

El Manual de Habilidades de Manejo de Isabelle M. Bohman está disponible para su compra con un **30% de descuento** si se adquiere antes de que complete este curso. Desplácese hacia abajo debajo de la lista de reproducción para iniciar su compra.

A continuación se presenta una muestra de páginas de extracto de este manual para su revisión.

Habilidades de Manejo
Utilizadas en el Tratamiento de la
Hemiplejia del Adulto

2.^a edición

Isabelle M. Bohman MS, PT
Instructor Coordinador en NDT



©2003

Un Manual de Laboratorio

Habilidades de Manejo Utilizadas en el Tratamiento de la Hemiplejia del Adulto

**Isabelle M. Bohman, M.S., PT.
NDT Coordinator Instructor**




clinician's view™

MOVILIZACIÓN ESCAPULAR EN LA DEPRESIÓN



Vista posterior-Coloque dos o tres yemas de los dedos sobre la raíz de la espina de la escápula y apoye el resto de la mano sobre ella. Aplique una ligera presión hacia adentro con la mano para aproximar la escápula y luego desplácela hacia abajo con las yemas de los dedos. Esta presión debe ser directa hacia abajo, sin flexión lateral del tronco.

Nota:El paciente puede ayudar moviendo la cabeza y el cuello en dirección diagonal (flexión, flexión lateral y rotación) alejándolos de la escápula mientras el terapeuta mantiene la escápula hacia abajo.

Movimiento Alternativo - Vista Frontal

Se puede lograr un estiramiento adicional de los músculos del cuello haciendo que el paciente flexione el cuello en diagonal con la cabeza rotada hacia el lado opuesto mientras el terapeuta mantiene la depresión escapular lograda previamente.



Movimiento alternativo - Vista frontal

A veces, agregar movimiento de la cabeza y el cuello en flexión lateral alejándose del lado involucrado mientras el terapeuta mantiene la depresión, ayuda a liberar los músculos tensos del cuello que impiden el rango completo de depresión.



ESTIRAMIENTO DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES

La movilización del tronco y la escápula suele ayudar a reducir el tono muscular del lóbulo anterior, por lo que debe preceder a cualquier estiramiento del lóbulo anterior. La inhibición de la mano le ayudará a determinar si es necesaria la movilización de los metacarpianos, carpianos y antebrazo. Si la mano está muy tensa y no puede sujetar el primer metacarpiano para inhibirla, movilice primero los metacarpianos. La movilización de los metacarpianos siempre debe preceder a la de los carpianos y antebrazos.

Una vez que logre que la mano soporte el peso (sobre una superficie plana o curva), manténgala así con el brazo en la mayor rotación lateral posible; luego, pida al paciente que mueva el tronco sobre el brazo. Al principio, utilice movimientos pequeños y, gradualmente, el tono disminuirá. Se debe animar al paciente a que soporte activamente el peso sobre la mano, pero probablemente sea necesario facilitarle este proceso. **Ver apartado sobre facilitación del brazo en Página 48 de soporte de peso.)**



IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA INHIBICIÓN DE LA MANO

Inhibición de la mano-Esta habilidad de manejo se realiza para permitir que la mano del paciente esté abierta sobre una superficie soportando peso. Una vez logrado esto, debe mantenerse durante toda la sesión. También se debe enseñar al paciente a inhibir su propia mano y colocarla sobre una superficie. Si la mano está en una posición de soporte de peso adecuada para la función que el paciente está realizando, entonces podría usarla automáticamente. Por lo tanto, la posición de la mano siempre debe considerarse para cualquier función que el paciente se esté preparando para realizar. Es muy normal que una mano soporte peso mientras la otra... otro está involucrado en la tarea más directamente.

INHIBICIÓN DE LA MANO

El paciente debe estar sentado en la línea media y en la mejor postura posible durante este proceso. Generalmente, esta secuencia va precedida de **preceded** de la movilidad del tronco y la cintura escapular cuando sea necesario.

1.El terapeuta se sienta en línea con el codo y la mano del paciente. El brazo del paciente debe estar separado del cuerpo, con la máxima rotación lateral que le resulte cómoda. Manteniendo las manos alejadas de las superficies flexoras del brazo y la mano, corrija la desviación de la muñeca, pero manteniéndola ligeramente flexionada.



FACILITACIÓN DE LA INCLINACIÓN ANTERIOR Y EXTENSIÓN DEL TRONCO DESDE EL FRENTE

Vista posterior -El terapeuta se sienta frente al paciente con las piernas fuera de las piernas del paciente (teniendo cuidado de no aducirlas) y lo suficientemente atrás para no entrar en contacto con las rodillas del paciente.

Las manos de la terapeuta están abiertas con el dedo meñique apuntando hacia abajo y en contacto con los músculos abdominales del paciente debajo de la caja torácica lateral. Los otros dedos se extienden sobre el aspecto posterolateral del tronco (área toracolumbar) y los pulgares están horizontales sobre el área torácica dorsal. Los dedos índice, medio y anular facilitan la extensión lumbar con una señal hacia adelante y hacia arriba, seguida por el dedo meñique que activa los abdominales con una señal hacia atrás para obtener una cocontracción cuando la pelvis está en posición neutra. Los pulgares pueden dar una señal hacia abajo para aumentar la extensión torácica si es necesario. Mientras el paciente se sienta, la terapeuta permanece flexionada en las caderas pero extiende la espalda, lo que le permite dar una mejor "señal hacia arriba", pero también modelar lo que quiere que el paciente haga. Los brazos de la terapeuta permanecen abducidos y rotados medialmente para mantenerse fuera de contacto con los brazos del paciente.



FACILITACIÓN DE LA INCLINACIÓN ANTERIOR Y EXTENSIÓN DEL TRONCO DESDE EL FRENTE

Posiciones alternativas de los brazos:

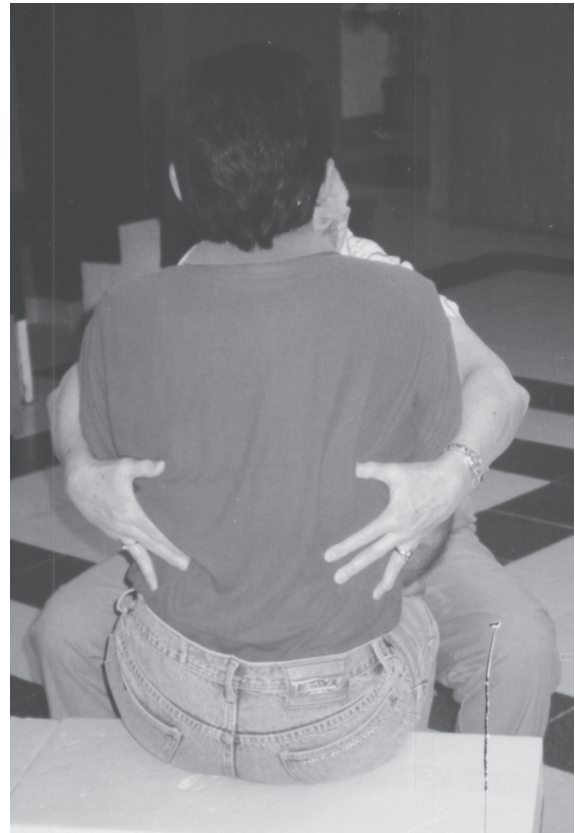
1. Si el terapeuta no puede rodear los brazos del paciente, puede hacerlo por fuera del brazo afectado y por debajo del brazo sano. Tenga cuidado de no rotar el brazo medialmente.



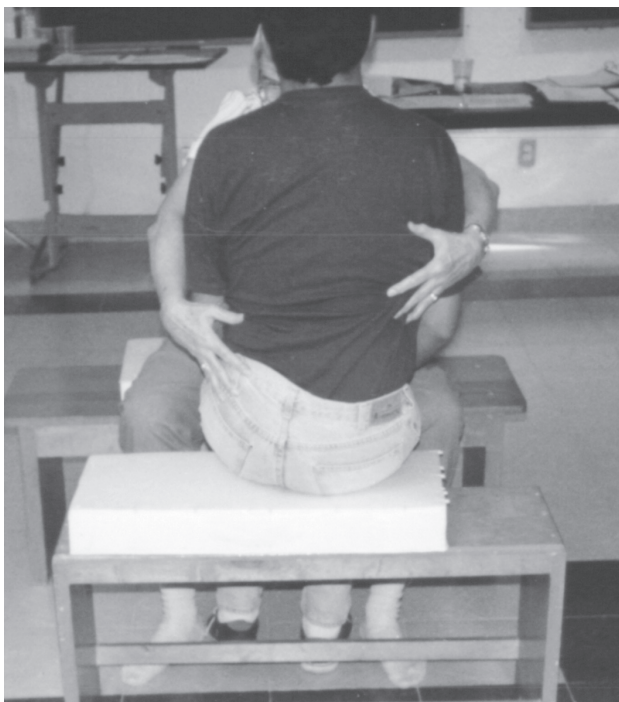
2. Si las manos del paciente soportan el peso hacia los lados y hay espacio entre los brazos y el tronco, entonces el terapeuta puede colocar ambos brazos debajo de los brazos del paciente.

FACILITAR EL DESPLAZAMIENTO LATERAL DEL PESO DESDE EL FRENTE

El terapeuta mantiene la pelvis del paciente en posición neutra con el tronco coactivado. Luego, con dos o tres dedos, da una señal a lo largo del borde lateral de los músculos erectores de la columna, justo por encima de la pelvis, en dirección medial y ascendente (hacia el hombro opuesto) para facilitar la elevación de la pelvis de ese lado. A medida que la pelvis se eleva, el terapeuta y el paciente se desplazan ligeramente lateralmente juntos. El brazo opuesto del terapeuta impide que el movimiento se inicie desde los hombros.



FACILITAR EL AVANCE DE LA PELVIS DESPUÉS DEL CAMBIO DE PESO



Mientras la mano del terapeuta mantiene la extensión y elongación del tronco del paciente en el lado que soporta el peso (derecho), el terapeuta mueve los dedos de su otra mano hacia abajo para que entren en contacto con la pelvis del paciente en el lado izquierdo y luego da una señal hacia adelante en ese lado.

FACILITANDO EL DESPEGUE DESDE EL FRENTE

SIN ASISTENCIA PARA LAS PIERNAS



1. La terapeuta se sienta delante, con las piernas separadas de las del paciente, pero sin contacto. Se flexiona por las caderas para rodear los brazos del paciente y tocar su tronco con ambas manos (es decir, el meñique apuntando hacia abajo y en contacto con los abdominales, los dedos 2.º a 4.º extendidos sobre la cara posterolateral de la zona toracolumbar y el pulgar sobre la zona torácica). La terapeuta facilita el movimiento de los extensores del tronco y luego de los abdominales para lograr un tronco erguido y cocontraído, como se describió anteriormente.



2. El terapeuta mantiene el tronco del paciente y le pide que se incline hacia adelante desde las caderas. (Si es necesario, se puede dar una señal con los pulgares para que avance). A medida que el paciente se inclina hacia adelante, el terapeuta se encorva y se inclina hacia atrás para apartarse, manteniendo la facilitación del tronco. El paciente debe mantenerse en la línea media en todo momento.

FACILITANDO EL DESPEGUE DESDE EL FRENTE

SIN ASISTENCIA PARA LAS PIERNAS



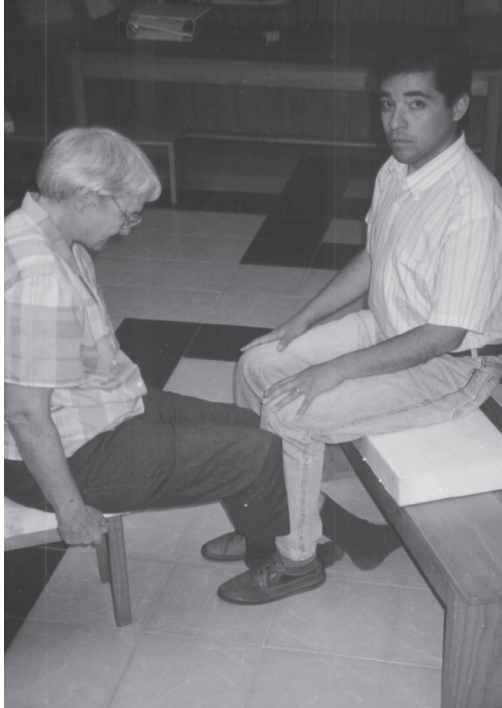
3. Asegurándose de que el tronco del paciente se coactive manteniendo la extensión torácica y los abdominales activos, el terapeuta se inclina lentamente hacia atrás para ayudarlo a avanzar sobre sus pies y levantarse. Se da la orden de levantarse cuando los hombros del paciente sobrepasan la parte distal de los muslos. Asegúrese de que los talones del paciente estén detrás de las rodillas y permanezcan apoyados en el suelo.

CONTROL DE LA PIERNA DEL PACIENTE DESDE EL FRENTE



1. La terapeuta se sienta a una distancia suficiente del paciente para que su rodilla apenas sobrepase la rodilla del paciente. El pie de la terapeuta se encuentra entre los pies del paciente, pero sin tocar ninguno de ellos ni el tobillo. **Nota:** Los pies del paciente deben permanecer alineados con las articulaciones de la cadera, es decir, separados entre 10 y 13 cm. La pierna del terapeuta está en contacto con la parte proximal de la parte inferior de la pierna del paciente en la cara anterolateral (zona del músculo tibial anterior). Consiga el mayor contacto posible sin tocar la tibia. El pie del terapeuta puede moverse hacia adelante o hacia atrás para lograr el mejor contacto. El terapeuta debe poder soportar el peso de la pierna del paciente extendiendo ligeramente la cadera y presionando contra el suelo. No realice flexión plantar, ya que esto levantará los talones del paciente del suelo.

CONTROL DE LA PIERNA DEL PACIENTE DESDE EL FRENTE



2. Una vez lograda la posición correcta de la pierna, el terapeuta puede deslizar la otra pierna entre las piernas del paciente (sin abducirlas) y colocar el talón detrás del talón del paciente para evitar la flexión de la rodilla, si es necesario. Esta pierna también ayuda a prevenir la aducción. No apriete la pierna del paciente.

FACILITAR EL DESPLAZAMIENTO HACIA ATRÁS USANDO SEÑALES DE PIERNAS

1. La terapeuta coloca sus pies entre los del paciente. Esto debe hacerse sin desalinearse los pies del paciente con sus caderas. **Nota:** Si se usan dos pies, el terapeuta coloca un pie sobre el otro, como se muestra en la foto de abajo. El pie de abajo corresponde a la pierna que facilita la pierna afectada del paciente, como se describe en el punto 2 de la página 68. El pie de arriba corresponde a la pierna que facilita la pierna sana, si es necesario. El terapeuta no debe tocar los pies ni los tobillos del paciente. A medida que el paciente se adelanta para el despegue, el terapeuta permite que la parte inferior de las piernas se adelante ligeramente, relajándolas, encorvándose e inclinándose hacia atrás para apartarse del paciente.

