un total de 4 artículos, de no más de 10 años de antigüedad. Las palabras claves usadas en la búsqueda fueron, protocolos, rehabilitación, intimidad, funciones TCAE.

RESULTADOS: Según bibliografía encontrada las características generales para la atención al paciente en una unidad de rehabilitación son: Respetar las diferencias y prestar una atención en condiciones de equidad. Comprender y respetar la intimidad de las personas. Mantener la confidencialidad como principio general, amabilidad y respeto, motivando a los pacientes para que realicen los ejercicios, y vigilarles de cerca para asegurarse de que están haciendo los movimientos correctamente, sin que corran el riesgo de sufrir más lesiones. Supervisión en la ejecución de las tablas de ejercicios. Guiar al paciente en los tratamientos básicos y programas de ejercicios. Después del tratamiento, retirar el material utilizado y mantener la sala de tratamiento limpia y ordenada. Se deberá registrar cualquier cambio en la condición del paciente

CONCLUSIÓN: Para que el proceso completo de rehabilitación sea de calidad, es necesario establecer estos protocolos junto con las distintas unidades para poder mantener el seguimiento y asistencia del paciente, ayudando a aquellos que se están recuperando de lesiones y enfermedades a conseguir el máximo nivel posible de funcionalidad previniendo las complicaciones, reduciendo la incapacidad y aumentando la independencia.

PALABRAS CLAVE: PROTOCOLOS, REHABILITACIÓN, INTIMIDAD, FUNCIONES TCAE.

LUXACIÓN PATELAR COMO COMPLICACIÓN DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 79 años, obesa grado II, intervenida de artroplastia total rodilla (ATR) que se encuentra realizando tratamiento rehabilitador, iniciado hace 2 meses. En revisión en consulta de Rehabilitación refiere dolor en cara anterior de rodilla y haber tenido 2 caídas, última hace 1 mes, por fallo en la pierna intervenida, negando traumatismo directo en rodilla. Usa andador por seguridad sin haber conseguido situación funcional previa de marcha con un bastón.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física (EF): A la inspección, anatomía dificultada por obesidad, sin signos inflamatorios. Presenta impotencia funcional para la extensión completa de rodilla con un balance articular pasivo de 0-100° y molestias a la palpación en cara anterior de rodilla. Consigue dar unos pasos sin ayudas técnicas. Se solicita radiografía (Rx) anteroposterior y lateral de rodilla donde no se visualiza la rótula si comparamos con Rx postquirúrgicas. Ante la sospecha de luxación de rótula se pide Rx en proyección axial, confirmando el diagnóstico, observándose una rótula luxada externamente. La paciente es remitida a Urgencias para valoración por Traumatólogo.

JUICIO CLÍNICO: Luxación patelar sobre ATR. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En pacientes obesos sometidos a ATR, donde es difícil visualizar y palpar la rótula, que cuenten fallos del miembro intervenido con la marcha es importante explorar el aparato extensor y ver una Rx reciente y si hay dudas pedir una Rx axial. Los problemas relacionados con el aparato extensor varían entre 1- 10% en pacientes sometidos a ATR y pueden ser motivo de reintervención, por lo que la luxación de rótula es una complicación a sospechar.

CONCLUSIONES: La anamnesis y EF del aparato extensor del paciente sometido a ATR junto con Rx actualizada es fundamental para sospechar esta complicación que, a pesar de no ser muy frecuente, debemos tener en cuenta. Si es necesario, pedir Rx axial de rodilla, para no demorar el tratamiento y pronóstico funcional.

PALABRAS CLAVE: LUXACIÓN, PATELA, RÓTULA, ARTROPLASTIA, RODILLA.

GONALGIA COMO SÍNTOMA DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón 58 años con factores de riesgo cardiovascular (FRCV): HTA, DM2, dislipemia, fumador, sedentario; y antecedentes personales de SAOS y artroscopia de rodillas (CAR) por meniscopatía. Remitido a consulta de Rehabilitación desde Traumatología por tendinitis anserina bilateral. Refiere dolor en cara interna de ambas rodillas, mecánico, de años de evolución, con empeoramiento progresivo, hasta llegar a limitarle la marcha, obligándole a detenerse, cediendo entonces la sintomatología, que no aparece en reposo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la exploración física (EF) se observa un patrón normal de marcha, rodillas sin signos inflamatorios con balance articular libre indoloro, sin presencia de derrame articular ni signos de inestabilidad. Maniobras meniscales negativas con leves molestias a la palpación de pata de ganso bilateral. Pulsos pedios disminuidos de forma simétrica. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos presentes y simétricos. Homans negativo. En la radiografía se observan signos de gonartrosis moderada con pinzamiento del compartimento interno. Ante la sospecha de enfermedad arterial periférica (EAP) de miembros inferiores (MMII) en paciente con FRCV se solicita eco-doppler arterial de MMII y ecografía de rodillas para valorar tendinopatía anserina secundaria a gonartrosis. Las pruebas complementarias (PC) informan de EAP con arterias femorales trombosadas recanalizadas, y eco rodillas sin hallazgos patológicos. Con estos resultados el paciente es remitido al Servicio de Cirugía General.

JUICIO CLÍNICO: Claudicación intermitente de la marcha de perfil vascular. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En pacientes con FRCV y dolor claudicante en MMII debe realizarse anamnesis orientada y EF incluyendo pulsos distales para descartar etiología vascular, y no sólo atribuir el dolor a causas degenerativas.

CONCLUSIONES: Ante una claudicación de la marcha por dolor en MMII es fundamental preguntar cómo cesa el dolor, ya que el “síndrome del escaparate” nos debe hacer pensar en una etiología vascular. Así se evitarían cirugías innecesarias, adecuando el tratamiento incluyendo inicialmente el control de FRCV y recomendaciones sobre realización de ejercicio aeróbico regular.

PALABRAS CLAVE: CLAUDICACIÓN, ARTERIOPATÍA, GONALGIA, INTERMITENTE.

DORSOLUMBALGIA COMO DEBUT DE PATOLOGÍA RENAL

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 17 años remitida al Servicio de Rehabilitación desde Atención Primaria por escoliosis y lumbalgia. Antecedentes personales (AP) de infecciones del tracto urinario (ITU) de repetición en la infancia. Refiere dolor dorsolumbar derecho de años de evolución, atraumático, con irradiación hacia hemiabdomen, sin relación con digestiones pero interfiere en el sueño. Dolor en reposo, constante, que no alivia con cambios de postura. No mejora con fisioterapia. Calma con AINES.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física (EF): Actitud escoliótica. Adams: giba lumbar izquierda y torácica derecha de 1 cm no reducible. Dolor palpación de cuadrado lumbar derecho. Caderas movilidad conservada no dolorosa. Puño percusión renal negativa. Exploración neurológica normal. Se solicita radiografía (Rx) de columna completa y ecografía abdominal. En Rx se aprecia curva lumbar izquierda de 9° sin rotación vertebral, con perfil sagital normal. Ecografía informada como dilatación pielocalicial grado 3 en riñón derecho, por lo que es remitida al Servicio de Urología.

JUICIO CLÍNICO: Dorsolumbalgia de causa orgánica secundaria a hidronefrosis riñón derecho en paciente con actitud escoliótica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** El dolor musculoesquelético a nivel de raquis suele ser un motivo de consulta frecuente en adultos, no siendo así en menores de 20 años. Por lo general presenta características mecánicas, modificándose con los cambios posturales. Las desviaciones del raquis normalmente no producen síntomas en niños ni adolescentes y sus repercusiones suelen aparecer en edad adulta dependiendo de la severidad de la curva. La importancia radica en preguntar sobre posibles señales de alerta o Red flags y si sospechamos causa orgánica realizar las pruebas pertinentes.

CONCLUSIONES: Ante un dolor dorsolumbar irradiado en un adolescente que se presenta en reposo hay que descartar causa orgánica, orientando la anamnesis y teniendo en cuenta los AP para pedir las pruebas complementarias según la sospecha clínica.

PALABRAS CLAVE: DORSOLUMBALGIA, ORGÁNICA, RENAL, HIDRONEFROSIS.

PIE PLANO VALGO RÍGIDO DOLOROSO SECUNDARIO A COALICIÓN TARSAL DIAGNOSTICADA EN ADULTO

NOELIA SABATER LÓPEZ, ELENA PELLICER FERNANDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 26 años remitida a Rehabilitación desde Traumatología por dolor mecánico crónico atraumático en cara interna de tobillo-pie izquierdo. Seguimiento por Rehabilitación hasta los 6 años por pies planos valgos. Refiere haber usado en infancia zapato de horma recta y plantillas mal toleradas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física en descarga: hiperqueratosis en cara interna de tobillo, periastragalina. Dolor subastragalina. En podoscopio: huella plantar plana grado II no reducible con la hiperextensión del primer dedo y retropié valgo bilateral, excesivo izquierdo de 20°, reducible parcialmente de puntillas. En radiografía (Rx) oblicua impresiona de malformación congénita en tarso. Se pide Rx comparativas en carga lateral, axial y a 45° donde se confirma coalición tarsal y asimetría con pie contralateral.

JUICIO CLÍNICO: Pie plano valgo rígido sintomático por coalición calcáneo-astragalina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La coalición tarsal es una malformación congénita con fusión anormal (fibrosa, cartilaginosa u ósea) entre los huesos del tarso, infradiagnosticada en jóvenes que presentan dolor de pie. La coalición astrágalo-calcánea es de las más frecuente, unilateral, y se manifiesta entre 12-16 años, como dolor en cara medial pie o subastragalino, pero se puede manifestar en edad adulta. Para confirmarla pedir Rx lateral y a 45°, y de elección, TAC (para coaliciones óseas) y/o RMN (para coaliciones fibrocartilaginosas) precirugía y para descartar condiciones adquiridas (tumores, infecciosas, degenerativas, inflamatorias o postraumáticas) que pueden simular coaliciones congénitas.

CONCLUSIONES: El pie plano valgo infantil es una de las consultas más frecuentes en Rehabilitación, por lo que hemos de explorar siempre la flexibilidad de la huella y valgo de talón con las maniobras de Jack y Fonseca para diferenciar el pie plano valgo flexible del rígido para adoptar una correcta actitud terapéutica y pronóstica, evitando altas precoces. Si se confirma una coalición tarsal solicitar TAC y RMN con vistas a tratamiento quirúrgico en casos sintomáticos.

PALABRAS CLAVE: COALICIÓN, TARSO, DOLOR, PIE, VALGO.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL DOMICILIO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL

BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Parkinson (EP) es un desorden neurodegenerativo del sistema nervioso central, caracterizado por la degeneración de las neuronas encargadas de la producción de dopamina, causando los síntomas cardinales de la EP: temblor, bradicinesia, rigidez e inestabilidad postural.

OBJETIVOS: Conocer las causas principales de las caídas en personas con EP. Determinar la efectividad de las adaptaciones domiciliarias y de los productos de apoyo en la prevención de caídas en personas con EP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos nacionales (Cuiden, Scielo España) e internacionales (Cochrane library, Otseeker, Medline), y en la biblioteca on-line PubMed. Estableciendo como criterio de inclusión haber sido publicados a partir de 2010 en español o inglés. Como descriptores de búsqueda se han utilizado “enfermedad de Parkinson”, “caídas”, “domicilio” y “Terapia Ocupacional”.

RESULTADOS: La EP actualmente presenta una gran prevalencia. Estas personas tienen mayor riesgo de sufrir una caída en comparación con grupos de control sanos, aumentando las probabilidades de sufrir fracturas, dependencia y mortalidad. El domicilio es el lugar más inseguro durante la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), debido a los factores ambientales barrera. La adaptación del domicilio y el uso de productos de apoyo, se consideran las intervenciones más eficaces en la prevención de caídas y en la mejora del desempeño de las AVD. Estas intervenciones mejoran la función motora, la seguridad, y aumentan la independencia en la vida diaria. Realizarlas es competencia del terapeuta ocupacional según el proceso de asesoría del Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional.

CONCLUSIÓN: Desde la Terapia Ocupacional se pueden desarrollar programas de intervención efectivos para maximizar la independencia en la vida diaria y el mantenimiento de la calidad de vida en personas con EP.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE PARKINSON, PREVENCIÓN DE CAÍDAS, PRODUCTOS DE APOYO, CALIDAD DE VIDA, TERAPIA OCUPACIONAL.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO EN FASE SUBGUDA, TRAS PERIODO DE REHABILITACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

CARMEN GOMEZ AMAGO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ
ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO

INTRODUCCIÓN: Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son las actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo también llamadas actividades personales de la vida diaria.

OBJETIVOS: Analizar el nivel de dependencia con respecto a las ABVD de pacientes antes y después de un tratamiento durante tres meses desde Terapia Ocupacional.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo de serie de casos clínicos, realizado a 10 pacientes que han sufrido un daño cerebral adquirido (Ictus y TCE). Valorando el nivel de dependencia e independencia con respecto a las ABVD, se utilizan dos escalas estandarizadas Índice de Barthel (IB) y Escala de Medida de Independencia Funcional (MIF) tanto en el momento del alta hospitalaria y tres meses después del tratamiento rehabilitador desde terapia ocupacional, con un mínimo de dos a cinco sesiones semanales de un máximo de 60 minutos. A través del tratamiento de las secuelas neurológicas (motoras, cognitivas, sensoriales), mediante la utilización de diferentes técnicas de rehabilitación.

RESULTADOS: La edad media fue de $77,1 \pm 18$ años, y un 50% hombres. De media se observó un 23'3% de mejora en su capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria (IB >73 MIF > 95) con respecto a la situación funcional previa.

CONCLUSIÓN: El daño cerebral adquirido (Ictus o traumatismo craneoencefálico) son patologías de instauración súbita con secuelas directas sobre la autonomía personal del paciente, la pronta rehabilitación desde Terapia Ocupacional, una vez terminado el proceso de hospitalización influye directamente en una ganancia en los niveles de independencia del paciente neurológico.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ACTIVIDADES VIDA DIARIA, REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA, ÍNDICE DE BARTHEL.

CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA REHABILITACIÓN EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS

SARA IGLESIAS RODRÍGUEZ, MÓNICA GÁLVEZ SUÁREZ, PILAR TRIANO GARCIA

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación geriátrica es una forma de intervención sobre el proceso de discapacidad en el anciano, este cuidado es capaz de prevenir o revertir el paso del deterioro a discapacidad, o de discapacidad a invalidez.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de la rehabilitación en los centros geriátricos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática a través de diferentes bases de datos científicas.

RESULTADOS: Los resultados del trabajo en rehabilitación ya sea en gimnasio o en cama con movilizaciones pasivas son mejoras en sistema respiratorio, linfático, locomotor, digestivo, excretor... en definitiva, garantiza una mejora de calidad de vida en la persona. Informar como las personas que acuden a rehabilitación de forma constante en el centro donde trabajo tienen una gran mejoría en muchos aspectos como: • Menos dolor. • Reeducación de la marcha. Autonomía; mejora de equilibrio; mejoras en el estado de ánimo. Los objetivos que nos planteamos son tanto a nivel físico como psicológicos. Uno de los elementos fundamentales en la rehabilitación del anciano es la valoración integral de carácter interdisciplinar para determinar las capacidades del mayor de una forma global. Las metas a la hora de comenzar serán individualizadas, con sesiones cortas, repetidas, con objetivos modestos, siendo pacientes e intentando crear siempre un ambiente psicológico agradable. Los ejercicios que hemos trabajado son en el gimnasio de la residencia en la que trabajo junto con una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional. Se ha hecho uso del gimnasio del centro pero también se han hecho ejercicios con pelotas,aros, bolos, estiramientos,movilizaciones pasivas.

CONCLUSIÓN: Como conclusión final quiero hacer hincapié que todo esto se ha hecho con supervisión de varios profesionales,los ejercicios han sido adaptados a cada mayor y que también hemos visto como han hecho uso de sus habilidades sociales en gimnasio, caminatas, juegos...

PALABRAS CLAVE: ENVEJECIMIENTO ACTIVO, AUTONOMÍA, TRATAMIENTO, RECUPERACIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

MARÍA DE LAS MERCEDES LOZANO ROMERO, JOSÉ ANTONIO GARCIA-PAREDES GONZALEZ, CRISTINA CARMONA PADILLA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 74 años, traqueostomizada, procedente de Hospital General que ingresa en la Unidad de ventilación mecánica del Hospital Universitario San Rafael por haber sido diagnosticada desde hace tres meses con el síndrome de Guillain-barré, de inicio agudo y sin recuperación por el momento. Ingresa en la Unidad para recibir rehabilitación y dar soporte respiratorio debido al debilitamiento de los músculos respiratorios, para lo cual necesita estar conectada durante la noche a ventilación mecánica invasiva.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La exploración física a su ingreso aportó los siguientes datos: TA 102/59 mmHg, FC 62 lpm, Saturación de O₂ 97% con gas nasales de O₂ a 1 lpm, Glucemia 94 mg/dl. Para la valoración inicial de las necesidades fundamentales se usó el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NOC Y NIC para el desarrollo del plan de cuidados. También se administraron los test Barthel (0-Dependencia total a ABVD), Braden (6-Riesgo alto de UPP) y Pfeiffer (2- No deterioro cognitivo).

PLAN DE CUIDADOS: Los diagnósticos de Enfermería identificados al ingreso son: (00085) Deterioro de la movilidad física, r/c trastorno neuromuscular, m/p incapacidad para moverse intencionadamente dentro de un ambiente físico. (00032) Patrón respiratorio ineficaz, r/c trastornos neuromuscular, m/p uso creciente de los músculos respiratorios. (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, r/c inmovilización física. (00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas, r/c obstrucción de las vías aéreas debido a la retención de secreciones bronquiales, m/p tos ineficaz y disnea. (00124) Desesperanza, r/c disminución o deterioro del estado fisiológico, m/p Indicios verbales que indican desaliento, Mirar a un lado distinto del interlocutor. Problemas de autonomía: (00102) Déficit de autocuidado: alimentación. (00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene. (00109) Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. (00090) Déficit de autocuidado: deterioro de la habilidad para la traslación Problemas de colaboración: -Función ventilatoria ineficaz: (3300) ventilación mecánica.

CONCLUSIONES: Esta paciente necesita rehabilitación y cuidados de enfermería para cubrir sus necesidades básicas y respiratorias.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, VENTILACIÓN MECÁNICA, SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.

ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL A UN PACIENTE CON ACV HEMORRÁGICO TEMPORO-PARIETAL DERECHO

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 57 años que ingresa de urgencia y activan código ictus por manifestarse de manera notoria hemiparesia izquierda brusca. Tras hallazgos en pruebas de imagen avisan al equipo médico de valoración urgente y tras ser intervenida es derivada a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación en terapia ocupacional con indicación de realizar cinesiterapia para mantener el rango articular y el reentrenamiento en las actividades de la vida diaria básicas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al ingreso en Área de observación: TA 180/100 FC 80. Desviación de la mirada a la derecha. Pupila izquierda algo más midriática y menos reactiva. Hemiparesia izquierda y facial izquierdo. Obedece órdenes. Lenguaje no valorable. Latido rítmico sin soplos. Se realiza Ecocardio, TC de cráneo, Resonancia Nuclear Magnética de cráneo sin y con contraste sucesivas, Angio TC arteria aorta sucesivas y SPECT(Tomografía computarizada de emisión monofotónica) sucesivas.

JUICIO CLÍNICO: ACV hemorrágico temporo-parietal derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Disección aórtica, hipoglucemia, migraña, tumores, hemorragia intracerebral, ataque isquémico transitorio, hematoma subdural o epidural y Parálisis de Todd.

CONCLUSIONES: El objetivo que se planteó desde Terapia Ocupacional es la rehabilitación o mantenimiento de las capacidades del individuo desde el punto de vista de la globalidad, con el fin de conseguir la máxima independencia posible, promover la salud y mejorar la calidad de vida del paciente. La problemática que ha presentado este paciente hemipléjico es muy compleja, por este motivo se planificó un programa terapéutico que permitió subsanar las necesidades individuales del paciente, ayudándole a conseguir la máxima capacidad funcional. La pérdida prolongada o irreversible de la autonomía, como consecuencia de los déficits neurológicos residuales tras un ictus, pone en marcha un proceso de adaptación en el paciente.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ACV HEMORRÁGICO, CINESITERAPIA, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON ACV ISQUÉMICO VERTEBROBASILAR

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO CARMONA MORENO, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 47 años que acude con su hermana a urgencias por notar de forma brusca intensos vértigos rotatorios con nauseas, vómitos y gran inestabilidad de la marcha, visión doble y dificultad para el habla. Durante el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) sufre empeoramiento de la clínica con sospecha de ictus vertebrobasilar. La paciente tras el alta, presenta marcha atáxica moderada y es derivada a Medicina Física y Rehabilitación de la Unidad de terapia ocupacional para adquirir mayor autonomía en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Dispraxia oculomotora, que hace que tenga visión doble ante movimientos conjugados, compensa movimiento en bloque cabeza para disminuir sensación vertiginosa. Se realiza TAC y RMN craneal.

JUICIO CLÍNICO: ACV isquémico vertebrobasilar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Vértigo paroxístico benigno y tumor cerebral.

CONCLUSIONES: La paciente fue derivada con el fin de mejorar su autonomía en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Estuvo en Terapia Ocupacional durante varios meses trabajando las actividades de la vida diaria básicas: vestido/desvestido, el reentrenamiento en el patrón del baño, aseo personal, el patrón de alimentación... Y en las actividades de la vida diaria instrumentales se trabajó: el uso del dinero, el medio de transporte, la utilización del móvil, del ordenador... Actualmente la paciente es completamente autónoma en las actividades de la vida diaria (aunque precise cierta supervisión).

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, ACV, ISQUÉMICO, VERTEBROBASILAR, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BÁSICAS, INSTRUMENTALES.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE PLEXOPATÍA BRAQUIAL POR HERPES ZOSTER

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años que ingresa en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación por Herpes Zóster en miembro superior derecho con afectación de plexo braquial derecho. Es derivada a la Unidad de Terapia Ocupacional ya que se queja de torpeza motora e incapacidad al realizar las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente presenta buena deambulación, sube y baja escaleras. Realiza la elevación de hombros, con imposibilidad para la abducción. En la Escala de Daniels presenta en bíceps y tríceps (3) y en muñeca y mano (4).

JUICIO CLÍNICO: Plexopatía Braquial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Parálisis braquial obstétrica y hernia discal cervical.

CONCLUSIONES: Con esta patología abordada, se destacó la necesidad de la eficacia de un tratamiento conservador, ya que hubo que mantener la movilidad articular completa. Desde la Terapia Ocupacional se contribuyó al tratamiento mediante la fabricación de órtesis y productos de apoyo, un entrenamiento motor, la estimulación sensitiva, la integración del miembro afectado al esquema corporal, una correcta higiene postural y un movimiento correcto y coordinado con objetivo funcional en el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, PLEXOPATÍA BRAQUIAL, HERPES ZÓSTER, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE HIDROCEFALIA

ROSANA VACA MUÑOZ, ROCÍO SÁNCHEZ LUQUE, ROCÍO CARMONA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 15 años que acude a urgencias por cuadro de cefalea intensa, asociado a vómito proyectivo. Durante su estancia en urgencias presenta crisis tónico-clónica, con disminución del nivel de consciencia. Pasa a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se mantiene en situación de coma. Tras varias semanas de tratamiento pasa a planta de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación con buena evolución y es derivado a terapia ocupacional para tratamiento integral.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su llegada a UCI: Pupilas medias, simétricas y reactivas. Hemodinámicamente con tendencia a la hipotensión. Bien adaptado a respirador con buena dinámica respiratoria. A su ingreso se muestra consciente, desorientado, colaborador, lenguaje disátrico y disfónico, no dirige la mirada y parece no ver bien. Balance articular: hemicuerpo derecho libre. En miembro superior izquierdo hay dolor a la movilización. Balance muscular: 3+/5 derecho. Izquierdo 0/5. No mantiene el control cefálico y ni la sedestación. Se han realizado TAC y EEG.

JUICIO CLÍNICO: Hidrocefalia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ictus isquémico, fallo en funcionamiento válvula DVP e hidrocefalia normotensiva.

CONCLUSIONES: Desde terapia ocupacional se trabajó el control postural, el entrenamiento de las actividades de la vida diaria básicas y la estimulación cognitiva y sensorial. Tras varias semanas de tratamiento el paciente ha mejorado favorablemente, ya que ha estado muy colaborador, orientado en persona y en espacio (aunque no en tiempo). Presentó gran evolución en la comprensión de órdenes sencillas (parcialmente complejas). Ha conseguido mantener la sedestación y en las transferencias es autónomo.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, HIDROCEFALIA, ESTIMULACIÓN, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

REHABILITACIÓN DEL ENFERMO MENTAL CRÓNICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA

CARMEN GOMEZ AMAGO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ FÉLIX
ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO

INTRODUCCIÓN: El enfermo mental crónico sufre ciertos trastornos mentales o emocionales así como otros que pueden llegar a ser crónicos e impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales, y por tanto una dificultad para la gestión de sus actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS: Identificar las propuestas que se están llevando a cabo en este ámbito.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de guías de práctica clínica y artículos científicos, publicaciones relacionadas con el tema y búsqueda en las bases de datos Cochrane, Cuiden, Pubmed, Dialnet, Scielo. Los descriptores que se utilizaron para ello fueron: terapia ocupacional, taller y salud mental, autocuidado, psicoeducación.

RESULTADOS: Las personas con enfermedad mental crónica, tienen dificultades para gestionar las actividades de autocuidado, la intervención desde terapia ocupacional a través de talleres psicoeducativos e intervención en las actividades de autocuidado, proporcionan los apoyos necesarios para mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria y el aprendizaje, colaboración e implicación de los pacientes en la educación sanitaria.

CONCLUSIÓN: Los estudios analizados, relacionan una mejora del paciente de salud mental tras la intervención desde Terapia Ocupacional, proporcionando al paciente las herramientas necesarias para una mejora en la calidad de vida y promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, AUTOCUIDADO, PSICOEDUCACIÓN,
TALLER, SALUD MENTAL.

TERAPIA DE RESTRICCIÓN DEL LADO SANO EN PACIENTES TRAS UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO,
MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: La Constraint-Induced Movement Therapy (CIMT) o Terapia de restricción del lado sano es una técnica de rehabilitación desarrollada por Edward Taub (1977), se basa en la restricción del movimiento del lado sano para superar el “no-uso aprendido” del brazo afecto tras una lesión, tiene dos aspectos fundamentales: la restricción en el lado sano y el uso forzado del lado afecto. Para poder llevar a cabo esta terapia es necesario que el miembro superior afecto no se encuentre totalmente paralizado, sino que tenga la capacidad de realizar extensión activa de muñeca y dedos entre 20-10° (según los autores), no poseer alteraciones sensoriales ni cognitivas. Su objetivo es conseguir una mayor y mejor integración del brazo afecto en las actividades de la vida diaria.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia de la efectividad de CIMT mediante la revisión de la bibliografía publicada en las últimas décadas.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de estudios aleatorizados de CIMT frente a otras técnicas rehabilitadoras en diferentes bases de datos: Medline, Embase, PUBMED, CINAHL y PEDro. Para esta revisión se utilizaron los términos extremidad superior, en conjunción con terapia física, hemiplejía, neuroplasticidad.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos nos permiten comprobar cómo el uso de esta técnica mejora el uso funcional del miembro superior del paciente aunque sigue sin quedar establecida la pauta más correcta de tratamiento, como el tiempo adecuado de la restricción y la duración del programa.

CONCLUSIÓN: Antes de la terapia de CIMT no existían hallazgos basados en la evidencia que reflejaran cambios sobre la plasticidad del cerebro o la posibilidad de influir en la reorganización cerebral. Existen numerosos trabajos que demuestran su efectividad y se considera una de las alternativas actuales en neurorrehabilitación.

PALABRAS CLAVE: NEUROPLASTICIDAD, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, REHABILITACIÓN, CIMT, MIEMBRO SUPERIOR.

EJERCICIO TERAPÉUTICO COGNOSCITIVO PARA LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS UN ACCIDENTE CEREbroVASCULAR

CARMEN GOMEZ AMAGO, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ

INTRODUCCIÓN: Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son una de las principales causas de discapacidad en países occidentales, resultando un alto porcentaje de ellos en una hemiplejía residual, que puede producir limitación de la funcionalidad y de la capacidad de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria, reduciéndose de esta forma su nivel de independencia. El ejercicio terapéutico cognoscitivo (ETC) se basa en la teoría cognitiva de la rehabilitación, interrelacionando movimiento y procesos cognitivos como un proceso de aprendizaje a partir de una situación patológica.

OBJETIVOS: Revisar la literatura para conocer los resultados del ETC en la rehabilitación del paciente que ha sufrido un ACV con afectación de la funcionalidad y por tanto su independencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática en diferentes bases de datos, con fechas entre 2005 y 2017 utilizando Dialnet, Google Académico, Cuiden, Pubmed y Cochrane, Los descriptores fueron: ejercicio terapéutico cognoscitivo, método Perfetti, rehabilitación, terapia ocupacional, propiocepción.

RESULTADOS: Los resultados tras la revisión ponen de manifiesto, que el uso del ETC en rehabilitación motora tras sufrir un ACV, parece mejorar la funcionalidad y los aspectos cualitativos del miembro superior y de la marcha.

CONCLUSIÓN: El ETC utiliza los procesos cognitivos en el proceso de recuperación del movimiento, asociando la recuperación motora a los procesos cognitivos (percepción, atención, memoria, lenguaje), a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje. La utilización del ETC en hemipléjicos tras haber sufrido un ictus parece mejorar la funcionalidad pero cabe destacar que los estudios acerca del tema aún son escasos y de baja evidencia científica.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, EJERCICIO TERAPÉUTICO COGNOSCITIVO, MÉTODO PERFETTI, REHABILITACIÓN, PROPIOCEPCIÓN.

TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

CARMEN GOMEZ AMAGO, MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 58 años, cuya secuela principal es una hemiplejía derecha, secundaria a un ictus isquémico, que limita su independencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza una valoración inicial de su historia clínica y ocupacional, una valoración de las actividades básicas de la vida (ABVD) diaria a través de dos escalas estandarizadas: Índice de Barthel (IB) y Medida de independencia funcional (MIF), unida a una valoración de la movilidad residual y valoración sensitiva en ambos hemicuerpos, para confeccionar un tratamiento individualizado.

JUICIO CLÍNICO: La afectación motriz y sensitiva del hemicuerpo afecto, unido a la falta de estrategias para la realización de actividades de la vida diaria para el paciente hemipléjico, hacen que el paciente presente en la valoración inicial, una dependencia moderada, para la realización independiente de las ABVD.

PLAN DE CUIDADOS: Se realiza un tratamiento de terapia ocupacional, con una periodicidad de tres horas semanales durante tres meses, centrado en la rehabilitación de las secuelas neurológicas motoras y sensoriales, unido a la adaptación, compensación y reentrenamiento de las ABVD del paciente, y se realiza una nueva reevaluación a los tres meses del tratamiento.

CONCLUSIONES: Se aprecia una mejora del paciente en términos de funcionalidad pasando de una dependencia moderada para la realización de las ABVD, a una dependencia leve. Se concluye por tanto, que el tratamiento de rehabilitación desde terapia ocupacional para un paciente hemipléjico fue eficaz atendiendo a los resultados para el paciente.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO, ACTIVIDADES, HEMIPLEJIA, REHABILITACIÓN.

ESTUDIO DE SISTEMAS PARA INHIBIR LA HIPERTONÍA

MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ, CARMEN JUNCAL MATILLA PIZARRO

INTRODUCCIÓN: El tono muscular se define “la resistencia al movimiento pasivo” por lo que la elevación del tono se denomina hipertonía, la cual puede representarse como espasticidad o rigidez, por lo tanto en este póster se describen distintas herramientas para inhibir la hipertonía que actualmente se desarrollan en la clínica en el ámbito de la rehabilitación de un paciente neurológico.

OBJETIVOS: Identificar cuáles son los sistemas más efectivos que se deberían de emplear en el tratamiento para inhibir la hipertonía.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en los últimos 5 años de artículos científicos y publicaciones relacionadas con el tema, consultando bases de datos como Pubmed, Scielo y Cochrane, usando como descriptores hipertonía, espasticidad, tono muscular, rehabilitación neurológica, terapia.

RESULTADOS: Se han destacado los artículos científicos con más evidencia de cada técnica para conocer con qué frecuencia y forma se debe de desarrollar. Cabe destacar que la mayoría de los estudios se dirigen a la recuperación tras un ictus y tienen como objeto de valoración puntuaciones positivas de Fulgl-Meyer o la escala de Ashworth. Describen como beneficiosa la terapia asistida por robots y estimulación eléctrica neuromuscular, pero ambas combinadas ofrecen mayor resultado. Lo mismo pasa con la estimulación magnética transcraneal combinada con la terapia de realidad virtual y también existe efectividad de la estimulación magnética transcraneal junto con la terapia espejo. La hidroterapia e hipoterapia demuestran reducción de tono muscular. Técnicas como la movilización neural, liberación miofascial y punción seca (técnica DNHS) reducen la hipertonía. Además, existe una propuesta neurocognitiva (ejercicio terapéutico cognoscitivo (ETC) eficaz. Por otro lado, existen fármacos como la toxina botulínica y ortesis que también modulan el tono muscular.

CONCLUSIÓN: Como conclusión podríamos apuntar que el correcto manejo del paciente para disminuir la hipertonía requiere combinación de distintas técnicas mencionadas y tratamientos combinados para un mayor beneficio.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, TONO MUSCULAR, ESPASTICIDAD, HIPERTONÍA, REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA.

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: REHABILITACIÓN EN PERSONAS ANCIANAS

DOLORES DELGADO ALVAREZ, MONTSERRAT MARTINEZ PEREZ, MARIA LUISA MÁRQUEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación Geriátrica es el mecanismo efectivo para compensar dentro de lo posible las consecuencias de la falta de actividad. La fisioterapia en el adulto mayor tiene la meta de proporcionar al adulto mayor un programa preventivo, correctivo o de mantenimiento donde el objetivo primordial sea la independencia funcional de las personas, con la ganancia de una mejor la calidad de vida.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca del papel del tcae en la rehabilitación del paciente anciano.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Es de vital importancia el aporte que la terapia física puede tener en combatir o retardar, los procesos involutivos de la edad y / o inactividad que dan como resultado alteraciones de los órganos, aparatos y sistemas y aunque asintomáticos al principio, pueden evolucionar hasta lograr la incapacidad física del sujeto. El objetivo de la rehabilitación es valorar, mantener y/o aumentar la máxima movilidad articular. Mantener o mejorar la independencia en Actividades de la Vida Diaria. Valorar, mantener o aumentar la fuerza muscular. Lograr un buen patrón de marcha y equilibrio. VER: Rehabilitación de la marcha. Valorar postura y aplicar ejercicios claves para mejorar los problemas que encontremos. Hacer un historial de caídas y valorar barreras arquitectónicas de la casa que contribuyan con ello para hacer los cambios respectivos en el hogar o donde se desenvuelva el adulto mayor. Lograr la confianza y cooperación del paciente desde un inicio.

CONCLUSIÓN: Los estudios indican que las personas mayores que son más activas físicamente son capaces de responder igual o en algunos casos hasta mejor que personas más jóvenes en ciertas actividades físicas. Es por ello que el ejercicio se considera la modalidad de rehabilitación primaria en el caso de las personas adultas mayores.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, ANCIANOS, SALUD, CALIDAD DE VIDA, TCAE.

EL IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD DEL MIEMBRO SUPERIOR DE PERSONAS CON ARTROSIS DE MANO SOBRE EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

JOSÉ MANUEL PÉREZ MÁRMOL, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, LAURA CERÓN LORENTE,
ROSA MARÍA TAPIA HARO, SONIA TOLEDANO MORENO, ANTONIO CASAS BARRAGÁN,
MARÍA DE LA ENCARNACIÓN AGUILAR FERRÁNDIZ

INTRODUCCIÓN: La función de los miembros superiores es importante para el mantenimiento de una vida activa. Por otra parte, el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria permite la adaptación al entorno de la persona. Sin embargo, no se conoce en qué grado puede estar asociada la alteración de los miembros superiores y el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en personas con artrosis de mano.

OBJETIVOS: Evaluar la asociación entre la discapacidad del miembro superior y el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en personas con artrosis de mano.

METODOLOGÍA: Se reclutaron 45 pacientes diagnosticados de artrosis de mano. El continuum de función/disfunción de los miembros superiores se evaluó mediante dos herramientas de evaluación, la escala DASH y el Purdue Pegboard Test (que consta de dos subescalas: Purdue Pegboard Test simple y de ensamblaje). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.

RESULTADOS: La media (DT) de la edad fue de 81,11 (9,16) años. El 80% fueron mujeres. El análisis de regresión lineal múltiple mostró una r^2 de 0,157. Solo apareció en el modelo como predictor significativo las puntuaciones medias del DASH ($B=-0,225$; $Beta=-0,369$; $t=-2,492$; $p=0,017$). Sin embargo, las puntuaciones medias de las subescalas del Purdue Pegboard Test no aparecieron como predictores significativos ($p>0,05$).

CONCLUSIÓN: La discapacidad de los miembros superiores apareció como un predictor significativo del desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en la muestra de personas con artrosis de mano. Esta información debería utilizarse para la promoción de estrategias de intervención que dirijan sus esfuerzos hacia la mejora de los componentes físicos de los brazos para así influir positivamente sobre la autonomía de estas personas.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, MIEMBRO SUPERIOR, ARTROSIS DE MANO, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

HIDROTERAPIA COMO TRATAMIENTO ALTERNATIVO EN LA OSTEOARTRITIS DE RODILLA

HERMINIA CERVERA RODRIGUEZ, FRANCISCO JAVIER CABRERA FUENTES, ANTONIO ANGEL COBOS HIDALGO, LUIS ALBENDIN GARCIA

INTRODUCCIÓN: La osteoartritis (OA) es una enfermedad crónica degenerativa asociada con dolor, reducción del rango de movimiento, deformidad y pérdida de la capacidad funcional. El ejercicio acuático es una estrategia terapéutica que ayuda a minimizar los efectos nocivos sobre el sistema músculo-esquelético promoviendo el control de peso y la capacidad funcional.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios de la hidroterapia como tratamiento alternativo en pacientes con osteoartritis de rodilla.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de artículos científicos publicados en revistas biomédicas en las bases de datos PUBMED y SCIELO. Se utilizaron los descriptores Decs y la ecuación de búsqueda fue “Hydrotherapy and Osteoarthritis, Knee”. Los criterios de inclusión fueron el idioma inglés y español, publicados entre 2013-2018, fuentes primarias a texto completo y relacionado con la temática de estudio, seleccionándose seis artículos.

RESULTADOS: Un ensayo clínico controlado en pacientes con OA de rodilla, mostró que el grupo de intervención acuática tuvo una mayor disminución del dolor, mayor flexibilidad y una mejor capacidad funcional y calidad de vida frente al grupo control. Otro ensayo aleatorizado y controlado mostró que los pacientes que recibieron hidroterapia tuvieron un mejor rendimiento para el flexor de la rodilla y la fuerza del extensor, el poder flexor de la rodilla y la resistencia del extensor de la rodilla.

CONCLUSIÓN: La hidroterapia se considera una herramienta segura y efectiva en el tratamiento de la artrosis de rodilla porque la inmersión en agua caliente disminuye la sobrecarga articular y los síntomas de dolor, mejorando la capacidad funcional y la calidad de vida, por lo que puede considerarse una terapia alternativa en el tratamiento de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: HIDROTERAPIA, OSTEOARTRITIS DE RODILLA, REHABILITACIÓN, TERAPIA ACUÁTICA, TRATAMIENTO ALTERNATIVO.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA

FILOMENA VALDERAS RODRÍGUEZ, SARA LÓPEZ SÁNCHEZ, ANA MARIA MARTOS SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir los alimentos sólidos y/o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. Se relaciona con multitud de patologías. A pesar de su relevancia y de la gravedad de sus posibles complicaciones es relativamente poco conocida. Se entiende por disfagia la dificultad para deglutir los alimentos (líquidos y/o sólidos) desde la cavidad bucal hasta el estómago y según su origen la podemos clasificar en: orofaríngea y esofágica.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia y prevalencia de la disfagia. Analizar los beneficios del abordaje multidisciplinar evitando las complicaciones de la disfagia.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Cuiden y en buscadores como Google Académico.

RESULTADOS: La disfagia presenta gran incidencia en la población anciana (50%) y llega a desarrollarse en el 45% de los adultos. Su etiología es diversa como obstructiva: tumores, estenosis, divertículo de zenker, infecciosa. La etiología neurológica: ACV, alzheimer, parkinson, iatrogénica. Las complicaciones son: malnutrición, deshidratación, aspiraciones y neumonías. El abordaje, debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar para reducir los riesgos y mejorar la calidad de las intervenciones. Entre las actividades está el control de ingresos, egresos, hidratación y peso. Determinar junto al dietista las calorías y nutrientes de su dieta. Alimentar en pequeñas cantidades, evitando líquidos y utilizando espesantes. Vigilar nivel de conciencia, reflejo de tos y capacidad de deglución, evitando aspiraciones. Terapia de deglución junto al logopeda, modificaciones posturales para favorecer la ingesta. El logopeda y el nutricionista valoran el tipo de alimentación. Rehabilitación con maniobras deglutorias específicas (maniobra de Mendelsohn, deglución supraglótica, de esfuerzo o doble deglución).

CONCLUSIÓN: La disfagia es un problema con gran incidencia en muchas enfermedades, pero muchas veces no es diagnosticada y tratada adecuadamente. Las complicaciones poseen una morbilidad bastante grave, de ahí la importancia de una intervención precoz para su prevención.

PALABRAS CLAVE: DISFAGIA, TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN, ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR, ACTUACIÓN ENFERMERA.

ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL PACIENTE SOMETIDO A AMPUTACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARÍA REMACHA PÉREZ, CARLA SALA OLALLA, BEATRIZ LÓPEZ POZA, EVA LORENZO TAMAYO, MARINA MACÍA PLACÍN, MARIA MUÑOZ CASTAÑO

INTRODUCCIÓN: Una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una intervención quirúrgica. Constituye un proceso agresivo para la persona, la cual sufre a nivel físico y psíquico, ya que se modifica el esquema corporal del individuo generándose una situación de estrés.

OBJETIVOS: Identificar la actuación del personal de enfermería en el abordaje psicológico de un paciente intervenido de una amputación de miembro inferior.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Scielo y el buscador Google académico. Los descriptores utilizada para la búsqueda fueron “abordaje psicológico”, “amputación”, “extremidades inferiores” y “enfermería”.

RESULTADOS: El trastorno de la imagen corporal tiene una gran repercusión, influyéndoles en todos los aspectos y provocando sentimientos, emociones, reacciones y actitudes características de un proceso de duelo. Debemos valorar la actitud, la autoestima y los sentimientos del paciente ante la cirugía. Suelen presentar una baja autoestima e impotencia ante la situación, por lo que la ansiedad y la angustia en estos pacientes siempre suele estar presente. Para disminuir la ansiedad del paciente y de la familia, debemos dar toda la información necesaria, ya que la falta de ésta agrava la ansiedad, y hacer que el paciente exteriorice sus sentimientos. Debemos asegurarnos de que el paciente entiende todo el proceso quirúrgico al cual es sometido, así como el plan de rehabilitación y los objetivos a conseguir. La mayoría de los pacientes refieren sentirse más capaces de afrontar la cirugía si saben y entienden el proceso.

CONCLUSIÓN: El paciente al que le proporcionamos información realista, que conozca su proceso y sus expectativas de curación, tiene más posibilidades de desarrollar recursos personales para adaptarse a la pérdida sufrida y responder de forma positiva ante la amputación.

PALABRAS CLAVE: ACTUACIÓN, AMPUTACIÓN EXTREMIDADES, PERSONAL ENFERMERÍA, APOYO PSICOLÓGICO.

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN EN CÁNCER DE MAMA

MIGUEL ANGEL PALMA SANCHEZ, ANGELES CARRERO BARRERA, JOSE MARIA VACAS DUEÑAS

INTRODUCCIÓN: Cuando una paciente es diagnosticada de cáncer de mama, debe someterse a procesos como biopsia, mastectomía o radioterapia. El dolor y la rigidez causados por estos tratamientos, pueden debilitar y limitar el movimiento de su brazo y hombro. Los ejercicios que aquí se presentan están diseñados principalmente para ayudar a recuperar el alcance de movimiento (flexibilidad) del brazo y el hombro del lado del cuerpo afectado.

OBJETIVOS: Conocer algunos de los ejercicios de rehabilitación recomendados tras una intervención de cáncer de mama.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando descriptores relacionados con el tema a tratar que son las palabras clave nombradas anteriormente.

RESULTADOS: Los consejos y ejercicios que se sugieren a continuación se deben hacer durante los primeros tres a siete días después de la cirugía, siendo importante la aprobación del médico responsable antes de comenzar los mismos: Acuéstese y eleve su brazo afectado por encima del nivel de su corazón por 45 minutos. Coloque su brazo sobre las almohadas para que la mano esté más elevada que su muñeca y el codo un poco más elevado que su hombro. Ejercite su brazo afectado mientras esté elevado por encima del nivel del corazón, abriendo y cerrando su mano de 15 a 25 veces. Estos ejercicios ayudarán a reducir la hinchazón drenando el líquido linfático del brazo. Haga ejercicios de respiración profunda a menudo, esto le ayudará a mantener el movimiento normal del tórax, haciendo que sus pulmones funcionen más fácilmente.

CONCLUSIÓN: Sea cual sea la situación, se recomienda terapia de rehabilitación tras el cáncer de mama para evitar futuros problemas como adherencias de tejidos, molestias y limitaciones en el movimiento de los músculos pectorales y en la articulación del hombro.

PALABRAS CLAVE: MAMA, EJERCICIOS, REHABILITACIÓN, CÁNCER.

PLAN DE CUIDADOS EN ARTROPLASTIA DE CADERA

SERGIO JIMÉNEZ PARTIDA, JUAN MANUEL ASTORGA LARA, ISABEL VALERO NUEVO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años que presenta deformidad y acortamiento de MII tras caída. NAMC. Enfermedades: DMII, HTA y trastorno ansioso. En tratamiento con enalapril, metformina y lorazepam.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA: 135/76 mmHg; FC: 89 lpm; Sat. O₂: 96% y T^a: 36,4°C. Rx de cadera donde se aprecia fractura pertrocanterea izquierda. EKG y analítica. Es intervenida y trasladada a planta. Valoración por necesidades de Henderson: Respiración y circulación: Sin dificultad respiratoria. Alimentación e hidratación: Dieta absoluta hasta 8 horas después de la intervención. Después se inicia tolerancia VO y dieta diabética e hiposódica. Eliminación: Porta SV Foley nº 16. Sin alteraciones en la eliminación fecal. Movimiento y postura adecuada: Reposo absoluto en cama. Barthel: 90 puntos. Reposo/sueño: Alteraciones debido a ansiedad. Vestirse y desvestirse: Dependiente parcial. Termorregulación: Sin alteraciones. Higiene corporal e integridad de la piel: Dependiente parcial. Braden: 14 puntos (riesgo moderado de desarrollar upp). Seguridad: Debilidad en MMII, riesgo de caídas. Comunicación: Consciente, orientada y colaboradora. Creencias y valores: Creyente religiosa, se apoya en su fe. Autorrealización: Jubilada, apoyo de sus hijas. Ocio/actividades recreativas: Ve la tv. Aprendizaje: Conoce su estado de salud.

JUICIO CLÍNICO: Fractura pertrocanterea de cadera izquierda, se realiza artroplastia. **PLAN DE CUIDADOS:** NANDA, NOC Y NIC: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047). NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión. Deterioro de la movilidad física (00085). NOC: 0208 Movilidad. NIC: 1400 Manejo del dolor. 5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito. Ansiedad (00146). NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad. NIC: 5820 Disminución de la ansiedad. Riesgo de caídas (00155). NOC: 1909 Conducta de prevención de caídas. NIC: 6490 Prevención de caídas. Dolor agudo (00132). NOC: 1605 Control del dolor. NIC: 1400 Manejo del dolor.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA, CADERA, MOVILIDAD, DOLOR, ANSIEDAD, CAÍDAS.

EL EQUILIBRIO, LA POSTURA Y LA ACTIVIDAD EN LA FIBROMIALGIA

LAURA CERÓN LORENTE, ROSA MARÍA TAPIA HARO, SONIA TOLEDANO MORENO, ANTONIO CASAS BARRAGÁN, JOSÉ MANUEL PÉREZ MÁRMOL, ISABEL ALMAGRO CÉSPEDES, MARÍA DE LA ENCARNACIÓN AGUILAR FERRÁNDIZ

INTRODUCCIÓN: La Fibromialgia (FM) es una enfermedad que cursa con alteraciones de equilibrio y postura, debido a la clínica, esto puede influir en los niveles de actividad de esta población.

OBJETIVOS: Determinar las diferencias entre la población con y sin FM en el equilibrio, la postura y la actividad.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio con 34 pacientes diagnosticadas de FM, y grupo control, emparejado por características sociodemográficas, IMC (índice de masa corporal) y edad, 22 mujeres sanas. Procedimiento Recogida de datos sociodemográficos. Protocolo de evaluación. Instrumentos Minibestest: prueba de equilibrio estático y dinámico. Spinal Mouse: técnica de medida de rangos de movimiento de la columna vertebral. Leisure Time Physical Activity (LTPAI): instrumento de medición de actividad física en tiempo libre. Physical Activity at Home and Work (PAHWI): es un instrumento de medición y de la actividad física en el hogar y en el trabajo.

RESULTADOS: La población con FM, tiene peor desempeño en todas las variables medidas, obteniéndose datos estadísticamente significativos en Minibestest ($p=0,000$), subescala de extensión del Spinal Mouse ($p=0,039$), y la subescala de trabajo ($p=0,000$) y total del PAHWI ($p=0,001$). Las mujeres con FM tienen peor equilibrio según los puntajes obtenidos en el Minibestest y sus subescalas, y postura que las mujeres de las mismas características sin FM, además de que sus niveles de actividad son menores. En el área trabajo la diferencia es mayor, puede deberse a que, parte de la población con FM se encuentra desempleada, de baja laboral o en trabajos con menores requerimientos energéticos (sedentarios).

CONCLUSIÓN: Este trabajo, sienta las bases para un estudio exhaustivo del desempeño de las áreas ocupacionales de los sujetos con FM, los niveles de actividad en dicho desempeño y las interrelaciones entre equilibrio, postura y niveles de actividad en esta población.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, EQUILIBRIO, POSTURA, ACTIVIDAD.

VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA CON LOCÓMETRO

DANIEL ESCRIBANO STABLE, ANA ISABEL AVELLANEDA CAMARENA, MIRIAM GRIÑÁN SÁNCHEZ, ANA MARIA SUÁREZ CÁNOVAS, JUAN FRANCISCO MOLINA ARNAO

INTRODUCCIÓN: El estudio de la marcha con locómetro permite registrar y cuantificar los parámetros espacio-temporales que la caracterizan. Dicho estudio realiza registro del desplazamiento longitudinal de cada pie en un pasillo de marcha, mediante un hilo extensible conectado a un motor eléctrico y a un captor óptico, el ordenador conectado crea curvas de desplazamiento de ambos pies en función del tiempo. Los cambios en estas variables pueden modificarse tras una intervención terapéutica particular.

OBJETIVOS: Analizar resultado de un programa de rehabilitación en un grupo de pacientes con dolor de miembro inferior en el periodo postoperatorio con estudio de la marcha.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: 10 Mejoraron el dolor, medido con EAV, mayor de 2 puntos, 3 empeoraron (diferencia inferior a -2), y 23 permanecieron igual. 26 Pacientes refirieron mejoría subjetiva de la percepción habitual del dolor, 6 no percibieron mejora y 4 notaron empeoramiento. Se utiliza locómetro SATEL ® Muestra de 36 pacientes con patología de miembro inferior analizándose: cadencia, longitud del paso, velocidad, tiempo de apoyo total y tiempo de balanceo, antes y después del tratamiento rehabilitador. Los análisis se realizaron a velocidad confortable y rápida, con test de adaptación previo y sin ayudas técnicas. Se valora el dolor con Escala Análogica Visual y mejoría subjetiva. Consideramos una variación significativa en la calidad del dolor, a diferencias recogidas antes y después del estudio, de 2 (o-2) puntos en la EAV. Inclusión: pacientes entre 18 y 80 años, hombres y/o mujeres, con dolor de miembro inferior unilateral o bilateral. Algias de cadera, rodilla, tobillo y pie. Exclusión: Amputados. Neurológicos. Pacientes sólo con marcha domiciliaria. Artroplastias. Pacientes con tratamiento rehabilitador previo.

CONCLUSIÓN: El uso del locómetro es útil para valorar la respuesta a tratamientos de rehabilitación postquirúrgica.

PALABRAS CLAVE: VALORACIÓN, REHABILITACIÓN, LOCÓMETRO, MARCHA.

REHABILITACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN RESIDENCIA DE MAYORES

JOAQUÍN ORTIZ RAMÍREZ, INES GALERA CORTES, MARÍA DEL CARMEN PARDO DOMENE

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente que ingresa en residencia de mayores tras ser intervenido de la rodilla izquierda colocándole una prótesis articular debido a la gonalgia que presenta. La paciente ya había sido intervenida hace 10 años con resultados no favorables y tras probar con infiltraciones en la articulación, se decide volver a intervenir y sustituir la prótesis.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: La paciente refiere un dolor intenso de 8/20 en la escala EVA en la rodilla izquierda, lo define como un dolor local en la zona anterior de la articulación y que aumenta por la noche. Debido a la inflamación que presenta la amplitud articular se encuentra limitada. La flexión activa se encuentra limitada a 80° y la extensión no la consigue completa pudiéndose observar un flexo de rodilla de -15°. El balance muscular también se encuentra alterado tras la intervención. Todas esto conlleva a que exista una alteración del equilibrio y coordinación del miembro inferior izquierdo y por tanto una alteración del patrón de marcha que es realizado con ayudas técnicas.

JUICIO CLÍNICO: Paciente intervenido de prótesis de rodilla izquierda debido a la impotencia funcional que presentaba y el dolor por la gonalgia en la articulación. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Función: Incapacidad parcial de la movilidad de ambas rodillas. Estructura: Inflamación en rodilla izquierda, cicatriz en la zona anterior de la rodilla. Actividad y participación: Presenta dificultad para realizar algunas ABVD, debido a la dificultad para realizar la marcha.

CONCLUSIONES: Tras haber realizado tratamiento fisioterápico en coordinación con el resto de profesionales que componen el equipo interdisciplinar de la residencia se puede observar una mejoría funcional en el paciente. Mejora el dolor, el rango articular y balance muscular tras haber reducido la inflamación en la articulación y haber trabajado los diferentes grupos musculares que conforman el complejo articular de la rodilla.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, RODILLA, MARCHA, GONALGIA.

BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES

OLGA RUIZ MOLINA, SALVADOR MONTALBÁN LÓPEZ - CÓZAR, EVA TERESA CATALAN LINARES

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación es el conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido debido a causas como enfermedades, accidentes o edad. La rehabilitación geriátrica ayuda a que el anciano sea más dependiente previniendo enfermedades o ayudando a mejorar si tiene algún tipo de discapacidad.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios que aporta la rehabilitación a los pacientes ancianos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: La rehabilitación en las personas mayores es muy beneficiosa ya que es uno de los grandes aliados contra el envejecimiento y deterioro funcional y cognitivo. En la OMS esta definida como "un proceso activo por el que aquellas personas discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión alcanzan una recuperación total o desarrollan su máximo potencial físico, psíquico y social, y son integradas en el entorno más apropiado". Los principales objetivos son valorar, mantener y/o aumentar la máxima movilidad articular, la fuerza muscular del anciano, la dependencia. Además de valorar postura y aplicar ejercicios claves para mejorar los problemas que encontremos, hacer un historial de caídas y valorar la barreras arquitectónicas que puedan afectarle y hacer los cambios necesarios. También lograr que el anciano tenga confianza y coopere desde el principio.

CONCLUSIÓN: La rehabilitación en personas mayores es necesaria ya que hace que los pacientes tengan una mayor independencia, obteniendo beneficios físicos y psíquicos.

PALABRAS CLAVE: SALUD, REHABILITACIÓN, GERIATRÍA, AUTONOMÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HALO-JACQUET

BEATRIZ MORAN AGUIRRE, MARÍA EUGENIA BORRAJO CÓZAR, SELENE GONZÁLEZ MÁRQUEZ, DAVID SÁNCHEZ SÁNCHEZ-MONTAÑES, MONICA ROSELLO GARCIA, LORENA MARÍA HIDALGO LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: El halo es una pieza ortopédica compuesta por tornillos, barras y un chaleco. Se utiliza para mantener fracturas estables del raquis cervical. Su objetivo es: restablecer el alineamiento del canal raquídeo en su normal diámetro y reducir el desplazamiento vertebral evitando posibles lesiones medulares y favoreciendo la consolidación y/o cicatrización de dichas estructuras. El tiempo medio de tratamiento es de unas 13 semanas, variando según el caso de cada paciente. Puede ir de 7 a 18 semanas. El halo-jacquet ha demostrado ser un método eficaz de inmovilización de las fracturas estables del raquis cervical superior, cumpliendo los objetivos de tratamiento de las fracturas cervicales.

OBJETIVOS: Explicar los cuidados de enfermería en pacientes con Halo-Jacquet. - Facilitar al personal de enfermería la detección rápida de posibles complicaciones inmediatas.

METODOLOGÍA: La metodología se ha basado en una revisión bibliográfica de: artículos científicos publicados entre 2.000 Y 2.015 En las bases de datos: Medline, Cuiden, Elsevier, Pubmed, páginas Webs y a personal experto. Los descriptores utilizados fueron: Cuidados de enfermería, Halo-Jacquet, Halo Cervical, Raquis Cervical y Ortesis de Halo.

RESULTADOS: Según los estudios revisados las complicaciones durante el tratamiento con halo son menores y en la mayoría de casos están relacionados con el aflojamiento y/o infección de los tornillos y úlceras en la piel por el chaleco. Es muy importante conocer y saber realizar correctamente los cuidados de los tornillos y de la piel del paciente, así como detectar a tiempo dichas complicaciones.

CONCLUSIÓN: Conocer los cuidados de enfermería a través de protocolos que sean de fácil uso y prácticos sirve de apoyo en la labor asistencial, ya que aumenta la calidad de los cuidados, afianza sus conocimientos y mejora la acogida del personal de nueva incorporación al servicio.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, HALO-JAQUET, HALO CERVICAL, RAQUIS CERVICAL, ORTESIS DE HALO.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ENFERMEDAD DE PARKINSON

MARIA DE LA PAZ AUXILIADORA MORENO RAMÍREZ, ARACELI ORTIZ RUBIO, IRENE CABRERA MARTOS, MARÍA DEL MAR LUCENA AGUILERA, ANA TERESA JIMENEZ MARTIN, JESUS CASILDA LOPEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente a nivel mundial. Se caracteriza por síntomas motores y no motores. Los síntomas motores (bradicinesia, temblor, rigidez e inestabilidad postural) son considerados como los más limitantes en la independencia funcional. Estos causan una reducción de los niveles de independencia y de la calidad de vida.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de una intervención de Terapia Ocupacional (TO) centrada en el desempeño funcional en personas con diagnóstico de EP.

METODOLOGÍA: Estudio cuasi experimental. Se incluyeron 8 participantes (4 mujeres y 4 hombres) con una edad media de $73,22 \pm 6,61$ años y un índice de masa corporal (IMC) de $28,24 \pm 1,25$ kg/m². Se evaluó el perfil clínico, el estado funcional y emocional de los participantes. Las medidas de cambio fueron: fatiga, temblor, equilibrio y nivel de independencia funcional en la ejecución de actividades de la vida diaria (AVDs). La intervención consistió en 4 sesiones durante 4 semanas, dirigida a la reeducación de las AVDs afectadas y seleccionadas por los participantes.

RESULTADOS: Se obtuvieron cambios significativos en el desempeño y satisfacción de las AVDs, no se obtuvieron cambios en los síntomas como el temblor y el equilibrio.

CONCLUSIÓN: Se demuestra la eficacia de una intervención individualizada de TO domiciliaria de tan solo 4 sesiones en personas con EP. Esta intervención mejoró el desempeño y la satisfacción de las AVDs significativamente ($p < 0,005$), aunque los síntomas motores y no motores se mantuvieron presentes.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE PARKINSON, ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FUNCIÓN.

PACIENTE INGRESADA TRAS UN EPISODIO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

ESPERANZA GIL VÁZQUEZ, INES HUELVA VIÑUALES, CARMEN ESPINO UTRERA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 81 años de edad ingresada desde hace 33 días en la unidad de Medicina Interna del hospital debido a un Accidente Vascular Cerebral, que actualmente está controlado. Tiene prescritos 6 fármacos entre los que se encuentra un diurético y un antihipertensivo y recibe la atención de un fisioterapeuta alrededor de 20 minutos al día. El AVC le ha provocado una hemiplejía izquierda cuyo pronóstico es bueno si se le rehabilita.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A la paciente se le realiza la toma de constantes vitales horarias. Su temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria son estables en la planta con ayuda del tratamiento. Se le realiza control de diuresis diaria. La cantidad de orina cada 24h suele ser de 1.5L.

JUICIO CLÍNICO: Accidente cerebrovascular isquémico de hemisferio derecho. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La paciente acudió a urgencias hace 33 días acompañada de un familiar con síntomas de hemiparesia izquierda, disartria, pérdida de sensibilidad del lado izquierdo del cuerpo. Se le toman las constantes vitales que demuestran hipertensión, bradicardia y taquipnea. Se le realiza un electrocardiograma, una radiografía de tórax y un TAC craneal para confirmar diagnóstico. Escala NIHSS: 14.

CONCLUSIONES: El AVC se trata de una enfermedad vascular que afecta a los vasos sanguíneos cerebrales producto de una interrupción del flujo de sangre causando hipoxia cerebral y por tanto muerte celular. Su etiología está relacionada con una presión arterial elevada, el sedentarismo, una mala alimentación, el tabaquismo así como problemas cardíacos. Su prevención se basa en evitar el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaco y en llevar una dieta rica en verduras y frutas.

PALABRAS CLAVE: AVC, ICTUS, MEDICINA INTERNA, HEMIPLEJIA, ISQUEMIA.

EJERCICIOS Y APARATOS ORTOPÉDICOS PARA LA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE

ANTONIA LUCENA RASERO, ROSARIO LUCENA RASERO, MARIA ISABEL GUERRERO
ATIENZA

INTRODUCCIÓN: La escoliosis idiopática del adolescente (EIA) es una deformidad de la columna vertebral. La forma más común se diagnostica durante la adolescencia. La EIA puede progresar durante el crecimiento y causar una deformidad superficial, generalmente suele ser asintomática. Pero en la edad adulta, si la curvatura final de la columna sobrepasa cierto umbral crítico, el riesgo de problemas de salud y progresión de la curva aumenta. El uso de ejercicios específicos para la escoliosis (EEE) y el uso de aparatos ortopédicos pueden ayudar a reducir la progresión de la EIA y posponer o evitar otros tratamientos más invasivos.

OBJETIVOS: Determinar la eficacia de los ejercicios específicos y el uso de aparatos ortopédicos para la escoliosis en pacientes con escoliosis idiopática en la adolescencia.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática sobre ejercicios y aparatos ortopédicos para EIA. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Cochrane plus, Elsevier. Los criterios establecidos fueron: año de publicación (2013-2017), con acceso a texto completo, textos en español. De un total de 47 publicaciones, fueron seleccionadas 3.

RESULTADOS: Los resultados muestran que los ejercicios específicos para la escoliosis funcionan al alterar el control del movimiento de la columna vertebral y van dirigidos a reducir la deformidad. Por otro lado los aparatos ortopédicos rígidos parecen ser eficaces en curvas de 20° a 40°, el aparato ortopédico elástico en curvas de 15° a 30° y el aparato ortopédico muy rígido en curvas de alto grado por encima de 45°.

CONCLUSIÓN: Los estudios proporcionaron resultados de muy baja calidad no mostrando pruebas a favor ni en contra de los ejercicios específicos para la escoliosis. Por el contrario los resultados muestran que el uso de aparato ortopédico impidió la progresión de la curva, destacando el aparato ortopédico rígido sobre el elástico.

PALABRAS CLAVE: ESCOLIOSIS PREVENCIÓN, EJERCICIOS ESPALDA ESCOLIOSIS, DEFORMIDAD ESPALDA, DETECCIÓN PRECOZ.

UTILIDAD DEL EJERCICIO FÍSICO EN EL TRATAMIENTO DE LA CLAUDICACIÓN INTERMITENTE VASCULAR

MARÍA AZUCENA FERNÁNDEZ LÓPEZ, MARIA ROSA DIAZ DEL BUSTO, MARINA MARIA SA CALHEIROS, ALEJANDRA IGLESIAS PRIETO, XUAN CARBALLO VIGIL-ESCALERA

INTRODUCCIÓN: La claudicación intermitente (CI) se caracteriza por dolor intenso de origen isquémico localizado en miembros inferiores que aparece con la deambulación y obliga al paciente a detenerse a en un trayecto variable, dependiendo de la gravedad del cuadro. La causa es la obstrucción arterial producida por la placa de ateroma que se acumula en la pared de la arteria.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad del ejercicio físico como parte del tratamiento de pacientes con claudicación intermitente vascular.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática. Se consultaron la base de datos Pubmed y guías de referencia. Se utilizaron descriptores: “Intermittent claudication” “physical exercise” y “rehabilitation”. Criterios de inclusión: Estudios publicados en los últimos 5 años. Categoría “Revisión bibliográfica”. De un total de 723 se seleccionaron 14.

RESULTADOS: La CI es en el 95% de los casos y en pacientes por encima de 60 años una manifestación de arterioesclerosis. Aparece asociada a factores de riesgo, siendo los principales la hipercolesterolemia, la diabetes, la hipertensión arterial el tabaquismo y el sedentarismo. Tiene una prevalencia en la actualidad entre el 1.6 Y el 4.5% En nuestro entorno, países desarrollados, es más frecuente en varones y experimenta un incremento importante en cuanto a mortalidad y morbilidad. Un porcentaje superior al 50% de pacientes mejoran con tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, de control de factores de riesgo y ejercicio físico y rehabilitación.

CONCLUSIÓN: El ejercicio físico resulta beneficioso para pacientes con CI vascular y dolor en miembros inferiores. El ejercicio programado y supervisado aporta mayores beneficios en comparación con pautas no supervisadas. Realizar de forma regular un plan de ejercicio disminuye el dolor en las pernas además de mejorar el estado físico del paciente, aunque no existe evidencia de su influencia en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: VASCULAR, EJERCICIO, CLAUDICACIÓN, REHABILITACIÓN.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

MARIA TERESA CASAL GARCIA DE LOMAS, FRANCISCO JAVIER LOPEZ NATIVIDAD,
GUILLERMO RAMIREZ VARGAS

INTRODUCCIÓN: Las bases avanzadas de EPOC también permiten la realización de ejercicios. Caminar, usar la bicicleta estática y los ejercicios respiratorios y de brazos constituyen los pilares de la rehabilitación respiratoria.

OBJETIVOS: Describir ejercicios físicos adaptados a pacientes con EPOC y describir los beneficios de la rehabilitación respiratoria en los pacientes con EPOC.

METODOLOGÍA: Para la realización de este póster se ha realizado una búsqueda bibliográfica en los meses de Enero y Febrero del presente año. Se han consultado guías elaboradas por la Junta de Andalucía especialmente diseñadas para estos pacientes

RESULTADOS: Recomendaciones generales: vestir ropa cómoda, descansar 30 minutos después del ejercicio y evitar el ejercicio justo antes de las comidas, considere el uso de inhaladores antes de la actividad física. Programa caminar: caminar despacio, por terreno llano, al ritmo que tolere. Objetivo 30 minutos – 1 hora de 3 a 7 días a la semana. Comenzar por 15 minutos y aumentar progresivamente Bicicleta estática: 5 minutos por la mañana y 5 minutos por la tarde hasta conseguir el mismo objetivo 30 min – 1 h de 3 a 7 días a la semana Ejercicios respiratorios: educar en respiración de labios fruncidos así como expansión costal Ejercicios brazos: educar en flexión y abducción de brazos flexo extensión de codos.

CONCLUSIÓN: Se han hallado programas específicamente diseñados para pacientes con la patología mencionada y permiten la elaboración de programas de educación para la salud. Los objetivos a lograr con dicha rehabilitación respiratoria se centraran en aliviar la sensación de ahogo, facilitar las actividades de la vida diaria así como mejorar el estado de ánimo.

PALABRAS CLAVE: EPOC, REHABILITACIÓN, NEUMOLOGÍA, ENFERMERÍA.

PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN PARA EL PIE EQUINO ADQUIRIDO EN PACIENTE POSTRAUMÁTICO DE LARGA ESTANCIA

MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ, CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE

INTRODUCCIÓN: El pie equino adquirido es una patología frecuente en paciente post- traumático, en la cual existe una limitación de la dorsiflexión de la articulación del tobillo, el tratamiento más utilizado combinando el podológico con el fisioterapéutico con el objetivo de llevar el pie a 10° en el ángulo mínimos requerido para una deambulación normal. Si no fuese suficiente, se realiza una intervención quirúrgica

OBJETIVOS: Determinar pautas para evitar que los pacientes postraumático de larga estancia padezcan de la deformidad del pie equino.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl de los últimos años. La revisión bibliográfica se ha realizado con la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos bibliográficos Pubmed, Cuiden, Cinahl, empleando los siguientes descriptores y ecuaciones de búsqueda: deformidad equina, prevención y tratamiento.

RESULTADOS: Desde que se detecte la posibilidad de padecer la deformidad del pie, tratarlo desde una perspectiva multidisciplinario con los tratamientos más habituales, como son el uso de férulas que permitan el movimiento normal, favoreciendo la dorsiflexión y limitando la plantaflexión, dejando además el acceso a la pierna. O desde la fisioterapia, se engloban tratamientos basados en masajes y estiramientos así como los que se basan en elementos electro-fisiológico como el calor y la estimulación eléctrica, tratando de aumentar el AMD, reducir la espasticidad y la contractura mediante estiramientos y maniobras, como última opción el tratamiento quirúrgico que es más agresivo y no está exento de complicaciones importantes.

CONCLUSIÓN: En esta patología la prevención tendría un papel fundamental, el personal sanitario tiene que ser pro-activo ya que actualmente hay más recursos para su tratamiento y no para la prevención, donde los tratamientos son pocos efectivos.

PALABRAS CLAVE: PREVENCIÓN, PIE EQUINO, LARGA ESTANCIA, POSTRAUMÁTICO.

REHABILITACIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA EN PACIENTES MAYORES

MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ, CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE

INTRODUCCIÓN: El remplazo quirúrgico de las superficie articulares de rodilla por otra artificial se debe generalmente al desgaste de la articulación provocando enfermedades que van alterando severamente la biomecánica de la articulación, una correcta rehabilitación y movilización de los pacientes mayores evita futuras complicaciones para estos.

OBJETIVOS: Determinar movimientos adecuados y seguros para los mayores, la rehabilitación de una artroplastia de rodilla se centra en recuperar y aumentar la fuerza muscular, Corregir deformidades e inestabilidades, aliviar el dolor, mejorar la función física y la calidad de vida del paciente.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de artículos relacionados con el tema a investigar. Se incluyen bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline. Se excluyen los artículos cuya antigüedad sea mayor a 6 años.

RESULTADOS: Para una buena rehabilitación, después de 24 horas de reposo, el paciente empezara hacer ciertos ejercicios, masajes, estiramientos, que el fisioterapeuta se encargara de enseñarles con muchos detalles y que continuaran realizando en casa, se les dará pautas tales como sentarse en sillas altas, no permanecer con de 30 minutos con la rodilla flexionada o extendida, utilizar calzados cerrados y cómodos, que sujeten el pie, retirar todo tipo de alfombras y mobiliarios que puedan ocasionar caídas, hacer el uso de muletas.

CONCLUSIÓN: Para una correcta rehabilitación se recomendara realizar ejercicios 3 veces al día y así disminuir el tiempo de hospitalización y conseguir que el paciente sea dados de alta. Una buena rehabilitación evitara futuras complicaciones y reingreso al centro hospitalario.

PALABRAS CLAVE: ARTROPLASTIA, RODILLA, REHABILITACIÓN, PACIENTES MAYORES.

EL CELADOR EN REHABILITACIÓN: FUNCIONES ESPECÍFICAS

JESUS MANUEL RODRÍGUEZ DÍAZ, CARLOS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, JORGE LÓPEZ LECHUGA

INTRODUCCIÓN: Además de las funciones generales de celador tiene unas específicas en cada una de las diferentes áreas del hospital; en este caso haremos referencia a las peculiaridades de las funciones en el área de rehabilitación.

OBJETIVOS: Saber las funciones específicas de celador en el área de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática cualitativa de documentos tales como estudios de investigación tanto transversales como longitudinales, revisiones bibliográficas publicadas en inglés y español. Como criterios de inclusión se eligieron todos los artículos que se encontrasen en español e inglés, y estuviesen publicados a partir del 2010 al 2018 inclusive.

RESULTADOS: Las funciones, además de las generales de celador, serían tramitar o conducir sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera, también ayudarán al Fisioterapeuta, cuando sea necesario, en la colocación y sujeción del paciente en su lugar de tratamiento.

CONCLUSIÓN: Podríamos decir que las funciones del celador, además de las generales, en esta área se centran en auxiliar cuando sea necesario a cualquier profesional sanitario durante la realización de los ejercicios del paciente.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, CELADOR, FUNCIONES, FUNCIONES REHABILITACIÓN.

VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL ÍNDICE DE BARTHEL

MARIA ANTONIA IBOS ESPINET, JORDI TERES GARCIA, CARLA SERES RODRIGUEZ, NÚRIA SOFIA DA RIBEIRA ANTUNES, MARIA JOSE GASCON FERNANDEZ, EMILIA MARGARITA ASCENCIO SALMERON

INTRODUCCIÓN: Hoy en día la valoración de la función física es una labor rutinaria en centros y unidades de rehabilitación. Los valores para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la práctica clínica, especialmente en ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de el resto de la población. La valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración de calidad de vida relacionada con la salud. En la actualidad, añadir la valoración física, es imprescindible para medir el estado de salud de cualquier individuo.

OBJETIVOS: El IB es una medida genérica para valorar los niveles de independencia de un sujeto respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asigna diferentes puntuaciones según la capacidad de dicho sujeto para llevar a cabo las actividades diarias. Uno de los objetivos del IB es obtener una medida de capacidad funcional de los pacientes crónicos, aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos. Otro objetivo es obtener una herramienta para valorar de forma periódica la evolución de los pacientes en programas de rehabilitación. El objetivo de este trabajo es crear una visión de las características del IB como instrumento de medida, para valorar que tipo de criterios han de tenerse en cuenta en la evaluación de este tipo de escalas, como su validez, fiabilidad y aceptación.

METODOLOGÍA: La visión es dada por fisioterapeutas, usuarios, ATS, enfermeras, y muchos otros profesionales para llegar al cabo de este asunto.

RESULTADOS: Como conclusión a este estudio, el IB es recomendable y fiable ya que es una medida de discapacidad física demostrable fácil de aplicar e interpretar.

CONCLUSIÓN: El índice de Barthel es totalmente aplicable.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, DISCAPACIDAD, ESCALA DE MEDIDA, VALORACIÓN, ÍNDICE DE BARTHEL, REHABILITACIÓN.

FASES DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DROGODEPENDIENTE

MARIA BIBIANA VARGAS NAVARRO, PROVIDENCIA CASTAÑO MARTINEZ, MARIA ANGUSTIAS FERNANDEZ CUADROS

INTRODUCCIÓN: Los pacientes drogodependientes presentan múltiple patología somática. No es de extrañar que sean pacientes de difícil trato, pero una vez que se encuentran en tratamiento suelen cambiar de actitud y se suelen mostrar agradecidos y colaboradores.

OBJETIVOS: Analizar un protocolo de actuación para tratar la drogodependencia.

METODOLOGÍA: Consulta en Internet de guías y protocolos y búsqueda en bases de datos (Scielo y ScienceDirect).

RESULTADOS: Durante el tratamiento del paciente drogodependiente se diferenciarán tres fases: Motivación: en primer lugar, hay que asegurarse de que el paciente está suficientemente motivado para abandonar las drogas, y por ello, es necesario que acuda voluntariamente. En cualquier otro caso, el tratamiento de desintoxicación no servirá para nada. Desintoxicación: en esta fase, que suele durar de 8 a 10 días, se procederá a eliminar el consumo de drogas y a la desintoxicación del paciente. Salvo ocasiones especiales en las que el paciente esté tremendamente motivado, el tratamiento se llevará a cabo en régimen hospitalario. Rehabilitación: esta es la fase más larga y la más dura también. Se prepara al paciente para su reincorporación a la sociedad y se trabajará a nivel familiar, laboral y social. Aquí es donde hay que tener especial cuidado con las recaídas, hay que tener en cuenta que es una fase muy larga, puede durar un año, o más.

CONCLUSIÓN: Aunque los toxicómanos son pacientes complicados en primera atención, no hay que olvidar que son personas que presentan grave patología somática y que una vez inmersos en el tratamiento son muy colaboradores. Será de vital importancia que el paciente drogodependiente esté motivado y acuda voluntariamente a ser tratado para que el tratamiento concluya con éxito.

PALABRAS CLAVE: DROGODEPENDENCIA, TRATAMIENTO, PROTOCOLO, PACIENTE.

TERAPIA CON VENDAJES MULTICAPAS EN ÚLCERAS VENOSAS

IKRAM AHMED MOHAMED, HANAN MOHAMED MARZOK, NORA MOHAMED TAHAR

INTRODUCCIÓN: El vendaje multicapa forma parte de la terapia de compresión/contención cuyo objetivo principal es mantener el efecto descongestivo obtenido durante la sesión de drenaje linfático, como tratamiento en las úlceras de los miembros inferiores de etiología venosas y en insuficiencia venosa. Son vendajes formados por más de una capa, que producen altas presiones de trabajo y bajas de reposo, creando picos de presión. La correcta aplicación del vendaje multicapa es segura y eficaz, requiere un estricto adiestramiento. La mayoría de los pacientes tolera bien el vendaje en unos días, a pesar de ser voluminoso, y pueden realizar sus actividades normales.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad del tratamiento con vendajes multicapas en las úlceras venosas.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas Medline / Pubmed; Medline y Journals @ Ovid / Ovidio. Así como Google académico y sociedades científicas. Las estrategias de búsqueda utilizan las siguientes palabras: vendajes, multicapa, drenaje linfático, insuficiencia venosa, úlceras venosas.

RESULTADOS: Los estudios encontrados hasta ahora sugieren que la utilización de sistemas de vendaje multicapa son más eficaces que la utilización de vendajes de un solo componente. El vendaje compresivo multicapa de dos capas resulta igual de efectivo en el proceso de cicatrización de las úlceras venosas crónicas que el vendaje de cuatro capas. Atendiendo a la cicatrización completa en un periodo de 12 semanas la cifra es muy elevada 82%.

CONCLUSIÓN: Se ha demostrado de forma inequívoca que el vendaje de compresión fuerte multicapa proporciona un tratamiento seguro y muy efectivo para la mayoría de los pacientes con ulceraciones venosas son complicaciones de las extremidades inferiores. Pueden lograrse tasas de curación de hasta un 80% transcurridas 12 semanas y, si se combina con un programa de prevención de la recurrencia.

PALABRAS CLAVE: VENDAJE, MULTICAPAS, DRENAJE LINFÁTICO, INSUFICIENCIA VENOSA, ÚLCERA POR PRESIÓN.

BENEFICIOS DE LA NATACIÓN TERAPÉUTICA PARA LA ESCOLIOSIS

MARINA LOPEZ ROS, MARIA ANGELES MEDINA OLIVA, PATRICIA GARCÍA CASTILLO

INTRODUCCIÓN: La sociedad Internacional para el Estudio de la Escoliosis la define como una curvatura lateral de la columna con rotación de las vértebras dentro de la curva. La deformidad es en realidad tridimensional y la magnitud radiológica de la curva debe ser superior a 10 grados.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios de la natación terapéutica para el tratamiento de la escoliosis.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión bibliográfica de artículos en español relacionados con el tema que exponemos, los cuales han sido seleccionados a través de las bases de datos SciElo, google académico y PubMed.

RESULTADOS: Desde hace muchos años los médicos, especialmente los traumatólogos y los especialistas en rehabilitación, aconsejan a los niños y adolescentes con escoliosis que acudan a practicar natación por varios motivos: En el agua disminuye considerablemente la carga axial que se produce sobre la columna. La práctica de determinados estilos de natación y ejercicios conlleva un gran componente de estiramiento sobre la columna vertebral. Dos son los estilos fundamentales de la natación que se utilizan para la escoliosis: crol y espalda. Ambos producen un estiramiento global de la columna, además de mejorar la capacidad respiratoria. Como muchas de las personas con escoliosis presentan además, una actitud cifótica producida por la laxitud de los ligamentos posteriores de la columna dorsal, es preferible utilizar más el estilo espalda, por su efecto anticifótico.

CONCLUSIÓN: Para concluir debe señalarse que la natación no cura ni previene la escoliosis. Sin embargo, la natación terapéutica puede utilizarse como complemento en el tratamiento de ésta, junto a la realización de ejercicios específicos de rehabilitación y el tratamiento ortopédico (en caso de necesitarlo). Para ello se debe individualizar el trabajo en la piscina, teniendo en cuenta el nivel de dominio de medio acuático, edad y tipo de curva, y realizarse una buena técnica de ejecución.

PALABRAS CLAVE: ESCOLIOSIS, BENEFICIOS, TRATAMIENTO, NATACIÓN TERAPÉUTICA, REHABILITACIÓN.

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

MARÍA VICTORIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, CARMEN GOMEZ AMAGO, CARMEN JUNCAL
MATILLA PIZARRO, BEATRIZ FÉLIX ÁLVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 54 años que tras accidente sufre un traumatismo craneoencefálico con contusión hemorrágica bifrontal y parietal izquierda, hematoma subdural témporo-parietal izquierdo y ceguera. En situación basal paciente muy activo y autónomo.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Siguiendo el “Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, de la asociación Americana de Terapia Ocupacional” se realiza un análisis del desempeño ocupacional comprobando alteración en la orientación espacial y topográfica, atención, Escala Yesavage 7/15 leve depresión, Prueba Unterberger positiva y entornos físicos (domicilio) y sociales (sobrepotección) no facilitadores. En las AVD es independiente en básicas (Escala Barthel 95/100) y dependiente en instrumentales (Índice de Lawton y Brody 4/8).

JUICIO CLÍNICO: Dificultad que presenta en la deambulaci3n autónoma por ceguera, problemas cognitivos y entorno cercano no facilitador, resulta que el paciente presenta en la valoraci3n inicial dependencia en las actividades de la vida diaria. **PLAN DE CUIDADOS:** Se realizan sesiones individuales de dos horas a la semana durante tres meses, utilizando los enfoques de restauraci3n y modificaci3n de las áreas afectadas mediante el uso terapéutico de las ocupaciones, un proceso de asesoría para el paciente y formaci3n a sus padres; se realiza una reevaluaci3n de los resultados a los tres meses.

CONCLUSIONES: En términos de funcionalidad presenta mejoría en las AIVD, orientaci3n espacial y en la escalas de exploraci3n. Se concluye por tanto, que la intervenci3n desde Terapia Ocupacional siguiendo el Marco de trabajo, en un caso de traumatismo craneoencefálico es eficaz, siendo recomendable un seguimiento con el cumplimiento de un contrato terapéutico pactado.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA OCUPACIONAL, TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO, CALIDAD DE VIDA, REHABILITACI3N, DESEMPEÑO OCUPACIONAL.

APLICACIÓN DEL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL MEDIANTE UN PROGRAMA INTERDISCIPLINAR EN PERSONAS CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

INTRODUCCIÓN: El dolor cervical crónico es una condición que afecta a gran parte de la población mundial. En la mayoría de los casos su etiología es multifactorial y se asocia a componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales. Por tanto podría ser relevante la aplicación del modelo biopsicosocial del dolor que sugiere que el miedo al dolor y los comportamientos de dolor relacionados se pueden aliviar exponiendo al individuo a movimientos y tareas que se han evitado por temor al movimiento y (re) lesión.

OBJETIVOS: Corroborar la eficacia de un programa multidisciplinar aplicando el modelo biopsicosocial del dolor y compararlo con un método bidimensional.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio experimental en 14 personas con dolor cervical crónico. Se evaluó la discapacidad cervical con el Neck Disability Index (NDI), las actitudes y creencias frente al dolor con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) y las estrategias de afrontamiento con el Coping Strategies Questionnaire (CSQ). Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos de tratamiento: el grupo experimental (n=8) recibió un programa multidisciplinar de fisioterapia, terapia ocupacional y psicología, mientras que el grupo control (n=6) recibió tratamiento convencional de fisioterapia.

RESULTADOS: Los resultados reflejan una mejora significativa del grupo experimental con respecto al grupo control, de manera que disminuyó la discapacidad cervical, las actitudes y creencias frente al dolor, la depresión, el cuidado personal, estrategias de afrontamiento (distracciones cognitivas e ignorar el dolor).

CONCLUSIÓN: Una intervención multidisciplinar basada en el modelo biopsicosocial parece ser más eficaz que el tratamiento convencional de fisioterapia en pacientes con dolor cervical crónico.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CERVICAL CRÓNICO, MODELO BIOPSIICOSOCIAL, INTERDISCIPLINAR, MIEDO AL MOVIMIENTO.

TOXINA BOTULÍNICA VERSUS ALCOHOL EN EL MANEJO DE LA ESPASTICIDAD EXTENSORA DE MIEMBRO INFERIOR EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

CONCEPCIÓN RUBIÑO GARCÍA, VÍCTOR MANUEL PAQUE SANCHEZ, NURIA RODRÍGUEZ PÉREZ

INTRODUCCIÓN: La parálisis cerebral infantil (PCI) es una de las causas más frecuentes de discapacidad y es la causa más común de espasticidad en niños. La espasticidad extensora de miembro inferior o diplegia espástica provoca contracturas y deformidades a nivel de cadera, rodilla y pie. Junto con la rehabilitación, en la actualidad se usan dos tratamientos: la inyección de la toxina botulínica tipo A (TBA) que provoca una parálisis local al ser inyectada en un músculo que reduce la actividad muscular contráctil y la inyección de agentes químicos (alcohol o fenol) en el nervio motor para producir una denervación y disminución del tono muscular.

OBJETIVOS: Evidenciar la eficacia de la aplicación de la toxina botulínica versus alcohol en la parálisis cerebral infantil.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de los siguientes descriptores, usando los operadores AND y OR: "Children cerebral palsy", "Spasticity", "Botulinum toxin", "Alcohol". Se consultaron diferentes bases de datos y buscadores: Medline, LILACS, Cochrane, Cuiden. Los criterios establecidos fueron: estudios que aporten datos empíricos sobre el estado de la cuestión, con acceso al texto completo y escritos en inglés y español.

RESULTADOS: La inyección precoz de TBA en miembro inferior, cuando se tratan contracturas dinámicas, produce una disminución de la espasticidad, además se consigue una mejora del rango articular, mejora del tono y de la funcionalidad del miembro. Su aplicación se califica de segura, presentando escasos efectos secundarios. El tratamiento con Fenol produce una degeneración axonal, interrumpiendo la conducción nerviosa. Sus efectos secundarios son mayores y graves. Se aplica en dosis muy bajas y se considera una "ventaja" su bajo coste.

CONCLUSIÓN: La TBA es una buena alternativa para el tratamiento de la espasticidad en PCI siempre acompañado de un programa de rehabilitación continuado que desplaza al alcohol al desuso por tener efectos secundarios más importantes.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, ESPASTICIDAD, MIEMBRO INFERIOR, TOXINA BOTULÍNICA, FENOL, ALCOHOL.

FRACTURA Y LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ELENA GALERA RICCA, LAURA LUQUE DE LA ROSA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 23 años sufre accidente de motocicleta hace un mes, tras la caída sufrió un impacto en la cabeza quedando inconsciente 9 horas, permaneció 5 días hospitalizado. Como consecuencia de la caída sufre una fractura en la clavícula derecha, dando como resultado lesión del plexo braquial. En el servicio de salud no realizan intervenciones quirúrgicas ni tratamiento inmovilizador de la extremidad, es dado de alta con medicamentos para el dolor.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Presenta dolor al realizar movimientos de flexión del codo, disminución de la sensibilidad al aplicar estímulos con monofilamentos en dedo pulgar y esporádicamente en el dedo índice de ESD. En la movilidad de las articulaciones, se observa pérdida parcial de la movilidad del brazo. Muestra ansiedad por volver a mover su brazo.

JUICIO CLÍNICO: Lesión del plexo braquial. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Debido a la fractura de la clavícula derecha, presenta lesión del plexo braquial, observándose parálisis parcial de la musculatura debido a la debilidad de éstos, por lo que su desempeño laboral se ve afectado temporalmente, dependiendo económicamente de su familia, cabe recalcar un exceso de tiempo libre que conlleva a sentirse más impotente aún.

CONCLUSIONES: Es importante trabajar los componentes motores del usuario como el rango articular y la fuerza muscular en la extremidad superior derecha. Además de trabajar el área emocional de manera que el usuario pueda controlar los episodios de ansiedad con respecto al tiempo de rehabilitación necesario para recuperar la movilidad de su brazo.

PALABRAS CLAVE: FRACTURA, DOLOR, REHABILITACIÓN, DESÁNIMO.

ENTRENAMIENTO MUSCULAR INSPIRATORIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

JUSTO CALDERÓN CARRASCO, MARÍA CANO ESPIGARES, RAÚL LÓPEZ CAMPANARIO

INTRODUCCIÓN: La fatiga de los músculos respiratorios es un un síntoma característico de insuficiencia cardíaca crónica a causa de disnea. Vamos a analizar los efectos de la rehabilitación basada en el entrenamiento de los músculos inspiratorios sobre la mejora del consumo máximo de oxígeno, mejor calidad de vida y un mejor rendimiento en pruebas funcionales. Se analizó la magnitud del cambio en el consumo máximo de oxígeno, distancia recorrida en 6 minutos, la calidad de vida medida y la presión inspiratoria máxima frente a los resultados obtenidos tras el entrenamiento aeróbico o de resistencia convencional.

OBJETIVOS: Analizar el entrenamiento muscular inspiratorio en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica a través una búsqueda en las siguientes bases de datos: Medline vía Pubmed y Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR). Se utilizaron los siguientes descriptores en inglés: "inspiratory muscle training","chronic heart failure". Se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR".

RESULTADOS: Se encontró que el consumo máximo de oxígeno es mejor tras del entrenamiento muscular respiratorio, aunque ligeramente menor respecto al ejercicio aeróbico. Respecto distancia recorrida en 6 minutos los resultados similares a los obtenidos con ejercicios aeróbicos. La calidad de vida mejoró significativamente, siendo significativamente mayor en pacientes con ICC que no pueden realizar de manera inicial un entrenamiento de ejercicio convencional. Esta rehabilitación permite la transición a programas convencionales de ejercicio físico.

CONCLUSIÓN: El entrenamiento de los músculos respiratorios mejora la capacidad cardio-respiratoria y la calidad de vida de forma semejante a la mejora que supone el entrenamiento convencional. El entrenamiento de los músculos respiratorios puede proporcionar una alternativa inicial a los pacientes con insuficiencia cardíaca más severa permitiendo una transición hacia el entrenamiento convencional.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN, INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA, DISNEA, ENTRENAMIENTO MUSCULAR RESPIRATORIO.

PAPEL DE LAS INTERVENCIONES TECNOLÓGICAS EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

INTRODUCCIÓN: En los últimos años las nuevas tecnologías han supuesto una vía emergente para paliar los costes originados por la demanda asistencial de los pacientes con patologías crónicas. Hay escasa información acerca del modo de administración de este tipo de oportunidades para pacientes con dolor crónico. Las intervenciones tecnológicas eliminan ciertas barreras utilizando los mismos componentes, contenidos y principios que los programas presenciales, pero facilitando diferentes niveles de apoyo clínico destinados al contacto regular con el clínico por correo electrónico, por teléfono o sin apoyo clínico.

OBJETIVOS: Determinar los tipos de intervenciones tecnológicas que se aplican a pacientes con dolor crónico.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Se hicieron búsquedas en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y Google Scholar. Los descriptores utilizados fueron: “chronic pain”, “randomized controlled trial”, “Internet-based interventions”, “Web-based”, “web intervention”, “Internet”, “online intervention”, “self management program”, “fibromyalgia”, “chronic low back pain”, “chronic pelvic pain”, “chronic knee pain”, “headache”, “chronic hip pain”, “osteoarthritis”. Se registraron 2573 artículos, se analizaron 20 y los demás se excluyeron por falta de afinidad, solapamiento e idioma diferente del español o inglés.

RESULTADOS: De los 20 estudios analizados, 4 de ellos aplicaron las nuevas tecnologías en combinación con intervenciones de tipo tradicional presencial. Los 16 estudios restantes desarrollaron su tratamiento de forma independiente. La mayoría de las intervenciones se dieron a través de páginas web o de la combinación entre varios dispositivos (e-mail, apps y teléfono). No se incluyeron medidas para analizar la adherencia a estas tecnologías.

CONCLUSIÓN: Gran parte de los estudios que emplean las intervenciones tecnológicas usan páginas web y se gestionan de forma independiente.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO, WEB, E-MAIL, TRATAMIENTO.

EFICACIA DE LA RELAJACIÓN CON MUSICOTERAPIA EN PERSONAS CON DOLOR CERVICAL CRÓNICO

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, PAULA OBESO BENITEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

INTRODUCCIÓN: De acuerdo con el modelo biopsicosocial el dolor es una respuesta formada por componentes neurofisiológicos, conductuales y subjetivos (verbales-afectivos). La mayoría de las intervenciones que se realizan en dolor cervical crónico no tienen en cuenta los componentes cognitivo conductuales y afectivos. La intervención musical se ha definido como un “método controlado para escuchar música, haciendo uso de su impacto fisiológico, psicológico y emocional de la persona durante el tratamiento para una enfermedad o trauma”, y en ocasiones como “una terapia complementaria no farmacológico con implicaciones importantes en la atención”.

OBJETIVOS: Comprobar la eficacia de la musicoterapia en un paciente con dolor cervical crónico.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio experimental prospectivo con un paciente evaluando la severidad del dolor con el Brief Pain Inventory(BPI), la discapacidad cervical medida a través del Neck disability Index(NDI), la calidad de vida evaluada con el Euroqol-5D(EQ-5D). Adicionalmente la ansiedad y la depresión fueron medidos con la Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS) y las actitudes y creencias con respecto al dolor fueron medidas con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire(FABQ). El tratamiento consistió en una sesión educativa informando sobre el modelo de miedo-evitación y tres sesiones de relajación progresiva de Jacobson en las que se emplea la música para proceder a la relajación mental.

RESULTADOS: El paciente obtuvo mejoras en las variables de severidad del dolor (obteniendo de 5,25 a 1,40 puntos de 10 totales), discapacidad cervical (obteniendo de 17 a 6 puntos de 50 totales), en la ansiedad (obteniendo de 10 a 5 puntos de 21 totales) y depresión (obteniendo de 6 a 1 punto de 21 totales).

CONCLUSIÓN: La relajación con musicoterapia parece ser eficaz en el tratamiento del dolor cervical crónico, así que se podría aplicar a un tamaño muestral más grande.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CERVICAL CRÓNICO, RELAJACIÓN, MODELO BIOPSICOSOCIAL, MUSICOTERAPIA.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA TERAPIA DE MOVILIZACIÓN TEMPRANA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MAR LAZARO HOZ, MARIA DEL CARMEN GOMEZ BEAS, JOSE MARCOS ARTILES RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Los periodos de inmovilización prolongada colaboran al deterioro en los diferentes sistemas del individuo críticamente enfermo. Incrementando los porcentajes de mortalidad, morbilidad y duración de la admisión, y elevando el coste asociado a estos. Las Terapias de movilización temprana se plantean como opción para reducir dichas consecuencias.

OBJETIVOS: Identificar barreras a la movilización temprana del paciente de UCI y ofrecer soluciones a estas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica, mediante una búsqueda en las siguientes bases de datos: Cochrane Library, Pubmed, Medline y Scielo. Criterios de inclusión: Todos los artículos que se encontraban entre el periodo de 2013 a 2018 y publicaciones en español e inglés. Se escogieron artículos más relevantes sobre el tema. La revisión fue realizada en febrero de 2018 usando las palabras clave “movilización” “cuidados intensivos” “enfermería”.

RESULTADOS: De los textos seleccionados se concluyo que la Terapia de Movilización Temprana en UCI es efectiva tanto a nivel económico como social mejorando la recuperación de los pacientes y su experiencia de la enfermedad. Requiere de un equipo multidisciplinar y equipamiento adaptado. El entorno de intensivos supone un desafío a esta práctica debido a la delicado estado de la salud de sus pacientes y procedimientos. No obstante existe un alto grado de reticencia a su práctica por parte del personal sanitario que requiere de desmitificación y creación de una cultura proactiva a la movilización.

CONCLUSIÓN: La Enfermería realiza una importante labor colaboradora en la Terapia de Movilización como motivador y mediante intervenciones en el cuidado diario Es necesario trabajar en la conciencia y barreras percibidas por parte del personal creando Programas adaptados a cada unidad. Es necesario más personal y financiación para equipos adaptados (MOTOMED).

PALABRAS CLAVE: UCI, MOVILIZACIÓN, ENFERMERÍA, REHABILITACIÓN.

EFICACIA DE LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN GRADUADA EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO: ESTUDIO DE CASO

MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, PAULA OBESO BENITEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO

INTRODUCCIÓN: En un intento por explicar cómo y por qué algunas personas con dolor musculoesquelético desarrollan dolor crónico, se ha desarrollado un modelo biopsicosocial que incluye el modelo de miedo-evitación. Un tratamiento basado en este modelo sugiere que el miedo al dolor y los comportamientos de dolor relacionados se pueden aliviar exponiendo al individuo a movimientos y tareas que se han evitado por temor al movimiento y (re) lesión.

OBJETIVOS: Analizar los efectos de la terapia de exposición graduada en pacientes con dolor crónico pélvico.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio experimental prospectivo con una paciente evaluando la severidad del dolor con el Brief Pain Inventory(BPI), la discapacidad lumbo-pélvica se valoró con el Oswestry Disability Index (ODI),el desempeño ocupacional y la satisfacción se midió con el Canadian Occupational Performance Measure (COMP), el miedo al movimiento y re-lesión se valoró con Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK-11), y las conductas de miedo-evitación se evaluaron con el Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ). El tratamiento consistió en 12 sesiones de terapia miofascial, una sesión educativa acerca del modelo de miedo-evitación, 3 sesiones de ejercicios posturales realizados de forma graduada, una sesión de ergonomía y una sesión de exposición a las actividades más limitantes.

RESULTADOS: La paciente obtuvo mejoras en las variables severidad del dolor (obteniendo de 7,25 a 4,10 de 10 totales), interferencia del dolor (obteniendo de 5,32 a 2,26 de 10 totales), en la discapacidad lumbo-pélvica (obteniendo de 28 a 16 de 100 totales), el desempeño ocupacional (obteniendo de 3,25 a 7 de 10 totales), la satisfacción (obteniendo de 1,41 a 7,75 de 10 totales) y la kinesiofobia (obteniendo de 32 a 25 puntos de 44 totales).

CONCLUSIÓN: La terapia de exposición graduada parece ser eficaz en el tratamiento del dolor crónico pélvico, así que se podría aplicar a un numero muestral mayor.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO PÉLVICO, TERAPIA DE EXPOSICIÓN, MODELO DE MIEDO-EVITACIÓN, KINESIOFOBIA.

AFECTACIÓN EN EL EQUILIBRIO DE MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor crónico pélvico es un dolor continuo o recurrente de las estructuras relacionadas con la pelvis y de más de 6 meses de evolución. Su prevalencia se estima en 15% aproximadamente. Se desconoce su fisiopatología y su etiología es multifactorial. A menudo esta condición causa cambios en la postura y en el equilibrio debido a que este dolor se asocia a alteraciones sensitivas y déficit del control motor. En consecuencia, la persona integra patrones de protección como estrategias de equilibrio.

OBJETIVOS: Analizar la presencia de afectación en el equilibrio de mujeres con dolor crónico pélvico.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo que incluyó 40 mujeres con DCP (grupo con DCP) y 40 mujeres sin dolor crónico (grupo sin DCP). Las mujeres de ambos grupos fueron emparejadas en función de la edad y del IMC. El equilibrio se evaluó mediante el mini-BESTES y el Timed Up and Go Test (TUG) simple y con tarea dual.

RESULTADOS: Los resultados muestran una reducción significativa de la capacidad de reacción postural ($p < 0,05$) y la estabilidad de la marcha ($p < 0,05$). Adicionalmente se encontró un aumento significativo del tiempo invertido en la prueba TUG, tanto simple ($p < 0,05$) como con una tarea adicional en mujeres con DCP ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra la existencia de alteraciones en el equilibrio de mujeres con dolor crónico pélvico.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO PÉLVICO, EQUILIBRIO, MINI-BESTEST, AFECTACION.

EFICACIA DE LOS EJERCICIOS DE ESTABILIZACIÓN CENTRAL EN UNA MUJER CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, PAULA OBESO BENITEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor crónico pélvico (DCP) es un síndrome complejo que cursa con trastornos musculoesqueléticos y miofasciales. Las técnicas de fisioterapia aun no han sido explotadas en el ámbito de la investigación en este tipo de pacientes.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de los ejercicios de estabilización central en mujeres con dolor crónico pélvico.

METODOLOGÍA: Se realizó un ensayo experimental con una paciente con dolor crónico pélvico. Se evaluó la severidad e interferencia del dolor con el Brief Pain Inventory(BPI), la discapacidad lumbopélvica con el Oswestry Disability Index(ODI) y la fuerza del núcleo medido con un dispositivo biofeedback de presión. El tratamiento tuvo lugar 2 veces por semana durante 8 semanas y consistió en una batería de ejercicios que incluía ejercicios suaves de calentamiento, fortalecimiento diafragmático y del suelo pélvico, ejercicios de reeducación postural y control motor (para ello se empleó un dispositivo biofeedback de presión); y finalmente se realizaron estiramientos.

RESULTADOS: Los resultados mostraron una mejora significativa en cuanto a la severidad e interferencia del dolor, una reducción de la discapacidad lumbopélvica y una mayor fuerza del core después del tratamiento.

CONCLUSIÓN: Los ejercicios de estabilización central parece ser eficaz en el tratamiento del dolor crónico pélvico, con lo cual se podría aplicar a un mayor número de pacientes.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO, DOLOR PÉLVICO, ESTABILIZACIÓN CENTRAL, DISCAPACIDAD.

EVALUACIÓN DE LA TENSION NEURAL EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, PAULA OBESO BENITEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor crónico pélvico (DCP) es un dolor que persiste más de 6 meses y se localiza entre la zona baja del abdomen, zona glútea y el tercio distal del muslo. A menudo se asocia a problemas musculoesqueléticos, miofasciales y alteraciones en la sensibilidad aferente y de los circuitos neuronales del dolor. De este modo, la respuesta dolorosa al estrés mecánico del tejido neural podría ayudar en la valoración de la tensión neural en mujeres con DCP.

OBJETIVOS: Analizar la tensión neural de mujeres con dolor crónico pélvico.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo con 40 mujeres con DCP y 40 mujeres sin DCP, emparejadas por edad e IMC. Se valoró la tensión neural a través de las pruebas Slump y Straight-leg raise. La prueba del Slump se realizó en sedestación en el borde de la camilla con los pies colgando, en flexión dorsal y lumbar, y con las manos en la espalda. La prueba de Straight-leg raise se hizo en decúbito supino, con flexión pasiva de cadera y extensión de rodilla. En ambas pruebas se midió el ángulo del rango de amplitud del movimiento.

RESULTADOS: Los resultados reflejan una reducción significativa de las amplitudes articulares en las técnicas de neurodinamia (Slump y Straight-leg raise) realizadas en las mujeres con dolor crónico pélvico.

CONCLUSIÓN: Las mujeres con DCP muestran una mayor tensión neural que las mujeres sin DCP.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO PÉLVICO, TENSION NEURAL, NEURODINAMIA, SLUMP, STRAIGHT-LEG RAISE.

ASOCIACIÓN ENTRE LA DISCAPACIDAD, EL NÚMERO DE PUNTOS GATILLO ACTIVOS Y EL DOLOR EN MUJERES CON DOLOR CRÓNICO PÉLVICO

PEDRO ANTONIO FUENTES MARQUEZ, MARÍA JOSÉ ARIZA MATEOS, LUIS MIGUEL NAVARRO CASADO, PAULA OBESO BENITEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor pélvico crónico se localiza entre la zona baja del abdomen, la zona lumbar, la pared abdominal, zona glútea y el tercio distal del muslo. Esta condición presenta una evolución de al menos 6 meses. Su etiología es desconocida y multifactorial, aunque los estudios demuestran que se asocia con alteraciones musculoesqueléticas y miofasciales.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la discapacidad, el número de puntos gatillo activos y la severidad e interferencia del dolor en mujeres con dolor crónico pélvico.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo que incluyó 14 mujeres con dolor pélvico crónico. Se evaluó la severidad del dolor y la interferencia en las actividades cotidianas con el Brief Pain Inventory(BPI) y la discapacidad con el Oswestry Disability Index(ODI). Los puntos gatillo se exploraron bilateralmente de manera que refirieran dolor en los músculos glúteo mayor, menor, medio, cuadrado lumbar y adductor mayor.

RESULTADOS: Los resultados muestran una asociación significativa entre el nivel de discapacidad ($r=0,608$), la severidad del dolor ($r=0,585$), la interferencia ($r=0,625$) y el número de puntos gatillo activos ($17,73\pm5,45$).

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio muestra una asociación entre la discapacidad, la severidad e interferencia del dolor y el número de puntos gatillo activos en mujeres con dolor crónico pélvico.

PALABRAS CLAVE: DOLOR CRÓNICO, DOLOR PÉLVICO, DISCAPACIDAD, PUNTOS GATILLO.

LA IMPORTANCIA DEL AUXILIAR DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN

ALFONSO ALVAREZ SANCHEZ, MANUEL ALEJANDRO PARRA GONZALEZ, ELADIO TEJADA GARCÍA

INTRODUCCIÓN: Los auxiliares de rehabilitación ayudan a los fisioterapeutas a tratar a los pacientes, realizando distintas tareas que resultan esenciales para el trabajo del fisioterapeuta. Atienden a los pacientes en su llegada a la consulta, antes del tratamiento, controlan y limpian el equipamiento, trabajan los ejercicios con los pacientes y les enseñan a utilizar las herramientas que facilitan su movilidad, como pueden ser sillas de ruedas.

OBJETIVOS: Determinar medidas para adquirir conocimientos de anatomía y fisiología humana así como nociones de farmacología. • Conocer las lesiones del aparato locomotor y las patologías reumáticas, respiratorias y cardiovasculares. • Para cada lesión y patología conocer aquellas que requieren rehabilitación, así como las técnicas más adecuadas en cada caso.

METODOLOGÍA: Hemos realizado un estudio descriptivo, observacional mediante una revisión bibliográfica en la base de datos de: Scielo, Dialnet, Pubmed y Cinahl.

RESULTADOS: El auxiliar debe adquirir una serie de capacitaciones y habilidades que se obtienen con una formación adecuada en el ámbito de la Rehabilitación. La función principal del Auxiliar de Rehabilitación es la de facilitar todas las tareas del Fisioterapeuta o Doctor de Rehabilitación para mejorar la salud del paciente. Esta formación específica del Auxiliar es muy importante pues facilitara mucho su trabajo, y además va a ser necesario para que los pacientes tengan en la persona que pasa más tiempo con ellos un referente y un apoyo.

CONCLUSIÓN: Puesto que la rehabilitación se caracteriza por una obligada e intensa interrelación entre técnico y paciente es fundamental que sus profesionales estén muy bien preparados. De este modo los Auxiliares de Rehabilitación podrán ayudar más eficazmente a médicos y fisioterapeutas en su labor.

PALABRAS CLAVE: AUXILIAR DE REHABILITACIÓN, FORMACIÓN ESPECÍFICA, LESIÓN, REHABILITACIÓN.

MOVILIZACIÓN PRECOZ EN PACIENTES CRÍTICOS

VANESA CASADO SANCHEZ, MARIA LAURA JIMÉNEZ GONZÁLEZ, MARIA EUGENIA FERNANDEZ BLANQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes críticos son pacientes que no están estable hemodinámicamente, y con lo cual se encuentran en Unidades de Cuidados Intensivos, que son unidades altamente especializadas en sus cuidados por el personal y aparataje adecuado. Las movilizaciones precoz de estos pacientes pueden ser activa, cuando el paciente realiza el movimiento el sólo o con ayuda; y pasiva, cuando es el fisioterapeuta o familiar el que le realiza al paciente la movilización.

OBJETIVOS: Determinar beneficios de la movilización precoz en pacientes críticos. Identificar la técnica más empleada en la UCI. Determinar las repercusiones a nivel músculo-esquelético, cardiorrespiratorio y del estado general que se pueden derivar de la realización de la movilización precoz en el paciente crítico.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión de la bibliografía y protocolos ya existentes. Las bases de datos consultadas son Pubmed, cinahl, Dialnet, usando como descriptores las palabras movilización, Unidad de Cuidados Intensivos, paciente crítico.

RESULTADOS: La inmovilidad produce daños importantes a nivel músculo -esquelético y cardiorrespiratorio. Aumento de secreciones respiratorias que pueden derivar en enfermedades como la neumonía. Formación de trombos en las extremidades inferiores provocando ICTUS o TEP. Las complicaciones disminuyen a la movilización precoz de estos pacientes, sobre todo mediante las movilizaciones pasivas simples, las más empleadas en las UCI, porque el paciente suele padecer alteración de la consciencia o esta sedoanalgesiado, y por lo tanto, no se pueden movilizar por sí mismos, a medida que va recuperando la consciencia, pueden avanzar. Otro tipo de movilización precoz utilizado comúnmente en las UCI es la Electroestimulación (EMS). La movilización pasiva simple pretende que el paciente mantenga el movimiento fisiológico, prevenir la rigidez, las deformidades y se favorece la revascularización.

CONCLUSIÓN: Fomentar la movilización precoz en menos de 72 horas en pacientes críticos es muy importante para evitar muchas complicaciones directas e indirectas, salvo que este contraindicado por el estado hemodinámico del paciente.

PALABRAS CLAVE: MOVILIZACIÓN, PACIENTE CRÍTICO, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, ACTIVA Y PASIVA.

LA REHABILITACIÓN EN EL ÁREA HOSPITALARIA

ALEJANDRO MARIN GUIRADO, SERGIO DAVID SAYAGO TELLEZ

INTRODUCCIÓN: La Rehabilitación es una especialidad médica cuyo núcleo de actuación es el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de las enfermedades incapacitantes en todos los grupos de edad. Después de una lesión, una enfermedad o una cirugía seria, la recuperación puede ser lenta. Es posible que necesite recuperar nuevamente su fortaleza, volver a poner en práctica sus habilidades o encontrar nuevas formas de hacer las cosas que hacía antes. Este proceso es la rehabilitación.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es conocer el funcionamiento y manejo del equipo y los cuidados para la correcta actuación, cuidado del paciente, así como sus funciones en la vigilancia del servicio. Cumpliendo las normas generales de organización del servicio de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: Tramitar las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que sean confiados por sus superiores, así como trasladar, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera. · Realizar, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se encomiende en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos. · Cuidar, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los útiles del servicio en general. · Controlar continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias en el centro de trabajo. · Informar de inmediato a los superiores de los desperfectos que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material. · Ayudar al Fisioterapeuta, cuando lo requiera, en la colocación y sujeción del paciente en su lugar de tratamiento. La correcta coordinación y participación en todas las funciones del celador en el área de rehabilitación.

CONCLUSIÓN: Hemos expuesto una guía práctica y resumida de las funciones del celador en el servicio de rehabilitación, ya que es necesario que el personal no sanitario conozca sus funciones para prestar unos cuidados óptimos.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, HOSPITAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN.

DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

ÁLVARO RAMOS PEÑUELA, MARIA DEL ROCIO TORRES LOPEZ, FUENSANTA OSUNA FLORES

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 53 años que sufrió hace varios meses un atropello con shock hemorrágico por el que fue intervenido de esplenectomía de urgencia. Ingresando en UCI donde se mantuvo con hipotermia e inestabilidad hemodinámica. En la actualidad se encuentra hospitalizado para rehabilitación de la capacidad funcional, ya que presentó múltiples fracturas óseas en extremidades.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se procede a la toma de constantes vitales: TA 106/70 mmHg FC 69 ppm T^{36,7}°C SatO₂ 99% Realizada la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, el paciente presenta dependencia parcial para las ABVD. Está incluido en programa de rehabilitación con fisioterapia para la recuperación de la deambulación. Se actualiza el plan de cuidados enfermeros.

JUICIO CLÍNICO: Politraumatismo por atropello Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la deambulación r/c politraumatismo m/p incapacidad para caminar las distancias requeridas. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Este diagnóstico es importante diferenciarlo de: estilo de vida sedentario.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Deambulación: caminata - Soporta el peso 2-4. Deambula a paso lento 1-5 Nivel de movilidad. Mantenimiento del equilibrio 2-5. Movimiento articular 3-5 NIC: Fomento del ejercicio: Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa. Ayudar al paciente a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios Manejo del dolor: Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. Fomentar períodos de descanso / sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor

CONCLUSIONES: La recuperación de la deambulación en pacientes es un objetivo primordial a la hora de realizar planes de cuidados enfermeros individualizados. Supone para el paciente un gran reto y a la vez una gran satisfacción al ver que recupera una parte importante de su vida. La recuperación de esta capacidad es tarea de un equipo multidisciplinar, donde enfermería juega un papel imprescindible.

PALABRAS CLAVE: POLITRAUMATISMO, DETERIORO, ENFERMERÍA, DEAMBULACIÓN.

ANESTÉSICO LOCAL EN EL DOLOR MIOFASCIAL

JUAN PEDRO CAMPOY ROJAS, MARTA ROLDAN ROS, ANA ISABEL GONZALEZ GRIMA

INTRODUCCIÓN: El dolor miofascial es una importante fuente de alteraciones para las personas que la padecen. Su incidencia es muy elevada en atención primaria, aunque es aún mayor en los centros de atención especializada. La dolor miofascial es muy amplio, se aplica a dolor en los tejidos blandos de origen desconocido e incluye cuadros muy variados tales como el síndrome miofascial, la cefalea tensional, ciertas alteraciones de la articulación otros el síndrome miofascial es una forma de fibromialgia. Los anestésicos locales universalmente utilizados por multitud de profesionales de la salud (anestesiólogos, cirujanos, enfermeros, odontólogos, podólogos, dermatólogos, médicos a diario, son fármacos que a concentraciones suficientes, evitan temporalmente la sensibilidad en el lugar de su administración. Su efecto impide de forma transitoria y perceptible, la conducción del impulso eléctrico por las membranas de los nervios y el músculo localizadas. Por tanto, también se bloquea la función motora, excepto en el músculo liso, debido a que la oxitocina.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de cómo remitir el dolor de los paciente a través de la administración de anestésicos locales.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: La bibliografía nos muestra como la administración de anestésicos locales mejora sustancialmente el dolor miofascial.

CONCLUSIÓN: Considerando lo mencionado anteriormente, la administración de anestésico locales en los punto gatillo logra la mejoría y puede llegar a cesar el dolor.

PALABRAS CLAVE: DOLOR MIOFASCIAL, ANESTÉSICO LOCAL, PUNTO GATILLO, INFILTRACIÓN.

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS APLICADAS AL AUTISMO

LAURA PÉREZ PÉREZ, MARIA JOSE GONZALEZ CRUZ, JENNIFER BROCAL EXPOSITO

INTRODUCCIÓN: El autismo se trata de un trastorno psicológico que afecta a la habilidad de comunicación de los pacientes que lo poseen, así como una perturbación grave de varias áreas del desarrollo, que les lleva a conductas inapropiadas a su grado de desarrollo. Actualmente, no existe ninguna medicación aprobada específicamente para tratar este trastorno, sino que varía dependiendo de la persona, lo que si se conoce es la eficacia de diversas técnicas complementarias que pueden ayudar a mejorar la autonomía, conductas estereotipadas y calidad de vida de estos pacientes.

OBJETIVOS: Con este trabajo se pretende conocer la eficacia y beneficios de las diversas terapias alternativas como son la hipoterapia (equinoterapia) y acuaterapia aplicadas al tratamiento del trastorno autista.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 8 artículos de evidencia científica y con una exclusión de artículos superior a 11 años de antigüedad, consultando las principales bases de datos de Ciencias de la Salud y bases de datos Multidisciplinar.

RESULTADOS: Los resultados de las diversas terapias investigadas han demostrado que proporcionan beneficios en muchas áreas en este tipo de pacientes, uno de los aspectos más importantes es la disminución de las conductas estereotipadas, también se produce otros avances muy positivos como son un incremento de la confianza y de las relaciones sociales.

CONCLUSIÓN: La revisión bibliográfica ha permitido conocer las distintas terapias disponibles para el tratamiento del trastorno del autismo, así como la forma en la que pueden ser aplicadas y combinadas entre sí para incrementar su eficacia terapéutica.

PALABRAS CLAVE: HIPOTERAPIA, AUTISMO, ACUATERAPIA, EQUINOTERAPIA.

