



FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Carrera de Kinesiología y Fisiatría.

TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL.

TITULO:

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

AUTORA: Danieli, María Florencia.

ASESORA METODOLÓGICA: Cubilo, María Ernestina.

ASESOR TEMÁTICO: Lic. Furrer, María Emilia.

LA RIOJA
-201

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía en la vida, sobre todo en este camino, por ayudarme a cumplir cada sueño.

A mis padres, Carlos y Alicia, mis pilares fundamentales, por apoyarme en cada decisión y no soltarme la mano.

A mis hermanos, Leonardo y Lorena, a mí cuñada Norma y a mis sobrinos Benjamín, Ernestina y Octavio, por su apoyo permanente.

A mis abuelos, a mi familia materna y paterna por estar siempre presente de una u otra forma.

A mis amigas de toda la vida por su incondicional e inmensa amistad.

A mis amigas Vanessa, Milagro, Romina y Agostina que fueron mis compañeras de vida durante estos cinco años, gracias por su alegría y ayuda incondicional.

A mi Tutora, Emilia, por brindarme todos los conocimientos necesarios y estar siempre dispuesta para la elaboración del trabajo.

Finalmente agradecer a la vida por darnos grandes oportunidades y enseñarnos a no desaprovecharlas.

“Recuerda que el sentido de la vida no es precisamente el de obtener todo lo que queremos, sino más bien saber compartir todo lo que tenemos y sabemos”

-Arturo Hdez L.-

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

RESUMEN.

El daño cerebral hace referencia a una lesión que afecta al tejido cerebral, consecuencia de esto se produce una pérdida de funciones cerebrales antes presentes. La pérdida de la misma afecta el funcionamiento del paciente, limitando su autonomía personal y llevando a una interrupción del proyecto de vida. Este tema propone que se brinde la información necesaria a la familia y al paciente acerca del cuidado correcto del mismo para lograr así una rehabilitación favorable. El objetivo general es investigar si los pacientes neurológicos luego de haber sufrido un daño y recibiendo rehabilitación kinésica, presentan una correcta adaptación de dispositivos y reacondicionamiento domiciliario para su óptima calidad de vida. Se utilizó un diseño descriptivo transversal, observando las variables propias del paciente neurológico: sexo, edad, etiología de la patología, adaptaciones familiares, dispositivos ortopédicos, información sobre la atención del paciente e incapacidad del mismo. El estudio comprende de 70 pacientes neurológicos entre 20 y 60 años de la Ciudad de La Rioja. Teniendo en cuenta los datos obtenidos, se conoció que una adecuada utilización de dispositivos y la mayor información posible a la familia lleva a que el paciente obtenga una rehabilitación óptima para poder reinsertarse en la sociedad lo más rápido posible y de manera correcta.

ABSTRACT.

Brain injury refers to an injury that affects the brain tissue consequence a loss of brain functions occurs before present. The loss of it affects the functioning of the patient, limiting their personal autonomy and leading to a disruption of the life project. This topic proposes that the required information to the family and the patient about the proper care of it be provided in order to achieve a favorable rehabilitation. The overall objective is to investigate whether neurological patients after suffering an injury and receiving physical therapy rehabilitation, have a proper adaptation of devices and home reconditioning for optimal quality of life. A cross-sectional design was used, observing the neurological patient's own variables: sex, age, etiology of the disease, family adaptations, orthopedic devices, information on patient care and inability to act. The study comprised of 70 neurological patients between 20 and 60 years of the city of La Rioja. Given the data, it was learned that the proper use of devices and as much information as possible to the family carried the patient to obtain optimal rehabilitation to reintegrate into society as quickly as possible and correctly.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

FUNDAMENTACION.

Una secuela neurológica lleva a un trastorno físico y emocional para el paciente que ha sufrido un ictus agudo, el cual requiere de una rehabilitación óptima para reinsertarse en la sociedad de manera correcta.

La fisioterapia neurológica aplica técnicas adecuadas para mejorar la calidad de vida y las alteraciones estructurales del paciente, dándole eficacia en sus movimientos y posturas, llegando así al bienestar y a la mejoría de su calidad de vida.

En Argentina se considera que al menos hay 82.000 casos de personas que sufrieron un accidente cerebrovascular de manera anual. Según las estadísticas, en la Ciudad de La Rioja se obtuvo un promedio de 680 personas que padecieron el mismo.

Se estima que los pacientes que sufrieron daño neurológico reciben rehabilitación kinésica en sus respectivos domicilios y/o instituciones, teniendo así las adaptaciones necesarias aplicadas por el fisioterapeuta para su correspondiente recuperación.

MARCO TEORICO.

En este trabajo de investigación se va a abordar la importancia de las diferentes adaptaciones de dispositivos para una rehabilitación correcta de pacientes que hayan sufrido algún tipo de lesión con secuelas neurológicas. La patología principal en la cual se va a enfoca es el Accidente cerebrovascular (ACV), pero también se tienen en cuenta las lesiones medulares, esclerosis múltiple y traumatismos craneoencefálicos (TEC), ya que llevan al paciente a tener un alto grado de incapacidad.

Definición de Ictus.

El termino ictus según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como signos clínicos de perturbación de la función cerebral de rápido desarrollo que dura más de 24 horas, sin más causa aparente que un trastorno vascular. (NAVARRO PEREZ, MARTINEZ CAMPOS, FERRI CAMPOS. 2007).

La patología vascular cerebral tiene un enorme impacto en la vida de las personas. Ocasiona grandes pérdidas desde el punto de vista físico, psicológico y social. La recuperación de la enfermedad cerebrovascular aguda (ECVA) es un fenómeno complejo. (GARATE ETXENIKE, GONZALES DE SAN PEDRO, DEMAS, 2009)

Accidente cerebrovascular (ACV).

Los accidentes cerebrovasculares son una de las tres causas más frecuentes de coma cerebral y muerte. Consisten en la disfunción neurológica producida por la reducción del flujo sanguíneo

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

cerebral. El cuadro neurológico puede ser transitorio o definitivo. La isquemia cerebral es una alteración potencialmente reversible de la función cerebral, resultante de la provisión inadecuada de oxígeno o glucosa. Si la isquemia es grave como para producir muerte cerebral, se llega al infarto cerebral, situación en que las posibilidades de reversión disminuyen considerablemente. La muerte neuronal sobreviene a los 5-10 minutos de la isquemia. (CARDINALI, 2007)

La hemorragia cerebral es una de las formas más graves de accidente cerebrovascular y resulta de la ruptura espontánea de la pared de un vaso sanguíneo debilitado por una hipertensión arterial de larga evolución, o por la presencia de un ensanchamiento congénito de la pared o un aneurisma. En el primer caso la hemorragia ocurre hacia el parénquima cerebral (hemorragia intracerebral). En el segundo caso, se acompaña, además, de hemorragia hacia el LCR, dado que los aneurismas se ubican, en general, en la superficie de los hemisferios. Ambos tipos de hemorragias (intracerebral, subaracnoidea) son de pronóstico serio, debido al efecto de masa y compresión de estructuras cerebrales vecinas y al severo espasmo de los vasos cerebrales debido a la presencia de sangre en el LCR. (IDEM, 2007)

Los émbolos producidos pueden causar disfunciones sensoriales, motora o del lenguaje, o ceguera unilateral transitoria. Los ataques isquémicos transitorios deben evaluarse y diagnosticarse cuidadosamente a fin de prevenir episodios de mayor gravedad. (IDEM, 2007).

La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en el mundo, representa la causa más frecuente de discapacidad permanente en adultos. (RODRIGUEZ LUCCI, FLUJOL LEREIS, 2013).

En una persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular existen al menos dos puntos críticos en el proceso de la rehabilitación en los que nota un cambio en la provisión de servicios. El primero sucede cuando sale del hospital para volver a la vida en la comunidad, ya sea en su casa o en un centro. El segundo punto de transferencia o alta sucede al final del programa de la fisioterapia. Estas etapas en la vida de una persona con ACV son estresantes y a menudo son percibidas como momentos de confusión para los pacientes y sus cuidadores. (STOKES, 2013)

Lesión

medular.

La Lesión Medular (LM) es un proceso patológico que produce alteraciones de la función motora, sensitiva o autónoma, con diversas consecuencias psicosociales para la persona y su familia, siendo así generadora de importantes procesos de discapacidad. La etiología de las lesiones medulares es muy variada e incluye causas de origen congénito, traumático, infeccioso, tumoral o secundario a enfermedades sistémicas. La mayoría de la literatura científica establece en primera instancia como causa de LM el trauma, se encuentra el asociado a accidentes de tránsito, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca, caídas de altura, inmersiones en aguas poco profundas, accidentes deportivos y accidentes laborales, entre otras. En segunda instancia se encuentran las lesiones no traumáticas asociadas a factores congénitos, secundarios a diferentes patologías o por intervenciones médicas o quirúrgicas (HENAO-LEMA, 2012).

Los síntomas, que dependen de la gravedad de la lesión y su localización en la médula espinal, pueden incluir la pérdida parcial o completa de la sensibilidad o del control motor en brazos o piernas e incluso en todo el cuerpo. Las lesiones medulares más graves afectan a los sistemas de regulación del intestino, la vejiga, la respiración, el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La mayoría de las personas con lesiones medulares sufren dolor crónico. (OMS)

El dolor es un problema frecuente para muchas personas tras una lesión medular y puede interferir

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

de forma significativa en la vida diaria de la persona, afectando su entorno personal, familiar, social y laboral. Se puede experimentar uno o varios tipos de dolor, que se distinguen por su localización, las sensaciones percibidas y la duración y gravedad del mismo. Estos factores pueden variar bastante y son la clave para entender su causa y escoger el tratamiento más adecuado. (SOLER FERNANDEZ, VIDAL SAMSO, 2007).

Una lesión medular **COMPLETA** se presenta cuando no hay funciones debajo del nivel de la lesión y no hay sensibilidad ni movimientos voluntarios. Los dos lados del cuerpo están afectados de igual forma.

Una lesión **INCOMPLETA** es cuando prevalece algo de funciones debajo del nivel primario de la lesión. Una persona con una lesión **INCOMPLETA** puede ser capaz de mover más un miembro que el otro; puede sentir partes del cuerpo que no puede mover, o puede tener más funciones en un lado del cuerpo que en el otro.

La lesión medular es uno de los traumatismos que produce un mayor número de pacientes encamados prolongados y discapacitados. Las secuelas físicas adquieren tal importancia que no se puede dejar de atender aspectos tan básicos como la higiene, la correcta alineación en el periodo de encamamiento o la tarea diaria de transferir los pacientes a los distintos elementos de ayuda a utilizar. Los cuidados de enfermería en lesión medular, constituyen el eje fundamental sobre el cual girará la rehabilitación correcta. A la vez, su información y formación supondrá invertir en una futura mejora de calidad de vida. (ARROYO GARCIA VERDUGO, GARRIDO HERNANDES, DEMAS, 2007)

Una de las consecuencias más comunes de la lesión medular es la paraplejía, la cual se caracteriza por una parálisis de los miembros inferiores

Esclerosis múltiple (EM).

La Esclerosis Múltiple es un trastorno crónico, autoinmunitario y neurodegenerativo del sistema nervioso central (SNC) caracterizado por inflamación, desmielinización, pérdida de oligodendrocitos y neuronas, que da lugar a una acumulación de discapacidad neurológica. Continúa siendo una de las principales causas de incapacidad permanente en las personas jóvenes. (SANCHEZ, VELA, 2011)

La EM es una enfermedad heterogénea en su presentación y evolución. Normalmente la enfermedad se presenta en forma de episodios de déficit neurológico agudo, dando lugar a una forma remitente-recurrente (EMRR) que se caracteriza por brotes (recidivas) seguidos de recuperación completa o incompleta. Con el tiempo, en la mayoría de los pacientes se produce la evolución a un curso secundariamente progresivo (EMSP), que se caracteriza por una progresión continua. (IDEM, 2011) Las manifestaciones clínicas típicas de la EM en relación con la localización del foco de desmielinización incluyen: trastornos sensitivos-motores en uno o más miembros (es la forma de presentación en alrededor del 50 % de los pacientes), neuritis óptica (síntoma inicial en el 25 % de los pacientes), diplopía por oftalmoplejía internuclear, ataxia, vejiga neurogénica, fatiga, disartria, síntomas paroxísticos como neuralgia trigeminal (se presenta en menos del 10 %), nistagmo, vértigo. Son más raros los signos corticales (afasia, apraxia, convulsiones, demencia) y los signos extrapiramidales (corea, rigidez). (RUIZ GARCIA, SOLAR SALAVERRI, 2006)

Estas enfermedades representan un amplio espectro de procesos con distintas características clínicas, patológicas y radiológicas. (J.C. DE CURA, 2010)

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

Traumatismo craneoencefálico o encefalocraneano (TEC).

El trauma encefalocraneano se define como aquel al que se le pueden atribuir una o más de las siguientes consecuencias: pérdida o disminución del estado de conciencia, amnesia, fractura del cráneo, anormalidad neurológica o neuropsicológica, lesión intracraneal o muerte. Durante la evolución cronológica del trauma se presentan tres picos de mortalidad: uno alrededor del evento, incompatible con la vida, asociado a lesiones de los sistemas nervioso central y cardiovascular; el segundo se explica por las hemorragias que ocurren dentro de la primera hora, y el tercero se asocia a las complicaciones que se presentan entre los días cinco y siete después del evento. (ARANGO SOTO, QUEVEDO VELEZ, MONTES GALLO, OTROS, 2008). El traumatismo craneoencefálico ha cobrado un gran auge en la actualidad debido a que constituye la primera causa de muerte y discapacidad en individuos menores de 45 años en el mundo. Representa uno de los problemas sanitarios, sociales y económicos más importantes, debido a que sustrae de la sociedad, sobre todo individuos en las edades más útiles de la vida, origina terribles secuelas físicas y neuropsicológicas, y ocasiona un importante coste sanitario y social. (PIÑA TORNES, GARCÉS HERNÁNDEZ, VELÁZQUEZ GONZÁLES, OTROS, 2010)

Kinesiología neurológica.

La kinesiología neurológica establece un conjunto de técnicas físicas cuya finalidad es revertir el deterioro producido por alguna patología que afecta al SNC. La rehabilitación se puede realizar tanto en el consultorio como en el hogar.

Como dejó escrito McLellan en 1997, la rehabilitación es más parecida a un proceso activo de enseñanza que a un concepto de tratamiento tradicionalmente más pasivo. Definió a la rehabilitación como: “Un proceso de cambio activo por el que una persona que ha sufrido una discapacidad adquiere el conocimiento y las habilidades necesarias para una función física, psicológica y social óptima. (STOKES, 2013).

Según la Brain Injury Association of Queensland (2009) se destacó el papel y las habilidades singulares del neurofisioterapeuta. La asociación señala que mientras siguen estando vitalmente implicados con el movimiento, igual que todos los fisioterapeutas, los especialistas en intervenciones neurológicas pueden estar especializados en enseñar y entrenar a sus pacientes. (IDEM, 2013)

La fisioterapia neurológica es un campo complejo de intervención, para lo cual se requiere que el fisioterapeuta mantenga una comunicación efectiva con el equipo interdisciplinario y razone permanentemente acerca de los fundamentos científicos en los que basa su actuación, de esta manera estará en capacidad de proponer con éxito las estrategias y técnicas terapéuticas de intervención en la práctica clínica. (GONZÁLEZ AREVALO, 2005).

El inicio precoz del tratamiento y su intensidad y duración adecuadas conllevan mayor recuperación funcional y menor mortalidad, tasa de institucionalización y estancia hospitalaria. Es imprescindible realizar un esfuerzo de planificación para que los pacientes puedan beneficiarse de un tratamiento neurorehabilitador específico iniciado precozmente, con la intensidad necesaria y de forma continuada durante el ingreso y posteriormente de forma ambulatoria. (MURIE- FERNÁNDEZ, 2010).

Psicología del paciente y su familia, luego del ictus.

Los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos. La mayoría son depresiones leves pero interfieren notablemente en el proceso rehabilitador y se asocian a un aumento de la mortalidad. La labilidad emocional es frecuente y tiende a desaparecer sin necesidad de medicación. Sin embargo,

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

en casos de llanto persistente o que interfiera en la rehabilitación o en la relación con la familia puede considerarse el tratamiento farmacológico. (MESENGUER GAMBON, 2011).

El fisioterapeuta debe tener en cuenta que el paciente luego de haber sufrido un ictus agudo va a presentar un grado de depresión en el cual se debe lograr una estabilidad de la misma para poder avanzar en el tratamiento.

Los comportamientos más característicos son:

- Animo depresivo: la queja principal en la mayoría de los casos. Este estado se refleja en la postura, la expresión facial, el habla y la apariencia general del paciente.
- Dificultad en el sueño: ya sea dificultad para dormirse o despertarse en la mañana temprano.
- Pérdida de energía: el paciente se siente cansado, puede inclusive imaginar que padece alguna enfermedad seria.
- Pérdida de interés: el paciente pierde el interés en el trabajo, el hogar, las actividades sociales, el sexo.
- Pérdida de la concentración: el paciente es incapaz de concentrarse, la memoria le es infiel. Preocupado con sentimientos mórbidos de duda acerca de sí mismo y de culpa.
- Pérdida del apetito: la mayor parte de los pacientes pierde el apetito, a pesar de que las personas más jóvenes pueden comer excesivamente como compensación por sentimientos de insuficiencia. (DOWNIE, 2006)

La familia del paciente necesita una buena orientación psicoeducativa que le ayude a comprender lo que supone la lesión que ha sufrido su ser querido y la posible evolución que cabe esperar.

Es vital que el fisioterapeuta domiciliario gane la confianza y la cooperación del paciente y su familia. El mismo enseñara a la familia ciertos ejercicios y rutinas y deberá confiar en su propio juicio con respecto al grado de compromiso familiar, en vista de que ellos están actuando como ayudantes no remunerados que proporcionan cuidados entre las visitas. En tal situación, no es inusual que el fisioterapeuta sea visto como parte de la familia, es por eso que deberá mantener su lugar profesional con la finalidad de que los límites entre los respectivos papeles no resulten indefinidos. (IDEM, 2006).

Hay que tener que cuenta que el kinesiólogo debe lograr un vínculo de suma confianza para obtener grandes resultados dentro de la rehabilitación.

Durante la enfermedad, los familiares no tienen el mismo grado de responsabilidad, hay un cuidador principal (aunque no siempre), que se ocupa de cuidar, pero esta tarea le supone una pérdida de autonomía personal, responsabilidad y trabajo. Por este motivo, cada vez con más frecuencia se tiende a crear entornos cuidadores, donde participen la mayoría de los miembros de la familia. (BENITO DOMINGO, 2012).

En cuanto a los dispositivos que el paciente requiere, es el fisioterapeuta va el primero en reconocer una necesidad en particular, y se enfrentara ante la solución de arreglos con ciertos servicios de apoyo para el paciente y su familia. No debe pasar por alto el nivel económico del domicilio para solicitar ciertos elementos necesarios. (DOWNIE, 2006).

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

Adaptaciones y cuidados en el domicilio.

El terapeuta debe reentrenar con el paciente y la familia aquellas actividades en la que presente dificultad, así mismo enseñarles el uso de ayudas técnicas que precise.

Cuando el paciente se encuentre acostado se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Paciente en cama: se debe mantener la cabeza en una posición neutra y manteniendo la corrección mediante un rodillo en forma de cuña en el lado derecho (toalla enrollada por ejemplo) colocado bajo la almohada de manera que incline y gire la cabeza hasta una posición más neutra. Esto favorecería la reeducación del equilibrio sobre la musculatura del cuello, evitando la UPP en la oreja. Para el hombro colocamos una almohada bajo la escápula pléjica, lo que corrige su posición y permite al brazo estar extendido en posición correcta y elevada, es decir, con el codo extendido, la muñeca en flexión dorsal y los dedos extendidos. Un rodillo bajo la mano llevaría la muñeca a extensión, manteniéndola en una posición más funcional y evitando la tensión del sistema circulatorio a ese nivel reduciendo así el riesgo de inflamación de la mano. Se podría también adoptar una posición anti edema de todo el miembro superior que favorecería la circulación de retorno.

En la cadera se debe corregir la tendencia a la rotación externa que favorece la posición supina prolongada. Se puede hacer uso de un rodillo con una sábana o toalla llevando el muslo izquierdo en su parte externa con la cadera corregida en rotación neutra; no serviría colocar el rodillo lateralmente al muslo, porque de este modo no tendría ese efecto corrector, por ello tiene que hacer un efecto cuña. A su vez, la pelvis tiene que estar corregida para que no se encuentre inclinada hacia la izquierda, impidiendo el apoyo prolongado sobre el trocánter izquierdo y evitando una UPP a este nivel. Es importante colocar la almohada o rodillo en una posición media entre el tobillo y la rodilla, de forma que el talón no esté apoyado, pero a su vez la rodilla descansa en una ligera semi-flexión.

En cuanto al pie, éste tiende a caer a favor de la gravedad adoptando la postura denominada pie equino. Para evitar esta posición mantenida y el acortamiento de la musculatura gemelar que provoca, sería conveniente colocar un mecanismo semirrígido (gomaespuma de alta densidad, ya que una simple almohada sería deformada y un plano más rígido como un cajón de madera puede favorecer la aparición de espasticidad), consiguiendo reducir los grados articulares progresivamente hasta llegar a unos 90°, que serían más funcionales en la marcha posterior. (LUQUE MORENO; PEÑA SALINA; DEMAS, 2012).

- En cuanto a la higiene del paciente es posible que necesite que un auxiliar le ayude a realizar su aseo, si el paciente no puede colaborar se realizara un baño en la cama. (LIMONES, 2014).

Si la persona se puede desplazar, es conveniente hacerlo en el cuarto de baño, acondicionado para evitar caídas y dar mayor seguridad.

La bañera debe disponer de goma antideslizante en su superficie e instalar pasamanos o barandillas en ambos lados del inodoro y la bañera. Colocar una silla de plástico dentro de la ducha para que pueda sentarse. Para salir de la bañera, colocar una alfombra de baño o toalla gruesa para evitar caídas. Secar bien y evitar la humedad de la piel, sobre todo en los

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

pliegues (axilas, ingle). Proteger y cuidar la piel con cremas hidratantes extremando el cuidado de las zonas con prominencias óseas.

Para la higiene bucal, son prácticos los cepillos de mango largo.

Es preferible, si puede, que realice solo su aseo personal aunque sea con dificultad y hacer trabajar la parte del cuerpo afectada

- Alimentación: indicándoles la postura correcta para comer (sentados con los dos pies apoyados en el suelo, espalda recta apoyada sobre el respaldo de la silla, brazo pléjico sobre la mesa).
- Vestido: primero la parte superior, después la parte inferior y al final incluyendo las prendas más complejas, ropa interior. Hay que tener en cuenta el lugar donde se coloque la ropa y la posición de la misma para que no haya riesgo de caídas.
- Movilizaciones: para evitar complicaciones. Se moverán todas las articulaciones al menos 2 veces al día, ya sea con ayuda familiar o por el paciente de manera individual, para evitar la rigidez articular. A veces es necesario el uso de ciertos aparatos para evitar deformidades (cabestrillo, férulas).

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las indicaciones son para pacientes que presentan hemiplejía, pero también existen otro tipo secuelas no menos importante. Finalmente hay que tener en cuenta los diferentes dispositivos que el paciente requiere en su domicilio para la recuperación y rehabilitación correcta. Los diferentes dispositivos utilizados por los pacientes con este tipo de lesiones son: férulas, muletas, silla de rueda, andador y bastón.

Las sillas de ruedas deben tener siempre freno con una palanca de fácil acceso. Los apoyapiés y brazos deben levantarse fácilmente. En cuanto a las ortesis se pueden utilizar cabestrillos, férulas de muñeca y mano, ortesis de rodilla, de tobillo, de pie y antiequino.

En pacientes con tetraplejía se confeccionan férulas de reposo o férulas funcionales con el objetivo de evitar contracturas, mantener una posición funcional y favorecer la tenodesis (Transformación del tendón de un músculo paralizado en un ligamento de inserción extraarticular).

Las ortesis de la extremidad superior, mediante la aplicación de fuerzas dinámicas a una articulación, pueden facilitar la reducción de contracturas. Para la realización de la marcha existen unas ortesis que se utilizan en función del nivel neurológico del paciente: ortesis mecánicas, estimulación eléctrica funcional (EEF) y ortesis híbridas (combinación de ortesis mecánica y EEF). Las ortesis mecánicas más simples son las antiequino y las de pie-tobillo-rodilla (KAFO). Otros aparatos utilizados son el walkabout, ortesis recíprocadoras (RGO y ARGO), parawalker y la ortesis de Vannini- Rizzoli. La adaptación de ortesis en las EEII facilita (antiequino en la hemiparesia) e incluso hace posible (ortesis por encima de la rodilla en caso de LM) la deambulación. Su efecto beneficioso se objetiva en análisis instrumentales de marcha.

Los andadores se pueden clasificar en fijos o plegables, articulados o no; y con y sin ruedas. Tienen una gran importancia en la ayuda que proporcionan para mejorar la autonomía de personas con distintos tipos de minusvalía.

Las ayudas para la marcha aumentan la seguridad al incrementar la base de sustentación y el equilibrio. Los bastones y trípodas descargan la activación del glúteo medio para estabilizar la

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

pelvis en la fase de apoyo del lado parético cuando se usa con la mano opuesta. Los hemipléjicos a menudo mantienen el bastón con una base de sustentación superior a la deseable, lo que aminora la transferencia de carga en la fase de apoyo con el lado parético y reduce la cadencia de la marcha. El empleo de muletas o andadores requiere una capacidad de presión con ambas manos. (SANCHEZ; FERRERO; DEMAS, 2008).

OBJETIVOS

Objetivo general.

- Determinar si hay una correcta adaptación de dispositivos en el domicilio del paciente neurológico en rehabilitación.

Objetivos específicos.

- Identificar cual fue la patología más común que lleva al paciente a presentar una alteración.
- Estudiar qué nivel de conocimiento poseen los hogares que tienen un miembro conviviente con secuelas neurológicas.
- Investigar el uso o empleo de dispositivos (férulas, bastones, sillas de ruedas) por parte de la familia.
- Indagar el asesoramiento técnico disponible acerca de los cuidados del paciente.
- Conocer si se presentan dificultades en la atención del mismo.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

METODOLOGIA DE ESTUDIO.

Tipo de diseño.

El trabajo de investigación se realizó como un estudio Descriptivo- Observacional, ya que el mismo se enfoca a la descripción y análisis de las adaptaciones domiciliarias en pacientes neurológicos luego de haber sufrido algún tipo de lesión.

En cuanto a la dimensión temporal en que se realiza la observación y análisis del objeto de estudio, es de tipo transversal en tiempo presente.

El trabajo se va a llevar a cabo en el domicilio, centro de rehabilitación, hospital y en centros de salud, en el cual se va a indagar si presenta las diferentes adaptaciones para manejarse dentro del hogar y realizar las actividades de la vida diaria.

También se va a investigar si la familia del paciente tiene los conocimientos correctos para darle una óptima calidad de vida al mismo.

Unidad de análisis.

La unidad de análisis a estudiar es en pacientes neurológicos entre 20 y 60 años de edad, los cuales sufrieron un ictus agudo (ACV), pacientes con lesión medular, esclerosis múltiple o algún tipo de lesión o enfermedad que tenga como consecuencia complicaciones para continuar su vida de manera normal en la Ciudad de La Rioja.

Se realizara una encuesta al fisioterapeuta, al paciente o a la familia del mismo.

Universo y muestra.

Para este trabajo se tomó una misma población, es decir pacientes que realizan tratamiento kinésico actualmente por haber sufrido ACV o alguna patología con secuelas neurológicas. Se tomó una población de 680 pacientes y el tamaño de muestra fue de 70 personas según el 90% de confianza, con un error muestral de 0.1%. El tipo de muestra fue probabilística al azar simple en donde al paciente se lo selecciono en los diferentes Centros de Rehabilitación Privada y Centros Primarios de la Ciudad de La Rioja, se tomaron solo los pacientes neurológicos que reúnen las características mencionadas anteriormente. Se tomaron pacientes que asisten al Centro Primario Faldeo del Velazco Sur, Hospital Enrique Vera Barros, Centros Privados Neurolar y Equilibrium, entre otros. Finalmente pacientes que realizan rehabilitación kinésica en sus correspondientes domicilios.

680 \longrightarrow 70 paciente neurológicos.
N n

Criterios de inclusión: Hombres y mujeres. Pacientes de 20 a 60 años con secuelas de ACV, lesión medular, esclerosis múltiple o TEC, los cuales presenten un alto grado de incapacidad.

Criterios de exclusión: Pacientes con parálisis cerebral. Pacientes con algún tipo de tumor cerebral.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	INDICADORES	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.	INSTRUMENTOS
Sexo.	Cantidad de hombres y mujeres.	Entrevista.	Encuesta.
Edad.	Cantidad de pacientes entre 20 y 40 años.	Entrevista.	Encuesta.
Etiología de la patología neurológica.	Cantidad de pacientes con Esclerosis Múltiple, ACV o Lesión medular.	Entrevista.	Encuesta.
Adaptación familiar.	Cantidad de pacientes con correcta adaptación de dispositivos en el domicilio.	Entrevista.	Encuesta.
Ortopedia.	Porcentaje de pacientes que complementan el tratamiento kinésico con ortopedia.	Entrevista.	Encuesta.
Información familiar sobre la atención al paciente.	Porcentaje de los pacientes que fueron informados.	Entrevista.	Encuesta
Reacondicionamiento de los espacios dentro de la vivienda del paciente.	Porcentaje de domicilios que tuvieron que realizar cambios.	Entrevista.	Encuesta.
Tiempo.	Porcentaje de pacientes según el tiempo de tratamiento realizado.	Entrevista.	Encuesta.
Incapacidad.	Porcentaje de grado de incapacidad que presenta cada paciente.	Entrevista.	Encuesta.
Sesiones.	Porcentaje de cantidad de sesiones que recibe el paciente semanalmente.	Entrevista.	Encuesta.
Actividad física.	Porcentaje de pacientes que realizan actividad física.	Entrevista.	Encuesta.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

En las siguientes tablas y gráficos se presentan los resultados obtenidos a partir de la investigación realizada sobre las adaptaciones en el domicilio para la rehabilitación del paciente neurológico.

TABLA N° 1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGÚN EL SEXO Y LA ETIOLOGIA DE LA PATOLOGIA.

Tabla de contingencia Sexo * Etiología de la patología

		Etiología de la patología			Total	
		Accidente cerebrovascular	Lesión medular	Otro		
Sexo	Recuento	27	8	4	39	
	% dentro de Sexo	69,2%	20,5%	10,3%	100,0%	
	Masculino	% dentro de Etiología de la patología	52,9%	80,0%	44,4%	55,7%
		% del total	38,6%	11,4%	5,7%	55,7%
	Femenino	Recuento	24	2	5	31
		% dentro de Sexo	77,4%	6,5%	16,1%	100,0%
		% dentro de Etiología de la patología	47,1%	20,0%	55,6%	44,3%
	Total	% del total	34,3%	2,9%	7,1%	44,3%
		Recuento	51	10	9	70
% dentro de Sexo		72,9%	14,3%	12,9%	100,0%	
Total	% dentro de Etiología de la patología	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	72,9%	14,3%	12,9%	100,0%	

Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos.

En la siguiente tabla se mostró que la patología con mayor predominancia es el accidente cerebrovascular. Del total de la muestra (70) se observó que el sexo masculino presentó un porcentaje mayor de ACV (27) con respecto al sexo femenino (24). Como así también el sexo masculino presenta un porcentaje mayor en lesiones medulares (8) con respecto al femenino (2). Por último se observó que en el denominado otro en la tabla predominan los traumatismos craneoencefálicos (TEC), el cual fueron más frecuentes en el sexo femenino.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

TABLA N°2: DISTRIBUCION DEL PACIENTES POR EDAD E INCAPACIDAD DENTRO DEL HOGAR.

Tabla de contingencia Incapacidad * Edad

			Edad		Total
			20 a 40	41 a 60	
Incapacidad	el paciente requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria	Recuento	13	40	53
		% dentro de Incapacidad	24,5%	75,5%	100,0%
		% dentro de Edad	54,2%	87,0%	75,7%
		% del total	18,6%	57,1%	75,7%
	se maneja de manera individual para la mayoría de las actividades de la vida diaria	Recuento	11	6	17
		% dentro de Incapacidad	64,7%	35,3%	100,0%
		% dentro de Edad	45,8%	13,0%	24,3%
		% del total	15,7%	8,6%	24,3%
	Total	Recuento	24	46	70
% dentro de Incapacidad		34,3%	65,7%	100,0%	
% dentro de Edad		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	34,3%	65,7%	100,0%	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

Con respecto a la edad de los pacientes tomados en la muestra, aquellos que presentaron ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria obtuvieron un porcentaje mayor con respecto a los que se manejan de manera individual.

Con una edad superior a los 40 años, es decir entre 41 y 60 años, requirieron mayor ayuda para las AVD (actividades de la vida diaria) luego de haber sufrido alguna de las patologías mencionadas, a diferencia de aquellos entre 20 y 40 años, los cuales los porcentajes fueron menores a la hora de requerir ayuda.

Los pacientes que se manejaban de manera individual para la mayoría de las AVD obtuvieron un porcentaje mayor los menores de 40 años a diferencia de los mayores de 40 años de edad.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

TABLA N° 3: DISTRIBUCION DE LAS ADAPTACIONES Y FAMILIA EN RELACION A LA ETIOLOGIA DE LA PATOLOGIA.

Tabla de contingencia Adaptaciones familiar * Etiología de la patología

		Etiología de la patología			Total	
		Accidente cerebrovascular	Lesión medular	Otro		
Adaptaciones familiar	Si	Recuento	38	9	4	51
		% dentro de Adaptaciones familiar	74,5%	17,6%	7,8%	100,0%
		% dentro de Etiología de la patología	74,5%	90,0%	44,4%	72,9%
		% del total	54,3%	12,9%	5,7%	72,9%
	No	Recuento	13	1	5	19
		% dentro de Adaptaciones familiar	68,4%	5,3%	26,3%	100,0%
		% dentro de Etiología de la patología	25,5%	10,0%	55,6%	27,1%
		% del total	18,6%	1,4%	7,1%	27,1%
Total		Recuento	51	10	9	70
		% dentro de Adaptaciones familiar	72,9%	14,3%	12,9%	100,0%
		% dentro de Etiología de la patología	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	72,9%	14,3%	12,9%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

De los 70 pacientes se observó que el 54.3% que sufrieron accidente cerebrovascular utilizó adaptaciones, el 12,9% que presentó lesión medular utilizó adaptaciones, como así también el resto de los pacientes con otra patología (TEC) que corresponden al 5,7%. El porcentaje restante no presenta adaptaciones.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

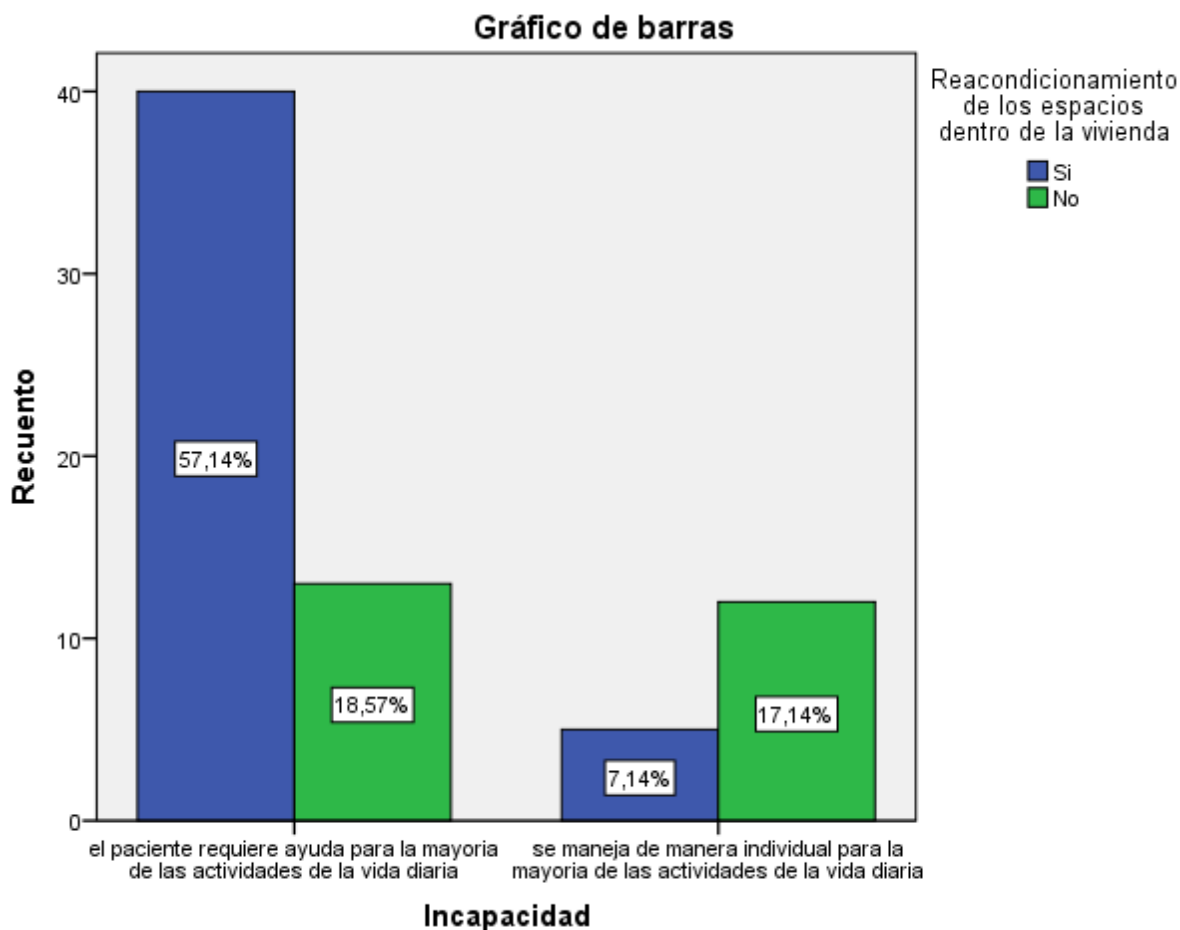


GRAFICO N°1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS SEGÚN EL REACONDICIONAMIENTO DE LOS ESPACIOS DENTRO DE LA VIVIENDA Y LA INCAPACIDAD.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En este gráfico se observó que del total de la muestra (70) los pacientes que requieren ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria presentan un porcentaje mayor de reacondicionamiento de los espacios dentro de la vivienda (57,14%) a diferencia de los que no necesitaron reacondicionamiento (18,57%). Mientras que los pacientes que se manejan de manera individual para la mayoría de las actividades de la vida diaria, presentaron un número de 17,14% por no haber necesitado reacondicionamiento dentro del hogar y solamente un 7,14% si lo necesitó.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

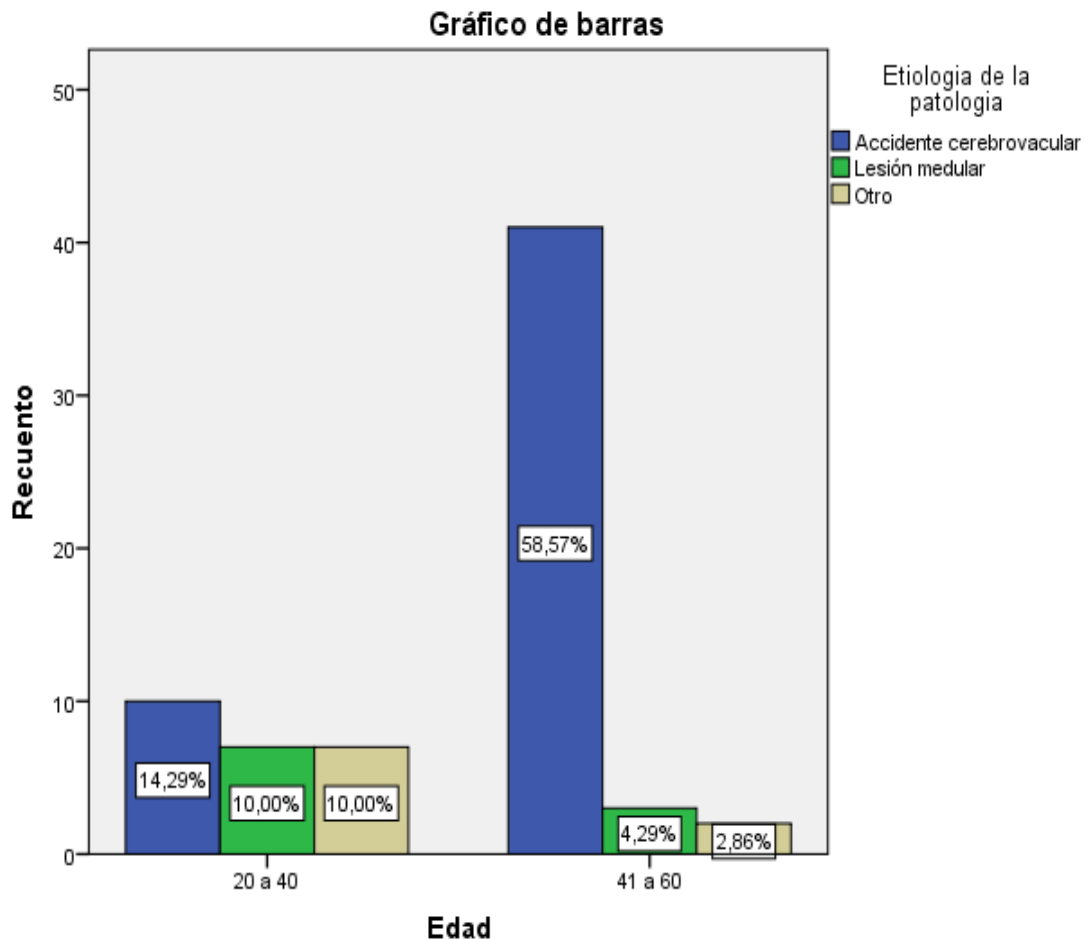


GRAFICO N°2: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES NEUROLÓGICOS SEGÚN LA EDAD Y LA ETIOLOGIA DE LA PATOLOGIA.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En este gráfico se observó que entre 20 y 40 años hay más pacientes que sufrieron ACV (14.29%), teniendo el mismo porcentaje para los pacientes que sufrieron lesión medular y otro traumatismo, el cual la mayoría fueron TEC.

Finalmente se observó que los pacientes entre 41 y 60 años presentaron un alto porcentaje de ACV (58.57%), en menor porcentaje lesión medular (4.29), mientras que en otro tipo de lesión se obtuvo un mínimo porcentaje (2.86%).

CONCLUSIONES.

El daño cerebral adquirido hace referencia a una lesión que afecta a una parte o a la totalidad del tejido cerebral, llevando así al paciente a presentar diferentes tipos de trastornos y limitaciones en su autonomía personal, lo que lleva en muchos casos a depender de una tercera persona, suponiendo un gran impacto en la vida del paciente y su familia.

Se investigó que los accidentes cerebrovasculares son la causa más frecuente de incapacidad física en nuestro país.

La kinesiología neurológica establece un conjunto de técnicas físicas cuya finalidad es revertir el deterioro producido por alguna patología que afecta al SNC. Según lo dicho por McLellan (STOKES, 2013), la rehabilitación es un proceso de cambio activo por el que una persona que ha sufrido una discapacidad adquiere el conocimiento y las habilidades necesarias para una función física, psicológica y social óptima.

Teniendo en cuenta los objetivos propuestos y la muestra seleccionada de 70 pacientes, se obtuvo que la mayoría de las lesiones neurológicas fueron causadas por accidentes cerebrovasculares, obteniendo un número de 51, teniendo predominancia en los hombres. El sexo masculino es más propenso a sufrir este tipo de patologías, ya que se cree que el sexo femenino presenta un factor protector hormonal. Luego, en los resultados se demostró que, en segundo lugar, se encuentran las lesiones medulares con 10 pacientes y finalmente los traumatismos encefalocraneanos con 9 pacientes.

Los pacientes mayores de 45 años fueron los más propensos a sufrir una lesión, a tener mayor incapacidad y a utilizar algún tipo de dispositivo ortopédico para su deambulación y/o rehabilitación. También se conoció que el dispositivo más utilizado fue la silla de rueda en primer lugar, en segundo lugar el andador, seguido por el bastón y las muletas. Solamente 8 pacientes utilizaron férulas.

Otros resultados observados fueron, que el 73% de los pacientes tuvieron que realizar cambios y modificaciones dentro del entorno, reacondicionando el hogar luego de que el paciente sufrió la lesión.

Finalmente se estudió que el 53% de los pacientes que requirió cambios y utilización de dispositivos si recibió información acerca del uso y las adaptaciones de los mismos, la cual fue brindada por los profesionales de la salud.

En conclusión y según Downie, se considera de vital importancia que el fisioterapeuta se encargue de enseñarles al paciente y a la familia el uso de los diferentes dispositivos, los cambios y

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

adaptaciones que se necesitan en el domicilio, como así también ciertos ejercicios y rutinas. Todo esto va a lograr que el paciente obtenga una rehabilitación óptima para poder reinsertarse en la sociedad de manera correcta.

El terapeuta debe reentrenar con el paciente y la familia aquellas actividades en la que presente dificultad, así mismo enseñarles el uso de ayudas técnicas que precise. Se debe lograr un vínculo de suma confianza para obtener grandes resultados dentro de la rehabilitación. La familia del paciente necesita una buena orientación que le ayude a comprender lo que supone la lesión y la posible evolución de la misma.

Los resultados obtenidos dieron una conclusión positiva, sin controversia, con respecto al marco teórico seleccionado para dicho trabajo.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

BIBLIOGRAFIA.

1. ARCOS SANCHEZ, C; SALINAS VELAS, FT; OLMEDILLA GONZALEZ, MN: "Nuevas perspectivas en el tratamiento de la Esclerosis múltiple". Sanidad militar. 2011; 67 (nº2).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000200009
2. ARROYO GARCIA VERDUGO, MF; GARRIDO HERNANDEZ, MF; ROSELL PALOMO, R: "Lesionado medular". Revista ROL de enfermería. 2007; 30 (31-39)
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2296021>
3. BENITO DOMINGO, AL; GARCIA MANZANO, AI; LOPEZ SAGOSPE, I; Et al: "Revista científica de la sociedad española de enfermería neurológica" Vol. 35. Numero1. 2012.
4. CARDINALI, DP: "Neurociencia aplicada: sus fundamentos". 1ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
5. DEL CURA, JC; PEDRAZA, S; GAYETE, A: "Radiología esencial". Panamericana. 1ed. Buenos Aires. 2010: 1199.
6. DOWNIE, PA: "Neurología para fisioterapeutas". 4ta Edición. Medica Panamericana. Buenos Aires. 2006: 203,255-261.
7. GARATE ETXENIKE, L; GONZALEZ DE SAN PEDRO, M; GONZALEZ GOMEZ, R; VINIEGRA ROS, T; ALONSO VALLEJO, MM; GARCIA CENTENO, V; Et Al: "Ictus y recuperación: la perspectiva del paciente". Revista de enfermería. 2009; 12: 20-25.:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2912493>
8. GONZALEZ AREVALO, MP: "Fisioterapia en neurología". Red de revistas científicas. Umbral científico. Bogotá. 2005; 24-32.
9. GONZALEZ LIMONES, S; CORDOVA CISNEROS, CE; HERMOSILLA COTAN, MA: "Auxiliares de enfermería del SAS". Temario específico. Vol. 1. 2014: 273.
10. HENAO LEMA, CP; PEREZ PARRA, E: "Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular". Salud. 2012; 9 (2).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732011000200005
11. LUQUE MORENO, C; PEÑA SALINAS, M; RODRIGUEZ PAPPALARDO, F; Et Al: "Prevención de úlceras por presión y lesiones musculoesqueléticas: paciente con ictus". Scielo. 2012; Vol. 23; n1.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2012000100008&lang=pt
12. MESENGUER GAMBON, E: "Medicina física y rehabilitación para la atención primaria". Smar. Huesca. 2011.
<http://smar.org.es/wp-content/uploads/2015/01/Libro-del-curso.pdf>
13. MURIE, M; FERNANDEZ: "Neurología". Revista científica. Vol. 25. 2010: 189-196.
14. NAVARRO PEREZ, M; MARTINEZ CAMPOS, B; FERRI CAMPOS, J:" Daño cerebral adquirido". España: Valencia; 2007.
https://books.google.com.ar/books?id=c7h7E7jGtaAC&pg=PT16&dq=ictus++definicion&hl=es-419&sa=X&ved=0CCAQ6AEwAWoVChMI_sng-tTqxgIVSBuQCh3F2ANf#v=onepage&q=ictus%20%20definicion&f=false

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

15. RODRIGUEZ LUCCI, F; PUJOL LEREIS, V; AMERISO, S; POVEDANO, G; DIAZ, MF; HLAUNIKCA, A; Et Al: “Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular”. Medicina; 2013; 79 (4).
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000400006
16. RUIZ GARCIA, D; SOLAR SALAVERRI, L: “Esclerosis múltiple”. Scielo. 2006; Vol. 22: n 2.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252006000200011&script=sci_arttext
17. SANCHEZ, I; FERRERO, A; AGUILAR, J; Et Al: “Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física”. 1ed. Bueno Aires: Panamericana; 2008.
18. SOLER FERNANDEZ, MD; VIDAL SANZO, J: “Dolor después de la lesión medular”. Sobre ruedas. 2007; 65 (2-5).
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2280103>
19. STOKES, M; STACK, E: “Fisioterapia en la rehabilitación neurológica”. 3ed. España: Elsevier; 2013.

Anexo

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

COLECCIÓN DE TESIS DIGITALES Y TRABAJOS FINALES DE IUCS.

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR.

Estimados Sres.

Yo Danieli Maria Florencia, identificada con DNI n° 35.980.866, teléfono 380-4624885, E-mail mflorenciadd@gmail.com autora del trabajo de grado titulado “IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINESICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACION DEL PACIENTE NEUROLOGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA”, presentado y aprobado en el año 2015 como requisito para optar al título de Lic. En Kinesiología y Fisiatría autorizo a la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud- Facultad H. A. Barceló la publicación de mi trabajo con fines académicos en el repositorio institucional en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado; a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera.

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web del repositorio institucional de la facultad de la Biblioteca Central y en la información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la misma a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad a partir de la fecha especificada.
- Permitir a la Biblioteca Central sin producir cambios en el contenido la consulta y la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo y para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato digital desde internet, y general para cualquier formato conocido o por conocer para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

Lugar de desarrollo del trabajo de investigación final: LA RIOJA CAPITAL- ARGENTINA.

1. Identificación del trabajo final:

TITULO DEL TRABAJO: “IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINESICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACION DEL PACIENTE NEUROLOGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA”.

Tutor: LIC. FURRER, MARIA EMILIA.

Fecha de defensa: 21/08/2015

2. Autorizo la publicación de:

- a) Texto completo. [*] a partir de su aprobación.
b) Texto parcial. [] a partir de su aprobación.
Identificar capítulos.....

3. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero.

Nota: las tesis no autorizadas para ser publicadas en TEXTO COMPLETO serán difundidas en la biblioteca digital de tesis mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo tabla de contenido, resumen. Se incluirá la leyenda disponible sólo para consulta en sala en su versión completa en la Biblioteca Central del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud- Fundación H. A. Barceló.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

N°....

ENTREVISTA.

Apellido _____ y nombre:.....
Edad:

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda marcando con una X donde corresponda.

1. ¿Cuál es el diagnóstico del paciente?

- ACV
- Lesión medular
- Esclerosis múltiple
- Otros

2. ¿El paciente utiliza algún tipo de dispositivo ortopédico para su deambulación?

Si

No.

En caso de responder si ¿Cuáles?

- Silla de ruedas
- Andador
- Muletas
- Bastón.
- Otros.

3. ¿El paciente utiliza férulas?

Sí

No

4. ¿El paciente utiliza dispositivos adaptados cuando se encuentra acostado?

Sí.

No.

En caso de responder si ¿Cuáles?

- Anti escaras
- Rodillos.
- Otros.

5. ¿La familia recibió información sobre el correcto uso de dichos dispositivos?

Sí.

No.

No porque no utiliza.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

6. ¿La familia recibió información sobre el manejo diario del paciente?

Sí.

No

7. ¿La familia tuvo que realizar cambios en el domicilio luego de que el paciente sufra la lesión?

Sí.

No.

En caso de responder si ¿Cuáles?
¿Fueron asesorados para dichos cambios?.....

8. ¿Qué grado de incapacidad presenta el paciente para manejarse en el domicilio?

• Requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

• Se maneja de manera individual para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

9. ¿El paciente le manifestó si se sentía cómodo en su domicilio?

Sí.

No.

10. ¿El paciente recibe tratamiento kinésico actualmente?

Sí.

No.

En caso de responder si ¿A dónde?.....

11. ¿En cuánto tiempo, luego de haber sufrido la lesión, el paciente comenzó a realizar tratamiento kinésico?

• En el momento del alta hospitalaria.

• Luego de algunas semanas.

• Luego de meses.

12. ¿Cuántas sesiones recibe semanalmente el paciente?

13. ¿El kinesiólogo noto cambios y evoluciones en el paciente luego de haber recibido el tratamiento?.....

14. ¿El paciente realiza actualmente algún tipo de actividad física o practica algún deporte?

Si

No

¿Por qué?.....

¿Cuál?.....

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

CATEGORIZACION DE LAS VARIABLES.

Sexo:

1. Masculino.
2. Femenino.

Edad: se contabilizaran pacientes en edades entre 20 y 40 años con algún tipo de lesión incapacitante.

1. 20 a 40 años.
2. 40 a 60 años.

Etiología de la patología neurológica: se determina la causa de la lesión por la cual el paciente se encuentra incapacitado.

1. Accidente cardiovascular.
2. Esclerosis múltiple.
3. Lesión medular.

Adaptación: se tuvo en cuenta si existe una correcta adaptación de dispositivos en el domicilio del paciente y si su familia tiene los conocimientos necesarios del uso y manejo de dichos dispositivos.

1. Sí.
2. No.

Ortopedia: se tuvo en cuenta los pacientes que utilizan dispositivos ortopédicos para el manejo de las actividades de la vida diaria y su deambulaci3n. Tambi3n se determin3 que tipo de dispositivo se utiliza.

1. Férulas.
2. Silla de ruedas.
3. Andador
4. Bast3n
5. Muletas.

Informaci3n familiar sobre la atenci3n del paciente: se tuvo en cuenta las familias de dichos pacientes que recibieron informaci3n acerca del cuidado del mismo y sus adaptaciones.

1. Si.
2. No.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

Reacondicionamiento de los espacios dentro de la vivienda del paciente: se tuvo en cuenta los hogares que tuvieron que realizar cambios dentro del mismo para la recuperación óptima del paciente.

1. Si.
2. No.

Tiempo: se tuvo en cuenta en qué tiempo se comenzó a realizar el tratamiento kinésico luego de que el paciente haya recibido el alta hospitalaria.

1. Comienzo del tratamiento en el momento del alta hospitalario.
2. Comienzo del tratamiento luego de algunas semanas.
3. Comienzo del tratamiento luego de meses.

Incapacidad: se tuvo en cuenta el grado de discapacidad que presenta el paciente para manejarse en el domicilio.

1. El paciente requiere ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
2. Se maneja de manera individual para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Sesiones: se tuvo en cuenta la cantidad de sesiones que recibe el paciente por semana.

Actividad física: se tuvo en cuenta el porcentaje de pacientes que actualmente realizan algún tipo de actividad física o practican algún deporte.

1. Si
2. No.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

TABLA N° 1: DISTRIBUCION ENTRE LAS ADAPTACIONES Y LA INFORMACION FAMILIAR SOBRE LA ATECION AL PACIENTE.

Tabla de contingencia Adaptaciones familiar * Información familiar sobre la atención al paciente.

		Información familiar sobre la atención al paciente.		Total
		Si	No	
Adaptaciones familiar	Recuento	37	14	51
	% dentro de Adaptaciones familiar	72,5%	27,5%	100,0%
	Si			
	% dentro de Información familiar sobre la atención al paciente.	72,5%	73,7%	72,9%
	% del total	52,9%	20,0%	72,9%
	Recuento	14	5	19
	% dentro de Adaptaciones familiar	73,7%	26,3%	100,0%
	No			
% dentro de Información familiar sobre la atención al paciente.	27,5%	26,3%	27,1%	
% del total	20,0%	7,1%	27,1%	
Total	Recuento	51	19	70
	% dentro de Adaptaciones familiar	72,9%	27,1%	100,0%
	% dentro de Información familiar sobre la atención al paciente.	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	72,9%	27,1%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

De los 70 pacientes neurológicos un 52.9% presentó adaptaciones y recibió información acerca de los cuidados del paciente. Mientras que un 20% de pacientes que también utilizó adaptaciones no recibió información acerca de la atención del mismo. El porcentaje restante no utilizó adaptaciones (27,1%).

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

TABLA N° 2: DISTRIBUCION ENTRE LA EDAD Y LA ORTOPEDIA UTILIZADA.

Tabla de contingencia Ortopedia * Edad

		Edad		Total	
		20 a 40	41 a 60		
Ortopedia	férulas	Recuento	5	3	8
		% del total	7,1%	4,3%	11,4%
	silla de ruedas	Recuento	8	21	29
		% del total	11,4%	30,0%	41,4%
	andador	Recuento	5	14	19
		% del total	7,1%	20,0%	27,1%
	bastón	Recuento	1	3	4
		% del total	1,4%	4,3%	5,7%
	muletas	Recuento	2	0	2
		% del total	2,9%	0,0%	2,9%
	no utiliza ortopedia	Recuento	3	5	8
		% del total	4,3%	7,1%	11,4%
	Total	Recuento	24	46	70
		% del total	34,3%	65,7%	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En la siguiente tabla se observó que los pacientes que utilizaron férulas, entre 20 y 40 años, obtuvieron un número de 5 siendo mayor que los pacientes entre 41 y 60, en el cual fueron solamente 3.

Silla de ruedas utilizaron más los pacientes entre 41 y 60 años siendo 21 los mismos, y en menor cantidad el resto de los pacientes, siendo solo 8.

Andador utilizaron más los pacientes entre 41 y 60 años, el cual fueron 14. Mientras que en los pacientes de 20 y 40 años fueron 5.

Bastón solamente utilizaron 3 pacientes entre 41 y 60 años, y el resto de los pacientes solamente 1.

Muletas solo utilizaron los pacientes entre 20 y 40 años.

Y el resto de los pacientes (8) no utilizo ningún tipo de dispositivo ortopédico.

En conclusión se observó que los pacientes entre 41 y 60 años fueron los que más utilizaron dispositivos ortopédicos luego de haber sufrido la lesión (46).

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

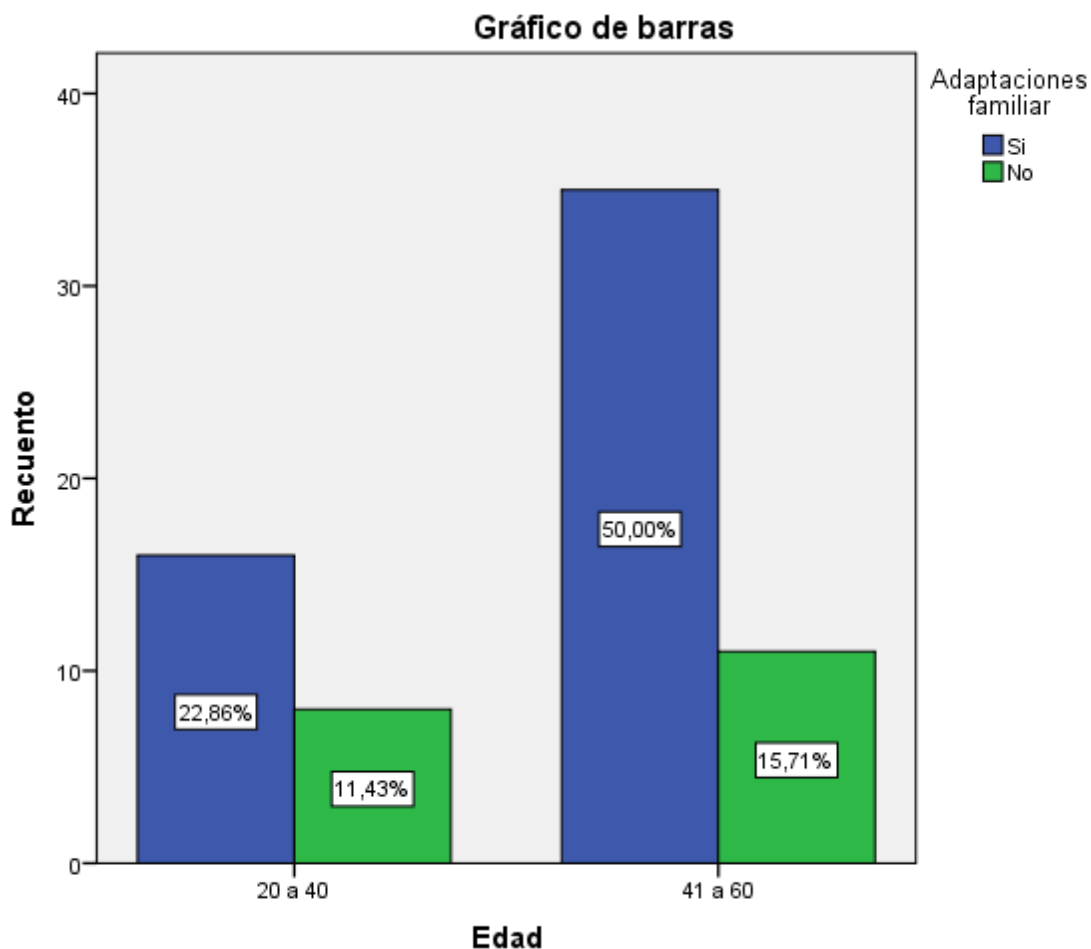


GRAFICO N° 1: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES NEUROLOGICOS SEGÚN LAS ADAPTACIONES Y LA EDAD DE LOS MISMOS.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos.

En este gráfico se observó que los pacientes mayores de 41 años fueron los que necesitaron adaptaciones obteniendo un porcentaje del 50%, mientras que los menores de 40 solo fue un 23% los que necesitaron cambios y adaptaciones.

El resto de los pacientes no necesitó adaptaciones dentro del entorno.

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

MATRIZ DE DATOS.

N° de casos	Sexo	Edad	Etiología	Adaptaciones	Ortopedia	Información	Reacondicionamiento	Tiempo	Incapacidad	Sesiones	Actividad física
1	1	2	1	2	6	2	2	3	1	3	2
2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2
3	1	1	3	1	2	2	1	3	1	3	2
4	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2
5	1	2	1	1	3	1	1	2	1	3	2
6	1	2	1	2	6	2	1	1	2	1	2
7	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2
8	2	2	1	1	4	1	2	1	2	1	1
9	2	2	3	1	2	2	1	2	1	3	1
10	1	2	1	2	6	1	1	1	2	1	1
11	2	2	1	2	6	1	2	2	2	1	1
12	2	1	4	2	1	1	2	1	2	3	2
13	2	1	1	2	6	1	2	2	1	2	2
14	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1
15	2	2	1	2	6	2	1	1	2	3	2
16	1	2	1	1	4	1	1	1	2	2	2
17	2	2	1	1	3	1	2	2	2	1	2
18	2	2	1	1	3	1	1	2	1	3	2
19	1	2	1	1	3	1	2	2	2	1	2
20	1	1	1	1	3	1	2	1	2	3	2
21	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2
22	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2
23	1	2	4	2	6	2	2	1	2	1	1
24	1	2	1	2	6	1	1	1	2	1	1
25	1	1	4	2	6	1	1	3	1	3	2
26	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2
27	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	2
28	1	1	4	2	6	1	1	1	2	1	2
29	2	2	1	1	3	1	1	2	2	1	2
30	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2
31	2	1	4	1	5	1	2	2	2	2	1
32	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2
33	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	2
34	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2
35	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3	2
36	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2

IMPORTANCIA DE LAS ADAPTACIONES KINÉSICAS EN EL DOMICILIO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO EN LA CIUDAD DE LA RIOJA.

37	1	1	3	1	2	1	1	1	1	3	2
38	2	1	1	2	6	1	2	1	2	1	1
39	2	2	3	1	2	1	1	2	1	3	2
40	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	2
41	2	1	4	1	1	2	2	3	2	2	1
42	2	1	4	2	6	1	2	1	2	1	1
43	1	2	3	1	2	1	1	1	1	3	2
44	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
45	2	2	1	1	2	1	2	1	1	3	2
46	1	2	1	1	2	1	2	2	1	3	2
47	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
48	1	1	3	1	2	2	1	3	1	3	2
49	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1
50	2	2	1	1	3	1	1	3	2	2	2
51	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2
52	2	2	1	1	4	1	1	2	1	1	2
53	1	2	4	1	3	1	2	1	2	1	2
54	1	1	3	1	2	2	1	2	1	3	2
55	1	1	3	2	1	1	1	1	1	3	2
56	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
57	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1
58	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2
59	2	2	1	2	6	1	1	1	2	3	2
60	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1
61	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2
62	1	2	1	1	3	1	1	1	1	1	2
63	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2
64	2	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2
65	1	1	3	1	2	2	1	2	1	3	2
66	2	2	1	1	3	1	1	2	2	1	2
67	2	1	4	1	5	1	2	2	2	2	1
68	2	2	1	1	3	1	2	2	2	1	2
69	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
70	2	1	1	2	6	1	2	2	1	2	2