



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE DESARROLLO TERRITORIAL  
Y BIENESTAR SOCIAL



CALI, UN MUNDO APARTE

UNIÓN TEMPORAL FUNDACIÓN IDEAL  
CORPORACIÓN REGIONAL DE REHABILITACIÓN DEL VALLE

**MODULO II**  
**APRENDIENDO A CUIDAR MEJOR**

PROYECTO:  
"IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA MUNICIPAL DE  
ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD DE SANTIAGO DE CALI"

**JORGE IVAN OSPINA GÓMEZ**

Alcalde de Santiago De Cali

**MARILUZ ZULUAGA SANTA**

Secretaria De Desarrollo Territorial Y Bienestar Social

**RODOLFO MILLAN MUÑOZ**

Director Ejecutivo

Fundación IDEAL Para La Rehabilitación Integral «Julio H. Calonje»

Representante Legal Unión Temporal IDEAL-CRRV

**MARGARITA MARIA MEZA TREJOS**

Directora Ejecutiva

Corporación Regional de Rehabilitación del Valle

**LUZ AURORA SALAZAR BOCANEGRA**

Coordinadora Componente Atención a Personas con Discapacidad Severa y Cuidadores

Módulo elaborado por:

**ILSE SOTO FRANCO**

Fisioterapeuta

**SANDRA PATRICIA SANTOS**

Fisioterapeuta

Santiago de Cali, Marzo de 2009

**CONTENIDO**

4. SINDROME DE INMOVILIDAD OCASIONADA POR LA DISCAPACIDAD SEVERA: QUE DEBEMOS HACER Y TENER EN CUENTA ..... 6

4.1. CLASIFICACIÓN DE LA INMOVILIDAD: ..... 6

4.2. SISTEMAS AFECTADOS POR LA INMOVILIDAD PROLONGADA ..... 7

4.3. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL REPOSO PROLONGADO EN CAMA O EN LA SILLA DE RUEDAS ..... 8

4.3.1. ¿Qué es una úlcera por presión? ..... 8

4.3.2. ¿Por qué se puede dar la úlcera por presión en el paciente con discapacidad severa? ..... 8

4.3.3. ¿Cuáles son los sitios de mayor riesgo de úlceras? ..... 9

4.3.4. ¿Cómo puedo detectar la gravedad de una úlcera? ..... 10

4.3.5. ¿Qué hacer en caso de presentarse una úlcera por presión? ..... 11

4.3.6. Síntomas de una infección 2 ..... 15

4.4. POSICIONAMIENTO EN CAMA ..... 15

4.5. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES ..... 17

4.6. IMPORTANCIA DE REALIZAR EJERCICIOS A LA PERSONA CON INMOVILIDAD ..... 18

4.7. RECOMENDACIONES FRENTE A LA INMOVILIDAD ..... 19

5. TRASLADOS Y MOVILIZACIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA ..... 20

5.1. ¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DEL TRASLADO Y LA MOVILIZACIÓN? ..... 20

5.2. PUNTOS CLAVE DE CONTROL ..... 21

5.3. MOVILIZACIONES EN CAMA..... 21

    5.3.1. Desplazamiento dentro de la camilla ..... 21

    5.3.2. Rolado o giro en la cama..... 22

    5.3.3. Desplazamiento lateral en la cama por segmentos ..... 22

    5.3.4. Boca arriba - boca abajo desde la rodilla o tobillo ..... 23

    5.3.5. Boca arriba - boca abajo con mano debajo de la rodilla ..... 23

5.4. TRASLADOS DEL PACIENTE EN CAMA .... 24

    5.4.1. Traslado de Camilla – Camilla: ..... 24

    5.4.2. Boca arriba - sentado disociando hombros y cadera ..... 25

    5.4.3. Traslado de supino a sentado disociando hombros y cadera ..... 25

    5.4.4. Boca arriba a sentado ..... 26

        5.4.4.1. Cuando requiere poca ayuda<sup>3</sup> ..... 26

        5.4.4.2. Cuando requiere mucha ayuda<sup>4</sup> ..... 26

5.5. TRASLADOS EN SILLA DE RUEDAS..... 27

    5.5.1. Traslado de silla - silla con agarre posterior ..... 27

    5.5.2. Traslado de silla- silla con doble agarre frontal .... 27

    5.5.3. Traslado de silla- cama con doble agarre frontal . 28

    5.5.4. Traslado de silla- cama con ayuda de tabla ..... 29

    5.5.5. Traslado en silla de ruedas subir y bajar rampa ... 29

5.6. RECOMENDACIONES GENERALES ..... 30

6. MANEJO EN CASA DE LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD SEVERA..... 30

6.1. CUIDADOS EN CASA DEL NIÑO Y NIÑA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD.. 30

    6.1.1. Boca Arriba ..... 31

    6.1.2. Medio lado ..... 32

    6.1.3. Boca Abajo ..... 32

    6.1.4. Desplazamientos ..... 33

    6.1.5. Posición de pie ..... 34

6.2. ACTIVIDADES DIARIAS..... 34

    6.2.1. Levantarlo desde la posición boca arriba ..... 34

    6.2.2. Corrija la posición de sus brazos ..... 35

    6.2.3. Sostenerlo en el aire ..... 35

    6.2.4. Sostenerlo sentado ..... 36

    6.2.5. Sentado en el piso..... 37

    6.2.6. Para ir al baño ..... 37

    6.2.7. Para bañarlo ..... 38

    6.2.8. Cómo vestirlo ..... 39

    6.2.9. Cómo se debe alimentar ..... 40

    6.2.10. Cómo debe cargarlo ..... 41

6.3. INTERACTUANDO CON SU ENTORNO ..... 42

    6.3.1. Juegue con el niño ..... 43

6.4. CUIDADOS EN CASA DEL ADULTO EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD ..... 44

    6.4.1. Posturas en cama para pacientes espásticos<sup>1</sup> 44

        6.4.1.1. Boca arriba ..... 44

        6.4.1.2. Al levantarlo ..... 45

    6.4.2. Durante el baño ..... 46

    6.4.3. Durante el vestido ..... 46

    6.4.4. Al alimentarlo ..... 47

7. ¿QUE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS SE DEBEN HACER PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA? ..... 47

7.1. OBJETIVOS DEL PLAN CASERO ..... 48

7.2. ¿CUÁL DEBE SER LA RUTINA DE EJERCICIOS PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA? ..... 48

    7.2.1. Para controlar el tono..... 48

    7.2.2. Movilización de hombros y miembro superior 49

    7.2.3. Movilización de pelvis ..... 49

    7.2.4. Movilización de extremidades inferiores ..... 50

    7.2.5. Incentivando la extensión de la columna..... 50

    7.2.6. Facilitando la posición sentada ..... 51

    7.2.7. Recomendaciones..... 51

BIBLIOGRAFIA ..... 52

PARTE 6 ..... 53

PARTE 7 ..... 53

## **4. SINDROME DE INMOVILIDAD OCASIONADA POR LA DISCAPACIDAD SEVERA: QUE DEBEMOS HACER Y TENER EN CUENTA**

La inmovilidad es el deterioro de la capacidad para moverse de forma independiente dentro de un entorno, dificultando la posibilidad de desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioro del movimiento, afectando aquellas actividades de las que dependen el autocuidado personal (aseo, vestido, comida, evacuación, etc.), o las que facilitan la relación con la comunidad.

Las personas con discapacidad severa sufren de inmovilidad prolongada debido a la alteración o pérdida del movimiento de sus extremidades lo que no le permite moverse ni desplazarse, impidiendo la capacidad de relacionarse con su entorno.

### **4.1. CLASIFICACIÓN DE LA INMOVILIDAD:**

#### **Inmovilidad temporal**

Es el reposo obligado en cama durante tiempo determinado, de unos pocos días hasta tres meses, ocasionado por enfermedades de tipo agudo o subagudo. Generalmente se encuentran deterioradas las actividades avanzadas e instrumentales pero se conserva la independencia a nivel físico (básicas). Entre los factores que pueden llevar a la inmovilidad temporal están: la disnea, dolor, vértigo e inestabilidad.

#### **Inmovilidad permanente**

Se define como el deterioro en forma permanente de la capacidad de moverse por sí mismo, tiene múltiples

causas, puede provenir de las mismas que generaron inmovilidad temporal o intermitente o derivarse de otras patologías agudas o crónicas. Las causas más frecuentes son: síndrome demencial, parálisis cerebral, artritis, enfermedad cerebrovascular (ECV), fractura de pelvis o extremidades inferiores, amputación, falla cardíaca.

## 4.2. SISTEMAS AFECTADOS POR LA INMOVILIDAD PROLONGADA

La inmovilidad prolongada produce cambios en los diferentes órganos que tienden a perpetuar la inmovilidad; los sistemas más afectados son el sistema cardiovascular y el músculo-esquelético. Las alteraciones más frecuentes de los principales sistemas en los individuos inmovilizados son:

**-Sistema cardiovascular:** puede llevar a alteraciones en el corazón y los vasos sanguíneos.

**-Sistema respiratorio:** disminuye los movimientos respiratorios, la tos no es efectiva lo que conlleva a la acumulación de secreciones mucosas, favoreciendo la aparición de infecciones respiratorias.

**-Sistema musculoesquelético:** se presenta debilidad muscular, pérdida de masa ósea, osteoporosis, tendencia a las fracturas. Retracciones tendinosas conllevan a la aparición de Contracturas musculares, rigidez, limitación de los arcos de movilidad.

**-Sistema nervioso.** Trastornos de la atención y falta de motivación.

**-Sistema digestivo:** Pérdida de apetito. Trastornos de la deglución y enlentecimiento digestivo, tendencia al reflujo gastroesofágico. Estreñimiento e impactación fecal e incontinencia.

**-Sistema genitourinario:** Retención, Incontinencia, Cálculos. Infecciones urinarias.

**-Piel:** Áreas cutáneas dolorosas. Úlceras por presión. Constituyen la principal complicación de la inmovilidad.

**Causas ambientales:** Obstáculos físicos tanto en el domicilio como en el exterior. Inexistencia de elementos de ayuda (bastones, caminadores, pasamanos)

## 4.3. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL REPOSO PROLONGADO EN CAMA O EN LA SILLA DE RUEDAS

### 4.3.1. ¿Qué es una úlcera por presión?

Las úlceras por presión son la principal complicación por inmovilidad y es el daño que aparece en la piel sometida a la presión prolongada consecuencia del apoyo prolongado y continuo de una prominencia ósea sobre un plano duro, lo que dificulta el paso de sangre a los tejidos presionados, dañando la piel y exponiéndola a infecciones.

### 4.3.2. ¿Por qué se puede dar la úlcera por presión en el paciente con discapacidad severa?

Existen muchas causas por las cuales se puede dar una úlcera, entre las causas encontramos:

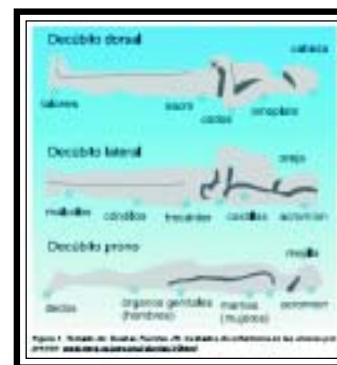
- **Falta de Movilidad del paciente:** puesto que la causa de las úlceras por presión es la presión prolongado sobre una misma zona, cuanto menor capacidad tenga el paciente para cambiar su posición, mayor probabilidad existe de que aparezca el problema.
- **La falta de vitamina C:** puede aumentar la fragilidad de los vasos sanguíneos y del tejido graso que de alguna manera sirve como colchón de nuestro cuerpo, re-

duciendo de esta forma su protección y facilitando la producción de lesiones por presión.

- **Obesidad:** los tejidos de una persona obesa dispersan el peso sobre una superficie mayor. Sin embargo, el riego sanguíneo de los tejidos y, en consecuencia, su nutrición y oxigenación son deficientes, lo que a su vez favorece la aparición del problema.
- **Delgadez:** Cuando el tejido graso y muscular entre las prominencias óseas y la piel es escaso, el peso del cuerpo se concentra sobre ellas provocando una úlcera.
- **La fricción:** producto del roce con la ropa de cama y sus pliegues, así como el cizallamiento entre dos capas de la piel y la maceración por la humedad de los tejidos, agravan el efecto de la presión sobre los lugares expuestos.
- **Posición o postura inadecuada:** el grado de presión sobre las prominencias óseas se modifica fácilmente con la posición.
- **Vestidos y ropas de cama:** Las ropas rasposas y arrugadas contribuyen a concentrar la presión en ciertas zonas. Los cuerpos extraños y partículas entre la ropa son igualmente perjudiciales.
- **Factores ambientales:** como colchones y sillas duras
- **Humedad:** Contribuye a la lesión de la piel, más cuando proviene de líquidos irritantes como el sudor, la orina o la materia fecal.




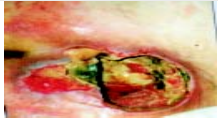
#### 4.3.3. ¿Cuáles son los sitios de mayor riesgo de úlceras?

Las zonas más afectadas se sitúan en las partes inferiores del cuerpo como lo son: la región entre los dos glúteos, crestas ilíacas, los talones, otros lugares son los codos, las vértebras, los omoplatos, los tobillos, las orejas y otras prominencias óseas.



#### 4.3.4. ¿Cómo puedo detectar la gravedad de una úlcera?

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro estadios, según el grado de extensión y profundidad de la lesión en la piel.

GRADO	CARACTERÍSTICAS	
Grado I:	Hay un enrojecimiento de la piel, hay una inflamación en la epidermis, acompañadas de salpullido.	
Grado II:	Úlcera superficial que tiene aspecto de ampolla con márgenes bien definidos; hay pérdida parcial del grosor de la piel afectando la epidermis, dermis o ambas.	
Grado III:	Úlcera constituida. Hay pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo, pero no hasta la profundidad. Hay muerte de los tejidos, de aspecto negruzco, de olor fétido.	
Grado IV	La pérdida de la piel, el músculo hasta el hueso, este es visible con muerte del músculo.	

### 4.3.5. ¿Qué hacer en caso de presentarse una úlcera por presión?

A continuación se brindarán algunas recomendaciones que pueden ser útiles en la prevención de úlceras por presión en la persona con discapacidad severa,

Lo más importante es cuidar la piel

Se debe revisar la piel por lo menos dos veces al día, determinar algún enrojecimiento en la piel después de cambiar de posición, debe fijarse principalmente en los sitios de presión.

El baño debe realizarlo al menos una vez al día, sin embargo, en caso de no controlar esfínteres, limpiar adecuadamente la zona con un trapo o toalla suave para evitar humedad y lesiones de la piel. Se recomienda utilizar jabón suave y agua tibia o a temperatura ambiente. En caso de presentarse mucha humedad utilizar cremas que protejan la piel.

El masaje puede ser beneficioso para aumentar la circulación, evitarlo en los sitios con prominencias óseas y que ocasionen mucha presión, este masaje se debe acompañar de cambio de posición en cama o en silla de ruedas al menos cada dos horas.

Es muy importante evitar la fricción cuando se cambie de posición, se debe levantar y no arrastrarlo ya que esto puede lesionar la piel, se pueden utilizar sábanas o aparatos especiales para levantarlo. Debe evitar los neumáticos en forma de anillo ya que puede aumentar la presión de los vasos alrededor.

#### **Si la persona se encuentra en cama**

Se deben utilizar colchones y almohadas especiales rellenos de espuma, aire, geles, o los mas modernos en agua,

pero cualquiera que se el implemento es importante cambiar de posición frecuentemente para permitir la circulación en la piel.

Se debe elevar solo un poco la cabecera de la cama, ya que en caso de elevar demasiado la persona puede deslizarse hacia abajo, lesionando la piel.

En posición de medio lado evitar cargar todo el peso a nivel de la cadera, tratar de distribuir el peso en todo el cuerpo, a través de almohadas.

Si la persona mantiene en silla de ruedas

Utilizar cojines a nivel de asiento de la silla, evitar sentarse en cojines en forma de anillo, cambiar frecuentemente de posición, al menos cada hora, es importante mantener una buena postura.

Se deben realizar ejercicios de movilidad de las extremidades y del tronco tanto en cama como en silla de ruedas.

### Cuidados Indicados Dependiendo De Los Factores De Riesgo<sup>1</sup>

Factores de riesgo.	Recomendaciones para la prevención.
<p>La persona que debe permanecer en cama o en una silla</p>	<p>Revisar la piel por lo menos una vez al día.                      Tomar un baño cuando sea necesario por higiene o para sentirse más cómodo                      Prevenir la resequedad de la piel.                      Para las personas en cama:                      1. Cambiar de posición por lo menos cada 2 horas                      2. Usar un colchón (cama) especial relleno de espuma, aire, gelatina o agua.                      3. Elevar la cabecera de la cama únicamente cuando sea necesario.                      Para las personas en silla de ruedas:                      1. Cambiar de posición cada hora                      2. Aliviar la presión usando cojines rellenos de espuma, gelatina o aire.                      Reducir la fricción:                      1. Levantar en vez de arrastrar al paciente para cambiarlo de posición.                      2. Usar maicena en la piel.                      Evitar el uso de cojines en forma de anillo.                      Participar en un programa de rehabilitación.</p>

<p>Si el paciente está incapacitado.</p>	<p>Cuando las personas deben permanecer en silla de ruedas y no se pueden mover por sí mismas, se les debe cambiar de posición por lo menos cada hora.                      Las personas obligadas a estar en silla de ruedas que se pueden mover por sí mismas deben:                      Cambiar de posición por lo menos cada 15 minutos.                      Usar almohadas o cojines en forma de cuña para evitar que se rocen las rodillas y los tobillos.                      Cuando el paciente esté en cama, colocarle una almohada debajo de las piernas, de la mitad de la pantorrilla al tobillo, para evitar que los talones toquen la cama.</p>
<p>Falta de control de orina o excremento:</p>	<p>Limpiar la piel apenas se ensucie.                      Evaluar y tratar a la incontinencia urinaria.                      Si no se puede controlar la incontinencia:                      - Usar toallas sanitarias o prendas interiores absorbentes cuya superficie seque rápido.                      - Proteger la piel con cremas o ungüentos.</p>
<p>Mala alimentación:</p>	<p>Llevar una alimentación adecuada.                      Si no es posible llevar una dieta normal, hablar con el médico sobre los complementos de nutrición.</p>
<p>Falta de lucidez mental</p>	<p>Seleccionar las medidas de prevención apropiadas para las personas con falta de lucidez.</p>

<sup>1</sup> [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su\\_salud/ahcpr/guia22.html](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/ahcpr/guia22.html)



### 4.3.6. Síntomas de una infección <sup>2</sup>

Úlcera infectada.	Infección generalizada.
<p>Secreción espesa verde o amarillenta.</p> <p>Mal olor.</p> <p>Tejido alrededor de la llaga, caliente o rojizo.</p> <p>Sensibilidad al tacto en el área alrededor de la úlcera.</p> <p>Inflamación.</p>	<p>Fiebre o escalofríos.</p> <p>Debilidad.</p> <p>Confusión mental o dificultad para concentrarse.</p> <p>Latidos acelerados del corazón.</p>


### 4.4. POSICIONAMIENTO EN CAMA

La persona debe mantener bien alineado en las diferentes posiciones para evitar la aparición de las úlceras por presión:

Posición	Descripción	Proteger	Gráfico
Decúbito supino (Boca arriba)	Mantener la cabeza con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación con el resto del cuerpo; mantener las rodillas ligeramente flexionadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Occipital</li> <li>- Escápulas</li> <li>- Codos</li> <li>- Sacro y cóccix</li> <li>- Talones</li> </ul>	

Posición	Descripción	Proteger	Gráfico
Decúbito prono (Boca abajo)	Colocar sobre el abdomen con la cara hacia un lado sobre un cojín, los brazos flexionados rodeando el cojín o encima de él, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frente</li> <li>- Ojos</li> <li>- Orejas</li> <li>- Pómulos</li> <li>- Pectorales</li> <li>- Genitales masculinos</li> <li>- Rodillas</li> <li>- Dedos</li> </ul>	
Decúbito Lateral (Medio Lado)	Mantener la alineación, con la pierna del lado sobre el que descansa el cuerpo estirada y la c o n t r a r i a flexionada; las extremidades superiores flexionadas. Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de la cadera y del hombro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orejas</li> <li>- Escápulas</li> <li>- Costillas</li> <li>- Crestas ilíacas</li> <li>- Trocánteres</li> <li>- Gemelos</li> <li>- Tibias</li> <li>- Maléolos</li> </ul>	

<sup>2</sup> [http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su\\_salud/ahcpr/guia22.html#tabla3](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/ahcpr/guia22.html#tabla3)

Posición	Descripción	Proteger	Gráfico
Sedente	Sentarse con la espalda apoyada contra una superficie firme. Colocar una almohada debajo de cada brazo, así como un rollito en la región cervical y mantener la cadera a 90°	- Escápulas - Sacro - Tuberosidades isquiáticas	

## 4.5. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

### Prevencción de complicaciones musculoesqueléticas:

Debemos prestar atención a la postura y a la alineación corporal, así como la realización de movimientos mediante ejercicios con ayuda o sin ayuda, según la situación del paciente.

### Prevencción de complicaciones cardiovasculares:

Debemos controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca en busca de alteraciones del ritmo, así como evitar embolismos pulmonares y flebitis.

### Prevencción de complicaciones respiratorias:

La acumulación de secreciones es un problema a prevenir, para ello:

*En pacientes encamados:* se aconseja mantener la cabeza de la cama elevada, realizar fisioterapia respiratoria, informar al paciente que debe realizar inspiraciones profundas, toser y expectorar; en ocasiones será conveniente el uso

de aerosoles y se aconseja beber abundante líquido para fluidificar las secreciones y favorecer su expulsión.

*En pacientes poco colaboradores o gravemente incapacitados* podemos instaurar drenaje postural de forma precoz, cuya finalidad es la eliminación pasiva de las secreciones del área bronquial específica mediante la colocación del paciente en posturas en las que actúe la gravedad. Para ser efectivas, estas posiciones deben mantenerse durante 20-30 minutos y repetirlas un mínimo de tres veces al día.

### Prevencción de las complicaciones gastrointestinales:

El estreñimiento es un problema muy frecuente. Como norma general, la dieta debe ser suficiente, equilibrada, rica en fibras, variada, de fácil ingestión, digestión y absorción.

## 4.6. IMPORTANCIA DE REALIZAR EJERCICIOS A LA PERSONA CON INMOVILIDAD

Los ejercicios pretenden además de prevenir las úlceras, mejorar la condición cardiovascular y movilizar las bombas musculares

### Ejercicios Pasivos

Se realiza en enfermos inconscientes, paralizados o que no puedan realizar algún movimiento activamente para ayudar al mantenimiento de una buena irrigación de los tejidos.

- Prevenir la aparición de problemas circulatorios favoreciendo el retorno venoso.
- Mantener el rango de movilidad articular.
- Conservar elasticidad músculo-tendinosa.

### **Ejercicios Activo- asistidos**

Cuando el paciente puede realizar el movimiento pero no en su totalidad, ejemplo: ayudar en las transferencias.

### **Ejercicios Circulatorios**

Son ejercicios para mejorar el retorno venoso y movilizar las bombas musculares.

### **Masajes**

La finalidad de los mismos es la activación de la circulación en los tejidos, favorecer la relajación y lograr el bienestar. Se realizarán con movimientos circulares, lentos de manera delicada pero firme; cada sesión ha de durar un mínimo de 10 minutos usando para ello una pomada grasa o alcohol.

## **4.7. RECOMENDACIONES FRENTE A LA INMOVILIDAD**

- Animarlo y ayudarlo a realizar tareas que pueden ser simples o acordes a sus posibilidades.
- Ayudarlo solo en las tareas más difíciles.
- Debe mostrar confianza y seguridad en el momento de intervenir.
- Estimule la conversación acorde al estado mental de la persona.
- Fomentar la movilidad y el desplazamiento de la persona con discapacidad.
- Ser precavido con el fin de evitar caídas y visitar sitios de interés y relacionarlo con otras personas.
- La inmovilidad cuando no es manejada adecuadamente, las personas encargadas del cuidado se van acos-

tumbrando a esa pérdida progresiva y cuando deciden tomar medidas en el asunto, las posibilidades de intervención son escasas.

## **5. TRASLADOS Y MOVILIZACIONES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA**

La movilización y los traslados de las personas con discapacidad se convierten en un reto para el cuidador y las personas a su alrededor, razón por la cual se requiere del aprendizaje de una técnica y un entrenamiento que permita al cuidador la adquisición de habilidades en el traslado de la persona a su cargo.

Es interesante diferenciar los términos movilización y traslado ya que el primero hace referencia a los movimientos que se realizan sobre una misma superficie, llevando a cambios de posición, como por ejemplo: voltearse; en cambio el traslado o transferencia requiere del cambio de una superficie a otra como pasar de la cama a la silla.

Existen muchas formas de movilizar y trasladar a la persona con discapacidad, sin embargo, lo que se busca con un acertado traslado y movilización, es un adecuado manejo de las cargas y de la biomecánica de la columna, un menor gasto energético al igual que la disminución de los problemas musculares y de la espalda, esta última, es la región con mayor alteración e incapacidad en el cuidador.

### **5.1. ¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DEL TRASLADO Y LA MOVILIZACIÓN?**

Un adecuado traslado y movilización trae ventajas tanto para el cuidador como para la persona con discapacidad, en este último, hay un mejoramiento físico, psicológico, brin-

dando una mayor autonomía; para el cuidador, al mejorar su técnica, disminuye los dolores de espalda y retarda el tiempo de aparición de cansancio y fatiga.

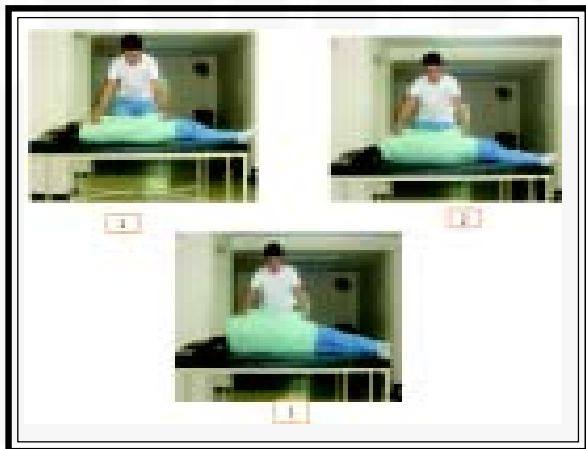
## 5.2. PUNTOS CLAVE DE CONTROL

Los puntos clave permiten realizar la manipulación de una persona con problemas de movilidad con relativo poco esfuerzo, permiten controlar grandes segmentos corporales y facilitan patrones de movimiento normales en la persona. Estos puntos pueden ser proximales o distales: los puntos proximales están conformados por la cabeza, los omoplatos y la pelvis; y los puntos distales conformados por los tobillos y las manos, estos puntos permiten que el traslado y la movilización sea más eficiente. Estos puntos generalmente se acompañan de movimientos de rotación y en diagonal.

## 5.3. MOVILIZACIONES EN CAMA

### 5.3.1. Desplazamiento dentro de la camilla

Las personas que realizaran el traslado del paciente deben abrir las piernas, doblar las caderas y las rodillas y mantener la columna recta. El traslado puede ser hacia: arriba, abajo y a los lados.



### 5.3.2. Rolado o giro en la cama

Es importante mantener la columna recta y abrir las piernas para disminuir la carga de peso en la columna. Puede ser realizada por una o dos personas.

La fuerza se debe concentrar en los hombros y en la cadera, es decir en esas zonas es donde se va a poner las manos usando la sábana. El traslado se realiza en bloque.



### 5.3.3. Desplazamiento lateral en la cama por segmentos

Es importante dividir el cuerpo por 3 segmentos: *hombros, cintura, piernas*, movilizándolo cada uno por segmentos. Se movilizan las tres por separado, lo que hace que se levante menos peso.

Esta movilización supone poco tiempo de asistencia, no precisa ninguna ayuda, es muy cómodo y seguro para el paciente.



### 5.3.4. Boca arriba - boca abajo desde la rodilla o tobillo

En esta manipulación se debe coger firmemente *Tobillo, pantorrilla o la rodilla* se impulsa en diagonal hacia el otro lado del paciente acompañado de rotación.

Pierna flexionada se lleva la rodilla hacia el tobillo opuesto. Pierna recta, se lleva el pie hacia el tobillo opuesto e intentando llevar la cadera hacia el tobillo opuesto.

Requiere de la colaboración del paciente para dejarse llevar, ya que ésta es una técnica de facilitación, no de movilización en el sentido estricto del término. Por ello, el paciente al menos debe dejarse hacer.



### 5.3.5. Boca arriba - boca abajo con mano debajo de la rodilla

El cuidador pasa una mano entre la pierna mas cercana del paciente y coge la rodilla mas alejada por encima. La otra mano cruza el brazo cercano del paciente y lo sujeta por encima del codo. Es la manipulación ideal para cambiar la ropa de cama en una persona encamada.



## 5.4. TRASLADOS DEL PACIENTE EN CAMA

### 5.4.1. Traslado de Camilla – Camilla:

Se debe acostar al paciente sobre la sábana en la que se va a trasladar. La realizan tres personas, las cuales se ubican a la cabeza del paciente, otra a los pies del paciente y la última persona se ubica en la camilla a la que se va a trasladar al paciente. Las camillas deben estar cerca una de la otra, lo que facilitara el desplazamiento del paciente.



### 5.4.2. Boca arriba - sentado dissociando hombros y cadera

Este traslado consiste en la manipulación del hombro del paciente, en donde se arrastra ese lado (hombro manipulado) hacia el lado contrario.



### 5.4.3. Traslado de supino a sentado dissociando hombros y cadera

Al equilibrar en la cadera mediante la presión del cuidador, se consigue generar un punto de apoyo sobre el cual movilizar la mitad superior del cuerpo a través de la movilización de un solo lado, lo que implica un esfuerzo mínimo. El brazo del paciente sobre el que se actúa se enrolla en la cadera del cuidador.



### 5.4.4. Boca arriba a sentado

#### 5.4.4.1. Cuando requiere poca ayuda<sup>3</sup>

Durante este desplazamiento, se puede ayudar llevando los pies fuera de la cama, sujetando el brazo y girarlo llevándolo hacia adentro, de esta manera el cuidador ayuda a incorporar el tronco



#### 5.4.4.2. Cuando requiere mucha ayuda<sup>4</sup>

Se deben colocar las piernas flexionadas por fuera de la cama, el cuidador rodea con una mano la parte posterior de las piernas por detrás de las rodillas y con la otra sujeta el tronco a nivel de los omoplatos, se sacan las piernas fuera de la cama y se sube lentamente el tronco al mismo tiempo.



3. Q CARE – LEONARDO DA VINCI

## 5.5. TRASLADOS EN SILLA DE RUEDAS

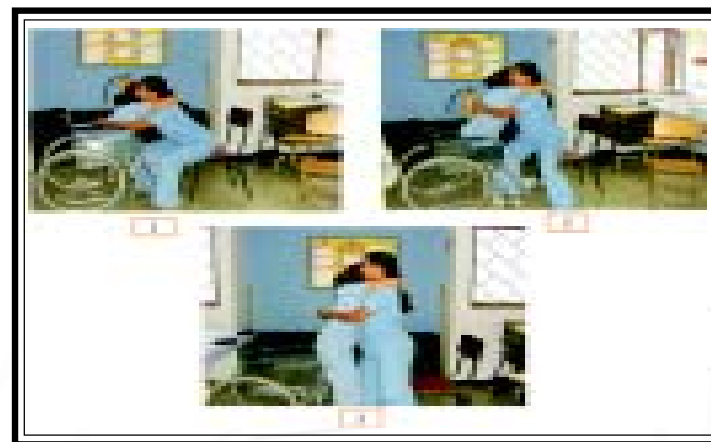
### 5.5.1. Traslado de silla - silla con agarre posterior

Coger al paciente por atrás debajo de los hombros, los dedos del cuidador deberán ir en forma de gancho. El cuidador debe ir al lado del paciente entre silla y silla agarrándolo por atrás. Es una mala manipulación si no se realiza correctamente. Para lograr reducir la carga sobre la espalda, se debe cargar el peso sobre la cadera del cuidador.



### 5.5.2. Traslado de silla- silla con doble agarre frontal

Se coge al paciente de la cintura y el paciente deberá coger al asistente del cuello; al levantarlo el cuidador debe llevar su cuerpo hacia atrás y en diagonal con la espalda recta, doblando las rodillas y posteriormente extendiéndolas. El levantamiento se acompaña de un giro del paciente hacia la silla.



### 5.5.3. Traslado de silla- cama con doble agarre frontal

Se coge al paciente de la cintura y el paciente deberá coger al asistente del cuello; al levantarlo el asistente debe llevar su cuerpo hacia atrás y en diagonal con la espalda recta, doblando las rodillas y posteriormente extendiéndolas.

Recuerde fijar las rodillas del paciente, se debe girar hacia el lado de la cama, tanto el paciente como el cuidador, manteniendo la posición recta de la espalda.



#### 5.5.4. Traslado de silla- cama con ayuda de tabla

Para este traslado se ubica una tabla entre la silla y la cama, la cual servirá como puente por medio del cual el paciente se deslizará ayudado de sus brazos hasta llegar a la cama.

Cuando es un paciente que no tiene la suficiente fuerza en los brazos y en su cuerpo, esta técnica puede ser realizada por dos personas, una coge al paciente en el tronco y la otra las piernas, manteniendo las piernas abiertas, rodillas dobladas y la espalda recta.



#### 5.5.5. Traslado en silla de ruedas subir y bajar rampa

Para subir sobre una rampa se va realiza en sentido ascendente, es decir, de frente a la rampa.

Para bajar sobre la rampa se realiza en sentido contrario a la anterior, es decir, el cuidador da la espalda a la rampa.

El cuidador debe mantener la espalda recta en ambos sentidos del traslado, para que pueda distribuir mejor el peso.



### 5.6. RECOMENDACIONES GENERALES

- En toda movilización o traslado el cuidador debe conservar su espalda recta, recuerde que la fuerza debe ser realizada por las piernas o los brazos.
- El cuidador debe aproximarse al cuerpo de la persona, esto permitirá una adecuada transferencia de carga evitando caídas y tirones musculares.
- En la medida de lo posible los estímulos o transferencias de carga hacerlos en diagonal, lo que facilitara el desplazamiento hacia un lado del cuerpo permitiendo un mayor control del mismo.
- Realice los ajustes que sean necesarios para un traslado eficaz, con un mínimo consumo de energía y evitando dolores de espalda.

## 6. MANEJO EN CASA DE LA PERSONA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD SEVERA

### 6.1. CUIDADOS EN CASA DEL NIÑO Y NIÑA EN SITUACION DE DISCAPACIDAD

Solo cuando los padres y el equipo interdisciplinario en salud, trabajan conjuntamente, se brinda a la persona

en situación de discapacidad, las mejores oportunidades para desarrollar sus capacidades, por marcadas que sean sus limitaciones.

Es importante recalcar que aunque la buena atención en el hogar es importante y esencial para el tratamiento, no debe esto sustituir el manejo con los profesionales de salud. Siempre se debe pensar en trabajar en equipo y ser uno el complemento del otro.

Es fundamental establecer cuales son los principales problemas de su hijo, evaluar sus habilidades e incapacidades y saber que tanta independencia ha alcanzado, con el fin de planear la rutina del manejo en casa.

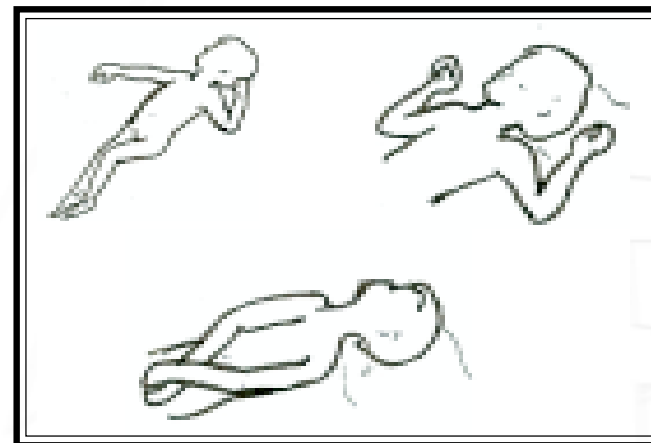
Veamos a continuación cuales son las posturas que adoptan los niños y niñas en situación de discapacidad, y a partir de allí realizar de manera mas adecuada los cambios de posición, facilitando el manejo del niño y niña en las diferentes actividades de la vida diaria.

### 6.1.1. Boca Arriba

Su cabeza, sus hombros y sus brazos presionan hacia atrás, arqueando su tronco, haciendo imposible que pueda cambiar de posición. La posición de los brazos cruzados sobre su tronco y rígidos, influye en la posición de las piernas haciéndolas tensas y rotadas hacia adentro, lo que hace imposible que el niño o niña doble sus caderas y rodillas para poder sentarse.

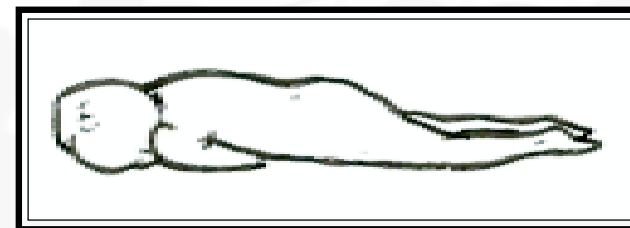
El niño atetoide es aquél que presenta movimientos rápidos e incontrolados principalmente de sus extremidades y sus esfuerzos para moverse pueden ser muy complicados y la mayor parte del tiempo permanecen en po-

sición de rana, las piernas están volteadas hacia fuera, la cabeza y los hombros echados hacia atrás.



### 6.1.2. Boca Abajo

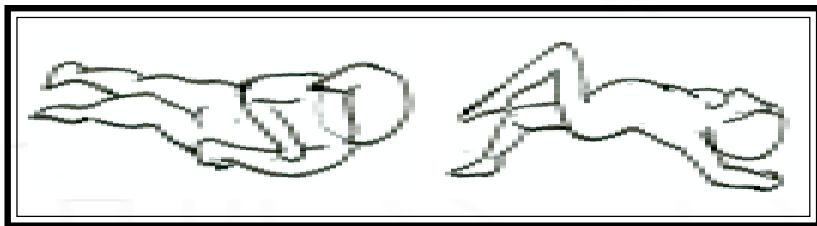
Tiene su cabeza y hombros presionados contra el suelo. No puede alzar la cabeza, la espalda ni los hombros, no logra disociar los movimientos de sus brazos, quedando rígidos bajo su tronco, no logra sacar los brazos hacia delante para sostener su peso.



### 6.1.3. Medio lado

Cuando un niño espástico trata de girarse de medio lado sus caderas y piernas se entiesan y el movimiento se inicia solo en su cabeza y hombros.

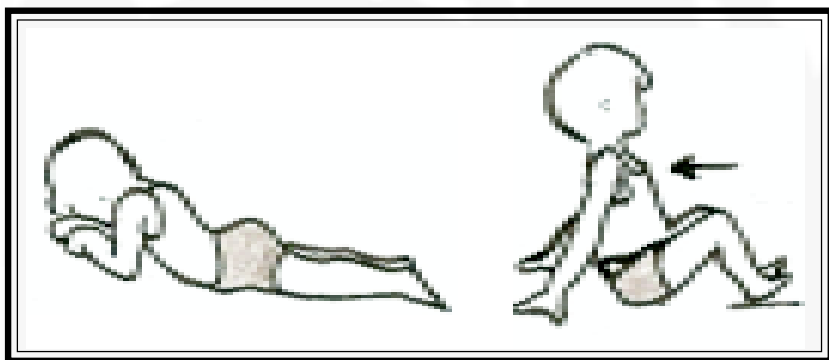
Cuando un niño atetoide lo hace el movimiento se inicia solo con las caderas y piernas, mientras la cabeza, los hombros y brazos presionan el suelo.



### 6.1.4. Desplazamientos

El niño espástico solo puede moverse sobre el suelo arrastrándose con sus brazos, pero gradualmente esto conlleva a que las piernas y los pies se entresquen y se crucen, haciendo imposible que el niño más adelante logre estar de pie.

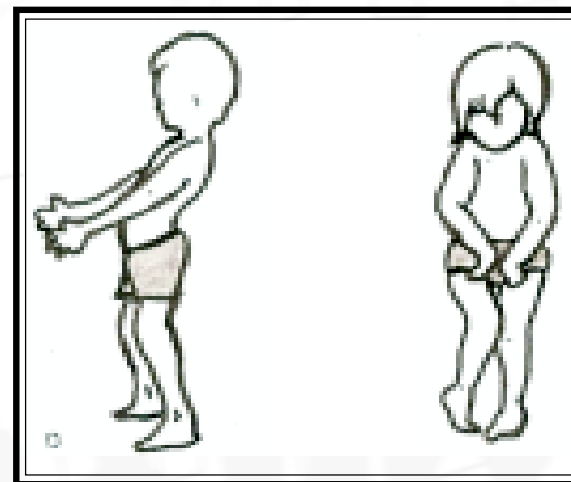
El niño atetoide generalmente es incapaz de arrastrarse o gatear ya que no puede alzar ni mantener erguida su cabeza, no logra soportar suficiente peso sobre sus brazos cuando esta boca abajo, por lo tanto solo puede moverse rodando de manera anormal o empujándose sobre su espalda.



### 6.1.5. Posición de pie

El niño espástico, se flexiona al estar de pie, su cabeza se proyecta hacia delante, para compensar la falta de extensión del tronco y las caderas, sus brazos generalmente están doblados y los hombros encogidos hacia abajo y hacia delante. Sus piernas se voltean hacia adentro y se juntan proporcionando una base muy estrecha para estar de pie. Y poder sostener el equilibrio.

El niño atetoide saca sus brazos hacia delante para compensar la extensión de las caderas e impedir que caiga hacia atrás.



## 6.2. ACTIVIDADES DIARIAS

### 6.2.1. Levantarlo desde la posición boca arriba

Espástico: el niño es incapaz de extender los brazos para alcanzar sus manos, pero logra hacerlo si usted le permite mantener los codos doblados, tómelo de los antebrazos, levántelo lentamente. Trate de inhibir la rigidez de sus piernas flexionando las caderas.

Atetoide: su cuerpo no es simétrico, no tiene control de la cabeza ni logra agarrarse, doble muy bien sus caderas hacia el pecho para compensar la extensión del tronco, coloque su brazo sobre el cuello para que su mano y antebrazo controlen los hombros empujándolos hacia delante y adentro.

### 6.2.2. Corrija la posición de sus brazos

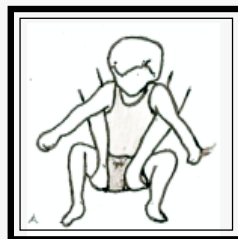
Espástico: los brazos del niño están encogidos desde los hombros, coja al niño de los brazos, apoyando sus manos, arriba de los codos del niño, con un movimiento lento elévele los brazos y rótelos hacia a fuera, a la vez que lo trae hacia usted, esto le facilita levantar la cabeza, enderezar la espalda y doblar la cadera.



Atetoide; ponga sus manos sobre los brazos aun volteados del niño o la niña y con un solo movimiento trate de bajarlos y rotarlos hacia adentro, así le facilita llevar la cabeza hacia adelante, encorvar un poco su tronco y corregir la flexión excesiva de sus piernas.

### 6.2.3. Sostenerlo en el aire

Espástico: sostenga al niño o niña por la entrepierna, procure que sus brazos sostengan los hombros, las cade-

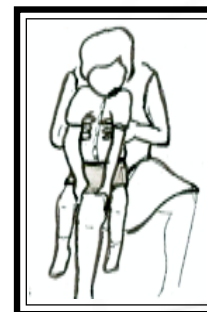


ras permanecen dobladas, la espalda se proyecta hacia delante.

Atetoide: coloque los brazos del niño o la niña adelante, ponga sus propios brazos sobre los del niño o la niña y sujétele las manos debajo de las rodillas, las piernas deben estar bien dobladas al igual que sus caderas, su espalda proyectada hacia delante.

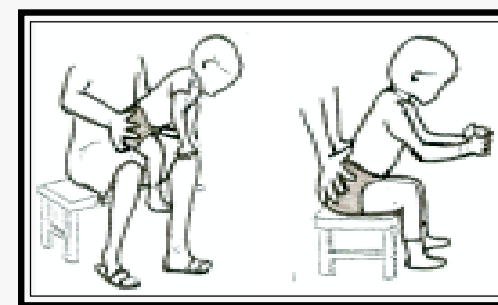


### 6.2.4. Sostenerlo sentado



Espástico: siente al niño o niña sobre una de sus piernas para mantener separadas las piernas del niño-a y flexionadas las caderas, los brazos y la cabeza se controlan sosteniendo al pequeño por sus axilas, con los hombros alzados y volteados hacia adentro mediante una ligera presión sobre el pecho.

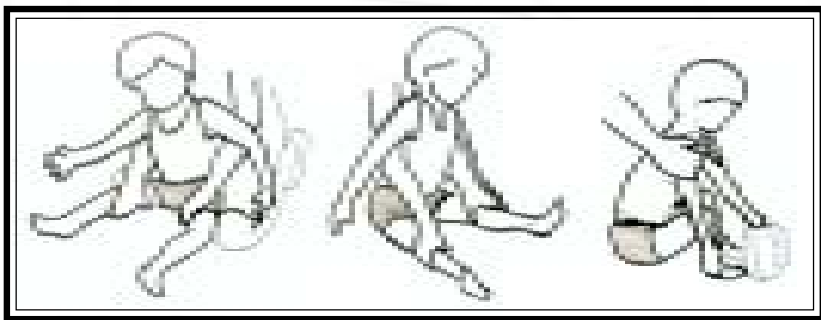
Atetoide: siente al niño o niña sobre una de sus piernas, coloque ambas manos firmemente, (empujando hacia abajo) encima de la cintura con los pulgares a cada lado de la columna, esto dará al niño el punto de apoyo facilitando que levante la cabeza y enderece la espalda



### 6.2.5. Sentado en el piso

**Espástico:** primero arrímelo a usted agarrándolo por la entrepierna, sosténgalo inclinado hacia delante, conserve las piernas del niño-a volteadas hacia fuera y separadas, colocando sus manos en la parte interna de los muslos.

**Atetoide:** siente al niño-a con las piernas dobladas y juntas, sosténgalo de los hombros y voltéelos hacia delante mediante una presión firme, luego baje sus brazos a cada lado del tronco y apoye sus manos

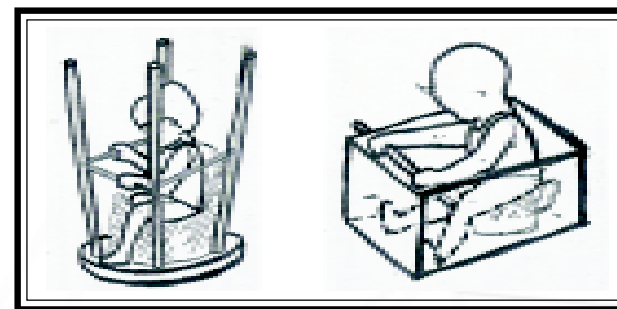


### 6.2.6. Para ir al baño

Coloque la bacinilla sujeta por las piernas de la madre, se sienta al niño-a encima y su madre sostiene la espalda, manteniendo las piernas separadas, mantenga las caderas bien dobladas y los hombros y los brazos echados hacia delante. Hay bacinillas cuyo diseño proporciona apoyo para la espalda y los brazos.



Se puede diseñar una caja de cartón o de madera con una barra para sostenerse. También se usa colocar la bacinilla dentro de las cuatro patas de un banquito invertido.



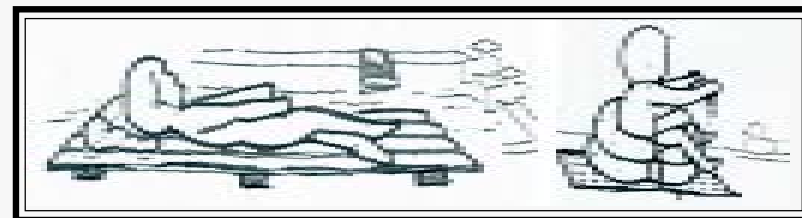
### 6.2.7. Para bañarlo

Aunque para usted el baño del niño o niña es una tarea mas de rutina, en realidad es una gran oportunidad de juego y de placer, tomeló con la cabeza y los brazos hacia adelante, antes de tratar de sumergirlo en el agua. El mejor tipo de bañera es el que tenga un leve declive, para que el niño-a pueda recostar su espalda. Es importante que el fondo de la bañera no sea resbaloso, se debe colocar un tapete de baño ordinario provisto de ventosas.

Se puede sentar el bebe sobre dos neumáticos atados entre sí o colocado boca abajo sobre un balón de hule medio desinflado.

Antes de sacarlo del baño envuélvalo en una toalla antes de sacarlo así evitara que se resbale y se aumente su espasticidad.

Algunos padres, utilizan una tarima de madera, colocada sobre el piso así puede ser enjabonado sin peligro estando acostado.



### 6.2.8. Cómo vestirlo

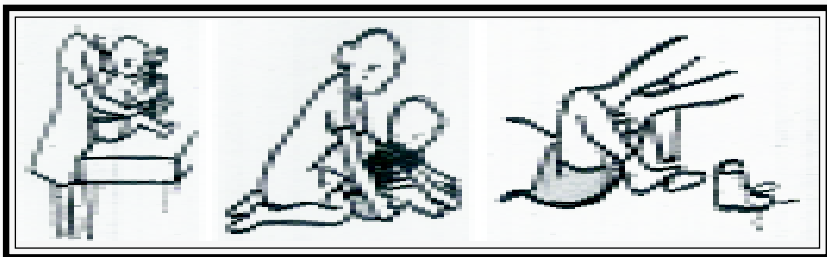
Acueste el bebe sobre sus piernas en posición boca abajo, así el niño o niña alcanza la flexión máxima y esto ayudará a disminuir la espasticidad facilitando la tarea de vestirlo y así tendrá mas posibilidades de observar lo que esta pasando y de ayudar en lo que pueda.



En la medida que crezca y se dificulte más tendrá que hacerlo boca arriba, coloque una almohada en la cabeza y doble sus caderas y rodillas para inhibir la espasticidad. Con los brazos estirados meta primero las mangas y luego deslice hacia la cabeza, gire al niño-a para que pueda acomodar la parte de atrás. Recuerde la importancia de no dejar sus ropas recogidas.

Al controlar el niño o niña por la espalda, ya sea en el suelo o sobre una mesa, usted podrá mantener las caderas dobladas y su tronco inclinado hacia delante, el niño estará en buena postura para poder ver lo que usted esta haciendo y con el tiempo comenzará a cooperar con la tarea de vestirse.

Para colocar los zapatos doble lo más que pueda las caderas y las rodillas y rote la pierna, así logrará relajar el pie para poner el zapato.

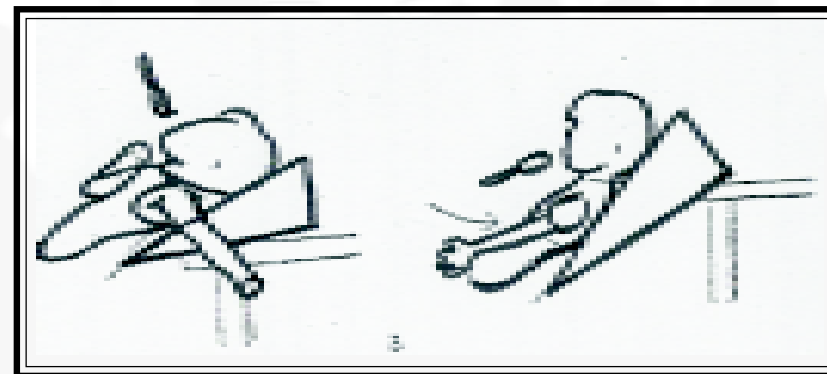


### 6.2.9. Cómo se debe alimentar

Siente al niño o niña en sus piernas de frente a usted, recuerde la importancia de inhibir la espasticidad llevando su tronco hacia adelante y doblando su cabeza, coloque su brazo detrás del cuello y con su antebrazo y mano controle sus hombros, sus caderas y rodillas quedan dobladas, utilice una almohada y recuéstelo al borde de la mesa. Importante colocar los alimentos en un lugar donde el niño-a pueda verlos y siempre dígame la tarea que van a hacer.



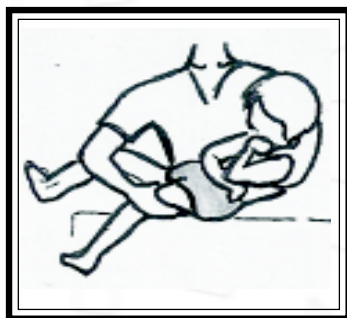
Si usted acerca la cuchara desde arriba, el niño echará mas la cabeza hacia atrás aumentando su espasticidad y no podrá deglutir bien con el riesgo de bronco aspirar. Si coloca su mano en la parte baja del tórax y presenta la cuchara al frente, ayudara al niño-a, a controlar un poco la cabeza y después deglutir.



Cuando alimente al niño o niña con biberón o cuchara hágalo en posición semi- sentada, con su cabeza y brazos hacia adelante, no apoye su cabeza para no aumentar el tono extensor, use un banquito para que usted suba un pie y una silla con espaldar alto.



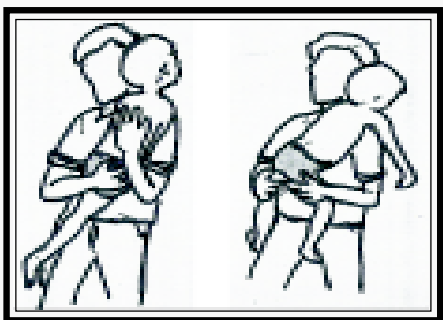
### 6.2.10. Cómo debe cargarlo



Es mas fácil alzar el niño-a con espasmos extensores, si primero se rueda ligeramente hacia un lado doblando un poco sus caderas, lo que ayudara a proyectar su cabeza y hombros hacia adelante.

Espástico: si usted levanta al niño-a espástico sin lograr la flexión, sus brazos quedan juntos, y las piernas se entiesan, se juntan y se cruzan, lo cual dificulta que doble las caderas.

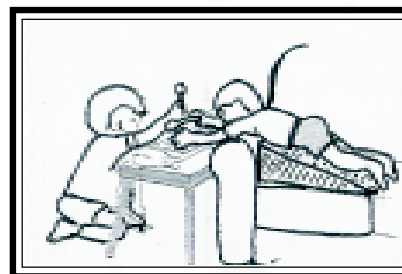
Corrija primero la posición de los brazos y póngalos sobre sus hombros, sosténgalo de los muslos doblando sus caderas y manteniendo sus piernas rotadas hacia afuera y separadas.



Atetoide: pase sus brazos debajo de los del niño-a apoye sus manos sobre el cuerpo del pequeño, así los hombros y la cabeza se irán hacia adelante, gírelo de lado antes de alzarlo, en esta posición tiene buena estabilidad de las caderas, facilitara así la extensión de la cabeza y de su espalda. Incorpórelo contra su pecho sujetándolo por debajo de las rodillas que estarán bien dobladas hacia el pecho.



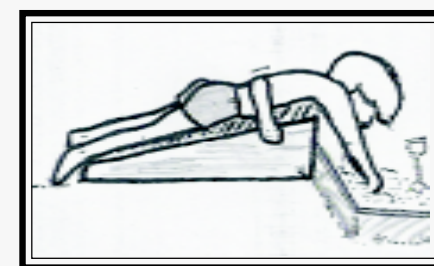
### 6.3. INTERACTUANDO CON SU ENTORNO



Conviene que durante el día, los niños descansen a ratos boca abajo. Al colocar al niño-a sobre su barriguita, su cuerpo esta mas simétrico, logra alzar la cabeza y al mismo tiempo enderezar su espalda, lo cual facilita el alineamiento de caderas y piernas.

Para este fin es importante utilizar colchones en forma de cuña.

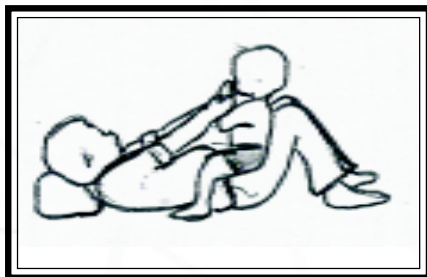
Es muy importante que el área de juegos se encuentre a una altura adecuada, mientras juegue observe sus piecitos, deténgase un momento al doblarle sus tobillos de



manera que sus pies apunten hacia el frente y sus piernas volteadas hacia afuera.

### 6.3.1. Juegue con el niño

Esencialmente el niño aprende jugando en cuanto el niño-a adquiere la conciencia de si mismo, está listo para explorar y aprender acerca de los demás en relación con él, por ejemplo:

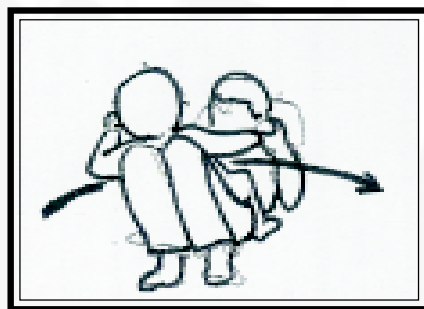


tocar y apuntar hacia la cara, ojos y boca de su madre. Cuando su campo de conocimiento se amplíe, relacionará lo que ha aprendido con sus muñecos y juguetes.



Aprende cuando juega, la diferencia que hay entre formas y texturas, tamaños y pesos, lo

hace llevándose las cosas a la boca, jugando aprende a manipular los objetos y a calcular el esfuerzo que necesita hacer para alcanzar lo que desea, aprende a percibir y calcular las distancias, que tanto se tiene que estirar para alcanzar los juguetes.



## NO OLVIDE QUE LA SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD ES LA FALTA DE AMOR!

### 6.4. CUIDADOS EN CASA DEL ADULTO EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

El manejo en casa del adulto con discapacidad severa tiene como objetivo controlar las alteraciones posturales y deformidades ocasionadas por las alteraciones del tono y las inadecuadas posturas que se adoptan durante el crecimiento.

Por lo tanto es importante tener en cuenta las recomendaciones que se presentan a continuación

#### 6.4.1. Posturas en cama para pacientes espásticos<sup>1</sup>

##### 6.4.1.1. Boca arriba

Es importante tener en cuenta el cuidado de la postura para evitar contracturas o limitaciones articulares principalmente en personas que tienen un tono muy aumentado. Se recomienda ubicar las articulaciones en las siguientes posiciones:

**Pies:** el pie debe quedar apoyado en la cabecera o contra la pared para evitar la deformidad en punta o empujado (plantiflexion), coloque una almohada o toalla para protegerlos.

**Rodillas:** si se presenta una extensión total de los pies se debe hacer una ligera flexión de las rodillas y colocar una almohada o cojín triangular por detrás de las mimas, en caso de presentar un patrón en tijeras se coloca una almohada o espuma firme entre las piernas.

1. Q CARE – LEONARDO DA VINCI

**Caderas:** Las caderas tienden a abrirse o cerrarse según el afectado. Procuraremos mantener una posición neutra. En el caso de que tiendan a cerrarse colocaremos una almohada o cojín entre las rodillas. En el caso de que se tiendan a rotar y abrirse se coloca una almohada a cada lado de los muslos.

**Cabeza:** se debe colocar en una posición neutra, ni muy flexionada ni muy extendida.

**Brazos:** Encaso de presentarse espasticidad y los brazos tiendan a flexionarse, se debe llevar ligeramente a la extensión cuidando de no lesionar los hombros. Igualmente evitar el cierre de las manos, se debe colocar un tubo o rollo de espuma firme que disminuya el cierre y evite la humedad.



#### 6.4.1.2. Al levantarlo

Es muy importante tratar de movilizar a la persona usando siempre los puntos clave de control, recuerde que debe acercarlo muy bien a usted, para evitar que su espalda se lastime. Ver capítulo movilizaciones y traslados.

Busque la forma más cómoda para pasarlo a una silla plástica para que lo bañe en posición sentado y pueda tener un mejor control.

#### 6.4.2. Durante el baño

Si la persona no logra doblar sus caderas, y está completamente rígida intente colocar una venda a nivel de las axilas y otra en las caderas para que no se resbale, se recomienda usar algún tapete antideslizante sobre la silla.

Si usted se encuentra solo y no logra trasladar el paciente realice el baño en cama, gírelo de medio lado, y acomode por su espalda un plástico grande, luego gírelo al lado contrario y acomode bien el plástico. La higiene es muy importante sobre todo los genitales y los pliegues de las partes que están muy espásticas. Axilas, corvas, codos y manos.

Para asear las manos presione con sus pulgares suavemente en el dorso de la mano por debajo de la muñeca, y con sus dedos en la palma del paciente trate de abrir la mano lentamente, use jabones suaves preferiblemente de bebé. Una vez termine el aseo sea muy cuidadoso con el secado recuerde que la humedad ocasiona la aparición de hongos.

#### 6.4.3. Durante el vestido

Debe tener mucho cuidado al poner las prendas de vestir recuerde antes corregir la posición de los brazos y de las piernas, en caso atetoides recuerde que fácilmente se puede luxar la articulación del hombro. Ver capítulo manejo en casa de la persona en situación de discapacidad.

Para los miembros inferiores, trate de doblar las caderas, rotando las piernas hacia fuera, esto disminuye la espasticidad y lograra poner el pantalón y los zapatos con mayor facilidad.

#### 6.4.4. Al alimentarlo

Tenga presente que si la cabeza está tirada hacia atrás, la deglución de los alimentos es muy difícil, trate de disminuir el tono realizando una leve presión en la parte superior del abdomen, logrará que el tronco y la cabeza se doblen para facilitar el paso de los alimentos. El semisentado es la posición ideal para alimentarlo. Procure que los alimentos sean blandos.

### 7. ¿QUE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS SE DEBEN HACER PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA?

Los procesos de rehabilitación de la persona con discapacidad severa se caracterizan por ser duraderos en el tiempo, con el objetivo de lograr la máxima capacidad funcional que tiene, ya que si bien es cierto se acompañan de marcadas limitaciones motrices, no se debe desconocer la capacidad de interacción que puede tener con su entorno de una manera diferente a la que se hace en la cotidianidad.

El cuidador como uno de los pilares fundamentales en la rehabilitación no es desconocedor de este proceso, como tampoco debe desconocer la importancia de su rol en el mejoramiento o mantenimiento de la persona con discapacidad, es por esto que la rehabilitación debe hacerse de manera conjunta. El cuidador debe entonces empoderarse de los mecanismos que se utilizan para lograr el bienestar no solo de la persona a su cargo sino también de sus funciones como cuidador, es por esto

que debe participar activamente en las actividades terapéuticas formuladas para la persona, de tal manera que se logren los objetivos planeados.

#### 7.1. OBJETIVOS DEL PLAN CASERO

- Lograr un mejor alineamiento postural
- Facilitar el enderezamiento, el balance y las reacciones
- Frenar movimientos que no le permiten un control del cuerpo
- Alcanzar la disociación de patrones de movimiento en las extremidades
- Disminuir el riesgo de contracturas y deformidades

#### 7.2. ¿CUÁL DEBE SER LA RUTINA DE EJERCICIOS PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA?

La persona con discapacidad presenta alteraciones o pérdida del movimiento ocasionado principalmente por las alteraciones del tono, este a su vez puede ser bajo (hipotonía) o alto (espasticidad).

A continuación las gráficas muestran la secuencia de ejercicios que se deben realizar diariamente por parte del cuidador, sin embargo, se debe aclarar que deben ser coordinados por la/el fisioterapeuta en caso de asistir a programas de terapia física.

##### 7.2.1. Para controlar el tono

La manera de disminuir el marcado tono es a través de las movilizaciones articulares que a su vez mejoran los movimientos de las extremidades, el tronco y la cabeza.

Movilizar la cabeza lentamente, principalmente hacia adelante y a los lados, aplicando un movimiento de rotación.



### 7.2.2. Movilización de hombros y miembro superior



Esta movilización permite liberar los hombros de una misma posición, generalmente se encuentran hacia atrás en los pacientes espásticos, en este caso, se debe movilizar el omoplato (escápula) hacia adelante acompañado de movimiento del brazo ejerciendo carga de peso, no debe olvidar la posición de la cabeza alineada con el tronco; en el caso de que los hombros se encuentren hacia adelante, se moviliza hacia el lado contrario.

### 7.2.3. Movilización de pelvis

Movilizar la pelvis permitirá un mejor manejo de la posición sentado, el control del tronco y el manejo de los esfínteres, se debe llevar la pelvis, hacia arriba, hacia abajo y en rotación.



### 7.2.4. Movilización de extremidades inferiores

La apertura y rotación de las piernas se facilita a través de la movilización de las mismas hacia la flexión, igualmente se puede acompañar de un movimiento del pie hacia arriba (dorsiflexión), disminuyendo la espasticidad extensora en las piernas.



### 7.2.5. Incentivando la extensión de la columna

Llevar los brazos estirados hacia abajo y hacia afuera acompañado de rotación, disminuye la posición en flexión del tronco, facilita la apertura de la mano y los dedos. La movilización del pulgar facilita la apertura de todos los dedos, la muñeca debe estar extendida.



### 7.2.6. Facilitando la posición sentada

Acostado se llevan uno o los dos brazos hacia adentro acompañados de rotación, incentivando el sentado, se debe cuidar la cabeza haciendo que acompañe el movimiento.



Existe una gran variedad de actividades, sin embargo, se requiere de una asesoría especializada para cada caso en particular, consulte un fisioterapeuta de confianza.

### 7.2.7. Recomendaciones

- Cuando Usted reconozca las acciones o actividades que su paciente pueda realizar por si solo, comuníquesele e insista en que las repita.
- Al realizar los ejercicios invite a la persona con discapacidad a ejecutarlos, y permita que participe activamente.
- Estos ejercicios se realizaran en sesiones simples, por cortos periodos de tiempo y varias veces al día, siempre imitando el quehacer de la vida diaria.
- Se recomienda tomar sol de 9 a 10 de la mañana

## BIBLIOGRAFIA

### PARTE 4

- Gómez Montes, José Fernando; Curcio Borrero, Carmen Lucia. Valoración Integral de la Salud del Anciano. Primera edición. Artes Graficas Tizan LTDA. Manizales-Colombia. 2002.
- KRUSEN. Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Médica Panamericana. Cuarta Edición.
- Robert Kane, Geriatria Clínica, Mc Graw Hill.
- RODRÍGUEZ; Rosalía; MORALES; Juan José; ENCINA; Jaime; TRUJILLO; Zoila. Geriatria; editorial Mc Graw Hill Interamericana; México 1999; capítulo 4 Pág. 178-180.
- SOLDEVILLA, Javier J. Guía Práctica en la Atención del las Úlceras de Piel; editorial Garsi; 4ª edición; Madrid España,1998; Pág. 1-68

[www.netdoctor.es](http://www.netdoctor.es)

[www.ulceras.net](http://www.ulceras.net)

<http://images.google.com.co/imgres?imgurl=>

<http://www.medynet.com/elmedico/aula2001/tema19/pbgeriatrico.htm>

### PARTE 5

- [http://www.QCARE – LEONARDO DA VINCI](http://www.QCARE-LEONARDO.DA.VINCI)
- [http://www.cocemfebadajoz.org/voluntariado/capitulo\\_86.html](http://www.cocemfebadajoz.org/voluntariado/capitulo_86.html)

- <http://www.elergonomista.com>
- <http://www.esclerosismultiple.com/videos/cdrom/es/IV%20pautas%20para%20el%20cuidado%206%20alimentacion%20lenguaje%20y%20comuni.pdf>

### **PARTE 6**

- Finnie Nancie R. Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. Ediciones científicas La prensa medica Mexicana S.A. 1.976
- Hppt// [www.QCARE – LEONARDO DA VINCI](http://www.QCARE-LEONARDO.DA.VINCI)
- Las graficas y partes del texto de esta cartilla fueron extraidos del libro “ATENCIÓN EN EL HOGAR DEL NIÑO CON PARALISIS CEREBRAL “ al igual que del folleto

### **PARTE 7**

- Asociación ACONIÑO, CURSO BÁSICO DE NEURODESARROLLO NTD. OCTUBRE- DICIEMBRE DE 2004.
- Bobath karel. Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral. Editorial panamericana. Año 2001.
- Paeth R. Bettina. Experiencia Con El Concepto Bobath. Editorial panamericana. Año 2000.

