

ACTAS DEL

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



VOLUMEN III

Comps.

María del Mar Molero Jurado

María del Carmen Pérez-Fuentes

José Jesús Gázquez Linares

Ana Belén Barragán Martín

María del Mar Simón Márquez

África Martos Martínez

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

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

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

© 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 III”, 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: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

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

ABORDAJE DE CASO DE PACIENTE CON SOSPECHA ARTRITIS SÉPTICA CADERA D.....	5
YOLANDA RIOS VAZQUEZ , MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, XAVIER ENSENYAT COLOMER, MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, SARA FERNANDEZ LUQUE, YOLANDA DOMINGO GASQUEZ	
LOS BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES.....	6
DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA, LORENA HERNÁNDEZ GORDO	
EL SÍNDROME DE CREST: EL PAPEL ENFERMERO EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE	7
SANDRA APARICIO GALLARDO, VIOLETA SÁNCHEZ DEL REY, MELANY PUERTAS GARRIDO	
LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE RODILLA.....	8
PEDRO GÓMEZ MARTÍNEZ, ANTONIA LÓPEZ VILLÉN, ILDEFONSO PUERTAS FERNÁNDEZ	
ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL	9
JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA, JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ	
ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: CASO DE PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO	10
JOSE ANTONIO FERNANDEZ GARCIA, ANA ISABEL BUENO GARCIA, JOSE JESÚS SERRANO JIMENEZ	
LA INFLUENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DE NUESTROS ANCIANOS TRAS UNA CAÍDA	11
SILVIA RUBIO LEBRON, ELISA ISABEL MOLINA LOPERA, ENCARNACION LOPEZ DURAN	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA FIBROMIALGIA.....	12
ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, PATRICIA PÉREZ CASTRO, YOLANDA GONZALEZ GARCIA	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN	13
ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, YOLANDA GONZALEZ GARCIA	
REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR	14

JOSEFA AGUILERA PEREZ, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE

VIRTUAL REALITY FOR BALANCE REHABILITATION IN POST-STROKE PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW15

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

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE UNA FRACTURA DE CODO16

SANDRA GUERRA MUÑOZ, CONSUELO BERNAL BARROSO, MARIA ANGELES QUESADA GUILLEN

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ASMA.....17

AMALIA JIMENEZ ROMERO, MONICA SANCHEZ MARTINEZ, LORENA LINARES CRUZ

VENTAJAS DEL VENDAJE FUNCIONAL FRENTE EL VENDAJE TRADICIONAL EN ENFERMERÍA.....18

MILAGROS E AGUILA SOTO, FRANCISCO JESUS FELICES MULLOR, MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO CAZORLA

TRATAMIENTO REHABILITADOR CON ANIMALES DE TERAPIA19

ANGELES REVUELTAS GIL, REMEDIOS SÁNCHEZ CAMPOS, BEATRIZ MENCHON MENCHON

MICRODELECCIÓN 1P36 Y ESCOLIOSIS INFANTIL EN LA COLOCACIÓN DE UNA ÓRTESIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....20

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

PARESTESIAS EN PIERNAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.....21

ROSA MARIA RUIZ FERNÁNDEZ, BLANCA CÁCERES GRANADOS, AMALIA LOZANO LOPEZ

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE PACIENTE INTERVENIDO POR MENINGIOMA22

REBECA ALBA GONZÁLEZ, LUCÍA ALIJA MATORRA, GREGORIO SANTAMARÍA GALLEGU, SAMUEL CELEMIN AYUSO, VERONICA ARGÜELLO BERNARDO, MIREYA MASEGOSA VALLE

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA MIASTENIA GRAVIS23

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

HOMBRO DOLOROSO TRAS SUFRIR UN ICTUS24

JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ, SUSANA NURIA AYALA CORTES, ANA ISABEL ALARCON SANCHEZ

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	25
ROCIO LOPEZ FERNANDEZ, LAURA TIRADO NUÑEZ	
EDUCACIÓN SANITARIA: PRIMERA SEDESTACIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE FRACTURA DE FÉMUR.....	26
JOHN JAIRO FAJARDO DURANGO, JUAN MANUEL MONTES PALOMARES, ANA YAÑEZ RUIBAL, MARIA JOSE MARTIN DOMINGUEZ, CECILIA MALDONADO ACOSTA, RUBÉN HERNÁNDEZ LÓPEZ, LYDIA LOZANO PALACIOS, ARIANNE MENDEZ BRAVO	
ELECTROTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR EN LA FIBROMIALGIA	27
JAVIER GILI ZAKI, CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, SILVIA TORRES GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE, PATRICIA ESCALONA CONTRERAS	
APROXIMACIÓN AL ESTADO ACTUAL DE LAS INTERVENCIONES ASISTIDAS POR ANIMALES EN PACIENTES CON AUTISMO	28
CRISTINA ABELLÁN PÉREZ, ALICIA ABELLÁN PÉREZ, PALOMA AGUILAR PONS, BELÉN VILLAR SÁNCHEZ-PEDREÑO, ADRIANA DE LA FUENTE PIÑERO, LAURA CONESA BASTIDA, MARTA ASENSIO AVELLAN, MARIA JOSE BAUTISTA JIMENEZ	
ESTUDIO DE LAS CONTENCIÓNES EN PACIENTES CON DELÍRIUM POSTQUIRÚRGICO.....	29
CATALINA JODAR SEGARRA, RICARDO AGUILAR ZARATE, MARIA ALEJANDRA MORA PÉREZ	
CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ..	30
TATIANA RAMÍREZ VALDERAS, MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN	31
GEMMA SOPO MONTALBAN, TRINIDAD VALVERDE LÓPEZ, VANESA BAUTISTA MARTINEZ	
CINESITERAPIA COMO FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DE PROTESIS DE HOMBRO	32
ANA BELEN NIETO BERENGUEL, SERGIO AGUIRRE FELICES, MARIA PIEDAD BELTRAN MIRON	
REVISIÓN SISTEMÁTICA EN LAS RESTRICCIONES DE MOVILIDAD ARTICULAR EN PACIENTES HEMOFÍLICOS.....	33

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

ABORDAJE DE CASO DE PACIENTE CON SOSPECHA ARTRITIS SÉPTICA CADERA D

YOLANDA RIOS VAZQUEZ , MARIA ELENA PACIOS CAMPOS, XAVIER ENSENYAT COLOMER,
MARÍA JOSEFA LÓPEZ DÍAZ, SARA FERNANDEZ LUQUE, YOLANDA DOMINGO GASQUEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: AP: NO AMC, Sin intervenciones quirúrgicas ni AP y niega hábitos tóxicos. Varón de 37 años con secuelas de mielomeningocele nivel S1, hidrocefalia valvulada. Hace 8 años que no se realiza un control con medicina física y rehabilitación. Portador de DVP. UPP de repetición en pie l (2006) debido a esto precisa amputación tibial por mala evolución de lesión distal en EII, por lo que se utiliza prótesis tibial protetizado en marzo 2007. Último cambio excepto encaje y pie en Julio 2014. No ITUS, utiliza colector y pañal. Hábito intestinal diario sin escapes. Vive en pareja hace 14 años. Ingreso mayo 2014 por shock cardiogénico con asistencia ventricular de la que fue dado de alta el 5 de septiembre de 2014, presenta hematoma sobreinfectado con cultivo positivo de Pseudomona en tratamiento con Coropres, Corlontor, Acovil, Paroxetina y Zolpiden, le pidieron fisioterapia a domicilio que no ha llegado a realizar.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Acude a urgencias por molestias en cadera I asociado a hematoma desde hace 1 mes, niega traumatismos. Solicitan: GSA control, gammagrafía y RMN.

JUICIO CLÍNICO: Sospecha artritis Séptica cadera D. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Se realiza una gammagrafía para valoración conjunta de ambas exploraciones, que muestra un proceso inflamatorio infeccioso extenso de la parte blanda en la región glútea con extensión medial y signos de sinovitis en la cadera ipsilateral.

PLAN DE CUIDADOS: Se utilizará el plan de cuidados de las 14 necesidades de V. Henderson.

CONCLUSIONES: Es sumamente importante realizar las pruebas complementarias pertinentes teniendo en cuenta los antecedentes personales del paciente con el fin de disminuir el proceso inflamatorio y evitar el dolor.

PALABRAS CLAVE: MIELOMENINGOCELE, HIDROCEFALIA, ARTRITIS SÉPTICA, PRÓTESIS TIBIAL.

LOS BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES

DANIEL ROMÁN ESPINOSA, MARGARITA VEGA SEVILLA, LORENA HERNÁNDEZ GORDO

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en ancianos. La rehabilitación cardíaca está formada por un conjunto de actividades y métodos destinados a pacientes con patologías cardiovasculares, hayan sido operadas de corazón, etc.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios que aporta la rehabilitación cardíaca a los pacientes.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica a través de revistas y documentos encontrados en diferentes bases de datos utilizando los siguientes descriptores: “rehabilitación cardíaca”, “prevención cardíaca”, “beneficios rehabilitación” y “ansiedad”.

RESULTADOS: A través de un grupo de especialistas se crea un plan de actividades entre los que se encuentra el entrenamiento físico, educación para una vida cardíaca sana y consejos para tratar de reducir todo lo posible el estrés diario. Todos estos métodos y actividades que se realizan durante un largo período de tiempo mejoran de forma considerable la calidad de vida en pacientes dañados por cardiopatías por lo que la terapia en ellos es fundamental. Reforzar al paciente para que pueda llevar la vida que anteriormente llevaba; disminuir en medida lo posible la aparición de nuevos problemas cardíacos; vigilar los factores de riesgo; mejorar el deterioro psicológico; encauzar las relaciones socio-familiares; reincorporación laboral.

CONCLUSIÓN: Las enfermedades cardíacas se han convertido en los últimos años en un tema de preocupación en el sistema de salud debido a que hay un gran aumento y una gran mortalidad incluso dejan gran cantidad de secuelas en el paciente. La rehabilitación cardíaca ha sido comprobada como una solución a dicha enfermedad con resultados altamente positivos y óptimos, que mejoran la calidad de vida al enfermo, no sólo a nivel físico, sino también a nivel mental. Es muy aconsejable que los pacientes con estas enfermedades sean remitidos a un programa de rehabilitación cardíaca.

PALABRAS CLAVE: REHABILITACIÓN CARDÍACA, PREVENCIÓN CARDÍACA, BENEFICIOS REHABILITACIÓN, ANSIEDAD.

EL SÍNDROME DE CREST: EL PAPEL ENFERMERO EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE

SANDRA APARICIO GALLARDO, VIOLETA SÁNCHEZ DEL REY, MELANY PUERTAS GARRIDO

INTRODUCCIÓN: El síndrome de CREST se considera una variante de la esclerosis sistémica. Es una enfermedad de etiología desconocida, fisiológicamente autoinmune y de evolución crónica.

OBJETIVOS: Identificar aquellas acciones a seguir para ayudar al paciente afecto por el síndrome de CREST y determinar qué aspectos deben considerarse para disminuir el sufrimiento de estos pacientes, para favorecer un confort en el desarrollo de la enfermedad.

METODOLOGÍA: Este estudio se ha realizado mediante una revisión sistemática en diferentes bases de datos: Lilacs, PubMed y Cochrane. Los descriptores utilizados fueron: síndrome de CREST, sintomatología, salud, apoyo emocional. El tipo de fuente seleccionada fueron revistas científicas, aplicando un filtro temporal entre 2006-2016.

RESULTADOS: Está conformado por cinco afecciones principales. CREST es un acrónimo de los nombres en inglés de los cinco rasgos característicos clínicos principales: 1) Calcinosis cutis (calcinosis). 2) Raynaud's syndrome (síndrome de Raynaud). 3) Esophageal dysmotility (hipomotilidad esofágica). 4) Sclerodactyly (esclerodactilia). 5) Telangiectasia. Se manifiesta en el 80% de los casos en la mujer, de edad media, sin incidencia familiar ni racial. El tratamiento al que se someten este tipo de pacientes debe ser un programa especializado de fisioterapia y rehabilitación, uso de medicamentos, fundamentalmente corticoides y antiinflamatorios no esteroideos, para paliar la inflamación y las algias.

CONCLUSIÓN: Es importante tener en cuenta las diferentes intervenciones que puede realizar enfermería, mediante consejos y recomendaciones destinadas a aportar un mayor conocimiento de las medidas de confort a adoptar, para así reducir el padecimiento del paciente y su familia.

PALABRAS CLAVE: SALUD, APOYO EMOCIONAL, SÍNDROME DE CREST, SINTOMATOLOGÍA.

LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE RODILLA

PEDRO GÓMEZ MARTÍNEZ, ANTONIA LÓPEZ VILLÉN, ILDEFONSO PUERTAS FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La intervención de prótesis de rodilla es una práctica habitual en el entorno sanitario. Una correcta movilización y rehabilitación de los pacientes evita futuras complicaciones para éstos.

OBJETIVOS: Identificar las prácticas adecuadas para realizar una movilización adecuada y segura en pacientes con prótesis de rodilla. Determinar el procedimiento de movilización en pacientes con prótesis de rodilla para evitar luxaciones, dolor y molestias en un futuro para el paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo, Cuiden, Dialnet. Los criterios de inclusión son fuentes analizadas no superen 8 años de antigüedad y recojan evidencias científicas. Usando como descriptores: movilización, prótesis, rodilla, enfermería.

RESULTADOS: Para una buena movilización se han de seguir una serie de pautas pasadas las 24 primeras horas de reposo. Antes de la realización de la movilización, el personal de enfermería le explicará al paciente los pasos a seguir, de la misma manera que participará de forma activa en el procedimiento. Para pasar de la cama a la butaca/sillón, se seguirán 3 pasos, los cuales supervisará el personal enfermero responsable del paciente.

CONCLUSIÓN: Para una correcta movilización está indicado que el paciente realice esta técnica a diario. Juntamente con las actividades de rehabilitación, podrá disminuirse el tiempo de hospitalización y conseguir que el paciente sea dado de alta. Una buena rehabilitación evitará futuras complicaciones y re-ingresos.

PALABRAS CLAVE: MOVILIZACIÓN, RODILLA, ENFERMERÍA, PRÓTESIS.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 38 años, que acude a consulta diagnosticada de parálisis facial periférica. Refiere no poder mover de forma voluntaria la mitad derecha de la cara, no pudiendo cerrar el ojo y la boca del mismo lado. Presenta los síntomas desde hace unos dos meses.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al acudir a consulta se realiza la siguiente valoración, se observa una importante asimetría fácil, siendo evidente la ptosis palpebral, y el hemilabio derecho caído. A la palpación se evidencia una hipotonía moderada de la musculatura facial del lado derecho, especialmente del músculo orbicular. En la movilización, al pedirle a la paciente la movilización activa de los diferentes músculos de la cara se evidencia una gran dificultad para cerrar el ojo derecho y la boca, no siendo posible hacerlo completamente. Pruebas complementarias: se realiza radiografía ap y lateral de cráneo, analítica completa de sangre, TAC y RMN. Además se realiza el formulario para valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria Barthel.

JUICIO CLÍNICO: Parálisis facial periférica o de Bell (idiopática). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Es preciso establecer un diagnóstico diferencial entre una parálisis facial periférica y una parálisis facial central. Para ello se realiza una RX y TAC, que no evidencian lesiones a nivel de hemisferios cerebrales ni cerebelo, ni la presencia de tumoraciones, descartando por tanto una parálisis central.

CONCLUSIONES: Desde el punto de vista de la fisioterapia se establece el tratamiento para aliviar el dolor, activar la musculatura deficitaria y relajar la hiperactiva (el lado sano). Se aplica calor (pañó cálido), electroestimulación, masaje. Se enseñan técnicas de automasaje y ejercicios activos para ejercitar la musculatura afecta frente a un espejo. Desde el punto de vista de enfermería cabe destacar la actuación en la realización de las pruebas diagnósticas, consejos de educación para la salud, y apoyo en la administración de la medicación (corticoides especialmente).

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ABORDAJE, ENFERMERÍA, PARÁLISIS FACIAL.

ABORDAJE DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA EN TRAUMATOLOGÍA: CASO DE PRÓTESIS INVERTIDA DE HOMBRO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 72 años, que acude a consulta tras ser intervenida de artroplastia de sustitución completa de hombro derecho con una prótesis invertida. Anteriormente había acudido numerosas veces a urgencias por presentar importante impotencia funcional (hombro pseudo paralítico), dolor, y tumefacción. No refiere ningún antecedente traumático.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza la siguiente valoración: Observación: Se observa posición del hombro ligeramente encogido, y menor volumen de la musculatura que en el hombro contralateral. Palpación: se confirma la atrofia muscular. Movilización: movilización pasiva ligeramente deficitaria (flexión 130º, abducción 110º, rotación interna: mano a s2). Movilización activa muy limitada, balance muscular global 2/5. Pruebas complementarias: se practica radiografía ap y lateral de hombro.

JUICIO CLÍNICO: Impotencia funcional severa secundaria a artroplastia invertida de hombro derecho.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Dada la sintomatología que presenta la paciente, el hecho de no existir un antecedente traumático, y la existencia de un brazo pseudoparalítico (flexión 20º, abducción 20º) hacen plantearse el diagnóstico diferencial sobre qué tipo de intervención aplicar, si una prótesis convencional (más indicada tras un traumatismo) o una invertida (mejores resultados en roturas masivas de manguito rotador).

CONCLUSIONES: Desde el punto de vista de la fisioterapia se establece el tratamiento para aliviar el dolor, recuperar el recorrido articular, mejorar la fuerza muscular, y mejorar la funcionalidad. Se aplica electroterapia analgésica, electroestimulación, y cinesiterapia activa asistida fundamentalmente. Desde el punto de vista de enfermería cabe destacar la actuación en la realización de las pruebas diagnósticas, consejos de educación para la salud, y apoyo en la administración de la medicación, así como en el tiempo quirúrgico propiamente dicho. Se trata por tanto de dos disciplinas complementarias, que no excluyentes, muy útiles en diferentes tiempos de la atención a la cirugía traumatológica.

PALABRAS CLAVE: FISIOTERAPIA, ABORDAJE, ENFERMERÍA, PRÓTESIS INVERTIDA.

LA INFLUENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DE NUESTROS ANCIANOS TRAS UNA CAÍDA

SILVIA RUBIO LEBRON, ELISA ISABEL MOLINA LOPERA, ENCARNACION LOPEZ DURAN

INTRODUCCIÓN: Tras una caída hay cambios importantes en el adulto mayor porque hay reducción de la movilidad y aumento de la dependencia para las actividades cotidianas, primero por el dolor y luego por el miedo a volverse a caer, esto se denomina: síndrome post-caída. Muchas de las personas de edad avanzada que sufren una caída no vuelven a tener el nivel funcional que tenían antes del accidente.

OBJETIVOS: -Mantener la independencia en actividades de la vida diaria. -Hacer más llevaderos los largos períodos de recuperación física. -Aumentar la confianza de la persona afectada. -Aumentar la autoestima.

METODOLOGÍA:

RESULTADOS: Debemos seguir los siguientes procedimientos: Auxilio de las personas inestables, cuando sea necesario, exclusivamente. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso y enseñar a los familiares para que los cuiden. Instrucción en técnicas adecuadas para una correcta movilización y transferencia (colocar y levantar al paciente de la silla de rueda, cama, camilla, baño, WC) Instrucción en técnicas adecuadas para una correcta movilización y transferencia (colocar y levantar al paciente de la silla de rueda, cama, camilla, baño, WC) Comprobar al salir de la habitación que no existen objetos móviles bloqueando el área cama-sillón-aseo-puerta. Retirar objetos móviles innecesarios de las habitaciones y zonas de tránsito, en caso de necesidad se tendrán lo más cerca posible de las paredes, etc. El fin es: Mejora de la calidad de vida. Refuerzo de las capacidades. Aumento de confianza. Disminución de ansiedad. Pérdida de miedos.

CONCLUSIÓN: El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en su labor de auxilio, ayudando al mayor accidentado en su aseo, deambulación, etc. , Consigue con hechos, a priori, insignificantes algo tan importante como es influir en la calidad de vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: TCAE, ANCIANOS, REHABILITACIÓN, CAÍDA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA FIBROMIALGIA

ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, PATRICIA PÉREZ CASTRO, YOLANDA GONZALEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La fibromialgia hace referencia a un conjunto de síntomas y trastornos musculoesqueléticos entre los que destacan fundamentalmente el dolor, el cansancio, rigidez en músculos y tendones y una amplia sintomatología psicológica. Su diagnóstico es clínico, se establece por exclusión de otras patologías y por la presencia de síntomas y signos característicos.

OBJETIVOS: Conocer la evolución de esta enfermedad tan difícil de diagnosticar. Conocer los tratamientos aplicables y sus resultados.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una revisión sistemática de artículos, estudios y bases de datos sobre la materia.

RESULTADOS: Conocimiento y estudio de los síntomas característicos: Cansancio. Dolor persistente. Rigidez de los músculos, tendones y tejido blando circundante. Síntomas psicológicos: Dificultades para dormir, rigidez matutina, dolores de cabeza, problemas con el pensamiento y la memoria. Conocimiento de las causas: Al no estar bien aclaradas, los estudios hablan de que la fibromialgia puede estar causada por: Estrés físico-mental. Traumatismos físicos. Padecer una enfermedad reumática. Genética. Causas autoinmunes. Factores ambientales. Factores infecciosos. El “dolor” musculoesquelético difuso y generalizado o rigidez que afecta al menos tres localizaciones anatómicas durante más de tres meses, es el principal elemento caracterizador de la fibromialgia.

CONCLUSIÓN: Se llega a la conclusión que para diagnosticar la fibromialgia, una vez descartadas otras enfermedades, se comprueba la existencia de los denominados Tender Points, existen un total de 18 puntos. La técnica consiste en aplicar una presión de 4 kilogramos sobre dichos puntos. Si se refiere dolor en 11 o más de ellos puede considerarse fibromialgia. El tratamiento de esta enfermedad se basa en 3 terapias: Ejercicio. Psicoterapia. Fármacos. Cabe destacar la mayor incidencia de la fibromialgia en la población femenina.

PALABRAS CLAVE: FIBROMIALGIA, DOLOR, TENDER POINTS, TRATAMIENTO.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE REHABILITACIÓN

ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, YOLANDA GONZALEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación está dirigida a los pacientes que necesitan un proceso evolutivo de mejora, tras sufrir una intervención quirúrgica, un traumatismo, un trastorno cardiovascular u otros procesos por medio de terapias, bien sean físicas, ocupacionales, del lenguaje o psicológicas.

OBJETIVOS: Conocer la estructura orgánica y las diferentes profesionales que la componen: Médico de rehabilitador, Terapeuta ocupacional, Logopeda, Fisioterapeuta, Psicólogo, Auxiliares de enfermería... Conocer el equipamiento y el espacio físico donde se llevan a cabo las distintas terapias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de artículos, estudios y bases de datos sobre las unidades de rehabilitación.

RESULTADOS: Se evalúa al paciente de forma personalizada, desarrollando un programa específico acorde a sus necesidades y limitaciones. Se maneja al paciente con el apoyo de la tecnología más avanzada de las unidades: Electroestimulación, laserterapia, iontoforesis, ultrasonido, presoterapia, férulas... Es determinante la importancia del apoyo psiquiátrico y psicoterapéutico para la evolución y mejora del paciente. El objetivo general de la rehabilitación se centra en la mejora de la calidad de vida del paciente con limitaciones funcionales adaptándose a las circunstancias de cada caso. Conocer las distintas unidades de rehabilitación: Unidad de fisioterapia. Unidad de logopedia. Unidad de podología. Terapia ocupacional.

CONCLUSIÓN: Se llega a la conclusión de que con la evolución y los avances de la metodología, tecnología y la gran formación de los profesionales del sector, se ha mejorado la recuperación y calidad de vida del paciente. Es muy importante promover hábitos higiénico-dietéticos y saludables en la vida diaria del paciente. Es fundamental la información, concienciación y el apoyo psicológico del paciente para aumentar las expectativas de recuperación.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, REHABILITACION, TECNOLOGÍA, RECUPERACIÓN.

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR

JOSEFA AGUILERA PEREZ, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE

INTRODUCCIÓN: La terapia física es una suma importante para maximizar la capacidad residual de la persona y brindarles la oportunidad de ganar mayor independencia en la vida diaria y mayor funcionalidad en sus tareas y sentirse mejor consigo mismos. El tratamiento fisioterapéutico en los pacientes quiere conseguir la máxima independencia y bienestar. Depende de varios factores como el nivel y tipo de lesión, estado físico anterior del paciente y colaboración del paciente.

OBJETIVOS: Determinar las funciones y las actuaciones que se establecen en la rehabilitación en pacientes con lesión medular.

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

RESULTADOS: Los fisioterapeutas utilizan varias terapias para ayudar a los pacientes, como son enseñar y practicar habilidades funcionales del desarrollo, motoras y de movilidad, ejercicios de fortalecimiento, resistencia y movilidad de las articulaciones, actividades de equilibrio y coordinación, adaptación de actividades y rutinas de cuidado diario, uso de tecnologías de apoyo, recomendaciones acerca de las actividades del hogar. Además de consulta con familiares, maestros, agencias comunitarias y otros proveedores de servicios. Es importante conseguir evitar las complicaciones digestivas, pulmonares, urinarias que con el tiempo se deben ir controlando y recuperar la máxima independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: Mediante las técnicas de rehabilitación conseguimos un buen estado de irrigación sanguínea, aumentar la fuerza muscular en las áreas no afectadas, mejorar fuerza y sensibilidad, evitar contractura muscular, educar a la familia en cuidados fisioterapéuticos diarios del paciente como la movilización pasiva y los cambios de posición.

PALABRAS CLAVE: INDEPENDENCIA, FISIOTERAPEUTA, TERAPIAS, MEJORAR.

VIRTUAL REALITY FOR BALANCE REHABILITATION IN POST-STROKE PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

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

INTRODUCCIÓN: The effectiveness of virtual reality (VR) as a therapeutic tool has become an interesting topic of research. In this sense, Nintendo Wii® console is nowadays the non-immersive commercially available VR system most reported in post-stroke rehabilitation research.

OBJETIVOS: To review and synthesize the literature about the topic: effectiveness of VR training with Nintendo Wii® tool for balance improvement in stroke patients in comparison to standard balance rehabilitation.

METODOLOGÍA: Systematic review of randomized controlled trial (RCT). PRISMA guideline statement was performed. Research was conducted between may-june 2017 by two independent reviewers in the next databases PubMed, Scopus, Lilacs, Dialnet and PEDro. Strategy search was (" wii fit balance" OR wii) AND (stroke OR ictus) AND balance. PEDro scale was used to methodological quality assessment.

RESULTADOS: Twelve RCT published in the last seven years were included. PEDro scores ranged from 4 to 8 points. The results obtained in these trials in relation to virtual reality benefits were not homogeneous. It had been observed two main statements: the first one that declare that the use of the Wii Fit Balance © is much efficient to improve balance; and second statement confirm that the conventional and the virtual reality training have the same effects in balance.

CONCLUSIÓN: Virtual reality can be an useful tool in balance training. It obtains similar results to the conventional balance training, and it is reported to be more motivating for the patient. The enjoyable aspect let patients to develop a participative and motivating role in their own rehabilitations and a greater adherence to treatment. However, to improve the strength of the evidence on the effects of VR, future studies need to be large RCT, reporting clear protocols for virtual reality and control groups and incorporating within the design comparable task demands and training times between the groups.

PALABRAS CLAVE: VIRTUAL REALITY, WII FIT, REHABILITATION, STROKE, PHYSIOTHERAPY.

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO REHABILITADOR DE UNA FRACTURA DE CODO

SANDRA GUERRA MUÑOZ, CONSUELO BERNAL BARROSO, MARIA ANGELES QUESADA GUILLEN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 58 años de edad que tras caída casual llega al área de rehabilitación derivada de traumatología por posible fractura de codo derecho. No refiere alergias conocidas. Hipertensa con tratamiento. Fibromialgia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se realiza rx y resonancia de codo derecho con consecuencia de derrame importante en periferia de articulación e inflamación de la misma no siendo visible la oseosidad de la zona.

JUICIO CLÍNICO: Fractura de cabeza de radio. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Edema oseo e inflamación tendomuscular articular.

PLAN DE CUIDADOS: Se prescriben sesiones de ultrasonidos para la reabsorción del derrame y la aplicación de tratamiento con electroterapia-microondas para bajar la inflamación de la zona. El TCAE, bajo la supervisión de enfermería aplica dicho tratamiento durante quince días.

CONCLUSIONES: Tras el primer tratamiento pautado se repite rx y se aprecia la evolución favorable del derrame y de la inflamación de la zona. Aparece también ahora con claridad la imagen osea donde no se aprecia fractura pero si edema oseo. Se prescriben diez sesiones mas de tratamiento rehabilitador con magnetoterapia para la reabsorción del edema oseo y continuar con electroterapia-microondas para la inflamación y cinesiterapia activo-asistida.

PALABRAS CLAVE: TCAE, PROCESO INFLAMATORIO, FRACTURA, REHABILITACIÓN.

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ASMA

AMALIA JIMENEZ ROMERO, MONICA SANCHEZ MARTINEZ, LORENA LINARES CRUZ

INTRODUCCIÓN: El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, esto se debe porque el revestimiento de los bronquios se inflama, lo que ocasiona un estrechamiento de las vías respiratorias y una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones. La rehabilitación respiratoria está indicada en todas las enfermedades respiratorias crónicas con síntomas permanentes y limitación de la capacidad física. Un adecuado tratamiento es las enfermedades obstructivas así como para las restrictivas puede ser beneficioso.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios de las técnicas de rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes con asma crónica.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura actual sobre el tema que nos ocupa en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane, LILACS, Pubmed y Google Scholar. Se definió como población objeto de estudio a pacientes diagnosticados de asma crónico. Se incluyeron los artículos tanto en inglés como en castellano publicados entre los años 2009 y 2017.

RESULTADOS: Los programas de fisioterapia respiratoria se pueden adaptar a cualquier persona con enfermedad respiratoria crónica. Ni la edad ni el grado de afección deben considerarse una limitación para la rehabilitación. Los objetivos de la RR son controlar, aliviar y revertir, tanto como sea posible, los síntomas y el proceso fisiopatológico que conlleva la deficiencia respiratoria. También se pretende mejorar la autonomía y la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN: Aunque existen numerosos estudios sobre los beneficios de la RR, la mayoría se centran en la EPOC existiendo pocos estudios sobre asma y otras enfermedades respiratorias. Por ello, es necesario seguir investigando sobre esta patología que afecta a toda la población, en especial a población de riesgo como niños y ancianos.

PALABRAS CLAVE: ASMA, TERAPIA, REHABILITACIÓN, RESPIRACIÓN.

VENTAJAS DEL VENDAJE FUNCIONAL FRENTE EL VENDAJE TRADICIONAL EN ENFERMERÍA

MILAGROS E AGUILA SOTO, FRANCISCO JESUS FELICES MULLOR, MARÍA DE LOS ÁNGELES SORIANO CAZORLA

INTRODUCCIÓN: El vendaje funcional es la técnica que trata de proteger, contener, estabilizar o reforzar una estructura anatómica que ha sufrido o no una lesión, con la utilización de vendas adhesivas y/o elásticas. Mejorando la funcionalidad del segmento y evitando el perjuicio de inmovilizar estructuras sanas. Mientras que el vendaje tradicional es la inmovilización total de una zona lesionada.

OBJETIVOS: Conocer las ventajas del vendaje funcional vs el vendaje tradicional y describir las actividades de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica entre el 20 y 30 de Noviembre de 2017, buscando artículos originales sobre los vendajes funcionales desde el año 2010 en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: Scielo, Pubmed y Proquest. Han sido encontrados 10 artículos, de los cuales 3 han sido seleccionados por su rigor científico para realizar este trabajo.

RESULTADOS: Las ventajas del vendaje funcional sobre el vendaje tradicional: una inmovilización selectiva permite a las estructuras lesionadas curar sin que se presenten los efectos indeseados de la inmovilización del vendaje tradicional (atrofia muscular o de la capsula articular, trombosis...) Y la reinserción en menor número de días a las actividades de la vida diaria. Las actividades de enfermería en la realización del vendaje funcional son: reconocer las indicaciones y contraindicaciones del mismo, identificar los diferentes tipos de material y su utilización, y conocer los consejos y signos de alarma que se deben enseñar a los pacientes.

CONCLUSIÓN: Existe suficiente evidencia científica y estudios que sostienen que los profesionales de enfermería son en muchas ocasiones la "puerta de acceso" al sistema sanitario de los pacientes y quien tradicionalmente ha realizado los vendajes. Por ello y debido al afán de mejorar y aprender han de formarse en la técnica de vendajes funcionales.

PALABRAS CLAVE: FUNCIONAL, INMOVILIZACIÓN, LESIÓN, VENDAJE.

TRATAMIENTO REHABILITADOR CON ANIMALES DE TERAPIA

ANGELES REVUELTAS GIL, REMEDIOS SÁNCHEZ CAMPOS, BEATRIZ MENCHON MENCHON

INTRODUCCIÓN: A principios del siglo XX se inició el uso de animales con fines terapéuticos por los beneficios físicos, psicológicos y sociales que conlleva. Con la rehabilitación persigue mejorar las capacidades físicas e intelectuales de los discapacitados.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios del tratamiento rehabilitador con animales. Determinar tipos de tratamiento con animales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Los descriptores que se han utilizado: terapia, animales, tratamiento y rehabilitación.

RESULTADOS: Beneficios; instrumentales: Para las personas sordas, sus perros les avisan sobre diferentes sonidos importantes fisiológicos: Los animales prestan a las personas con discapacidad un servicio para ayudarles a ser más independientes y desprenderse de personas que limitan su libertad. Psicológicos: Los poseedores de perros de terapia controlan más su vida reduciendo el estrés, aumenta su confianza, aceptan más su discapacidad incluso se vuelven más sociables. Sociales: La presencia de perros de asistencia favorece la eliminación de barreras sociales, mejora la relación con la persona discapacitada y facilita las conversaciones. Hipoterapia: El caballo tiene el más puro instinto de fuerza y nobleza en el contacto con el ser humano. Delfinoterapia: Los delfines emiten sonidos curativos y son sanadores holísticos. Son juguetones y nerviosos y buenos terapeutas para niños con discapacidad, ancianos y todas las personas. Perros de asistencia y guía: mejoran la movilidad, alcanzan objetos y facilita la socialización e independencia. La terapia asistida con animales es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal con unos criterios específicos para el tratamiento. Ideada para cumplir con unos objetivos de manera individual o en grupo.

CONCLUSIÓN: Dichas acciones se denominan terapias alternativas para la rehabilitación siendo una importante fuente de recursos para el terapeuta ocupacional. De hecho está en manos de cada profesional conseguir un resultado positivo con la colaboración de los animales, éstos ponen todo su amor incondicional y naturaleza a las personas que lo necesiten, al igual que son sensibles con las personas que lo son con ellos.

PALABRAS CLAVE: TERAPIA, ANIMALES, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN.

MICRODELECIÓN 1P36 Y ESCOLIOSIS INFANTIL EN LA COLOCACIÓN DE UNA ÓRTESIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ASCENSIÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, NOEMI DEL CERRO ALVAREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Niña de 4 años con microdelección 1p36. Remitida a CEX de RHB para valoración ortopédica. Presenta desviación raquis (escoliosis dorsolumbar) con gran insuficiencia musculatura del raquis y una severa hipotonía generalizada.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se adaptan órtesis en pies y tobillos y se realiza radiología simple de columna. Se detecta escoliosis dorsolumbar derecha. Tras el estudio de escoliosis, se detectairingomielia (en revisiones en neurocirugía) dilatación de aorta ascendente (revisiones por cardiología), inestabilidad de la marcha, ataxia con capacidad para bipedestar y dar unos pasos (revisiones en rehabilitación) y alteración severa del lenguaje.

JUICIO CLÍNICO: Microdelección 1p36 y escoliosis dorsolumbar. **PLAN DE CUIDADOS:** Seguimiento conjunto con Cardiología en consultas externas para control de su dilatación aórtica y escoliosis así como de la conveniencia o no de utilización de órtesis dorsolumbar.

CONCLUSIONES: El seguimiento conjunto de estos pacientes facilita su tratamiento. La monosomía 1p36 es el síndrome de microdelección terminal (no visible mediante cariotipo convencional) más frecuente y por ello mejor caracterizado con una incidencia de aproximadamente 1 cada 5.000 Nacidos vivos, y puede determinar entre el 0,5-1,2% de los RM de origen idiomático. La edad de diagnóstico suele ser en los primeros meses de vida y la mayoría antes de los 10 años. Los métodos diagnósticos son el FISH y los microarrays, que analizan con alta resolución más regiones del genoma, son mucho más costosos. El diagnóstico prenatal es posible utilizando las técnicas referidas arriba ante un feto con anomalías compatibles. El manejo clínico de estos pacientes debe ser multidisciplinar. Es fundamental la estimulación precoz y posteriormente el apoyo logopédico. En cuanto a los defectos esqueléticos presentes en estos niños, los más frecuentes son braquidactilida, camptodactilia y manos y/o pies pequeños (en el 80%), clinodactilia hasta en el 60% y anomalías esqueléticas hasta en el 60%. Asocian frecuentemente anomalías cardíacas (miocardiopatía, foramen oval permeable, defecto septal auricular o ventricular).

PALABRAS CLAVE: ESCOLIOSIS INFANTIL, REHABILITACIÓN, MICRODELECIÓN 1P36, ÓRTESIS.

PARESTESIAS EN PIERNAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

ROSA MARIA RUIZ FERNÁNDEZ, BLANCA CÁCERES GRANADOS, AMALIA LOZANO LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer, 18 años, sin antecedentes personales de interés, niega tóxicos, no tratamiento habitual salvo anticonceptivo subcutáneo. Acude a consulta de Atención Primaria por cervicalgia de un día de evolución, mareo y parestesias en miembros inferiores de horas evolución. Desde Atención Primaria es derivada a Urgencias Hospitalarias donde comienza con pérdida de sensibilidad en hemiabdomen inferior, abolición de reflejos rotuliano y aquileo y dificultad para la micción. Es ingresada en UCI inicialmente y posteriormente en Neurología y Rehabilitación. El estudio sugiere cuadro vascular, manteniendo paraplejía, debilidad distal en manos y afectación esfinteriana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: C y O, eupneica, PINLA, MOEC normales, hipoestesia asimétrica hemicara derecha; movilidad, fuerza y sensibilidad MMSS conservada; reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Hipoestesia desde nivel T7 hasta ambas piernas. Plejía completa pierna izquierda con paresia severa. Reflejos osteotendinosos hiperactivos, babinsky izquierdo, RCP derecho indiferente. Tacto rectal: reflejo esfinteriano abolido. TA: 95/65 mmHg. FC 70-80 lpm. EA: ruidos disminuidos. Oliguria. Analítica: ligera leucocitosis y desviación a la izquierda, dimero D 1290 ng/mL. Proteinograma, inmunoglobulinas, anticuerpos antitiroideos, Vitamina B12 y ácido fólico normal. Marcadores tumorales negativos. Anticuerpo lúpico negativo. Gen MTHFR 677C heterocigoto. Test de Igra negativo. Coagulación normal. Serologías negativas. Punción lumbar: normal. Rx cervical y dorsolumbar: normal. RMN cervical y dorsal: imagen hiperintensa en el segmento medular C6-D2 compatible con infarto medular. RMN cráneo normal. Ecocardiograma: ausencia cardiopatía estructural. Ecografía abdomen: sin alteraciones.

JUICIO CLÍNICO: Lesión medular incompleta ASIA B nivel C8 isquémico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Esclerosis múltiple, polineuropatía, degeneración cordones posteriores de la médula, ataque isquémico transitorio, infecciones, tumores, consumo tóxicos, deficiencia vitamina B12.

PLAN DE CUIDADOS: Prescripción tratamiento. Continuidad de tratamiento rehabilitador vía ambulatoria 3 días a la semana. Revisiones en consulta Lesionados Medulares.

CONCLUSIONES: El infarto médula espinal es una entidad poco frecuente cuyas causas son múltiples y requiere un diagnóstico urgente inmediato ya que depende la supervivencia y pronóstico del paciente.

PALABRAS CLAVE: PARÁLISIS, PREANESTESIA, MÉDULA ÓSEA, MÚSCULO DEBÍL.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN DE PACIENTE INTERVENIDO POR MENINGIOMA

REBECA ALBA GONZÁLEZ, LUCÍA ALIJA MATORRA, GREGORIO SANTAMARÍA GALLEGOS, SAMUEL CELEMIN AYUSO, VERONICA ARGÜELLO BERNARDO, MIREYA MASEGOSA VALLE

INTRODUCCIÓN: Los meningiomas representan aproximadamente una cuarta parte de los tumores intracraneales primarios. Tienen un alto índice de supervivencia tras llevarse a cabo el tratamiento pertinente, cirugía como primera elección. Tras ésta, pueden persistir problemas en la coordinación muscular o del habla, entre otros, haciendo que sea imprescindible llevar a cabo un proceso de atención de enfermería, enmarcado dentro de un tratamiento multidisciplinar donde realizar la rehabilitación del paciente.

OBJETIVOS: Analizar un proceso de atención de enfermería individualizado, que nos permita llevar a cabo las intervenciones más adecuadas para conseguir los objetivos marcados. Identificar este plan de cuidados como modelo de actuación para posteriores casos con similares características.

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

RESULTADOS: Deterioro de la movilidad física (00085): NOC: Realización del traslado (0210). NIC: Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801), Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802), Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803), Ayuda con los autocuidados: aseo (1804), Ayuda con los autocuidados: transferencias (1806). Riesgo de estreñimiento (00015): NOC: Nivel de movilidad (0208), Eliminación intestinal (0440). NIC: Entrenamiento intestinal (0440), Manejo del estreñimiento/impactación (0450). Deterioro de la comunicación verbal (00051): NOC: Capacidad cognitiva (0900), Capacidad de comunicación (0902). NIC: Escucha activa (4920), Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976). Riesgo de baja autoestima situacional (00153): NOC: Autonomía personal (1614), Imagen corporal (1200), Modificación psicosocial: cambio de vida (1305). NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250), Apoyo emocional (5270).

CONCLUSIÓN: Realizar una correcta valoración y un plan de cuidados que le ayude a conseguir los objetivos establecidos es primordial en cuanto a la rehabilitación del paciente.

PALABRAS CLAVE: MENINGIOMA, CIRUGÍA, REHABILITACIÓN, PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LA MIASTENIA GRAVIS

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 59 años de edad que acude a urgencias tras severidad en los síntomas que padece desde al menos 2 años. Refiere debilidad muscular, visión borrosa, dificultad al hablar tras un período de 20 minutos y dificultad para deglutir sólidos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En la exploración física se observa debilidad muscular, dificultad respiratoria en decúbito, disminución del tono en los músculos faciales y linguales. No se observan reflejos patológicos. Hemograma: normal; Electroencefalograma: sin alteración; Ac. Anti. FML y Ac. Anti. FME: positivos; Estudio inmunológico, hormonal, marcadores tumorales, bioquímica y serologías: sin hallazgos significativos; Tomografía de tórax y TAC: sin alteraciones; Estudio neurofisiológico: compatible con alteración de la unión neuromuscular.

JUICIO CLÍNICO: Tras la exploración y el análisis de las pruebas complementarias se establece el diagnóstico de Miastenia Gravis. Es una enfermedad autoinmune y crónica caracterizada por la debilidad muscular fluctuante y la fatiga de distintos grupos musculares. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Para establecer el diagnóstico de Miastenia Gravis es necesario descartar la tumoración del timo (timoma) con un TAC o RMN, estudiar la función tiroidea y descartar la presencia de otras enfermedades autoinmunes.

CONCLUSIONES: No existe ninguna cura para la miastenia grave, pero los avances diagnósticos junto con la amplia variedad de tratamientos disponibles han ayudado a mejorar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento debe ser individualizado y requiere de un equipo multidisciplinar en el programa rehabilitador para ayudar a aliviar los signos y síntomas, como la debilidad de los músculos de los brazos o de las piernas, la visión doble, los párpados caídos y las dificultades para hablar, masticar, tragar y respirar.

PALABRAS CLAVE: MIASTENIA GRAVIS, MULTIDISCIPLINAR, REHABILITACIÓN, DIAGNÓSTICO, LOGOPEDIA, FISIOTERAPIA.

HOMBRO DOLOROSO TRAS SUFRIR UN ICTUS

JOAQUÍN MARTÍNEZ LÓPEZ, SUSANA NURIA AYALA CORTES, ANA ISABEL ALARCON SANCHEZ

INTRODUCCIÓN: El dolor del hombro hemipléjico es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes afectados por ictus, presentándose entre el 16%-84% del total de los casos. La aparición se produce durante el primer año y se relaciona con la espasticidad y la subluxación del hombro del miembro pléjico. Los pacientes afectados son propensos a retirarse de los programas de rehabilitación, permanecen más tiempo en el hospital, experimentan limitaciones del movimiento y una reducción en la calidad de vida.

OBJETIVOS: Establecer las principales recomendaciones para el manejo del hombro doloroso.

METODOLOGÍA: Búsqueda de artículos científicos en base de datos PubMed con los siguientes descriptores “stroke, pain, shoulder, treatment”, seleccionando artículos publicados en los últimos cinco años.

RESULTADOS: Una vez establecido el dolor el manejo es difícil, por lo que debemos llevar a cabo las siguientes medidas: trabajar desde la prevención manteniendo una posición normal de la extremidad en la etapa temprana tras el ictus, realizar una correcta higiene postural haciendo uso de cabestrillos, vendajes funcionales o un soporte para el brazo implantado en la silla de ruedas. El empleo de analgésicos y AINEs está indicado en el control del dolor y además facilita las sesiones de rehabilitación, en las que es preferible realizar movimientos con un menor rango de movimiento y sin agresividad. Por otra parte, la toxina botulínica parece ser efectiva para la espasticidad, y técnicas como la estimulación eléctrica funcional pueden utilizarse para mejorar la rotación lateral humeral y para reducir la subluxación glenohumeral. Por último, el uso conjunto del biofeedback con EMG y las técnicas de relajación pueden ser efectivas para el alivio del dolor.

CONCLUSIÓN: Debemos monitorizar el hombro pléjico durante el primer año con el fin de detectar este cuadro y adecuar el tratamiento. Es necesario realizar más estudios comparativos entre los diferentes tratamientos ya que no existen claras evidencias.

PALABRAS CLAVE: HOMBRO, DOLOR, ICTUS, HEMIPLEJIA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

ROCIO LOPEZ FERNANDEZ, LAURA TIRADO NUÑEZ

INTRODUCCIÓN: El auxiliar de enfermería en la unidad de rehabilitación, ayudará al personal en todo momento para cumplir sus funciones, como la limpieza, la ordenación del material utilizada, la higiene y en las necesidades básicas de la vida diaria del paciente.

OBJETIVOS: Identificar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de rehabilitación.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos de la literatura científica.

RESULTADOS: Satisfacer las necesidades de los pacientes, con ayuda del personal sanitario ayudándoles en todo lo posible a mejorar cada día hasta su total recuperación. Es asistir al personal capacitado en el área, a cumplir sus obligaciones, y con una buena coordinación y colaboración tanto del personal como del paciente, obtener buenos resultados. El auxiliar de enfermería se encargará del aseo y la limpieza de los paciente, limpieza y ordenación del material utilizado en la unidad. Ayudar a dicho personal en la colocación o fijación del paciente en el lugar especial de su tratamiento. Controlar las posturas estáticas de los enfermos y desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento.

CONCLUSIÓN: El TCAE tiene un papel importante en la unidad de rehabilitación, porque facilita al médico, enfermero y/o titular sanitario a satisfacer las necesidades del paciente como la ayuda que aporta al personal para que así realicen sus funciones.

PALABRAS CLAVE: LIMPIEZA, FUNCIONES, COLABORACIÓN, HIGIENE.

EDUCACIÓN SANITARIA: PRIMERA SEDESTACIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE FRACTURA DE FÉMUR

JOHN JAIRO FAJARDO DURANGO, JUAN MANUEL MONTES PALOMARES, ANA YAÑEZ RUIBAL, MARIA JOSE MARTIN DOMINGUEZ, CECILIA MALDONADO ACOSTA, RUBÉN HERNÁNDEZ LÓPEZ, LYDIA LOZANO PALACIOS, ARIANNE MENDEZ BRAVO

INTRODUCCIÓN: Después de una intervención quirúrgica, a un paciente con fractura de fémur, es importante para su posterior recuperación, que realice una primera sedestación en una silla de ruedas a las 24 horas de la cirugía. Seguidamente continuará con un proceso de rehabilitación con el personal especializado. El objetivo principal, es que el paciente después de la intervención, pueda llegar a tener la misma movilidad que antes, para ello, ha de empezar haciendo una sedestación que es el paso previo para poder volver a andar.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de la primera sedestación del paciente después de una intervención tras fractura de fémur.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo, una revisión bibliográfica sistemática en base de datos como Pubmed, Dialnet y en guías clínicas con diferentes centros hospitalarios y organizaciones sanitarias. Descriptores utilizados: “sedestación”, “motivar”, “mentalizar” y “caídas” a través de los operadores booleanos “XOR” y “NOT”.

RESULTADOS: Motivar al paciente mentalmente a realizar su primera sedestación. Preparar previamente silla de ruedas, pantalón y zapatos cerrados para evitar caídas. Tienen que colaborar enfermería, TCAI, y celador en esta primera sedestación, además de pedir al paciente que colabore en todo lo que sea posible para una pronta recuperación.

CONCLUSIÓN: A la hora de ponerse de pie para sentarse, el paciente debe tener puestas unas zapatillas cerradas para evitar resbalar. Durante el tiempo que dure la sedestación, se le controlará por si sufre algún mareo. Se le indicará ala familia que si observa algo fuera de lo normal que avise.

PALABRAS CLAVE: SEDESTACIÓN, CAÍDAS, MENTALIZAR, MOTIVAR.

ELECTROTERAPIA PARA COMBATIR EL DOLOR EN LA FIBROMIALGIA

JAVIER GILI ZAKI, CRISTINA CHAVES GASOL, EVELYN MAYAR ALCARAZ, MARIA PILAR MÉRIDA GALÁN, SANDRA MECERREYES MARTIN, MARIA TABOADA SOLE, ROSER BELLOSTES CARDIEL, LAURA PUIG GARCIA, SILVIA TORRES GÓMEZ, LAURA GOMEZ PORTA, MAGDALENA CALZADA MORE, PATRICIA ESCALONA CONTRERAS

INTRODUCCIÓN: La electroterapia es la parte de la fisioterapia que, a través de unos estímulos físicos producidos por una corriente eléctrica, consigue desencadenar una respuesta fisiológica la cual tiene fines terapéuticos. La fibromialgia es una condición muscular-esquelética compleja y de carácter crónico, que ocasiona intensos dolores, el tratamiento se centrará en la sintomatología.

OBJETIVOS: Analizar el proceso para reducir al máximo el posible dolor.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: En esta terapia se utiliza corriente eléctrica en el cuerpo con fines terapéuticos. Tipos de corriente: baja frecuencia: con frecuencia de hasta 800Hz, tiene efecto analgésico, antiespasmódico, hiperemiante, degeneración parcial de sistema neuromuscular. Alta frecuencia: frecuencia entre 20001-5 Mhz tendrá efectos hiperemiante analgésico, antiinflamatorio, antiespasmódico. Contraindicaciones: quemaduras, llevar alguna estructura metálica, marcapasos, fiebre, tumores. La electroterapia, tendrá efectos beneficiosos, ya que aliviara síntomas característicos de fibromialgia como el dolor generalizados músculos y articulaciones y la rigidez.

CONCLUSIÓN: La fibromialgia, es una patología crónica, cuyo tratamiento es únicamente sintomatológico, la fisioterapia basada en estímulos eléctricos, puede llegar a ser muy beneficiosa para disminuir el dolor tan difícil de tratar en esta enfermedad, es una terapia bastante efectiva teniendo en cuenta las contraindicaciones mostradas anteriormente.

PALABRAS CLAVE: ELECTROTERAPIA, DOLOR, FIBROMIALGIA, ESTÍMULOS, FISIOLÓGICA.

APROXIMACIÓN AL ESTADO ACTUAL DE LAS INTERVENCIONES ASISTIDAS POR ANIMALES EN PACIENTES CON AUTISMO

CRISTINA ABELLÁN PÉREZ, ALICIA ABELLÁN PÉREZ, PALOMA AGUILAR PONS, BELÉN VILLAR SÁNCHEZ-PEDREÑO, ADRIANA DE LA FUENTE PIÑERO, LAURA CONESA BASTIDA, MARTA ASENSIO AVELLAN, MARIA JOSE BAUTISTA JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del espectro autista (TEA) se consideran un conjunto de afectaciones, que pueden variar en cuanto a su grado de alteración, en el comportamiento social, lenguaje y/o la comunicación y, a su vez, por presentar un repertorio de intereses y actividades repetitivos, estereotipados y restringidos. Los estudios epidemiológicos revelan un progresivo aumento de los casos diagnosticados. Constatándose una prevalencia de 1 caso de TEA cada 160 niños. A éstos, la terapia asistida con animales les proporcionará beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos.

OBJETIVOS: Determinar los beneficios aportados por las intervenciones asistidas con animales en pacientes con autismo.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre "Intervenciones asistidas con animales en pacientes con autismo". Se consultaron diferentes bases de datos (Medline, PubMed, Psycinfo, PsicoDoc, Psychology Database, PsycArticles). En todos los casos, se limitó la búsqueda al intervalo 2008-2018.

RESULTADOS: Los animales estimularán los sentidos y desencadenarán reacciones emocionales y cognitivas que les permitirán acercarse hacia el mundo exterior. El movimiento del équido permitirá una relajación muscular que aumentará la sensopercepción táctil, estimulará la motricidad regulando el desarrollo del movimiento coordinado y, siendo éste hacia adelante, restablecerá la autoconfianza y servirá para la reducción de la agresividad y la ansiedad, estimulará la capacidad de atención y la memoria, el aumento de la interacción social y, por tanto, de la capacidad de adaptación.

CONCLUSIÓN: Para que las terapias asistidas con animales obtengan beneficios, es imprescindible que éstas se lleven a cabo por un equipo interdisciplinar, en el que se valoren las particularidades del usuario y se elabore un plan de trabajo individualizado y específico para éste.

PALABRAS CLAVE: AUTISMO, TERAPIAS ASISTIDAS CON ANIMALES, INTERVENCIONES EN AUTISMO, EQUINOTERAPIA, HIPOTERAPIA.

ESTUDIO DE LAS CONTENCIONES EN PACIENTES CON DELÍRIUM POSTQUIRÚRGICO

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

INTRODUCCIÓN: El delirium post operatorio DPO, es un trastorno provocado por la anestesia suministrada en la operación, intensidad del dolor, y la inflamación de la zona afectada del desenlace quirúrgico. Este resultado sistemático, produce en los pacientes diferentes alteraciones mentales, como trastornos del pensamiento, desubicación en el entorno espacio tiempo o agitación motora con síntomas de alucinaciones e ilusiones.

OBJETIVOS: Determinar el número de veces que el personal sanitario recurre al uso de las contenciones en el ámbito sanitario.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas relacionadas con el uso de las contenciones mecánicas. La selección de la búsqueda se centró en artículos publicados entre el 2006 y 2016. Las bases de datos a las que se accedió fueron Pubmed, Scopus, y Cinahl. Los criterios de inclusión establecidos fueron; Artículos sobre contenciones mecánicas en pacientes postquirúrgicos. Artículos en inglés, catalán y en español.

RESULTADOS: Encontramos diferentes factores en el uso de contenciones postquirúrgicas como son el tipo de anestesia (local/total), la edad del paciente, el personal sanitario, la familia y antecedentes mentales. De estos determinantes, el factor más relacionado para el uso de contenciones es el de la edad del paciente, junto al de antecedentes mentales.

CONCLUSIÓN: Es importante valorar y priorizar en las posibles autolesiones que se pueda provocar el paciente para el uso de las contenciones. Estas también pueden ser totales o parciales y de esta forma minimizar el impacto del movimiento natural del paciente. Reeducar a la familia en la importancia de la compañía en las primeras horas postquirúrgicas y minimizar el tiempo en las salas de reanimación, que suele desempeñar un papel importante en la pérdida del sentido espacio/tiempo del paciente.

PALABRAS CLAVE: CONTENCIONES, DELÍRIUM, POSTQUIRÚRGICO, DESORIENTACIÓN.

CASO CLÍNICO EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO

TATIANA RAMÍREZ VALDERAS, MARÍA ISABEL BENEDICTO MENA, ROCÍO BENÍTEZ ZARZUELA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 83 años que ingresa en el hospital por cuadro de 24h de evolución consistente en disartria y pérdida de fuerza en miembros izquierdos. Dependiente para todas las ABVD. RAM: intolerante a codeína. HTA, polimialgia reumática, síndrome ansioso-depresivo, déficit de vitamina D.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se coloca catéter venoso periférico en miembro superior derecho nº 20. TA: 145/86 mmHg FC: 88 lpm Spo2 basal: 97% Tº: 36.4°C Tendencia al sueño. Pupilas, oculomotricidad y resto de pares craneales normales. Disartria. Hemiparesia izquierda (MSI 1/5; MII 3/5). Se realiza TAC craneal, analítica de urgencia sin datos destacables, Rx tórax sin hallazgos de interés, Eco-doppler de troncos supraaórticos y ecocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: ACVA (Accidente cerebrovascular agudo) isquémico carotideo derecho (infarto isquémico en territorio profundo de arteria cerebral media derecha con pequeñas áreas compatibles con transformación hemorrágica). **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** La enfermedad cerebrovascular aguda se clasifica en dos grandes grupos: isquémica y hemorrágica. La isquémica puede ser global o focal; dentro de esta última nos encontramos el accidente isquémico transitorio y el infarto cerebral. Hasta no tener los resultados de las diferentes pruebas realizadas no podíamos saber con exactitud de qué tipo de ACV se trataba ni a qué zona afectaba. Se instaura tratamiento específico para ACVA isquémico y su tratamiento habitual.

CONCLUSIONES: El accidente cerebrovascular es la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, de manera focalizada, desarrollado por una enfermedad vascular por lo cual una rápida actuación evitará complicaciones. Es la segunda causa de muerte global y la primera en la mujer en la población española. Con el paso de los días se aprecia buena evolución y comienza con sesiones de rehabilitación. Cuyo objetivo es deambulación con buena calidad del patrón marcha. La evolución está siendo desfavorable ya que la paciente persiste en su estado funcional previo. Pronóstico a medio-largo plazo.

PALABRAS CLAVE: DISARTRIA, CEREBROVASCULAR, ISQUÉMICO, REHABILITACIÓN.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

GEMMA SOPO MONTALBAN, TRINIDAD VALVERDE LÓPEZ, VANESA BAUTISTA MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Es un servicio que realiza diferentes funciones, procesos y terapias para la mejora de una lesión o enfermedad del paciente. Ayudando y facilitando todas aquellas tareas que se le indiquen por parte de los especialistas. El TCAE ayuda al técnico titulado facilitando el tratamiento, funciones, actividades a realizar. Debe tener conocimiento de patología y anatomía para dar información al paciente y familiares que les sea útil. Ofrecer ayudas al paciente en lo que necesite, movilización...

OBJETIVOS: Determinar el papel del TCAE en rehabilitación.

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

RESULTADOS: Se hará cargo de la higiene del paciente que lo necesite. Ayudar en deambulaciones, movilizaciones... Ayudar al paciente que necesite desvestirse y a vestirse. Limpiar y ordenar todo el material usado en el servicio de rehabilitación. Controlar posturas estáticas del paciente. Recibir al paciente y organizar la agenda. Dar apoyo emocional a los pacientes. Facilitar aquel material necesario para el tratamiento, siempre supervisado por el técnico titulado. El TCAE se encargará en dar una buena calidad en el servicio, siendo un apoyo para el usuario y técnico.

CONCLUSIÓN: El TCAE facilita las funciones y métodos que lleva a cabo el medico, enfermeros o técnico o titulado del área de rehabilitación, comunicando a su superior cualquier anomalía.

PALABRAS CLAVE: FUNCIÓN, TCAE, SERVICIO, REHABILITACIÓN.

CINESITERAPIA COMO FACTOR FUNDAMENTAL PARA EL TRATAMIENTO DE PROTESIS DE HOMBRO

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

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se realiza un estudio con un paciente de 75 años que sufre caída y en consecuencia de esta una fractura polifragmentaria de la cabeza humeral con necrosis de la misma, por lo que se reemplaza por una prótesis de hombro, siendo las fracturas de hombro una de las causas más frecuentes de la implantación de prótesis de hombro, se pretende demostrar con un caso clínico que la fisioterapia a través de la cinesiterapia activa-asistida será la forma más efectiva para recuperar la máxima funcionalidad en este tipo de afectación por encima de otras técnicas ya que la movilización precoz facilita y posibilita la recuperación del miembro.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Durante la exploración se apreció gran impotencia funcional, con rangos articulares y derrame a nivel del Deltoides y del codo.

JUICIO CLÍNICO: Tras 15 días de inmovilización con cabestrillo se inicia la fisioterapia sólo con movilizaciones activo-asistidas de forma diaria, para valorar la técnica aplicada de forma individual, tenía mejores resultados que asociada a otras técnicas como la poleoterapia o la mecanoterapia. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Después de 4 semanas de tratamiento y de aplicar única y exclusivamente la cinesiterapia activa-asistida se lograron las medidas articulares buenas: el derrame desapareció por completo a nivel del Deltoides y del codo.

PLAN DE CUIDADOS: Se recomienda utilizar la cinesiterapia activa-asistida para tratar las prótesis de hombro como técnica única ya que es con la que mejores resultados se obtienen a la hora de recuperar la funcionalidad en caso de prótesis de hombro.

CONCLUSIONES: El hombro al ser una articulación enartroidea tiene una amplia movilidad y se utiliza con frecuencia por lo que es importante recuperar la máxima funcionalidad para no limitar al paciente en sus actividades, su recuperación con la mayor precocidad posible depende de aplicar las técnicas adecuadas en cada momento, por lo que recomendamos la cinesiterapia activa-asistida

PALABRAS CLAVE: CINESITERAPIA, FISIOTERAPIA, HOMBRO, PROTESIS.

REVISIÓN SISTEMÁTICA EN LAS RESTRICCIONES DE MOVILIDAD ARTICULAR EN PACIENTES HEMOFÍLICOS

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

INTRODUCCIÓN: La hemofilia es una enfermedad en la cual, la sangre de las personas que la padecen, no coagula o lo hace anormalmente por lo que sufren sangrados frecuentes y anormales. Esto las lleva a tener sangrados internos en articulaciones, adherencias internas, dolor, artritis. Estas características hacen que el tratamiento fisioterápico sea fundamental para evitar restricciones de movilidad en las articulaciones debido a las cicatrices internas.

OBJETIVOS: Analizar las articulaciones que mas frecuentemente se ven afectadas, para posteriormente poder realizar un trabajo de hidroterapia de ellas utilizando material de flotación, para evitar anquilosis.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática en la base de datos medline plus usando como descriptores fisioterapia y hemofilia. Se obtienen 7 artículos de los cuales rechazamos 2 debido a que no contienen información que nos resulte de utilidad, pues no relacionan la fisioterapia y la hemofilia.

RESULTADOS: Las hemorragias articulares más frecuentemente son en la rodilla, codo, tobillo, hombro, muñeca, dedos y dedos de los pies. En nuestro trabajo analizamos cuales son las restricciones específicas para cada una de esas articulaciones y mostramos posibilidad de tratamiento acuático con material de flotación para cada una de ellas.

CONCLUSIÓN: Es imprescindible que cuando se realiza el diagnóstico de un paciente con hemofilia el fisioterapeuta forme parte del equipo multidisciplinar que lo atienda, para prevenir posibles lesiones, que una vez instaurada no tendrían solución. El tratamiento en hidroterapia es una de las posibilidades siempre y cuando la piscina este especialmente adaptada y permita un tratamiento seguro para este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: HEMOFILIA, FISIOTERAPIA, ARTICULACIONES, RESTRICCIÓN.

