



**Manual de manejo
24 horas
paciente neurológico**

NEURON FISIOTERAPIA

C/ Pintor Teodoro Dublang, 51
01008 Vitoria-Gasteiz
info@neuronfisioterapia.com
Tlf: 644331552

1. ¿A quién se dirige esta información?

Esta información está destinada a aquellos pacientes adultos que han sufrido un ictus o un Ataque Isquémico Transitorio y a sus familiares y cuidadores. La información que aquí se detalla tiene por objetivo ayudar a comprender la enfermedad, además de proporcionar consejo e información acerca de los cuidados básicos.

2. ¿Qué es un ictus? ¿Qué es un Ataque Isquémico Transitorio?

Un ictus es una enfermedad neurológica que se produce cuando el flujo sanguíneo del cerebro se interrumpe. Existen dos tipos:

Ictus isquémico: Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción (por ejemplo, por un trombo) en un vaso sanguíneo.

Ictus hemorrágico: Cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

Un **Ataque Isquémico Transitorio (AIT)**: Es un tipo de ictus isquémico que se produce igualmente por la interrupción del flujo sanguíneo, pero de manera temporal, siendo habitual que los síntomas duren unos pocos minutos y que el paciente se recupere totalmente en menos de 24 horas. El AIT incrementa el riesgo de padecer un ictus y es, al igual que éste, una urgencia médica.

3. ¿Cuáles son los síntomas de un ictus o AIT?

Algunos de los síntomas más comunes del ictus se describen a continuación:

SÍNTOMAS

- Pérdida brusca de movimiento o debilidad del brazo, pierna, o cara, especialmente cuando se produce en un lado del cuerpo.
- Problemas repentinos de visión, en uno o ambos ojos.
- Dolor de cabeza repentino, sin causa conocida.
- Dificultad en el habla: balbuceo, incapacidad para encontrar las palabras adecuadas o no ser capaz de comprender lo que otras personas dicen.
- Problemas repentinos al caminar o pérdida de equilibrio o de la coordinación.

- Sensación brusca de acorchamiento u hormigueo en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.

¿Qué debo hacer si presento estos síntomas? Si cree que usted o alguien en su entorno está padeciendo un ictus debe llamar inmediatamente a los servicios de urgencias → Llame al 112

4. Si ya he padecido un ictus, ¿puedo prevenir un nuevo ataque?

Las personas que han padecido un ictus o un Ataque Isquémico Transitorio presentan un mayor riesgo de sufrir de nuevo un ictus.

PREVENCIÓN

Para reducir al máximo el riesgo de una recaída es importante seguir los consejos proporcionados por el médico acerca de dieta, ejercicio, y consumo de alcohol y tabaco entre otros.

Si usted padece hipertensión es fundamental tener un buen control de la misma. Además, se debe seguir el tratamiento farmacológico prescrito en cada caso. Para prevenir otro ictus es muy importante continuar con todas estas medidas durante el resto de la vida.

5. Organización-disposición de la habitación

Cuando una persona ha sufrido un ictus, nos encontramos a un paciente desorientado, confuso, con la sensación de que su cuerpo está dividido en dos mitades. A veces suele ir acompañado de problemas en la vista y en el oído.

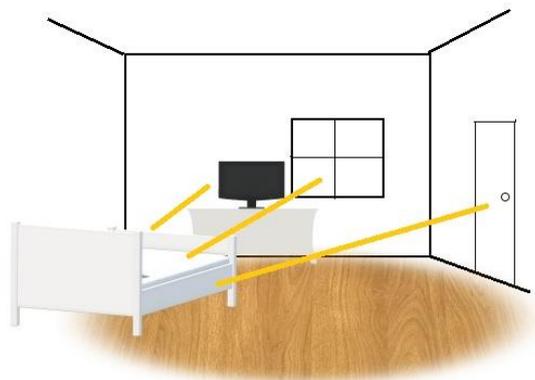
Cuando colocamos a un enfermo en cualquiera de las posturas estamos estimulando su cerebro a través de los ojos, oídos, piel, articulaciones y músculos.

Es preciso tener en cuenta que el paciente tiende a olvidarse de su lado afecto y de todo el entorno de ese lado. Por tanto, debe cuidarse la disposición de la cama en su habitación de forma que el paciente necesite mirar a través del lado hemipléjico hacia la actividad general. (puertas, sillas, televisión, etc.)

Todos los acercamientos rutinarios (conversación, comida etc.) deben llegarle desde ese lado para que sean un incentivo que le obligue.



paciente con afectación izda



Paciente con afectación dcha

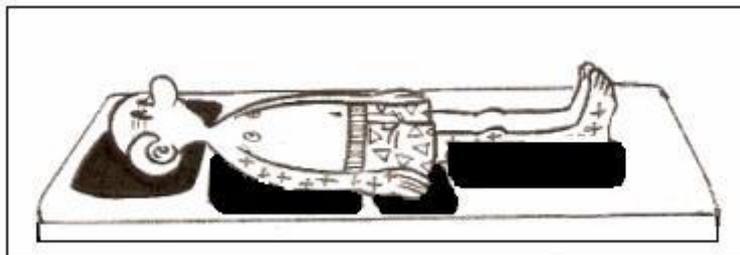
En las imágenes podemos ver dos posibles organizaciones de una misma habitación para que el paciente reciba el estímulo por el hemisferio que nos interesa.

Esto debe darse en cualquier estancia en la que se encuentre, cocina, salón o habitación.

6. Tratamiento postural

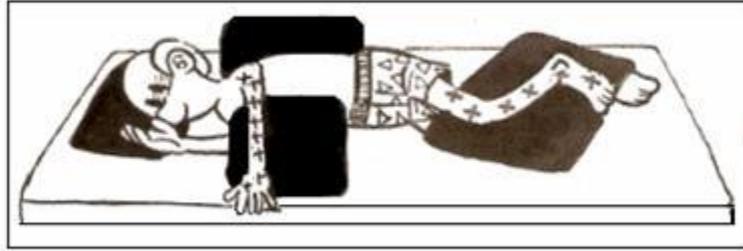
Decúbito supino

- Cabeza apoyada en la almohada. Cuello y columna bien alineados.
- Almohada debajo del hombro, y brazo, mano en pronación, con dedo pulgar siempre separado. Intentaremos que la mano también quede abierta y apoyada.
- Almohada debajo de la pelvis afecta para evitar la rotación hacia exterior de la pierna.
- Puede colocarse una almohada al final de la cama, para que levante las mantas y éstas no rocen los pies del enfermo, pero con cuidado de que no la alcance con la planta de los pies (como solía recomendarse antes) para evitar el equino, ya que aumentaría la espasticidad.



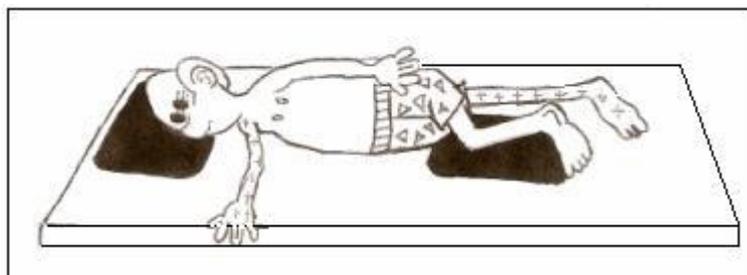
Decúbito lateral lado sano

- Cabeza descansa sobre la almohada.
- Miembro superior hemipléjico descansa en elevación de 90° sobre un almohadón grande, que debe abarcar todo el brazo hasta la axila y mantener la cintura escapular a la misma altura que el tórax.
- Otra almohada debajo de la escápula del lado sano. Esta nos sirve para evitar rotaciones de tronco.
- Los miembros inferiores separados por una almohada y en semiflexión, la pierna hemipléjica por encima de la contraria o algo adelantada.



Decúbito lateral lado afecto

- Cabeza en posición estable, ligeramente más elevada que el tórax, sobre una almohada.
- El miembro superior hemipléjico está desplazado hacia delante en un ángulo no superior a 90° con el cuerpo. (puede descansar sobre una almohada). La escápula debe mantenerse en pequeño adelantamiento (favorecida por el peso del cuerpo del paciente). CUIDADO: No tirar del brazo, acompañar desde la escapula.
- El miembro superior sano descansa sobre su cuerpo.
- El miembro inferior sano descansa sobre una almohada flexionado a la altura de la cadera y la rodilla (a unos 80°).
- El miembro inferior hemipléjico se mantiene en extensión de cadera y ligera flexión de rodilla.



7. Trasferencias y movilización del paciente

Volteo o giros laterales

- El cuidador, desde el lateral de la cama, a ser posible hacia el que se va a realizar el giro. El paciente siempre debe sentirse seguro y nuestro cuerpo les proporciona una visión de tope a falta de una pared. Situaremos aquí cada parte del cuerpo en dirección al movimiento. Pierna contralateral al giro flexionada y brazo contralateral en dirección al giro sujeta por el cuidador.
- Atraemos hacia nosotros la pierna flexionada ayudando desde la cadera; y le pedimos al paciente que agarre nuestro brazo para dirigirle en la dirección del movimiento.
- El paciente debe colaborar para que su cuerpo acompañe al movimiento que realiza el cuidador y se desplace.



Desplazamiento lateral

Si el paciente colabora:

Empezamos movilizándolo la parte superior del cuerpo. Pedimos al paciente que mire hacia nosotros, le abrazamos el hombro alejado para que el tronco gire sobre el hombro cercano.

Para mover las piernas, las colocamos flexionadas, apoyando los pies del paciente en la cama. Nuestras manos las colocamos bajo su pelvis, y pedimos

una ligera elevación del culete que acompañaremos con el desplazamiento por nuestra parte.

Si no colabora, la solución más fácil para conseguir que el paciente se acerque al borde de la cama es colocar una sábana transversal bajo el paciente, que quede colgando por los bordes laterales. Para desplazarle, se tira del borde hacia dónde queremos atraer al paciente.

Sentar al paciente al borde de la cama

- El paciente se encuentra justo al borde lateral. Debemos sacar sus piernas por fuera, flexionadas a nivel de la rodilla, para que las mantenga colgando.
- Con la mano más cercana llegamos a la espalda del paciente pasando por debajo de su cuello, la otra la metemos debajo de su axila y le pedimos que nos agarre la espalda.
- La movilización no consiste en tirar hacia arriba del tronco del paciente, si no en desplazar su parte superior mientras las piernas alcanzan el suelo.
- Una vez esté sentado, debemos acomodarlo.



Sentar correctamente al paciente

Bien sea en la silla, sofá; etc.

El paciente que no tiene control sobre su cuerpo se desliza con el culete hacia delante, arqueando toda su columna y quedándose en una postura incómoda y favoreciendo la hipotonía muscular. Falta de enderezamiento.

Para enderezar al paciente:

- Nos encontraremos colocados por delante del paciente.
- Como medida de seguridad y ayuda, nuestros pies se enfrentarán con los suyos y/o sus rodillas quedarán entre las nuestras, a modo de freno.
- Paciente y cuidador realizaran un agarre a modo abrazo, con el cual realizaremos la inclinación anterior del paciente de modo seguro.
- La movilización consiste en inclinar al paciente hacia anterior, consiguiendo así una pequeña elevación de las nalgas. En este momento con nuestras piernas podremos realizar un empuje hacia las suyas que le llevará la pelvis a una posición adecuada.



Sedestación adelantada

La movilización opuesta consiste en adelantar al enfermo hasta el borde de la silla. Realizaremos la maniobra desde el mismo punto de partida. Debemos alinear al paciente para trasladarle desde sus glúteos al borde de la silla mediante inclinaciones laterales y cambios de peso, mientras adelantamos sus piernas.

Esta movilización es necesaria para la transferencia de sedestación a bipedestación y para trasladarle de la silla a la cama, etc.

De sedestación a bipedestación

- Lo principal: el paciente debe situarse lo más cerca posible del borde del asiento.
- Para que levantarse resulte más fácil, el enfermo debe tener sus pies separados anchura de caderas.
- Nos ponemos delante de él, con sus rodillas entre las nuestras. Colocamos una mano a la altura del hombro y la otra en la pierna, y el paciente nos agarra de los costados (¡¡ nunca del cuello!!)
- Le pedimos al paciente que se incline hacia delante, mientras nos balanceamos hacia atrás para que se incorpore. Nuestros pies o rodillas servirán de freno.



De bipedestación a sedestación

Esta transferencia tiene una dificultad añadida: el paciente no ve la silla, tenemos que empezar ayudándole a caminar hacia atrás trasladando el peso de su cuerpo de un lado a otro, hasta que sus piernas contacten con el asiento. Situamos una mano en la espalda del paciente y la otra en su pelvis, y le pedimos que nos agarre de los costados. Nuestras rodillas frenan las suyas como protección; entonces le pedimos que se deje caer hacia la silla, flexionando sus piernas. Nosotros debemos acompañar el movimiento echando su tronco hacia anterior.

Si queda mal colocado, realizamos el enderezamiento en sedestación.

De una superficie a otra en sedestación

Combina las transferencias anteriores.

- El paciente está sentado en el borde de la silla, con las piernas flexionadas y pies apoyados. Nos encontramos delante, con nuestras rodillas frenando las suyas.
- Colocamos una mano en su cadera (mejor sobre la afecta) y la otra en su espalda. Le pedimos que se incline hacia delante lo que pueda.
- Ahora nos colocamos entre él y la cama, le acercamos hasta el borde ayudándole a que cambie el peso de un hemicuerpo al otro para desplazarse hacia atrás. El paciente se deja caer controladamente hacia la cama o silla.



8. Ejercicios de mantenimiento y auto movilizaciones

La siguiente propuesta de ejercicios es sólo una idea de los muchos ejercicios que podemos realizar en casa.

Debemos tener en cuenta que en ningún momento la realización de dichos ejercicios suplirá la rehabilitación del paciente, siendo su mejor uso de manera complementaria.

El fisioterapeuta al cargo, podrá realizar una valoración de sus capacidades, indicando de manera más concreta:

- los ejercicios más interesantes en su patología.

- La utilización de implementos para la ayuda a la realización de alguno de ellos
- La necesidad de soporte por parte de cuidadores y/o familiares.

¡CUIDADO! No deben realizarse si provocan dolor, mareos o con riesgo de caídas si no tenemos supervisión por parte de cuidador y/o familiar.

En sedestación



Girar el cuerpo



Inclinar el cuerpo



Elevar las nalgas



Mover los hombros



Elevar una pierna



Estirar una pierna

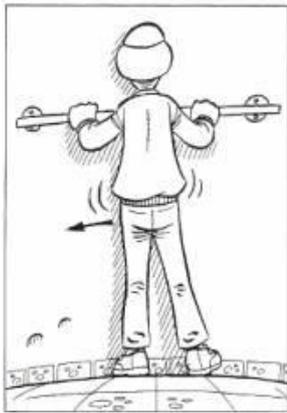
En bipedestación



Levantarse con o sin ayuda



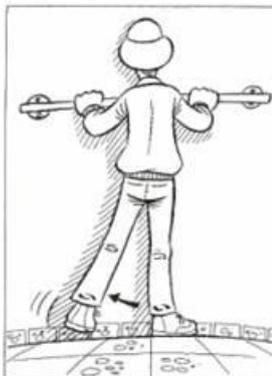
Elevar una pierna



Trasladar peso de una pierna a la otra



Colocar un pie delante del otro



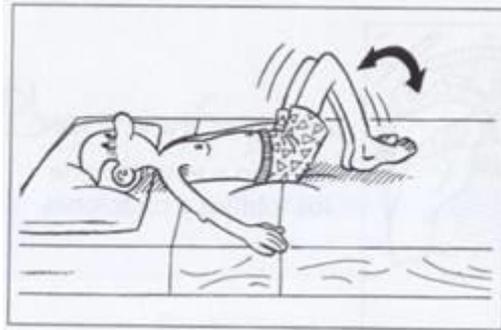
Elevar una pierna al lateral



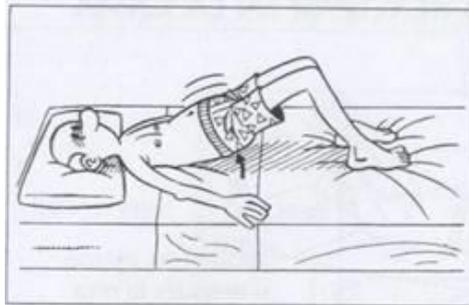
Realizar puntillas/talones

En decúbito supino

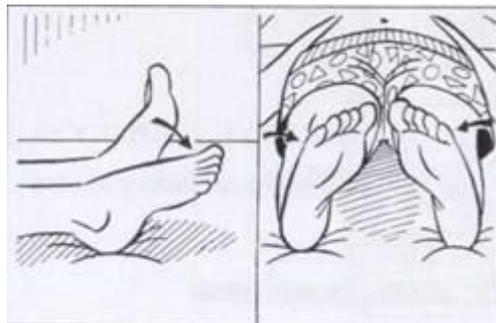
Girar las piernas hacia un lado y hacia el otro:



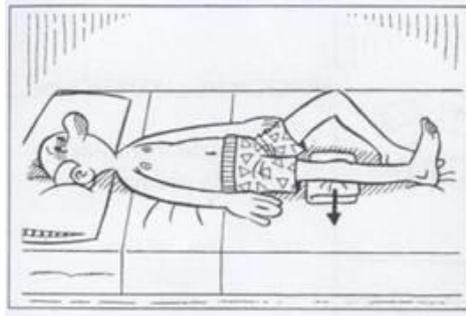
Levantar el tronco-culete de la cama:



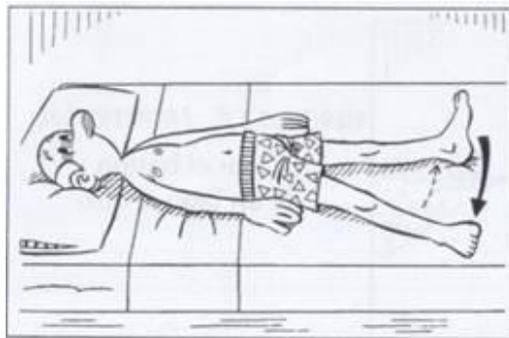
Mover los pies:



Con la pierna estirada, apretar el cojín hacia la cama:



Separar las piernas hacia el exterior:



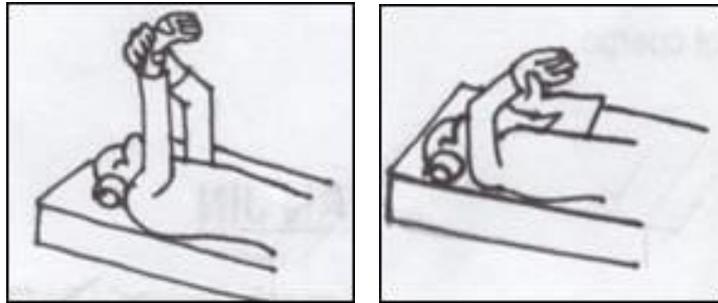
En decúbito para el Miembro Superior

Agarrar con la mano sana la muñeca hemipléjica (si se puede entrecruzar los dedos)

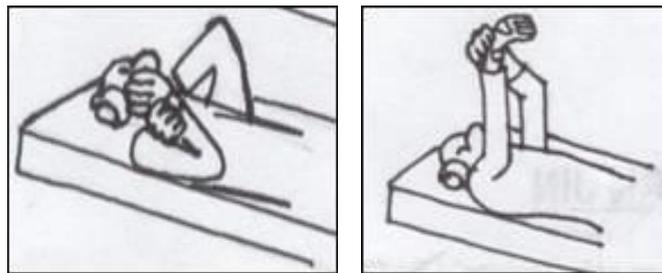
Levantar el brazo hemipléjico hasta la extensión completa de codo



- Llevar el brazo hemipléjico hasta el tórax del lado sano y volver a la posición inicial



- Flexionar el codo hasta la altura del hombro
- Extender el codo tirando de la mano hacia arriba

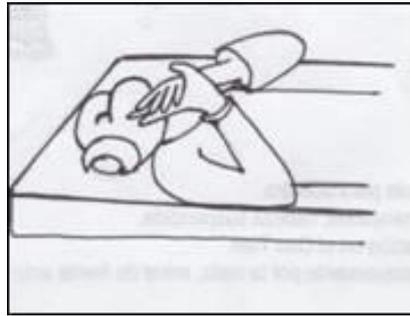


- Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax
- Realizar una pronosupinación del antebrazo: sin mover el codo, con la mano sana girar la muñeca en un sentido y en el otro

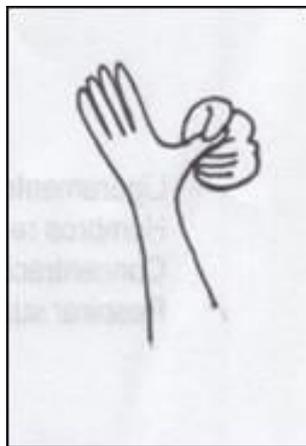


- Coger la muñeca hemipléjica con el brazo apoyado sobre el colchón y el antebrazo descansando sobre el tórax

- Realizar una extensión de los dedos y de la muñeca



- Desde la posición anterior, movilizar el pulgar en todos sus movimientos posibles.



Muchos de estos ejercicios se pueden realizar también en la postura de sedestación

Recomendaciones Generales para todos los ejercicios:

- Realice los ejercicios, sin agotarse, tantas veces como pueda.
- Procure mantener unos segundos cada posición.
- Parar el ejercicio si siente dolor y consultar al especialista.