

**ACTAS DEL**

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



**VOLUMEN II**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez**

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

**Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018**

**Comps.**

**José Jesús Gázquez Linares  
María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
África Martos Martínez  
Ana Belén Barragán Martín  
María del Mar Simón Márquez**

© 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 II”, 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: 978-84-697-9975-8

Depósito Legal: AL 381-2018

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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....</b>  | <b>6</b>  |
| SONIA REPISO MUÑOZ, SERGIO RECHE MOLINA, BEATRIZ GUERRERO RODELAS  |           |
| <b>PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE FRÍO EN PACIENTES .....</b>  | <b>7</b>  |
| ARACELI HUERTA FERNANDEZ, LAURA RAMOS LLANO, PATRICIA ALVAREZ<br>BRAGA, LAURA RODRÍGUEZ SUÁREZ                                     |           |
| <b>VIBRACIÓN DEL CUERPO ENTERO: LA GRAN DESCONOCIDA EN LA<br/>ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....</b>   | <b>8</b>  |
| FRANCISCO JOSE BUENO TRIGUEROS, CRISTINA CRUZADO ARAZOLA, ALFONSO<br>ÁLAMO GARCÍA  |           |
| <b>LA TERAPIA ESPEJO Y SU FOMENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE<br/>ENFERMERÍA.....</b>  | <b>9</b>  |
| SANDRA APARICIO GALLARDO, MARIA DELGADO CEACERO, VIOLETA SÁNCHEZ<br>DEL REY  |           |
| <b>ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE CON SECUELAS DE HEMIPLEJIA<br/>DERECHA .....</b>  | <b>10</b> |
| MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ<br>HERNANDEZ   |           |
| <b>LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA<br/>AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA.....</b> | <b>11</b> |
| MIRIAM TALAVERA SANCHEZ, ALMUDENA PADILLA LÓPEZ, MARIA DEL<br>CARMEN GARCIA TAMAJON  |           |
| <b>EPICONDILITIS LATERAL: RECUPERACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE LA<br/>ENFERMERÍA.....</b>   | <b>12</b> |
| PEDRO GÓMEZ MARTÍNEZ, ANTONIA LÓPEZ VILLÉN, ILDEFONSO PUERTAS<br>FERNÁNDEZ   |           |
| <b>ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA .....</b>   | <b>13</b> |
| BEATRIZ FERNANDEZ MINGORANCE, ALICIA GABARRÓN RÍOS, LEONOR<br>SANCHEZ BUSTOS   |           |
| <b>LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN<br/>PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....</b>            | <b>14</b> |
| CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, BLAS MILLAN<br>MOLINA   |           |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMBINADO ENTRE TERAPIA OCUPACIONAL Y NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN PACIENTES CON ICTUS .....</b> | <b>15</b> |
| CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, BLAS MILLAN MOLINA   |           |
| <b>FIABILIDAD INTRAOBSERVADOR Y VALIDEZ CONCURRENTENTE ENTRE EL ÍNDICE DE BARTHEL Y LA ESCALA DE TINETTI EN PACIENTES CON ALZHEIMER.....</b>          | <b>16</b> |
| CRISTINA ROBLES MOLINA, BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ   |           |
| <b>TERAPIA OCUPACIONAL Y PUNCIÓN SECA EN MIEMBRO INFERIOR AFECTO EN PACIENTE CON ICTUS : A PROPÓSITO DE UN CASO .....</b>                             | <b>17</b> |
| CRISTINA ROBLES MOLINA, BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ   |           |
| <b>ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: CASO DE SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO .....</b>   | <b>18</b> |
| JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA, JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ  |           |
| <b>FRACTURA DE CADERA: CONSECUENCIAS DE UNA INTERRUPCIÓN CUATRO MESES DESPUÉS .....</b>   | <b>19</b> |
| ESTHER CUESTA NÚÑEZ, GLORIA GODOY RICO, RAQUEL RUIZ OVIEDO  |           |
| <b>LA REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN PERSONAS MAYORES .....</b>  | <b>20</b> |
| PATRICIA REQUENA CARNEROS, MELISA PÉREZ GUARDEÑO, NURIA MOLINA MORENO   |           |
| <b>LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN.....</b>  | <b>21</b> |
| LUZ ANDREA VALENCIA RAMIREZ, DOLORES ARIAS CARRILLO, DAVINIA LABELLA CAÑADA   |           |
| <b>PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....</b>  | <b>22</b> |
| PEDRO CASAS VICTORIA, ANA ISABEL RODRÍGUEZ LEÓN, JULIO TORRES FABA  |           |
| <b>CODO DE TENISTA O EPICONDILITIS LATERAL: REVISIÓN DE LOS MÉTODOS DE INTERVENCIÓN .....</b>   | <b>23</b> |
| YOLANDA SANCHEZ GARCIA, MARIA SERGIA BERBEL PICAZOS, ALICIA MARTINEZ PORCEL   |           |
| <b>ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CRÓNICOS.....</b>   | <b>24</b> |

ANA BELEN GARCIA RODRIGUEZ, ESPERANZA LÓPEZ DOMENE, MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ LASSERROTTE

**CUIDADOS ENFERMEROS EN EL POSTOPERATORIO DE LAS AMPUTACIONES ..25**

MARIA DEL CARMEN SUTIL LOPEZ, SARA MARCO PÉREZ, JANIRE LUENGAS OTEO

**REEDUCACIÓN VESICAL PREVIA A LA RETIRADA DE LA SONDA URINARIA .....26**

MARINA PIÑA GÓMEZ, LUIS GÓMEZ ANDRADE, ALEJANDRO RUBIO GARCIA

**EJERCICIO EN LA RECUPERACIÓN POSTPARTO: GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA O EJERCICIOS DE KEGEL .....27**

IRENE GARCIA ORTEGA, ALBERTO CHICA SANCHEZ, BELEN CEREZO BARRANCO

**PATIENT REPORTED OUTCOMES RELATED TO VIRTUAL REALITY REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW .....28**

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

**LA REALIDAD VIRTUAL COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO FUNCIONAL EN PACIENTES POST ICTUS .....29**

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

**USO DE HIPOTERAPIA EN NIÑOS AUTISTAS: A PROPÓSITO DE UN CASO .....30**

ANDREA REYES GIJÓN RODRÍGUEZ, MARIA TERESA BENITEZ PAREJO, ISABEL PÉREZ MALDONADO

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PROPIOCEPTIVO EN LA REHABILITACIÓN DE ESGUINCES DE TOBILLO EN JUGADORES DE BALONCESTO .....31**

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

**EL CORSÉ: TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DEL ADOLESCENTE .....32**

FRANCISCA MOTOS MOLINA, MARIA MOTOS MOLINA, MARIA BELEN NAVARRO CARMONA

**DOLOR TORÁCICO ATÍPICO CON HIPERGLUCEMIA SIMPLE .....33**

RUBEN VALERO VALERO, MARGARITA PUJADAS MOLINA, LAIA ALVAREZ SUBIRA, MARIONA COLL MOLINOS, NURIA BATLLE ARAGONES, SERGI SOLER MARTINEZ

**SÍNDROME DE STICKLER Y DEFORMIDAD RAQUÍDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.....34**

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

**CASO DE PACIENTE CON SÍNDROME DISMÓRFICO .....35**

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

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CUIDADOS EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR .....</b>   | <b>36</b> |
| ANTONIA PINAR MARTINEZ, MARTA ROJAS PINAR, SILVIA ROJAS PINAR,<br>CRISTINA PORTUGUES GUILLEN, NURIA GUERRA MARIBLANCA, MARIA LUISA<br>LARA GUERRERO                                    |           |
| <b>SÍNDROME DEL TÚNEL CARIANO EN AL ADULTO.....</b>  | <b>37</b> |
| MARÍA ICÍAD MIERES SUÁREZ  |           |
| <b>BOBATH EN TERAPIA NEUROLÓGICA INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ...</b>  | <b>38</b> |
| SANTOS RODRIGUEZ TUBILLA, ISABEL MARÍA DE HARO GARCÍA, JOAQUIN<br>BERMEJO MADRID, PIEDAD CASTAÑO LÓPEZ, MARIA GARCIA FERNANDEZ,<br>JUANA MARIA DIAZ PEREZ, JOSEFA ELENA GAMBIN CERMEÑO |           |
| <b>REHABILITACIÓN EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR<br/>RECUPERABLE.....</b>   | <b>39</b> |
| ANGEL JOSE CALVO DE DIOS, ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES<br>MENÉNDEZ  |           |
| <b>DETERIORO DE LA MOVILIDAD POR FRACTURA DE FÉMUR: UN ESTUDIO DE<br/>CASO.....</b>  | <b>40</b> |
| JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ RAMOS   |           |
| <b>FRACTURAS VERTEBRALES NO QUIRÚRGICAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .</b>   | <b>41</b> |
| DANIEL ESCRIBANO STABLE, ANA ISABEL AVELLANEDA CAMARENA, ANA<br>MARIA SUÁREZ CÁNOVAS, MIRIAM GRIÑÁN SÁNCHEZ, JUAN FRANCISCO<br>MOLINA ARNAO  |           |
| <b>EL CELADOR EN EL ÁREA DE REAHABILITACIÓN .....</b>  | <b>42</b> |
| JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN, ALBERTO MORENO BERMEJO, LILIANA<br>LOZANO HERRERO  |           |
| <b>LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE .....</b>   | <b>43</b> |
| CONCEPCION GUTIERREZ CONTRERAS, MARTIN ANGEL HIDALGO LUQUE, ELBA<br>DEL ROCÍO PADILLA MUÑOZ  |           |
| <b>¿ES BENEFICIOSO EL PROGRAMA DE AYUDA AL PACIENTE<br/>DROGODEPENDIENTE? .....</b>  | <b>44</b> |
| FÁTIMA FERNANDEZ GARCIA, MARIBEL MONTORO ORTIZ, MARIA MERCEDES<br>CARRASCO RACERO  |           |
| <b>HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: TERAPIA DEL HUMOR.....</b>  | <b>45</b> |
| MARÍA JOSÉ CASTRO GUERRERO, ANTONIO PUERTA SÁNCHEZ, CONCEPCION<br>SANCHEZ MANRIQUE   |           |
| <b>REHABILITACIÓN CARDÍACA DEPORTIVA TRAS UN INFARTO .....</b>   | <b>46</b> |

ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON, SERGIO AGUIRRE FELICES

**LOS EFECTOS DE LA TERAPIA ACUÁTICA EN LA MOVILIDAD DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.....47**

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

**TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS CRÓNICAS CON ELECTROTERAPIA FRENTE AL TRATAMIENTO CON PILATES TERAPEUTICO Y TERAPIA MANUAL.....48**

MARAVILLAS RUIZ DE MAYA, MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN

## **BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

SONIA REPISO MUÑOZ, SERGIO RECHE MOLINA, BEATRIZ GUERRERO RODELAS

**INTRODUCCIÓN:** La musicoterapia es una terapia complementaria que utiliza la música como método para producir beneficios físicos, psicológicos y conductuales en el proceso salud-enfermedad. Es frecuentemente utilizada en pacientes con demencia, oncológicos y en unidades de cuidados intensivos para estimular el sistema neurológico, la comunicación, la movilización y expresiones.

**OBJETIVOS:** Analizar los diferentes beneficios que aporta la musicoterapia en los cuidados enfermeros.

**METODOLOGÍA:** Se llevó a cabo una revisión sistemática de las diferentes publicaciones científicas referentes a los beneficios de la musicoterapia. Se aplicó un filtro de idioma (castellano e inglés). Se analizaron varias bases de datos tales como Scielo, Dialnet, Elsevier. Para la búsqueda, los operadores booleanos utilizados fueron AND y OR y los descriptores: Musicoterapia, enfermería, beneficios, terapia musical.

**RESULTADOS:** La musicoterapia es una terapia alternativa usada en la salud con fines terapéuticos y preventivos y con beneficios sobre el sistema central como sedante, excitante; ayuda a disminuir la sensación de aislamiento, fortalece la relación enfermera-paciente, estimula las expresiones emocionales y la comunicación. Aumenta la autoestima, alivia el sufrimiento, mejora la calidad de vida, alivia temores y ansiedad. Promueve la relajación ayudando a disminuir el dolor. Mejora el funcionamiento cognitivo, psicológico y conductual.

**CONCLUSIÓN:** La musicoterapia es de gran elección por todos los beneficios que aporta, por ser barata y accesible en la sanidad. La musicoterapia ofrece en los cuidados de enfermería una mejora en la relación enfermera-paciente donde además existen efectos secundarios al ser un tratamiento no invasivo.

**PALABRAS CLAVE:** MUSICOTERAPIA, ENFERMERÍA, BENEFICIOS, TERAPIA MUSICAL.

## PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE FRÍO EN PACIENTES

ARACELI HUERTA FERNANDEZ, LAURA RAMOS LLANO, PATRICIA ALVAREZ BRAGA, LAURA RODRÍGUEZ SUÁREZ

**INTRODUCCIÓN:** Es la aplicación de agentes físicos con fines terapéuticos en una determinada región del organismo. Utilizaremos el frío sobre el cuerpo con un fin terapéutico a través de diferentes agentes y en aplicaciones locales o generales.

**OBJETIVOS:** Conocer las reacciones fisiológicas que resultan de su aplicación así como las reacciones adversas. Conocer el método de aplicación del agente frío dependiendo la finalidad de aplicación, duración del tratamiento, equipo y condiciones del paciente.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos, utilizando los descriptores frío, cuerpo, crioterapia y terapéuticos.

**RESULTADOS:** Los resultados demuestran que el uso de crioterapia en este paciente va reduciendo progresivamente el dolor, conforme el periodo posoperatorio se acerca a las 24 horas. Equipo que se utiliza para la técnica: bolsa para hielo, recipiente con hielo. Medidas de seguridad: verificar que las bolsas para hielo estén íntegras, vigilar constantemente la región donde está colocada la fuente de frío, cambiar las bolsas cuantas veces sea necesario. Manifestaciones de intolerancia: piel moteada, adormecimiento de la zona de aplicación. Medidas de seguridad: revisar la integridad de la bolsa, no colocar la bolsa sin la compresa.

**CONCLUSIÓN:** Para que la aplicación de frío sea efectiva hay que dejar colocada la bolsa una hora y retirarla otra hora ya que de este modo los tejidos están en aptitud de reaccionar a los efectos del frío.

**PALABRAS CLAVE:** FRÍO, CUERPO, CRIOTERAPIA, TERAPÉUTICOS.

## **VIBRACIÓN DEL CUERPO ENTERO: LA GRAN DESCONOCIDA EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

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

**INTRODUCCIÓN:** Se realiza una revisión bibliográfica buscando evidencias de una técnica desconocida (La vibración del cuerpo entero) pues se observan mejoría en alguno de los síntomas de la Esclerosis Múltiple.

**OBJETIVOS:** Encontrar evidencias científicas que recomienden el uso de la vibración del cuerpo entero como terapia en el tratamiento de los síntomas de la esclerosis múltiple.

**METODOLOGÍA:** Se buscó en: MedLine, PEDro, CUIDEN, Deposito digital EUG i TC, COCHRANE PLUS, ScienceDirect, Multiple Sclerosis Association Of America. Se realizo un glosario de palabras. Se seleccionaron los que usaban la vibración del cuerpo entero.

**RESULTADOS:** 8 Documentos: Tipo de documento: Revisión sistemática: 4 Meta-análisis: 2 Estudios experimentales: Ensayo clínico aleatorio: 1 Exploratorio: 1 Año en que se publicó: 2008: 1 2012: 4 2013: 1 2015: 1 2016: 1

**CONCLUSIÓN:** Los estudios no homogéneos, uno es exploratorio y el otro un ensayo clínico aleatorio. Las revisiones homogéneas aunque el criterio de inclusión del tiempo varía 5 años. Los meta-análisis varían en el número de sujetos y diferentes conclusiones. Uno de los estudio comprobaba si la terapia después de 8 semanas tenía mejoría. 15 Pacientes, comprobando mejoría antes, durante (4 y 8 semanas) y después del estudio (2 semanas después de finalizar). Se comprobó mejoría en el equilibrio. Aunque hubo efectos adversos. El ensayo clínico aleatorio comprobaba esta terapia sobre la fatiga y la capacidad funcional. 34 Sujetos, dos grupos al azar. 5 Días de sesiones. Resultado de mejoría. Heterogeneidad en los meta-análisis, numero de sujetos (201 y 250), conclusiones diferentes. Uno observo mejoría en la deambulacion en los pacientes con leve discapacidad. Y el otro observo mejoría en la extensión de la rodilla. El conjunto de las revisiones concluyeron que faltaban estudios. Recomendamos que se debería seguir estudiando, pues tiene signos de ser eficaz pero faltan estudios que lo apoye.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA ALTERNATIVA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, VIBRACIÓN CUERPO ENTERO, NO FARMACOLÓGICA.

## LA TERAPIA ESPEJO Y SU FOMENTO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

SANDRA APARICIO GALLARDO, MARIA DELGADO CEACERO, VIOLETA SÁNCHEZ DEL REY

**INTRODUCCIÓN:** La terapia espejo es utilizada como técnica analgésica e instrumento para una rehabilitación funcional integral. Es importante que se haga de manera preventiva y temprana. Consiste en la realización de ejercicios utilizando un espejo vertical con orientación parasagital que refleje la pierna sana dando la impresión de integridad de las dos extremidades.

**OBJETIVOS:** Describir las características y ventajas de la terapia espejo como alternativa terapéutica.

**METODOLOGÍA:** Este estudio se ha realizado mediante una revisión sistemática en diferentes bases de datos: SCIELO, CUIDEN, PubMed. Los descriptores utilizados fueron: dolor, miembro fantasma, enfermería, terapia. El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, aplicando un filtro temporal entre 2008-2016.

**RESULTADOS:** Del 50 al 90% de las personas sometidas a una amputación se observa dolor en la parte del cuerpo que está amputada, esto es conocido como “dolor del miembro fantasma”. Esto deteriora su calidad de vida y dificulta la rehabilitación. La terapia espejo hace funcionar unas neuronas que se llaman “neuronas espejo” las cuales utilizan el input visual, para representar una realidad virtual de las acciones de otra persona, de esta manera el individuo se pone en el lugar del otro y puede ver o sentir desde el punto de vista de la otra persona. Las ventajas de esta terapia, la vemos reflejada en diversos aspectos: 1) Desaparece el dolor neuropático, 2) Se reduce el uso de fármacos analgésico, 3) Aumenta la sensación del control motor, consiguiendo deambulación autónoma con prótesis, 4) Se asimila la amputación, 5) Desaparecen los episodios de dolor incidental 6) Mejoría de la situación funcional.

**CONCLUSIÓN:** Aunque hacen falta más estudios sobre esta terapia, de momento se corrobora que la terapia espejo es útil en pacientes sometidos a amputación de una extremidad, para conseguir efectos positivos en la rehabilitación y en el control del dolor del miembro fantasma.

**PALABRAS CLAVE:** DOLOR, MIEMBRO FANTASMA, TERAPIA, ENFERMERÍA.

## **ATENCIÓN ENFERMERA A PACIENTE CON SECUELAS DE HEMIPLEJIA DERECHA**

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ SABIO, EVA GARCÍA JIMÉNEZ, LAURA GALVEZ HERNANDEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 68 años de edad que es derivada para valoración de férula ergonómica para mano derecha por secuelas de hemiplejia derecha. Entre sus antecedentes médicos figura HTA, hemiplejia residual derecha con afasia, síndrome ansioso, obesidad, cardiomegalia moderada, adenoma tiroideo toxico tratado con radioyodo. En tratamiento crónico con enalapril, simvastatina, clorzepato dipotasico, citalopram, furosemida y tramadol/paracetamol. Sin alergias conocidas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Paciente que acude a consulta en silla de ruedas, según informe de fisioterapia MSD no funcional que presenta cada vez mayor retracción de flexores lo que le produce dolor y deformidad. La paciente presenta afasia motora, no emisión pero si comprensión. En MSD se observa fase I de Brunton sin ninguna actividad motora, con codo en extensión antebrazo en flexión de muñeca y dedos por espasticidad. En MID se valora espasticidad en tríceps sural que le produce pie en equino varo que solo reduce con flexión de rodilla. Solo puede mantener bipedestación y dar algunos pasos.

**JUICIO CLÍNICO:** Paciente con secuelas de hemiplejia derecha espástica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Hemiparesia.

**PLAN DE CUIDADOS:** Deterioro de la comunicación verbal r/c afasia por hemiplejia m/p dificultad para la fonación NOC comunicación, capacidad expresiva NIC fomento de la comunicación en déficit del habla. Deterioro de la actividad física r/c trastorno musculoesquelético m/p incapacidad para moverse intencionadamente NOC realización del traslado NIC terapia de ejercicios: equilibrio y deambulación.

**CONCLUSIONES:** Dada la hemiplejia de la paciente, se valora la posibilidad de tratamiento con toxina botulínica para intentar disminuir la espasticidad y el dolor. Además se le prescribe ortesis antiequino para MID, con respecto a MSD no se le prescribe de momento férula ya que con la espasticidad que presenta no la toleraría. Se valorará en caso de mejora.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, HEMIPLEJIA, ESPASTICIDAD, ENFERMERÍA.

## **LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA AYUDA PARA LA DEAMBULACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA**

MIRIAM TALAVERA SANCHEZ, ALMUDENA PADILLA LÓPEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA TAMAJON

**INTRODUCCIÓN:** Para definir ayuda, es la acción de caminar junto al paciente ofreciendo nuestro apoyo. Por ello aconsejar, no quiere decir que el enfermo tenga que hacer lo que tú digas, sino qué es ayudar a que el propio paciente tome conciencia de su situación y tome las riendas de ella, siempre un poco estimulado por el auxiliar de enfermería.

**OBJETIVOS:** Analizar la incidencia que el papel del Tcae tiene en la pronta recuperación de la deambulación y de la actividad física, de los pacientes hospitalizados.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica sistemática y transversal desde 2007 hasta 2009 en las principales bases de datos como PubMed y Scielo sobre protocolos y guías de apoyo a la deambulación y actividad física.

**RESULTADOS:** El resultado pone de manifiesto que el auxiliar de enfermería tiene gran importancia en este proceso. Los efectos de su apoyo en el paciente son: El paciente siente un apoyo de otra persona y lo acepta. Estimula a que sea el propio paciente autosuficiente. Hace que el paciente sea responsable de su hacer.

**CONCLUSIÓN:** La profesión de auxiliar de enfermería tiene como centro al propio paciente. Su prioridad es el paciente, por ello esa especial relación auxiliar-paciente. Por ello es importante que el Tcae esté bien formado en todas las técnicas de ayuda a la deambulación y actividad física, pero también en escucha activa y en comunicación con el paciente o usuario, porque todo en su conjunto es lo que va a hacer que se obtengan esos buenos resultados en su trabajo.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS INTEGRALES, RELACIÓN DE AYUDA, DEAMBULACIÓN, ESCUCHA ACTIVA.

## **EPICONDILITIS LATERAL: RECUPERACIÓN DESDE EL ÁMBITO DE LA ENFERMERÍA**

PEDRO GÓMEZ MARTÍNEZ, ANTONIA LÓPEZ VILLÉN, ILDEFONSO PUERTAS FERNÁNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** Es la inflamación de los tendones también conocida como “codo de tenista” son los que unen la musculatura del antebrazo y de la mano con el músculo epicóndilo. Estos músculos se fijan en la parte externa del codo. Esta musculatura la encargada de controlar los principales movimientos de la mano. Cuando éstos se usan con frecuencia, se producen pequeños desgarres en el tendón.

**OBJETIVOS:** Determinar el tratamiento que se debe prescribir para el paciente que sufre epicondilitis.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden, Dialnet. Los criterios de inclusión han sido fuentes analizadas no superen 10 años de antigüedad y recojan evidencias científicas. Usando como descriptores: cuidados, epicondilitis, desgarre, enfermería.

**RESULTADOS:** Los músculos se fijan al hueso por medio de los tendones. Las microlesiones se producen por el continuo uso de los músculos produciendo irritación y dolor, cualquier actividad continua de la muñeca puede producir esta lesión. La epicondilitis es un proceso autolimitado en el tiempo, en algunos casos se resuelven sin tratamiento. Se recomienda reposo, uso de antiinflamatorios, en otros casos, rehabilitación, infiltraciones; y en algunos casos operaciones quirúrgicas en función de las necesidades de cada paciente.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento rehabilitador basado en la manipulación del codo puede ser muy útil, por lo que se recomienda esperar a que el dolor haya cedido o antes de comenzar la rehabilitación. Cuanto más tiempo dure el dolor, más largo va a ser el período de recuperación completa.

**PALABRAS CLAVE:** DESGARRE, CODO, ENFERMERÍA, EPICONDILITIS.

## ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL SÍNDROME DEL MIEMBRO FANTASMA

BEATRIZ FERNANDEZ MINGORANCE, ALICIA GABARRÓN RÍOS, LEONOR SANCHEZ BUSTOS

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome del miembro fantasma hace referencia a la existencia de sensación dolorosa en una extremidad amputada previamente. Es un dolor de origen neuropático. Sucede entre el 60 y el 80% de personas que han sufrido una amputación, ya sea traumática o quirúrgica. Las características del dolor varían de persona a persona, no debiendo superar los 6 meses de duración tras la cirugía.

**OBJETIVOS:** Conocer el papel de la enfermería ante pacientes con dolor del miembro fantasma.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Cinahl, Cuiden y Scopus. Con los descriptores en salud “SÍNDROME MIEMBRO FANTASMA AND ENFERMERIA AND CUIDADOS”, y con una limitación en el tiempo de 5 años.

**RESULTADOS:** Una técnica para disminuir el dolor es la “Terapia del espejo”, la cual se basa en poner un espejo reflejando la extremidad existente, colocando la mano afectada detrás del espejo, simulando que aún existe. Esto crea una retroalimentación positiva a la corteza motora, pudiendo controlar así el dolor. Otra técnica es la realidad virtual, que básicamente consiste en visualizar la extremidad perdida en una pantalla. Se cree que esta técnica puede ser más efectiva ya que el realismo es mayor. El papel de enfermería es, además de realizar cuidados físicos y educación para la salud, en estos casos debe demostrar unas buenas cualidades de empatía y escucha activa, para poder ayudarlos y apoyarlos en el cambio y reajuste emocional y corporal que están sufriendo.

**CONCLUSIÓN:** Como conclusión, destacar que los cuidados de enfermería deberían ser desde un enfoque multidimensional, no solo los aspectos físicos, sino resaltar la importancia los sentimientos del paciente, para poder lograr la aceptación de su nueva situación y adaptarse al cambio producido en su vida.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, SALUD, ENFERMERÍA, SÍNDROME MIEMBRO FANTASMA.

## **LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, BLAS MILLAN MOLINA

**INTRODUCCIÓN:** El incremento de la esperanza de vida está propiciando el aumento de la incidencia de enfermedades como la demencia tipo Alzheimer (EA). La comunidad científica y la sociedad se están volcando en la investigación de esta patología para tratar de frenar sus efectos y proporcionar calidad de vida a las personas que la padecen.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia que tiene la marcha y el equilibrio en la calidad de vida de pacientes con Alzheimer.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Pubmed, Pedro, Scielo, Scopus, Enfispo) buscando artículos entre 1997 y 2017 que relacionaran el índice de Barthel y la Escala de la marcha y del equilibrio de Tinetti en pacientes con la EA. Se obtuvieron un total de 129 estudios de los cuales se seleccionaron 43 para su análisis.

**RESULTADOS:** De los 43 estudios analizados, 22 de ellos utilizaron tanto el IB como la ET para valorar las actividades de la vida diaria y la marcha y el equilibrio de pacientes con EA. Otros autores incluyeron en sus estudios al menos de uno ellos junto y utilizaron el mini-mental test para valorar resultados.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes con EA que recibían al menos 2 horas de terapia ocupacional y fisioterapia mantenían o disminuía menos la calidad de vida gracias al mantenimiento de la marcha y del equilibrio que pacientes que realizaban 0-1 hora de actividades a la semana.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, MARCHA, EQUILIBRIO, BARTHEL, TINETTI.

## **ESTUDIO DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO COMBINADO ENTRE TERAPIA OCUPACIONAL Y NEUROMODULACIÓN PERCUTÁNEA ECOGUIADA EN PACIENTES CON ICTUS**

CRISTINA ROBLES MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ, BLAS MILLAN MOLINA

**INTRODUCCIÓN:** El ACV es la segunda causa de muerte en el mundo. Se calcula que en el mundo existen más de 9 millones de personas supervivientes de ACV y que se producen unos 4,5 millones de muertes anuales. La espasticidad es un síntoma que puede ser perjudicial para la calidad de vida y la función diaria de los pacientes con ACV.

**OBJETIVOS:** Determinar los efectos del tratamiento combinado de terapia ocupacional (TO) y neuromodulación percutánea ecoguiada (NMP) sobre la espasticidad y dolor por presión en pacientes con Ictus.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un ensayo controlado aleatorizado. Ocho pacientes con al menos dos años de evolución de ACV fueron asignados al azar en dos grupos, un grupo experimental formado por cuatro individuos que se le realizó la técnica NMP sobre el nervio mediano de su lado afecto y una sesión de 45 minutos de TO; y el grupo control formado por otros cuatro pacientes que solo recibieron NMP en el mismo nervio. La espasticidad evaluada con escala de Ashworth modificada, y el dolor por presión en el músculo del pronador redondo por agometría. Los datos fueron recogidos antes de la sesión, después y a los dos días.

**RESULTADOS:** Se obtuvo una disminución de la espasticidad tanto en el GC como en GE después de la intervención ( $p < 0,001$ ), pero sólo el GE seguía con una disminución significativa a los dos días. En cuanto al dolor por presión, los umbrales aumentaron en ambos grupos al terminar la intervención ( $p < 0,001$ ) pero solo el GE siguió con el umbral significativamente alto tras dos días.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados obtenidos sugieren que el tratamiento combinado entre TO y NMP disminuyen la espasticidad y la sensibilidad a la presión generalizada en individuos con espasticidad post-ictus. Se recomienda un mayor número de muestra y una investigación adicional.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, ICTUS, NEUROMODULACIÓN, ECOGRAFÍA.

## **FIABILIDAD INTRA OBSERVADOR Y VALIDEZ CONCURRENTE ENTRE EL ÍNDICE DE BARTHEL Y LA ESCALA DE TINETTI EN PACIENTES CON ALZHEIMER**

CRISTINA ROBLES MOLINA, BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ

**INTRODUCCIÓN:** Debido a la tendencia al envejecimiento, se está produciendo un incremento del número de sujetos con demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA) la principal causa de ésta. Los tratamientos dirigidos a la mejora de la calidad de vida de dichos sujetos tienen que partir de una correcta valoración del estado físico, cognitivo y funcional. El Índice de Barthel y la Escala de marcha y equilibrio de Tinetti son dos instrumentos comúnmente utilizados para la valoración del paciente geriátrico con EA.

**OBJETIVOS:** Valorar la fiabilidad intraobservador del Índice de Barthel (IB) y de la Escala de marcha y equilibrio de Tinetti (TT) y comprobar cómo influye la marcha en la independencia funcional en pacientes con EA.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional prospectivo. Se contó con una muestra de 15 pacientes con una edad media de  $85 \pm 6,12$  años. El estudio tuvo una duración de 1 mes. Se valoró a los sujetos al inicio y al final del estudio utilizando IB y TT. Utilizamos el Coeficiente de Correlación Interclase (ICC) para comprobar la fiabilidad de ambos test. Para la validez concurrente entre TT de la Marcha e IB utilizamos el Coeficiente de Correlación r de Pearson (CCP).

**RESULTADOS:** La fiabilidad del TT se obtuvo CCI de 0,7334 (IC del 95%: 0,3716 a 0,9018). La fiabilidad del IB también se comprobó con el CCI obteniéndose un valor de 0,7374 (IC del 95%: 0,3791 a 0,9034). La validez concurrente entre ambos test obtuvimos un CCP de 0,7375 (P= 0,0017). Se calculó el R2 obteniéndose un valor de 0,5439, R2 corregido 0,5089.

**CONCLUSIÓN:** El 50,89% de la independencia funcional corresponde a la calidad de la marcha. La marcha influye en gran medida a la independencia funcional de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA OCUPACIONAL, ALZHEIMER, TINETTI, BARTHEL, FISIOTERAPIA.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y PUNCIÓN SECA EN MIEMBRO INFERIOR AFECTO EN PACIENTE CON ICTUS : A PROPÓSITO DE UN CASO**

CRISTINA ROBLES MOLINA, BLAS MILLAN MOLINA, FRANCISCO CARRASCO MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Hombre de 55 años, sufrió un accidente cerebro vascular (ACV) hace 3 años. Sufrió un trombo en la arteria cerebral media derecha, provocándole una hemiparesia del lado izquierdo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Presenta espasticidad en miembro superior izquierdo (bíceps, pronadores y flexores del carpo y en la pierna izquierda (tríceps sural, recto anterior del cuádriceps y tensor de la fascia lata entre otros). Tras resonancia magnética se apreció el trombo en la arteria cerebral media. Escala de Ashwort modificada 4/5 en la musculatura espástica del lado izquierdo. No se aprecia daño cognitivo.

**JUICIO CLÍNICO:** Hemiparesia del lado izquierdo con bastante espasticidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con la RM queda claro el ACV del paciente.

**PLAN DE CUIDADOS:** Se realiza un tratamiento combinado de punción seca en músculos del sóleo, gemelos, recto anterior del cuádriceps y tensor de la fascia lata llevada a cabo por un fisioterapeuta, y una sesión seguidamente por una terapeuta ocupacional sobre la pierna izquierda. Se mide los cambios por baropodometría antes y después de la intervención clínica. El paciente pesa 101 kg, antes de la intervención el peso soportado en el pie izquierdo era de 23,72 kg y después de la sesión 38,33. En cuanto a la superficie de apoyo, antes de la intervención era de 24,54 cm<sup>2</sup> y después de 44cm<sup>2</sup>. Escala de Ashworth 3/5.

**CONCLUSIONES:** La combinación entre punción seca en pierna afecta y un trabajo posterior de terapia ocupacional ayuda a reducir la espasticidad y a aumentar la superficie de apoyo y carga sobre miembro afecto. Se debería de seguir estudiando y aumentar la muestra.

**PALABRAS CLAVE:** ICTUS, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, PUNCIÓN SECA.

## **ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: CASO DE SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 55 años, administrativo. Presenta dificultad a la hora de realizar las AVD. Refiere dolor en epicóndilo derecho, y parestesias en el territorio del nervio mediano (puntas de primer, segundo, tercer y mitad del cuarto dedos, y tercio medio de la palma de la mano).

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** A la llegada de la paciente se realiza la siguiente exploración: Observación: Buen aspecto. Ligera edematización de la mano y dedos. No deformidades aparentes. Palpación: Dolor a la palpación en la zona del epicóndilo. Pruebas complementarias: no presenta dolor a la movilización libre, que además no presenta restricciones. Se realizan pruebas ortopédicas de diagnóstico, tales como: Test de Tinell: positivo en codo y mano. Test de Phalen: síntomas positivos en territorio del mediano. Cuestionario Dash (calidad de vida en relación con lesiones de miembro superior): arroja dificultad para realizar AVD.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome del túnel del carpo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** En este caso es preciso establecer un diagnóstico diferencial entre un síndrome del túnel del carpo, un atrapamiento nervioso a nivel cubital o patología discal cervical. Se elige como prueba diagnóstica diferencial, que confirma la existencia de una doble patología: síndrome del túnel del carpo, y atrapamiento nervioso cubital.

**CONCLUSIONES:** Se pauta un plan de tratamiento conservador, consistente en movilización selectiva de los huesos del carpo para liberar, masoterapia de la musculatura epicóndilea, estiramiento de toda la musculatura afecta, electroterapia analgésica, y vendaje neuromuscular. Se realizan tres sesiones semanales de 45 minutos durante tres semanas, y se repiten las pruebas de valoración, objetivándose una mejoría considerable. Descartándose por tanto otro tipo de tratamiento de tipo quirúrgico. Como se puede comprobar se trata de un tratamiento propiamente de fisioterapia. En cualquier caso el papel que aquí jugaría enfermería sería el de educación para la salud en tanto en cuanto puede orientar a qué profesional acudir, y enseñar los signos de alarma.

**PALABRAS CLAVE:** FISIOTERAPIA, ABORDAJE, ENFERMERÍA, SÍNDROME TÚNEL DEL CARPO.

## **FRACTURA DE CADERA: CONSECUENCIAS DE UNA INTERRUPCIÓN CUATRO MESES DESPUÉS**

ESTHER CUESTA NÚÑEZ, GLORIA GODOY RICO, RAQUEL RUIZ OVIEDO

**INTRODUCCIÓN:** Las consecuencias después de una fractura de cadera a menudo conducen a discapacidades funcionales y una mayor dependencia de los demás. Aunque las personas que sufren una fractura de cadera constituyen un grupo heterogéneo en la asistencia sanitaria española, tienden a ser tratadas como una enfermedad homogénea.

**OBJETIVOS:** Determinar cómo las personas previamente sanas, de 65 años o más, describieron cómo se habían adaptado a la vida diaria cuatro meses después de una fractura de cadera.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio empírico. Las entrevistas de seguimiento fueron realizadas cuatro meses después de la fractura de cadera. Participaron 235 pacientes que habían sido intervenidos de una fractura de cadera. Los datos se analizaron usando análisis de contenido inductivo convencional.

**RESULTADOS:** Los resultados de las entrevistas destacan que el mantenimiento de una fractura de cadera, incluso cuatro meses después, fue visto por los participantes como una interrupción que conduce a consecuencias duraderas para la vida cotidiana. El proceso de recuperación durante este período fue complejo y consistió en tensión física y psicológica. Algunos renunciaron, otros se esforzaron por recuperar la independencia y algunos manejaron la situación por medio de la autoconfianza y la autoeficacia.

**CONCLUSIÓN:** Los participantes anteriores, sanos e independientes, describieron de diferentes maneras que la fractura de cadera era una interrupción que aún afectaba la vida cotidiana. La ausencia de apoyo psicológico puede ser una de las razones de la dependencia después de cuatro meses, por ello es muy importante que el contexto (personal sanitario como médico de familia y enfermera comunitaria, familia...) que rodea a los pacientes que han tenido una fractura de cadera sea adecuado y proporcione apoyo y asesoramiento.

**PALABRAS CLAVE:** ANÁLISIS DE CONTENIDO, INDIVIDUOS SANOS, FRACTURAS DE CADERA, RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN.

## LA REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN PERSONAS MAYORES

PATRICIA REQUENA CARNEROS, MELISA PÉREZ GUARDEÑO, NURIA MOLINA MORENO

**INTRODUCCIÓN:** La rehabilitación es un proceso destinado a que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel bueno de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social. Por tanto, la rehabilitación abarca muchas actividades, como por ejemplo, fisioterapia, terapia del lenguaje, psicoterapia, terapia ocupacional y servicios de apoyo. Mostrar la importancia de la rehabilitación después de cualquier enfermedad o accidente. Mantener al paciente en unas buenas condiciones físicas, conseguir el alivio o la mejora del síntoma tratable, la prevención de complicaciones que agraven la situación. Ayudar al paciente a que obtenga una mejor calidad de vida y así recuperar su autoestima y facilitando su reinserción en la sociedad. Adaptarse a las pérdidas reales, percibidas y posibles.

**OBJETIVOS:** Conocer información acerca de los procesos de rehabilitación en personas mayores.

**METODOLOGÍA:** Estudio bibliográfico en bases de datos de medicina con los descriptores, rehabilitación, fisioterapia, geriatría.

**RESULTADOS:** Las personas mayores suele sufrir enfermedades con mayor facilidad y frecuencia que una persona joven, por tanto, su recuperación es más lenta e incompleta. Para ello utilizamos la fisioterapia geriátrica consiste en la aplicación de técnicas específicas de fisioterapia sobre ancianos sanos, en los que el la edad puede desencadenar diferentes procesos patológicos que pueden desencadenar a la disminución de sus capacidades funcionales. Una de las causas más común de la pérdida de estas capacidades funcionales en la personas mayores es la inactividad. En el caso de las personas mayores es importante la rehabilitación geriátrica para retardar dentro de lo posible las consecuencias de la falta de actividad. Los ejercicios destinados a estas personas están dentro de un programa específico, preparado y guiado por una persona cualificada como es el fisioterapeuta. Debemos proporcionar un programa de mantenimiento donde el objetivo es la independencia funcional de las personas, teniendo mejor la calidad de vida.

**CONCLUSIÓN:** Por tanto, para concluir, un tipo de rehabilitación indicada para estas personas es la rehabilitación de la marcha es un aspecto indispensable de la rehabilitación física, neurológica y del adulto mayor.

**PALABRAS CLAVE:** SALUD, REHABILITACIÓN, FISIOTERAPIA, CALIDAD DE VIDA.

## **LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN**

LUZ ANDREA VALENCIA RAMIREZ, DOLORES ARIAS CARRILLO, DAVINIA LABELLA CAÑADA

**INTRODUCCIÓN:** Encontraremos métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen y adaptan a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicósomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.

**OBJETIVOS:** Determinar el papel del TCAE en el servicio de rehabilitación.

**METODOLOGÍA:** Para realizar este trabajo ha sido necesario consultar documentación mediante un estudio bibliográfico y compartir experiencias personales con los compañeros de la unidad de rehabilitación, que han facilitado el acceso a manuales.

**RESULTADOS:** En la unidad de rehabilitación, el TCAE trabaja en colaboración con el Médico Rehabilitador y los Fisioterapeutas y sus funciones específicas son: Organizar y gestionar el área de trabajo. Realizar la asistencia de cuidados básicos de enfermería, limpieza y ordenación del material utilizado bajo la supervisión del diplomado en enfermería, cuidados generales del paciente. Desvestir, vestir, aseo y limpieza de los pacientes. Tomar signos vitales: antes y después del tratamiento y anotar. El cuidado de los equipos y su limpieza al finalizar la jornada. Ayudar al Fisioterapeuta con la fijación, posturas estáticas del paciente, lograr su participación, colaboración y adiestramiento. El TCAE es el responsable de la custodia de los recursos y debe rotar por todos los departamentos. Participar en actividades docentes y de investigaciones.

**CONCLUSIÓN:** El servicio de rehabilitación el TCAE no solo proporciona los cuidados auxiliares al paciente y las funciones propias de la categoría profesional de organización y gestión del área, asistencia a los pacientes, tareas de limpieza o colaboración para la rehabilitación del paciente. También requiere de herramientas y materiales necesarios para llevar a cabo sus funciones como material e instrumental (desde lencería a contenedores, camillas o sillas de ruedas, etc).

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, TRABAJO, REHABILITACIÓN, TÉCNICA.

## **PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

PEDRO CASAS VICTORIA, ANA ISABEL RODRÍGUEZ LEÓN, JULIO TORRES FABA

**INTRODUCCIÓN:** El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las causas más importantes de morbimortalidad, especialmente en mayores de 65 años. Su principal factor de riesgo es la hipertensión arterial y en él tiene una gran relevancia el estilo de vida. Enfermería tiene un papel prioritario en la prevención, asistencia y también en la rehabilitación de estos pacientes.

**OBJETIVOS:** Determinar la importancia del personal de enfermería en la rehabilitación de pacientes con accidente cerebrovascular.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la rehabilitación del paciente con ACV. Se consultaron las bases de datos Pubmed (como motor de búsqueda de Medline), Cochrane y Cinhal. Se limitó la búsqueda desde el año 2000 en adelante y se usaron los descriptores “rehabilitation”, “stroke” y “nursing”, y el operador booleano “and” en inglés, y los descriptores “rehabilitación”, “accidente”, “cerebrovascular” y “enfermería” y el operador booleano “y” en castellano. Se escogieron 22 trabajos de un total de 126 resultados.

**RESULTADOS:** Centrándonos en el rol de enfermería dentro de la rehabilitación en el ACV, cabe destacar las intervenciones que se han de hacer para evitar en la medida de lo posible secuelas permanentes en la movilidad del paciente: ejercicios pasivos en las extremidades afectadas, mantener un plan de cambios posturales, correcta alineación del cuerpo o aplicar medidas de seguridad entre otras.

**CONCLUSIÓN:** El ACV es el principal trastorno neurológico en el mundo y enfermería, junto con los demás profesionales sanitarios tiene un papel fundamental en la rehabilitación de estos pacientes, con la que tendrán una integración más sencilla a la vida cotidiana.

**PALABRAS CLAVE:** REHABILITACIÓN, ACCIDENTE, CEREBROVASCULAR, ENFERMERÍA.

## **CODO DE TENISTA O EPICONDILITIS LATERAL: REVISIÓN DE LOS MÉTODOS DE INTERVENCIÓN**

YOLANDA SANCHEZ GARCIA, MARIA SERGIA BERBEL PICAZOS, ALICIA MARTINEZ PORCEL

**INTRODUCCIÓN:** Se denomina así a la inflamación de los tendones que unen la musculatura del antebrazo y de la mano, conociéndose así también, como codo de tenista ,dicha musculatura es la que se encarga de controlar los movimientos de la mano, fijándose en la parte externa del codo que al usarse con tanta frecuencia va produciendo pequeños desgarres en el tendón. Las personas que sufren esta afección suelen ser de entre 30 y 50 años aunque puede ocurrir también en grupos más jóvenes tanto en hombres como en mujeres.

**OBJETIVOS:** Determinar los métodos de analgesia para disminuir la inflamación y el dolor, para que aumente la fuerza y flexibilidad muscular.

**METODOLOGÍA:** Se realiza la Revisión Bibliográfica buscando en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Medline, Cuiden Plus, con un rango temporal de 6 años del 2005 al 2015, donde se han usado los siguientes Descriptores: Epicondilitis lateral, Desgarres, Codo.

**RESULTADOS:** Los músculos son los que se fijan al hueso a través de los tendones ,el continuo uso de los músculos produce unas micro lesiones que producen dolor e irritación. La epicondilitis en algunos casos se resuelven sin tratamiento, recomendándose tomar antiinflamatorios, reposo, rehabilitación, infiltraciones y a veces según que pacientes, la intervención quirúrgica.

**CONCLUSIÓN:** Hay un tratamiento muy efectivo como es la rehabilitación y manipular el codo aunque hay que esperar un tiempo hasta que el dolor haya desaparecido o como mucho disminuido, antes de comenzar la rehabilitación. Cuanto más dure el dolor mas se va a alargar el tiempo de recuperación completa.

**PALABRAS CLAVE:** EPICONDILITIS LATERAL, CODO TENISTA, TRATAMIENTO, RECUPERACION.

## **ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CRÓNICOS**

ANA BELEN GARCIA RODRIGUEZ, ESPERANZA LÓPEZ DOMENE, MARÍA DEL MAR JIMÉNEZ  
LASSERROTTE

**INTRODUCCIÓN:** Un buen entrenamiento muscular respiratorio, unido a educación y fisioterapia respiratoria es fundamental para mejorar la disnea, la capacidad respiratoria y en general, la calidad de vida de las personas con EPOC. Es esencial también el abordaje multidisciplinar abordando áreas psicosociales, con una duración media de 8 semanas o 20 sesiones.

**OBJETIVOS:** Determinar la adherencia a un programa de rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica durante el mes de diciembre de 2017 en la que hemos utilizado como base de datos Scielo. Se seleccionaron dos artículos.

**RESULTADOS:** Los artículos seleccionados muestran como la rehabilitación respiratoria se vuelve más eficaz cuando han tenido una buena educación o entrenamiento físico supervisado. Por otro lado, existe una correlación entre el número de sesiones realizadas por mes y la eficacia de dicha rehabilitación, así como su adherencia. Siendo fundamental el papel de las primeras etapas de la educación o rehabilitación para que dicha adherencia se cumpla.

**CONCLUSIÓN:** Tras analizar los resultados, se comprueba que hay tanto una baja adherencia a los programas de rehabilitación respiratoria como a los métodos empleados para ello. Enfermería tiene por delante un importante papel, tanto en la investigación para lograr mejores técnicas de medición de la adherencia al tratamiento, como para mejorar la relación enfermera-paciente y lograr una mejor adherencia al tratamiento de pacientes respiratorios crónicos sin olvidarse de los factores psicosociales que influyen en el paciente.

**PALABRAS CLAVE:** DISNEA, EPOC, OBESIDAD, REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ENFERMERÍA.

## CUIDADOS ENFERMEROS EN EL POSTOPERATORIO DE LAS AMPUTACIONES

MARIA DEL CARMEN SUTIL LOPEZ, SARA MARCO PÉREZ, JANIRE LUENGAS OTEO

**INTRODUCCIÓN:** Una amputación es el procedimiento, donde se extirpa un miembro o parte del mismo. En la actualidad el número de pacientes amputados sufre un incremento anual debido fundamentalmente al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas como la diabetes. Las amputaciones de miembros inferiores suponen el 85%, relacionándose fundamentalmente con enfermedades vasculares y las de miembros superiores con traumatismos.

**OBJETIVOS:** Identificar los cuidados postoperatorios tras una amputación.

**METODOLOGÍA:** Realizamos una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Scielo, Pudmed, google académico y cuiden. Utilizando como descriptores de búsqueda: “amputation”, “post-operative”, “amputación”, “postoperatorio”, “cuidados” y “care”. Como operadores booleanos usamos AND, OR, NOT. Se acota el periodo de búsqueda a los últimos 7 años en español y en inglés; seleccionando los artículos más relevantes.

**RESULTADOS:** Los cuidados postoperatorios de las amputaciones son: Cuidados del muñón: cura estéril, valoración de posible sangrado y aplicación de vendaje compresivo. En los casos de amputación de miembros inferiores está contraindicada la elevación del miembro amputado para disminuir el edema y mantener el muñón en abducción, por favorecer la luxación de cadera. Fisioterapia precoz: practica de ejercicios isométricos e isotónicos. Instruir en el uso de andador, muletas o sillas de ruedas. Enseñarle a realizarse automasaje del muñón y movilización de la cicatriz para evitar adherencias. Enseñarle a realizar cambios posturales en la cama y a colocar el muñón para evitar deformidades. Es importante el tratamiento del dolor, para ayudar en el proceso de rehabilitación y favorecer la realización de los ejercicios. Realizar una intervención sobre la autoimagen del paciente.

**CONCLUSIÓN:** Es muy importante la intervención biopsicosocial de los pacientes amputados, tanto los traumáticos como los derivados de una enfermedad crónica, debido a que una buena intervención marca la diferencia en el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

**PALABRAS CLAVE:** AMPUTACIÓN, POSTOPERATORIO, MUÑÓN, CUIDADOS.

## **REEDUCACIÓN VESICAL PREVIA A LA RETIRADA DE LA SONDA URINARIA**

MARINA PIÑA GÓMEZ, LUIS GÓMEZ ANDRADE, ALEJANDRO RUBIO GARCIA

**INTRODUCCIÓN:** Una de los cuidados más importantes en enfermería, especialmente cuando se trabaja en una planta de Urología es la reeducación vesical del paciente que ha tenido una sonda vesical durante un tiempo considerable y ha perdido la capacidad de sentir cuándo tiene la necesidad de orina, lo que normalmente se traduce en Incontinencia Urinaria (IU).

**OBJETIVOS:** Evaluar si el la reeducación vesical previa a la retirada de la sonda urinaria es eficaz.

**METODOLOGÍA:** Para realizar este trabajo se realizó una búsqueda estudios descriptivos, casos clínicos y revisiones sistemáticas.

**RESULTADOS:** Se han encontrado 1 revisión narrativa, 1 ensayo clínico y 1 estudio de cohortes, en los cuáles, encontramos una declaración común, y es que siempre se realiza la reeducación vesical tras haber retirado la sonda urinaria. Todos los estudios incluidos en la revisión recomiendan el inicio del tratamiento para solucionar la IU inmediatamente después de la retirada de la sonda.

**CONCLUSIÓN:** De esta forma, nos encontramos con que la reeducación vesical previa a la retirada de la sonda urinaria no está indicada ni recogida en ningún estudio. Para llevar a cabo la reeducación vesical se debe realizar una vez retirada la sonda uretral, introduciendo en las intervenciones terapéuticas: reeducación pelvipérea mediante ejercicios de Kegel para hombres; entrenamiento vesical y micciones programadas; corrección de hábitos alimenticios; y de higiene; apoyo psicológico. Se le recalca que este método es el más importante para rehabilitación de la IU.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, REEDUCACIÓN VESICAL, RETIRADA, SONDA, URINARIA.

## **EJERCICIO EN LA RECUPERACIÓN POSTPARTO: GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA O EJERCICIOS DE KEGEL**

IRENE GARCIA ORTEGA, ALBERTO CHICA SANCHEZ, BELEN CEREZO BARRANCO

**INTRODUCCIÓN:** Tras el embarazo y el parto la musculatura del suelo pélvico se ve afectada pudiendo llegar a provocar incontinencia urinaria o prolapsos vesicales. En los primeros meses postparto las estructuras que componen el suelo pélvico se recuperan progresivamente pero no todas las mujeres se recuperan completamente, precisando ayuda para su rehabilitación. Históricamente se ha utilizado el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) propuesto por Kegel, siendo probada su eficacia para la rehabilitación del suelo pélvico. La gimnasia abdominal hipopresiva (GAH) es un sistema de tonificación de la musculatura abdominal, del suelo pélvico y de los estabilizadores de la columna. Como característica diferenciadora se alega que estos ejercicios no provocan aumento de la presión abdominal. Actualmente la EMSP Y GAH se proponen como técnicas rehabilitadoras en el postparto.

**OBJETIVOS:** Revisar la evidencia publicada sobre la efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva en el fortalecimiento de la musculatura perineal en comparación con el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico utilizado hasta ahora.

**METODOLOGÍA:** Se realiza una revisión bibliográfica de las publicaciones desde 2010 hasta la fecha sin restricción de idioma en las bases de datos y metabuscadores: Pubmed, Cuiden, Scielo, Cochrane, Google Académico y el buscador GERION de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**RESULTADOS:** La última revisión realizada en 2017 concluye que la gimnasia abdominal hipopresiva es menos eficaz que el entrenamiento muscular del suelo pélvico para activar los músculos del suelo pélvico, lograr el cierre de hiato del elevador del ano e incrementar el grosor muscular, la fuerza y la resistencia del suelo pélvico y que la adición de GAH al EMSP no supone mayor beneficio que el EMSP como técnica única.

**CONCLUSIÓN:** Actualmente no existen ensayos clínicos de calidad que evalúen la eficacia de la gimnasia abdominal hipopresiva en la prevención o rehabilitación de la incontinencia urinaria.

**PALABRAS CLAVE:** SUELO PÉLVICO, GIMNASIA HIPOPRESIVA, EJERCICIOS DE KEGEL, POSTPARTO, REHABILITACIÓN, INCONTINENCIA URINARIA.

## **PATIENT REPORTED OUTCOMES RELATED TO VIRTUAL REALITY REHABILITATION IN MULTIPLE SCLEROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW**

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

**INTRODUCCIÓN:** Patient-reported outcomes (PROs) are defined as 'any report of the status of a patient's health condition that comes directly from the patient, without interpretation of the patient's response by a clinician or anyone else'. PROs are increasingly being used to complement traditional outcomes. Research has shown that PROs can be prognostic of hard clinical endpoints such as survival time and they can also better capture the impact of disease on the person.

**OBJETIVOS:** To systematically review and summarize the literature concerning the impact of virtual reality rehabilitation on self-reported outcomes in people with multiple sclerosis.

**METODOLOGÍA:** Systematic review of randomized controlled trial (RCT) and clinical trials (CT). PRISMA guideline statement was performed. An electronic search was conducted between 1st -31st May 2017 on the following databases: MEDLINE (PubMed), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) and CINHALL. 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 "multiple sclerosis"[Title/Abstract]) AND Clinical Trial[ptyp])) AND "trial"[Title/Abstract])). Methodological quality was assessed using PEDro scale.

**RESULTADOS:** Eight RCT and two CTs were included in this systematic review. PEDro scale criteria showed a mean score of 6. At least one self-reported measure was assessed in five of the ten studies. In comparison with no intervention, significant differences were observed for self-reported walking ability ( $p<0.001$ ), And for the perceived physical and psychological impact of multiple sclerosis disease ( $p=0.023$ ). In comparison with standard training, significant differences were observed for flow experience ( $p\leq 0.05$ )(30), Fatigue ( $p<0.05$ ) And fear of falling ( $p=0.021$ ).

**CONCLUSIÓN:** Virtual reality rehabilitation seems to have a positive impact on patients' disease impact perception. Although PROs were considered in most of the studies, it is surprising that quality of life was only assessed in one of them.

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

## **LA REALIDAD VIRTUAL COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO FUNCIONAL EN PACIENTES POST ICTUS**

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

**INTRODUCCIÓN:** La disfunción del equilibrio, particularmente estando de pie, es una secuela devastadora del ictus, ya que la capacidad de equilibrar la masa corporal sobre la base de apoyo en diferentes tareas y condiciones del entorno es uno de los factores más críticos en el control motor de la vida diaria. El entrenamiento del movimiento equilibrado podría considerarse como uno de los objetivos fundamentales de la rehabilitación.

**OBJETIVOS:** Determinar la efectividad del uso de la realidad virtual para la mejora del equilibrio funcional en pacientes que han sufrido un ictus.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs). Se realizó una búsqueda entre los meses de marzo-abril de 2017 en las bases de datos PubMed, Scopus, Lilacs, Dialnet y PEDro.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 12 ECAs, con un total de 293 participantes. La validez interna de los estudios osciló entre 4-8 puntos en la escala PEDro. La principal herramienta de medición del equilibrio funcional fue la Berg Balance Scale (BBS). Los resultados del metaanálisis no mostraron diferencias significativas entre los grupos en función de la modalidad de entrenamiento (MD=1.618; 95% CI=-2.763/6.000;P-valor=0.469).

**CONCLUSIÓN:** Desde un punto de vista general, cabe afirmar que no existe homogeneidad entre los distintos estudios, no habiéndose encontrado una diferencia significativa entre el entrenamiento convencional del equilibrio frente al uso de la realidad virtual. Podemos concluir, por tanto, que el uso de la realidad virtual para el entrenamiento del equilibrio funcional en pacientes con ictus es al menos igual de recomendable que un entrenamiento convencional del equilibrio.

**PALABRAS CLAVE:** REALIDAD VIRTUAL, EQUILIBRIO, ICTUS, REHABILITACIÓN.

## USO DE HIPOTERAPIA EN NIÑOS AUTISTAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANDREA REYES GIJÓN RODRÍGUEZ, MARIA TERESA BENITEZ PAREJO, ISABEL PÉREZ MALDONADO

**INTRODUCCIÓN:** El autismo es un desorden que afecta al desarrollo neurológico de un niño, alterando la capacidad para comunicarse y limitando su desarrollo cognitivo y emocional. Se utilizan muchos métodos para el tratamiento del autismo, todos ellos se centran en que la persona autista se comunique de un modo más eficaz. Uno de los tratamientos para este trastorno es la hipoterapia, que se define como la incorporación del movimiento del caballo por parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y logopedas, con el objetivo de estimular los sistemas sensoromotor y neuromotor y conseguir cambios funcionales en los pacientes.

**OBJETIVOS:** Conocer el uso de la hipoterapia en niños con autismo. Revisar los beneficios de esta terapia en dichos pacientes.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science y Scopus. Se analizaron 8 artículos, encontrados mediante los descriptores, entre los años 2006-2017, de los cuales se seleccionaron 3.

**RESULTADOS:** La hipoterapia es un tratamiento muy utilizado en niños con trastornos del neurodesarrollo. Numerosos estudios utilizan esta terapia en niños con autismo debido a que afecta positivamente a las funciones de comunicación y comportamiento, mejora el equilibrio, la movilidad y facilita la relajación muscular. Además, el uso de caballo se presenta como algo estimulador y novedoso.

**CONCLUSIÓN:** La hipoterapia ofrece una intervención global, estimulando el desarrollo del niño en las áreas motriz, psicológica, cognitiva, conductual y comunicativa. Incrementa la participación en actividades con otros niños, aumentando la autonomía y la autoestima. Se considera que esta terapia, es capaz de conseguir estímulos complementarios a los logrados con los tratamientos tradicionales. Debería ser una terapia de la que pudieran disfrutar todos los niños autistas y hacer cada vez más conscientes a los padres de sus grandes beneficios.

**PALABRAS CLAVE:** HIPOTERAPIA, AUTISMO, FISIOTERAPIA, TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO.

## **EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO PROPIOCEPTIVO EN LA REHABILITACIÓN DE ESGUINCES DE TOBILLO EN JUGADORES DE BALONCESTO**

MAGDALENA DOS SANTOS MORENO

**INTRODUCCIÓN:** Un esguince es la torcedura o alargamiento de un ligamento. Los ligamentos son una banda de tejido conjuntivo denso o fibroso, elástico y muy sólido que une los huesos entre sí permitiendo el movimiento y limitando las luxaciones en movimientos forzados. Las lesiones de este tejido más habituales son las provocadas por una inversión forzada generando daño en el ligamento lateral externo en la mayoría de las ocasiones.

**OBJETIVOS:** Determinar medidas para trabajar la musculatura de tobillo y pierna para estudiar la validez del trabajo propioceptivo para evitar posibles recaídas en un futuro.

**METODOLOGÍA:** Revisión sistemática de diversos artículos científicos sobre el tema en cuestión. Las bases de datos utilizadas fueron las incluidas en los buscadores Pubmed y Dialnet. Los descriptores utilizados: esguince tobillo, baloncesto, propiocepción, rehabilitación y deporte. La búsqueda fue limitada a artículos académicos publicados entre 2014 y 2018 en español o inglés. Se obtuvieron 123 resultados, se seleccionaron 4 artículos que cumplían con los criterios de selección establecidos.

**RESULTADOS:** Los pacientes poco a poco vuelven a realizar las actividades que forman parte de su entrenamiento antes de la lesión. Se va aumentando el nivel de resistencia y dificultad y así poder realizar su entrenamiento propio, calentamiento y su plan de estiramientos sin dificultad alguna. Sin olvidar el mecanismo que les provocaron lesión para evitar la recaída.

**CONCLUSIÓN:** El trabajo de la propiocepción consigue reeducar al lesionado con una serie de ejercicios que dan fortaleza, equilibrio y aumenta la musculatura de la pierna y tobillo para así impedir posibles recaídas.

**PALABRAS CLAVE:** ESGUINCE TOBILLO, BALONCESTO, PROPIOCEPCIÓN, REHABILITACIÓN, DEPORTE.

## **EL CORSÉ: TRATAMIENTO DE LA ESCOLIOSIS DEL ADOLESCENTE**

FRANCISCA MOTOS MOLINA, MARIA MOTOS MOLINA, MARIA BELEN NAVARRO CARMONA

**INTRODUCCIÓN:** La escoliosis idiopática del adolescente es una curvatura lateral que afecta a la columna. Puede estar curvada hacia la derecha o la izquierda, suele iniciarse en la pubertad o durante la adolescencia debido a un rápido crecimiento. Síntomas: dolor, disfunción pulmonar, progresión, el mayor peligro de progresión se da en periodos de crecimiento rápido. Las acciones más comunes que se llevan a cabo son el corsé, estimulación eléctrica y el ejercicio.

**OBJETIVOS:** Es evaluar el efecto del tratamiento ortopédico del corsé, en la escoliosis idiopática de la población afectada por esta patología la gran mayoría adolescentes.

**METODOLOGÍA:** La bibliografía fue obtenida de las siguientes bases de datos relacionadas con la salud: PubMed, Cochrane y Pedro también en publicaciones de Physical Therapy y Scoliosis Journal. Se incluyeron artículos con los siguientes criterios: que los pacientes tengan escoliosis idiopática, que sean menores de 18 años y que el tratamiento conservador sea el uso del corsé.

**RESULTADOS:** De todos los artículos y resúmenes encontrados en las bases de datos se sacaron ensayos clínicos, revisiones y meta análisis un total de 22 trabajos. El estudio fue realizado a 1900 pacientes con escoliosis, de los cuales la mayoría fueron tratados con corsé, otro grupo con estimulación lateral eléctrica. El beneficio fue mayoritario para los que habían usado el corsé durante 23 horas al día. Fue bastante más exitoso que el otro tratamiento.

**CONCLUSIÓN:** La calidad de los artículos no era la misma, pero en algunos se llega a la conclusión de que el uso del corsé es efectivo en un alto porcentaje. Sin embargo en otros artículos el porcentaje es bajo y en otros casi nulo. Se llega a la conclusión que la efectividad del corsé para el tratamiento de la escoliosis idiopática es buena aunque en niveles variables.

**PALABRAS CLAVE:** ESCOLIOSIS IDIOPATICA, TRATAMIENTO, INTERVENCIONES, TRATAMIENTO CONSERVADOR.

## **DOLOR TORÁCICO ATÍPICO CON HIPERGLUCEMIA SIMPLE**

RUBEN VALERO VALERO, MARGARITA PUJADAS MOLINA, LAIA ALVAREZ SUBIRA,  
MARIONA COLL MOLINOS, NURIA BATLLE ARAGONES, SERGI SOLER MARTINEZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 45 años, con los antecedentes de DM insulino dependiente, hipotiroidismo con buen control e IQ de rodilla. Refiere dolor torácico, tras esfuerzos moderados, sin sintomatología acompañante desde hace 15 días. Cede tras el reposo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** EF: Consciente orientada, normocoloreada, bien hidratada. AR: MVC. AC ritmo sin soplos. Se realiza analítica en la que destaca hiperglucemia de 330, con Hb de 12,7 y resto de parámetros analíticos sin alteraciones. ECG sin alteraciones agudas de la repolarización y ECO cardio normal. Rx de tórax sin alteraciones.

**JUICIO CLÍNICO:** Malestar general sin especificar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** 1. Dolor torácico atípico. 2. Hiperglucemia simple.

**PLAN DE CUIDADOS:** Recuperación de BM y optimización cardiovascular. Realizar Ejercicio interválico de 30 minutos de duración y trabajo muscular de las 4 extremidades. Intensidad según clínica de la paciente. Aumentar, dentro de lo posible, la intensidad semana a semana.

**CONCLUSIONES:** Se trata de un malestar general de causa cardíaca. Con respuesta hiperglucémica.

**PALABRAS CLAVE:** HIPERGLUCEMIA, HIPOTIROIDISMO, INSULINODEPENDIENTE, DOLOR.

## SÍNDROME DE STICKLER Y DEFORMIDAD RAQUÍDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Niña de 9 años remitida a CEX de Rehabilitación por acortamiento de isquiotibiales. La paciente presenta a la exploración gran labilidad postural, con escoliosis dorsolumbar derecha e hipotonía de tronco. La madre refiere además esguinces de repetición, por lo que en esta ocasión acude a la consulta ayudada de dos bastones para caminar.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** La paciente presenta a la exploración gran labilidad postural, con escoliosis dorsolumbar derecha e hipotonía de tronco.

**JUICIO CLÍNICO:** Escoliosis dorsolumbar secundaria al síndrome de Stickler. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Otros síndromes hipotónicos. Escoliosis dorsolumbar idiopática infantil. Se le realiza una radiografía.

**PLAN DE CUIDADOS:** Seguirá revisiones periódicas en consulta externa de rehabilitación. Inicia un programa de rehabilitación, corrección postural y potenciación muscular.

**CONCLUSIONES:** El síndrome de Stickler aumenta el riesgo de desarrollar escoliosis secundarias debido a la alteración del tejido conjuntivo que produce. Por lo que deberá seguir un estricto control médico para prevención y tratamiento si aparece. El síndrome de Stickler es un trastorno hereditario autosómico (la mayoría de las veces dominante) del tejido conjuntivo que pertenece a las llamadas colagenosis. Su incidencia aproximada es de 1 caso cada 10.000 Nacimientos<sup>3</sup>. Se considera, sin que haya sido confirmado, la enfermedad congénita del colágeno más frecuente en Europa y América, con una prevalencia similar a la del síndrome de Marfan. Existen 40 genes diferentes que codifican como mínimo a 27 tipos diferentes de colágeno. El síndrome de Stickler se ha descrito a causa de la mutación muy heterogénea en 4 genes que controlan la síntesis del colágeno 2, 9 y 11, y por consiguiente es fenotípicamente muy variable en su expresión. Las manifestaciones clínicas más evidentes son manifestaciones oculares (cataratas, miopía temprana, alto riesgo de desprendimiento de retina, pigmentación perivascular retiniana, astigmatismo, subluxación del cristalino y glaucoma), manifestaciones osteoarticulares (coxa valga, protrusión acetabular, genu valgum, braquidactilia, escoliosis, cifosis y espondilolistesis, amiotrofia y artrosis precoz), y otras (manifestaciones otológicas, prolapsos mitral, retraso mental. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático y multidisciplinar.

**PALABRAS CLAVE:** SINDROME STICKLER, DEFORMIDAD RAQUÍDEA, ESCOLIOSIS, REHABILITACIÓN.

## CASO DE PACIENTE CON SÍNDROME DISMÓRFICO

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 3 años. AP: embarazo y parto normal, pero al 2º día se puso cianótico y comenzó a vomitar reiteradamente, a raíz de eso comenzó un continuo estudio por: traumatología, neumología, genética, oftalmología, cardiología, neumología, dando como resultado del estudio una cromosomopatía, discapacidad psíquica y física, así como complicaciones neumológicas, oftalmológicas y traumatológicas.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** Recibe estimulación temprana desde los 4 meses, sus avances motrices han sido muy lentos, no sostuvo la cabeza hasta los 19 meses, no fue capaz de mantener la sedestación hasta los 24 meses, comienza a gatear, es capaz de mantener la bipedestación con ayuda. No ha desarrollado lenguaje, solo grita, llora y realiza algún balbuceo. No muestra intención comunicativa, no señala objetos ni fija la mirada. Presenta problemas visuales y está pendiente de audiometría. Se le realiza pruebas genéticas obteniendo: cariotipo masculino 46, XY, der 4q. Un cromosoma par 4 presenta exceso de material cromosómico 4 es pues un derivativo, posiblemente resultado en desbalance de una translocación cromosómica.

**JUICIO CLÍNICO:** Síndrome dismórfico por embriopatía congénita. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Retraso madurativo por embriopatía congénita.

**CONCLUSIONES:** Debido a las especiales características y el escaso desarrollo motor del niño, se establece tratamiento fisioterápico, logopedia y pedagogía terapéutica, consistiendo en: el ámbito motórico: intentar reforzar el gateo, trabajar el equilibrio, mantener la bipedestación, marcha, coordinación óculo-manual, trabajo sensorial y vestibular. Desde el ámbito comunicativo se impone como principal necesidad la de alcanzar un código compartido y alternativo de comunicación, siendo este más visual, apoyado en objetos, juguetes, pictogramas, fotografías.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME DISMÓRFICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, EMBRIOPATÍA.

## CUIDADOS EN PACIENTES AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR

ANTONIA PINAR MARTINEZ, MARTA ROJAS PINAR, SILVIA ROJAS PINAR, CRISTINA PORTUGUES GUILLEN, NURIA GUERRA MARIBLANCA, MARIA LUISA LARA GUERRERO

**INTRODUCCIÓN:** La amputación de miembro inferior es la resección total o parcial de una extremidad. Este proceso engloba el manejo físico, psicológico y social de la persona. La continua y adecuada coordinación del equipo, así como la intervención activa del paciente, permite establecer un buen progreso, ya que el problema se aborda de la manera más efectiva posible mejorando el resultado general.

**OBJETIVOS:** Analizar los cuidados en pacientes amputados de miembro inferior.

**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:** Proporcionar estrategias de adaptación y reintegración a la vida familiar y social de la persona amputada mediante la elaboración de un plan de cuidados estandarizado que garantice una atención continuada, integral y de calidad en el domicilio. De la misma manera, apoyar, implicar y capacitar a la persona afectada y a su familia con herramientas para afrontar las emociones y la situación de pérdida. Enseñar los cuidados básicos del paciente, que deben ser persistentes y especiales. Es importante realizar frecuentes cambios de postura, estimular la circulación sanguínea con series de movimiento de forma intermitente, ayuda al fortalecimiento del tronco y el aprendizaje de inicio con prótesis. En este tipo de pacientes, el enfoque se dirige a conseguir un patrón de marcha suave y simétrica, para lograr el máximo rendimiento energético y el mejor aspecto estético. Una vez conseguida la adaptación de la prótesis y realizado el entrenamiento, el resultado funcional suele ser bueno. Al diseñar estos cuidados, existe mejora del manejo de la salud y actividad diaria. Mejora el grado de dolor percibido por el paciente y el autoconcepto sobre su cambio físico, adaptación frente a la tolerancia al estrés y proceso del duelo.

**CONCLUSIÓN:** El Plan de Cuidados Estándar resulta de gran utilidad siempre que se realice una valoración exhaustiva que le permita interpretar las necesidades individuales de la persona.

**PALABRAS CLAVE:** CUIDADOS, MIEMBRO AMPUTADO, REHABILITACIÓN, SALUD.

## SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO EN EL ADULTO

MARÍA ICÍAD MIERES SUÁREZ

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome del Túnel Carpiano (STC) consiste en dolor, hormigueo o entumecimiento de la palma de la mano y en los dedos (pulgares, índice y medio) debido a la compresión del nervio mediano a su paso por la muñeca. Afecta principalmente a la mano dominante.

**OBJETIVOS:** Contrastar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente al Síndrome del Túnel Carpiano en el adulto.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática en la base de datos Pubmed y en distintas guías de referencia. Descriptores: Túnel Carpiano, adulto, síntomas y tratamiento. Criterios de inclusión de los artículos: 1) Categoría: "revisión bibliográfica", 2) publicados en los últimos 5 años, 3) en inglés y español. Se encontraron 2671 publicaciones de las cuales se seleccionaron 8.

**RESULTADOS:** En general, el STC afecta a un 10% de la población adulta (entre 30-60 años), a un 5% de las mujeres y a un 0,6% de hombres a lo largo de la vida. En los últimos años hay un aumento de la incidencia y cada vez afecta a personas más jóvenes.

**CONCLUSIÓN:** Aunque no hay suficientes estudios concluyentes que relacionen ese aumento de la incidencia con el uso de dispositivos electrónicos, si se recomienda educación ergonómica, como mantener buena postura de la muñeca, uso de almohadillas con el ratón del ordenador, etc. Está demostrado que el diagnóstico y tratamiento precoz mejora los síntomas, evitando que el dolor y la lesión articular se cronifiquen y queden secuelas importantes como incapacidad de realizar algunas actividades básicas de la vida diaria (peinarse, abrochar un botón, etc).

**PALABRAS CLAVE:** TÚNEL CARPIANO, ADULTO, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO.

## **BOBATH EN TERAPIA NEUROLÓGICA INFANTIL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

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

**INTRODUCCIÓN:** La parálisis cerebral (PC) es la causa más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave. Es un trastorno que aparece en la primera infancia y persiste toda la vida, y su prevalencia en países desarrollados se estima en 2-2,5 casos por cada 1.000 Recién nacidos vivos. Dado que la parálisis cerebral en niños es el principal motivo de discapacidad física grave, queremos centrar nuestra investigación en los resultados que obtienen los terapeutas ocupacionales que han utilizado terapia Bobath en niños con PC.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de la terapia Bobath en niños con parálisis cerebral. Conocer la prevalencia de la Parálisis Cerebral Infantil (PCI). Determinar la etiología y factores de riesgo de la PCI. Determinar la efectividad del tratamiento con Terapia Bobath en PCI.

**METODOLOGÍA:** Se han llevado a cabo la revisión bibliográfica de todos los artículos en las principales bases de datos de ciencias de la salud (Scielo, Cuiden, Elsevier, Pubmed, Proquest, Medline), ya hayan sido en formato digital, libros, revistas científicas. Comparando los resultados de los mismos e incluyendo en nuestro trabajo los más relevantes. Se han usado los descriptores: parálisis cerebral, terapia ocupacional, Bobath, rehabilitación y los booleanos and or not.

**RESULTADOS:** En todos los casos, terapia Bobath mejoró sustancialmente, tono muscular, equilibrio y patrones posturales. Tras repasar diferentes bibliografías hemos visto como terapia Bobath se utiliza en la mayoría de tratamientos rehabilitadores, aunque como es normal, acompañados de otras terapias que coadyuvan en la mejora de los resultados esperados.

**CONCLUSIÓN:** No encontrando artículos que directamente indiquen la efectividad de este tipo de terapia que por sí sola mejoren el estado del paciente de manera sustancial. En la rehabilitación se usa esta técnica acompañada de otras.

**PALABRAS CLAVE:** BOBATH, TERAPIA OCUPACIONAL, PARÁLISIS CEREBRAL, REHABILITACIÓN.

## **REHABILITACIÓN EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR RECUPERABLE**

ANGEL JOSE CALVO DE DIOS, ROSA MARIA PEREZ GONZALEZ, ANGELA ROCES MENÉNDEZ

**INTRODUCCIÓN:** El ACV afecta a la calidad de vida del paciente, principalmente a la movilidad y cognición. El pronóstico dependerá de su grado de recuperación y del tratamiento rehabilitador.

**OBJETIVOS:** Analizar la importancia del trabajo conjunto por parte del equipo de rehabilitación, de hospitalización y la familia ante el paciente ACV.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado un estudio con un paciente de 70 años con ACV y hemiparesia del lado derecho. Llega derivado de la unidad del Ictus del hospital central a un hospital especializado con servicio de rehabilitación y unidad de hospitalización.

**RESULTADOS:** Cuando el equipo de rehabilitación, el de hospitalización y la familia trabajan en la misma dirección, la mejoría es muy significativa. El paciente mejora su sociabilización gracias a la recuperación del habla y el apoyo psicológico, realiza actividades de su vida diaria (aseo, alimentación) y logra deambular con ayuda de un bastón por si mismo. Recuperar la movilidad en el lado afectado mediante fisioterapia especializada. Trabajar de manera diaria con el paciente aprovechando cada momento y de manera coordinada entre los miembros del equipo interdisciplinar para trabajar en una misma dirección. Incluir trabajo de logopedia si fuera necesario para una correcta comunicación. Prestar apoyo psicológico al paciente, para poder adaptarse a la nueva realidad. Concienciar a familiares y/o allegados que asumen el rol de cuidador de la importancia de cada pequeño progreso y luchar siempre porque el paciente haga cuantas cosas por si mismo le sean posibles.

**CONCLUSIÓN:** Para alcanzar unos buenos resultados es imprescindible que se trabaje con las mismas directrices y en la misma dirección. De esta manera la recuperación será óptima y el tiempo de hospitalización se verá reducido y con ello el gasto sanitario.

**PALABRAS CLAVE:** RHB, ACV, RECUPERACIÓN, PACIENTE.

## DETERIORO DE LA MOVILIDAD POR FRACTURA DE FÉMUR: UN ESTUDIO DE CASO

JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ RAMOS

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 58 años trabajador de una empresa de montaje. Sufre caída desde una altura de 8 a 10 metros, causándole diplopía y fractura de fémur izquierdo en tercio distal. Se le interviene de urgencia en hospital público de la zona, trasladándolo posteriormente a la clínica privada de su mutua laboral. Refiere que se encuentra desanimado, apático y tiene pesadillas por el accidente. En la actualidad es dependiente para realización de sus ABVD y AIVD y vive solo en casa. Resuelta la herida quirúrgica, debe comenzar a deambular de manera progresiva, aunque refiere dolor e imposibilidad de hacerlo.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** TA: 123/85; FC: 66 lpm, rítmico; FR:18/min, regular ; Temperatura: 36,3 °C. Dolor MII Escala EVA: 8. Refiere incapacidad para eliminar las heces tras la operación, por lo que se le facilitan enemas.

**JUICIO CLÍNICO:** Diagnóstico enfermero: [00085] Deterioro de la movilidad física r/c dolor y deterioro musculoesquelético m/p inmovilidad. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** “Deterioro de la ambulación”: Nombra una situación en que la persona sufre una limitación del movimiento a pie. Se escoge “Deterioro de la movilidad física” porque es posible aumentar su capacidad de movimiento, dándole sentido al rol de Enfermería.

**PLAN DE CUIDADOS:** Vestir al paciente con prendas cómodas, ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario y la deambulación inicial. Proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulación y vigilar su utilización. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor y enseñar los principios del manejo del dolor.

**CONCLUSIONES:** Una vez realizado las intervenciones por parte de enfermería, se lleva a cabo la ejecución mediante consultas programadas a la Mutua Universal cada 48 horas mediante transporte sanitario. La herida quirúrgica se resuelve y el paciente comienza a deambular de manera autónoma pasado 1 mes. Terapia multidisciplinar con Fisioterapia para rehabilitación y Trabajo Social para ayuda en domicilio.

**PALABRAS CLAVE:** CAÍDA, SALUD LABORAL, DEAMBULACIÓN, FRACTURA DE FÉMUR.

## **FRACTURAS VERTEBRALES NO QUIRÚRGICAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

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

**BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO:** La osteoporosis es la enfermedad mineral ósea caracterizada por pérdida de resistencia del hueso y predisposición a fracturas por fragilidad o traumatismo mínimo. Su diagnóstico y seguimiento se realizan mediante densitometría ósea, análisis periódicos de marcadores bioquímicos de remodelación ósea etc. Estas alteraciones adquieren relevancia clínica cuando conducen a síntomas secundarios como mayor cifosis dorsal y dolor. El diagnóstico diferencial siempre es necesario. Se expone un caso clínico que manifiesta estas consideraciones. Se detalla el curso clínico y analítico de una paciente diagnosticada y tratada de osteoporosis y fracturas vertebrales. Su seguimiento con episodios de dolor intenso, durante años hacen necesarios estudios analíticos y de imagen complementarios cuyos resultados, característicos, muestran un Mieloma Múltiple ( Bence Jones cadenas ligeras lambda estadio IIIB) subyacente con expresión clínica similar a la osteoporosis sintomática.

**EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** DMO: Fémur. T- score: -2,2, Z-score: -0,9, Columna lumbar T: -2,9, Z: -0,7. 2015: DMO Fémur T: - 2,4 Z: - 0,6, Lumbar T: - 4,1, Z: -1,9 Febrero 2016: dolor, fracturas L2, L3, analítica: FA 233, GGT: 213, VSG 32, Hb:11, Hto 33% Noviembre 2016: dolor continuo, EVA 10/10. RM fracturas, L2 L3 Enero 2017: aumento dolor asociado + astenia: ingreso hospitalario RM: fracturas L1 elementos posteriores, L2, L3 hiperseñal L5 Analítica: Hb:7 Hto 21%, VSG 40: Creatinina 1,94 Gammagrafía: hipercaptación no sugestiva de metástasis en L5 Febrero 2017: hematología estudio anemia: Hb 6,8, Hto 20%, VSG 40, Cr 2, F 205, LDH 305 Orina 24h: 5,4 gr/24h, cadenas ligeras 4280 ng/l Serie Ósea: normal Punción esternal: 76% células plasmáticas.

**JUICIO CLÍNICO:** Mieloma Múltiple ( Bence Jones de cadenas ligeras lambda estadio IIIB).

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Fractura vertebral osteoporótica.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que el cuadro clínico del paciente, su examen complementario analítico con marcadores del remodelado óseo entre otros y las imágenes radiológicas pertinentes, permiten el diagnóstico diferencial en las fracturas vertebrales no traumáticas.

**PALABRAS CLAVE:** FRACTURA, VERTEBRAL, DIAGNÓSTICO, DIFERENCIAL.

## EL CELADOR EN EL ÁREA DE REHABILITACIÓN

JESÚS MANUEL MORENO MARTÍN, ALBERTO MORENO BERMEJO, LILIANA LOZANO HERRERO

**INTRODUCCIÓN:** La rehabilitación es la recuperación de una habilidad o función que se ha perdido de forma total o parcial después de sufrir un accidente, una lesión, una enfermedad incapacitante o una adicción.

**OBJETIVOS:** Identificar las funciones que realiza el celador en 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:** Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como trasladarán de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera. Realizaran, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que les encomiende en orden a la situación. Cuidaran como el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución para así evitar su deterioro o instruyéndoles el uso de persianas útiles del servicio en general. Velaran continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias. Darán cuenta de inmediato a sus superiores de los desperfectos o anomalías que encuentren en la limpieza y conservación del edificio y material. Ayudaran al fisioterapeuta, cuando sea necesario, en la colocación y sujeción de paciente. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos. También será función del celador aquellas misiones que sean encomendadas por sus superiores. Para la realización de todas estas actividades, estarán sometidos a los horarios y normas de la unida a la que estén adscritos. Estarán siempre localizados en la unidad a la que estén adscritos. En caso de conflicto requerirá la presencia de personal de seguridad.

**CONCLUSIÓN:** El saber bien los protocolos a seguir, te ayudaran a conseguir tus metas establecidas. Y con tu seguridad y amabilidad ayudaran a que se sienta mejor el enfermo y familiares.

**PALABRAS CLAVE:** CELADOR, FUNCIONES, PACIENTES, REHABILITACIÓN.

## LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

CONCEPCION GUTIERREZ CONTRERAS, MARTIN ANGEL HIDALGO LUQUE, ELBA DEL ROCÍO PADILLA MUÑOZ

**INTRODUCCIÓN:** Enfermedades respiratorias en Esclerosis múltiple son un tema de notable gravedad, que normalmente se asocian con enfermedad neurológica y que puede derivar en neumonía y fallo respiratorio.

**OBJETIVOS:** Conocer estado de cuestión acerca de la rehabilitación respiratoria en pacientes con esclerosis múltiple mediante una revisión bibliográfica.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda en bases de datos incluyendo Medline, PEDro, Cochrane, OpenAthens, y American Journal of Respiratory Medicine. Sin acotamiento temporal y de autores sin conflictos de intereses. Como descriptores se usaron; esclerosis múltiple, entrenamiento muscular respiratorio, volumen pulmonar, rehabilitación respiratoria, rehabilitación pulmonar, asistencia. Se seleccionaron únicamente estudios primarios. Se seleccionaron 11 estudios excluyendo a los 10 restantes que no se ajustaban al objeto de estudio, entre los que destacan 1 estudios no aleatorizado, 5 ensayos aleatorizados y 5 estudios observacionales. Se usaron los criterios Maastrich para la clasificación de la evidencia.

**RESULTADOS:** El entrenamiento respiratorio pulmonar (inspiratorio y espiratorio) con un dispositivo portátil resistente de manejo bucal fue la técnica más evaluada, seguida de ejercicios de respiración profunda controlada. Todos los estudios analizados evaluaron técnicas basados en programas de rehabilitación domiciliaria con objetivos espirométricos medibles.

**CONCLUSIÓN:** Los ejercicios respiratorios tienen efecto positivo mejorando sustancialmente la capacidad respiratoria máxima, capacidad vital y hace decrecer a ritmo más pausado la capacidad pulmonar, aun así, se hace necesaria más evidencia científica que permita recomendar con la suficiente seguridad el programa específico de rehabilitación adaptado al grado de pérdida funcional del paciente producido por la enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, ESCLEROSIS MULTIPLE, ENFERMEDAD RESPIRATORIA, ENFERMEDAD NEUROLÓGICA.

## ¿ES BENEFICIOSO EL PROGRAMA DE AYUDA AL PACIENTE DROGODEPENDIENTE?

FÁTIMA FERNANDEZ GARCIA, MARIBEL MONTORO ORTIZ, MARIA MERCEDES CARRASCO RACERO

**INTRODUCCIÓN:** La atención sociosanitaria tiene por objeto prestar atención a todas las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, desde un modelo de atención integrada, coordinado con la red sanitaria y de servicios sociales y adaptada a las necesidades individuales.

**OBJETIVOS:** Valorar la necesidad de un modelo asistencial integral que atienda no solo la drogodependencia sino la salud física y mental incluso abordando la situación económica y social de las personas que participan en los Programas de Tratamiento con Metadona elaborando una guía de buenas prácticas, ya que las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la prestación de servicios que los profesionales sanitarios ofrecen en el día a día de su práctica clínica.

**METODOLOGÍA:** Partiendo de un estudio observacional retrospectivo hecho sobre pacientes admitidos a tratamiento durante dos años, en un centro provincial de drogodependencia, se desarrollarán guías de buenas prácticas clínicas en atención primaria para atender a estos pacientes.

**RESULTADOS:** Valorar positivamente los resultados respecto a los patrones de consumo en pacientes admitidos en el programa de tratamiento con metadona y a los que se les ha aplicado la guía de buenas prácticas clínicas en drogodependencia de enfermería.

**CONCLUSIÓN:** Los programas de tratamiento con Metadona se han introducido y difundido rápidamente en Andalucía y en todo el Estado Español en los últimos años. La pandemia SIDA con sus importantes repercusiones tanto económicas como sociales ha sido causa importante de la rápida aceptación de estos programas entre los ciudadanos y las autoridades sanitarias dentro de la filosofía de reducción de riesgos y daños en la cual se enmarcan. Entre las ventajas de esta rápida difusión de los programas de tratamiento con Metadona está su accesibilidad en Atención Primaria, de ahí el acompañar este programa con un modelo asistencial integral desde el equipo sanitario con la creación de una guía de buenas prácticas clínicas en drogodependencia.

**PALABRAS CLAVE:** METADONA, APOYO, EVALUACION DE PROGRAMA, SALUD COMUNITARIA.

## HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: TERAPIA DEL HUMOR

MARÍA JOSÉ CASTRO GUERRERO, ANTONIO PUERTA SÁNCHEZ, CONCEPCION SANCHEZ MANRIQUE

**INTRODUCCIÓN:** Es imprescindible aplicar técnicas de humanización en el ámbito sanitario. Son muchos los casos de maltrato en los diferentes niveles de atención en las instituciones de salud, estos comportamientos usuales se han ido transmitiendo de profesores a alumnos, creando una imagen del sanitario bastante alejada de la imagen de ser humano y cálido que debería ser. La terapia del humor ha demostrado su eficacia en cambiar los paradigmas que rodean el trato al paciente; utilizan “doctores clown” para conseguir que el paciente pueda canalizar a través del humor su frustración, miedos y en general el estrés derivado de la enfermedad. De ahí la importancia de doctrinar estas enseñanzas para alcanzar un trato más humano y cálido con los pacientes.

**OBJETIVOS:** Identificar los beneficios de la terapia del humor en la recuperación de la enfermedad y la necesidad de impartir formación humanística en el personal sanitario.

**METODOLOGÍA:** Estudiamos la relevancia del humor, a lo largo del tiempo, en diferentes enfermedades y sobre todo en el estrés generalizado del personal sanitario a través de una revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** El humor sirve para canalizar las situaciones desagradables hacia un estado de bienestar. También está asociado al sistema inmunológico, aumentando la actividad de linfocitos K y los niveles de inmunoglobulina. Además de los beneficiosos efectos sistémicos.

**CONCLUSIÓN:** La atención sanitaria, puede resultar altamente estresante alterando fácilmente el equilibrio del cuidador. Hay que mantener un estado anímico saludable y optimista, mostrarse coherente y empático, no enfadarse con el personal del equipo, etc. Es necesario que el personal de salud sea educado en humanidad, sensibilidad y en estrategias de comunicación afectivas, no sólo para el respeto y la empatía que necesita el paciente, sino para aprender a ser un digno profesional y sobre todo humano. Utilizar la risa y el humor como herramienta de trabajo, es indiscutible, sabiendo los beneficios de salud que aporta esta misma.

**PALABRAS CLAVE:** HUMOR, HUMANIZACIÓN, EDUCACIÓN, PACIENTES.

## **REHABILITACIÓN CARDÍACA DEPORTIVA TRAS UN INFARTO**

ANA BELEN NIETO BERENGUEL, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON, SERGIO AGUIRRE FELICES

**INTRODUCCIÓN:** Los programas de rehabilitación cardiaca y prevención han demostrado ser el método más eficaz para disminuir la mortalidad en enfermedades cardiovasculares. A su vez también es importante promover una mejor calidad de vida mediante la realización de ejercicio físico constante y moderado en personas sanas y con alguna afección cardiovascular.

**OBJETIVOS:** Identificar los beneficios del ejercicio en cuanto a esperanza y calidad de vida. Analizar la importancia de promover una experiencia de superación de la enfermedad mediante el ejercicio físico.

**METODOLOGÍA:** Se ha realizado una revisión bibliográfica que sintetiza la información de los estudios acerca del tema. La búsqueda se realizó en PubMed, y se establecieron unos criterios de inclusión para seleccionarlos. Además de una entrevista minuciosa al paciente y familiares directos, que ayudaron y fueron un gran apoyo en todo el proceso.

**RESULTADOS:** La capacidad de adaptación a la realización de actividad física de una persona tras sufrir un infarto agudo de miocardio, demuestra que la esperanza de vida se aumenta sorprendentemente.

**CONCLUSIÓN:** Gracias a esa rehabilitación cardiaca controlada por el pulsímetro, nuestro paciente ha vivido años de carreras de 10 kilómetros y medias maratones. La insuficiencia cardiaca ha remitido lo suficiente como para que ahora nuestro protagonista aproveche cualquier momento para, después de casi 35 años del primer infarto, transmita mediante un dossier con artículos de prensa relatando sus logros, una vivencia y sobre todo un ejemplo de superación y esperanza para todos aquellos que sufren un infarto.

**PALABRAS CLAVE:** CARDIOVASCULAR, EJERCICIO, ENFERMEDAD, REHABILITACIÓN.

## **LOS EFECTOS DE LA TERAPIA ACUÁTICA EN LA MOVILIDAD DE PERSONAS CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

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

**INTRODUCCIÓN:** La terapia acuática es una modalidad de tratamiento comúnmente utilizada para abordar la complejidad de los pacientes con trastornos neurológicos, con el objetivo de lograr una independencia funcional óptima. Aunque la terapia acuática continúa siendo utilizada en neurorrehabilitación, hay una falta de evidencia sobre su efectividad en la movilidad en adultos con trastornos neurológicos.

**OBJETIVOS:** Comprobar los efectos de la terapia acuática en la movilidad de individuos con daños neurológicos.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión sistemática que abordó la bibliografía sobre este tema. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed, Web of Science y SCOPUS. Los descriptores empleados fueron: "aquatic", "therapy", "rehabilitation", "neurologyc disease". Las medidas utilizadas para identificar los componentes de la movilidad fueron: Timed Up and Go Test (TUG), y Functional Independence Measure (FIM). Se incluyeron 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** La mayoría de los pacientes incluidos en estos estudios tenían esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson o accidente cerebrovascular. Todos los estudios seleccionados utilizaron el entorno acuático para sus terapias, resultando en una mejora de la movilidad evaluada con el TUG y el FIM.

**CONCLUSIÓN:** El entorno acuático facilita el movimiento controlado durante la transferencia de peso, debido a la viscosidad del agua y proporciona un entorno seguro para el paciente ya que reduce el impacto de una caída. Existe evidencia de que la terapia acuática es efectiva para mejorar la movilidad en individuos con desórdenes neurológicos.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA ACUÁTICA, TRASTORNO NEUROLÓGICO, MOVILIDAD, MEDIO ACUÁTICO.

## **TRATAMIENTO DE LAS LUMBALGIAS CRÓNICAS CON ELECTROTERAPIA FRENTE AL TRATAMIENTO CON PILATES TERAPEUTICO Y TERAPIA MANUAL.**

MARAVILLAS RUIZ DE MAYA, MARIA CARMEN MARTINEZ MARTINEZ, ANA MARIA FERNANDEZ JIMENEZ, MARÍA CONCEPCIÓN MARTÍNEZ ALARCÓN

**INTRODUCCIÓN:** El dolor lumbar, dolor lumbosacro, lumbalgia o lumbago es el dolor localizado en la parte baja de la espalda, correspondiente a la zona lumbar de la columna vertebral y que afecta alguna parte de la zona que se extiende desde la parte más baja de las costillas posteriores hasta la zona más baja de los glúteos, con o sin compromiso de las extremidades inferiores. Es uno de los motivos principales de consulta a los servicios médicos y se estima que aproximadamente un 80% de las personas lo presentará al menos una vez en la vida. En la mayoría de las ocasiones, se debe a causas biomecánicas.

**OBJETIVOS:** Determinar un proceso para mejorar dolor lumbar, y fortalecer faja abdominal.

**METODOLOGÍA:** Se seleccionaron a veinte personas con la misma sintomatología y el mismo diagnóstico, dolor lumbar con irradiación a miembros inferiores, reincidentes, y sin otro tratamiento. A diez de ellas se les aplicó terapia manual y dos veces por semana sesiones de Pilates terapéutico realizado ambas por un fisioterapeuta. Al resto se le aplicó electroterapia. Esto se realizó durante un mes. Las veinte personas comprendían entre 40 y 50 años todas pertenecientes a Cehégín, un pueblo del noroeste murciano. Se les aplicó la escala visual analógica (EVA).

**RESULTADOS:** Las diez personas a las que se les aplicó terapia manual y Pilates terapéutico, demostraron tener un nivel más bajo en la EVA, disminución o desaparición del dolor lumbar, y fortalecimiento de la faja abdominal. El resto de personas mantuvieron su sintomatología.

**CONCLUSIÓN:** La aplicación de terapia manual junto al Pilates terapéutico aplicado por un fisioterapeuta, mejora la calidad de vida de las personas que sufren dolor lumbar crónico.

**PALABRAS CLAVE:** TERAPIA MANUAL, PILATES TERAPEUTICO, ELECTROTERAPIA, HIGIENE POSTURAL, CALIDAD DE VIDA.

