



Gobierno
de España

Ministerio
de Derechos Sociales, Consumo
y Agenda 2030



Centro de promoción de la autonomía personal

GUÍA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN UNA HEMIPLEJIA

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<https://cpage.mpr.gob.es/catalogo-de-publicaciones/>

Autora: Vanesa Paredes López

Coautora: Belén Souto Val

Han colaborado en la elaboración de esta guía: Laura López García y Vicente Cabarcos Dopico

Agradecimientos: A las personas usuarias del CPAP del Imserso en Bergondo (A Coruña), por permitirnos formar parte de su vida. A María V. médica rehabilitadora y Sandra R. neuropsicóloga, por su pasión por el trabajo bien hecho; a nuestra responsable María José A. por su generosidad, confianza y motivación.

EDITA

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030

Secretaría de Estado de Derechos Sociales

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. a Ginzo de Limia, 58, 28029 Madrid

 91 703 39 35

publicaciones@imserso.es

<https://www.imserso.es>

Diciembre 2023

Diseño: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

NIPO: 235-24-011-5

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales

Contenido

Alimentación	6
A . RECOMENDACIONES GENERALES:	6
Independencia en la cama	8
A. PAUTAS Y RECOMENDACIONES.....	8
B. TRANSFERENCIAS: PASAR DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL (PASAR DE POSICIÓN TUMBADO BOCA ARRIBA Y GIRAR HACIA EL LADO AFECTO)	9
C. TRANSFERENCIAS: LEVANTARSE DE LA CAMA	10
D. TRANSFERENCIAS: ACOSTARSE EN LA CAMA	12
Higiene	14
A . PAUTAS Y RECOMENDACIONES.....	15
B . ASEO PERSONAL.....	16
C . PEINADO, AFEITADO Y MAQUILLAJE	17
D . DUCHA	17
E . INODORO.....	18
Vestido	18
A . PAUTAS Y RECOMENDACIONES:.....	19
B . VESTIDO DE MIEMBROS SUPERIORES.....	20
C . VESTIDO DE MIEMBROS INFERIORES.....	22

Introducción

El término Daño Cerebral Adquirido hace referencia a una lesión producida en un cerebro totalmente desarrollado, con independencia de su origen causal (traumático, infeccioso, vascular, etc.) (Gangoiti, 2002). Es “una lesión, normalmente súbita” es decir, la vida cambia en un instante, sin ningún tipo de preparación previa, lo que da lugar a que se produzcan grandes modificaciones en la salud y en la calidad de vida tanto de la persona que lo sufre como de sus familias (Quemada, Ruiz, Bori, Gangoiti y Marin, 2007). Esta problemática produce en muchas familias un gran nivel de estrés, superando al de los propios pacientes afectados, al tener mayor conciencia de la situación (López y Calvete, 2005).

Esta guía está **dirigida a todas aquellas personas que presentan una hemiplejía derivada de un daño cerebral adquirido con limitaciones en la ejecución de las AVDB (actividades de la vida diaria), así como a sus familiares/cuidadores/ras**. Nace con la finalidad de ofrecer recomendaciones para favorecer la intervención de las familias en el proceso de recuperación funcional, reforzar destrezas y mejorar el desempeño ocupacional de las personas afectadas, con el objetivo de posibilitar los mejores resultados y una continuidad en la intervención una vez que se vuelve al domicilio. Está basada en estrategias prácticas de intervención familiar en las actividades de la vida diaria, ejercicios sencillos y otras recomendaciones a tener en cuenta, que pueden resultar especialmente útiles para facilitar el progreso de las intervenciones profesionales y el regreso al hogar. El objetivo final es mejorar la colaboración entre el equipo de profesionales, el usuario y las familias, promoviendo una intervención efectiva que mejore los niveles de satisfacción de ambas partes.

Uno de los roles de la familia es el ser **coterapeuta** durante el proceso de recuperación funcional de las AVDB, que se basará en ayudar a aplicar las estrategias recomendadas por los profesionales del equipo de Rehabilitación (RHB) en todos los contextos del domicilio, dando ayudas verbales y/o visuales y reforzando conductas, facilitando de esta manera la generalización en el domicilio de todo lo aprendido. Pero para desempeñar este rol de modo eficaz, se ha de enseñar y entrenar a la familia en la manera en la que se deberían guiar las



actividades. Con ello, se busca que comprendan que la persona necesita comenzar a desarrollar su autonomía personal, tomando, en ocasiones, la función del terapeuta en casa. **Con esta participación, se ha visto que la familia se siente más satisfecha por contribuir a la mejoría del paciente**, disminuyendo los sentimientos de culpa e indefensión. Adicionalmente, se sienten útiles, convirtiéndose en parte de la solución a los problemas que puede presentar el familiar.



Presentación

“La familia es uno de los pilares básicos de la rehabilitación ya que sin ella, el equipo está incompleto (...) su implicación en la rehabilitación facilita el mantenimiento de los logros obtenidos en la consulta ayudando a que estos se generalicen en su entorno” ([Gullart y Revero](#), 2006, p.116).

Reconociendo la importancia que el entorno familiar tiene en la trayectoria vital de las personas, somos conscientes que este entorno puede reforzar actitudes y conductas de sobreprotección hacia ellas. Y esta sobreprotección, generalmente asociada a situaciones de mayor o menor dependencia, a veces obstaculiza la participación activa y su autonomía personal.

La hemiplejía es una de las secuelas motoras más frecuentes derivadas de un ictus. En la mayor parte de los casos estará asociada a otros problemas, como puede ser la espasticidad, la disminución de la sensibilidad en el hemicuerpo afecto, la hemianopsia u otros déficits a nivel cognitivo como la negligencia. Todas estas dificultades repercutirán directamente en la capacidad de ejecución de las AVD (Actividades de la Vida Diaria) y a su vez, en una dependencia de 3ª persona o cuidador, casi siempre un familiar, que se ve desbordado ante la nueva situación.

Por ello, consideramos de especial relevancia el elaborar una guía sencilla, orientada a las personas afectadas y a sus familias, fundamentada tanto en nuestra experiencia profesional como en diferentes guías de práctica clínica basadas en la evidencia, ya que van a ser una parte fundamental en el fomento de la autonomía y el principal recurso de apoyo y cuidado para las personas con discapacidad.

La guía se estructura en varios apartados, que son algunas actividades básicas de la vida diaria: **alimentación, movilidad en cama, higiene y vestido**. En la que se dan recomendaciones generales y específicas para déficit concretos, además en cada apartado se nombra también algún producto de apoyo, que son dispositivos que van a facilitar las diferentes actividades al usuario o al cuidador.

Actividades de la vida diaria

Las personas con daño cerebral tienen dificultades para transferir las habilidades adquiridas en un determinado entorno a otro. Por tanto, el medio en el cual se realiza la rehabilitación tiene que ser realista y parecerse lo máximo posible a los entornos en los cuales el sujeto va a tener que desenvolverse; sin embargo, al mismo tiempo, tiene que ser un medio estructurado y seguro para que el usuario pueda poner a prueba su independencia.

La repetición es fundamental para consolidar nuevas habilidades. Que la persona practique regularmente, ofrecerle apoyo y retroalimentación constante son herramientas eficaces.

Alimentación



Tras un DCA (Daño Cerebral Adquirido) hay diferentes déficits que pueden interferir o limitar el grado de autonomía en la alimentación, tanto a nivel motor (la propia hemiplejía, temblor, ataxia..) como cognitivo (atención, negligencia, etc). Además, hay que tener en cuenta que puede haber un trastorno de deglución asociado (disfagia), lo cual influirá en las recomendaciones y adaptaciones necesarias.

A . RECOMENDACIONES GENERALES:

- El ambiente tiene que ser tranquilo y sin ruidos que puedan distraer a la persona, y se deben eliminar distractores, por ejemplo hablarle).
- Sentados con los dos pies apoyados en el suelo, espalda recta apoyada sobre el respaldo de la silla, brazo pléjico/parético sobre la mesa.

- Cuando el lado afecto es el lado dominante es necesario un cambio de dominancia manual, que consiste en entrenar a la mano sana no dominante para el agarre de los cubiertos.

- Si la persona tiene disfagia:

No debe de hablar mientras come ni tampoco debe de distraérsele con conversaciones.

Debe estar sentado con la espalda alineada y apoyada en el respaldo en una posición cómoda, con la cabeza ligeramente hacia delante en flexión cervical para tragar. Es importante evitar la hiperextensión cervical, es decir, la cabeza inclinada hacia atrás.

En caso de que la persona necesite que le den de comer y/o beber, se le dará desde una misma altura. Nunca desde arriba. Para ello, en lugar de darle de pie, el cuidador/a lo hará sentado.

La persona no debe acostarse, al menos, 30 minutos después de haber terminado de comer y/o beber.

Beber por vaso o cuchara. Hay que evitar el uso de pajitas si tiene riesgo de atragantamiento.

Comer de forma pausada, pero intentando no sobrepasar los 30-40 minutos. En caso de emplear excesivo tiempo, es preferible aumentar la frecuencia de tomas de menor cantidad más veces al día.

- Existen productos de apoyo muy útiles para facilitar la independencia en la alimentación:

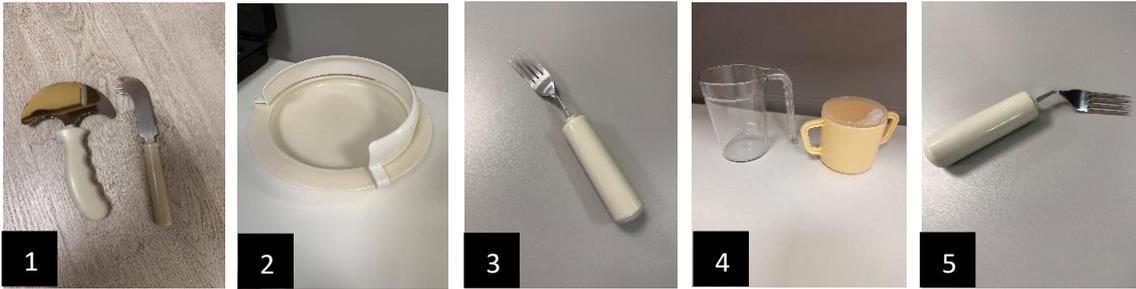
Mantel antideslizante para evitar los desplazamientos de los objetos que se ponen encima.

Cuchillo mecedora para cortar con una sola mano.

Cubiertos engrosados para facilitar la prensión o angulados para mejorar el control direccional del cubierto.

Vasos con una o dos asas.

Reborde de plato para evitar la caída de los alimentos, etc.



1. Cuchillo mecedora y cuchillo Nelson
2. Reborde de plato
3. Tenedor engrosado
4. Vasos con una y dos asas
5. Tenedor angulado

Independencia en la cama



A. PAUTAS Y RECOMENDACIONES

- Distribución de la habitación:

Es necesario colocar el mobiliario de manera que todos los estímulos le lleguen del lado afecto.

La mesilla se colocará en el lado afecto del paciente con sus enseres personales (vasos, gafas, teléfono...).

El lado sano del paciente cerca de la pared, la zona más amplia de la habitación tiene que coincidir con el lado afecto, donde situamos las sillas, mesitas... Las familias se acercarán desde el principio por ese lado.

Cuando existe déficit del campo visual, se adoptarán estrategias compensatorias, evitando situar objetos frágiles o que puedan ser dañinos fuera del campo de visión de la persona.

La cama debe estar colocada de tal forma que podamos levantarnos hacia el lado afecto.

B. TRANSFERENCIAS: PASAR DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL (PASAR DE POSICIÓN TUMBADO BOCA ARRIBA Y GIRAR HACIA EL LADO AFECTO)

Transferencias: En las imágenes que se presentan a continuación, se describe la forma de levantarse y acostarse en caso de hemiplejía izquierda.

1. Giro: con flexión de la cabeza, giro de hombros y desplazamiento de la mano hacia el lado de giro.
2. Flexión de la pierna contraria al eje de giro y rotación del tronco inferior hacia el lado del giro. La pierna flexionada debe pasar por encima de la otra.



- Se recomienda que el colchón no sea demasiado blando porque dificulta los giros y el paso de sentado a bipedestación.

C. TRANSFERENCIAS: LEVANTARSE DE LA CAMA

1. La mejor manera para sentarse en la cama es colocándose primero de lado y pegado al borde de la cama del lado afecto.
2. El usuario se encuentra boca arriba. Dobla la rodilla contraria a la que va a realizar el giro, puede ayudarse de la extensión de los brazos hacia el techo con manos entrelazadas, empujándolas hacia ese lado para facilitar el giro.



Otra opción es doblar ambas piernas y girarlas hacia el borde de la cama, sacándolas fuera.



3. Rotar el tronco superior desplazando la mano cerca del borde de la cama. Apoyarse, no agarrarse.



4. Una vez en esta postura, apoyar el codo del brazo afecto, como muestra la foto, y elevar el tronco. En esta fase hay que tener cuidado de que el codo del lado izquierdo quede hacia delante del tronco, no hacia atrás.



5. Apoyar fuertemente la mano sana y, con una inclinación del tronco hacia el lado sano, ponerse totalmente sentado.



D. TRANSFERENCIAS: ACOSTARSE EN LA CAMA

1. Sentarse al borde de la cama.
2. Desplazar el peso del cuerpo hacia el lado afecto, al mismo tiempo que se flexiona el codo de ese lado para protegerse de la caída. Simultáneamente pasar la mano sana hacia el lado afecto para repartir el peso del tronco sobre ambos miembros superiores.



3. Dejarse caer hacia el lado afecto al mismo tiempo que se desplaza el codo de ese lado. Simultáneamente subir la pierna sana a la cama.



4. Subir la pierna afectada y rotar el tronco hacia el lado sano hasta quedar completamente apoyado en la espalda.



Las camas con carro elevador y base articulada permiten adoptar la posición o altura adecuada para favorecer las transferencias a personas que caminan o utilizan silla de ruedas, además de poder elevar el cabecero para pasar de la posición de decúbito (acostado) a sedestación (sentado).

Existen productos de apoyo que ayudan a transferir o cambiar de posición a una persona: disco giratorio Turner y disco giratorio sencillo que permiten girar a la persona con un pequeño movimiento.



1. Disco giratorio transferencias
2. Disco Turner transferencias

Higiene



ADAPTACIÓN DEL CUARTO DE BAÑO

La adaptación del cuarto de baño más sencilla y que proporciona mayor independencia en el aseo personal, consiste en sustituir la bañera por un plato ducha incrustado en el suelo, evitando resaltes (cambios de nivel) que dificulten la entrada de una silla de baño. Además es necesario dejar un espacio libre si el usuario utiliza silla de ruedas para la movilidad de la misma.

El suelo debe ser antideslizante para evitar caídas.

En la ducha puede colocarse un asiento, cuyas características permitan lavarse y secarse sentado. Si el usuario necesita ayuda de una tercera persona, el asiento facilita el lavado por parte de los cuidadores. Las duchas deben ser enrasadas al suelo para permitir la entrada con una silla de ducha, si presentan un pequeño resalto existen en el mercado unas pequeñas rampas de acceso al plato de ducha.

Si el baño cuenta con bañera, el usuario necesita entrar y salir de esta con seguridad, siendo recomendable un asiento que se fijará a ambos lados de la bañera.

En la bañera o ducha se pueden instalar asideros (barras) en la pared, la colocación de estos de manera oblicua facilita el trepado del usuario para ponerse de pie. La colocación de los grifos debe ser accesible desde la posición de sentado, si es el caso. Los grifos monomando facilitan la apertura y cierre.

En el W.C también se pueden colocar asideros a ambos lados para facilitar el paso a sedestación (sentado) y la incorporación a bipedestación (de pie). Los asideros abatibles permiten ponerlos en posición vertical para hacer la transferencia desde una silla de ruedas. Existen también alzas de inodoro que facilitan al usuario poder levantarse con menos esfuerzo.



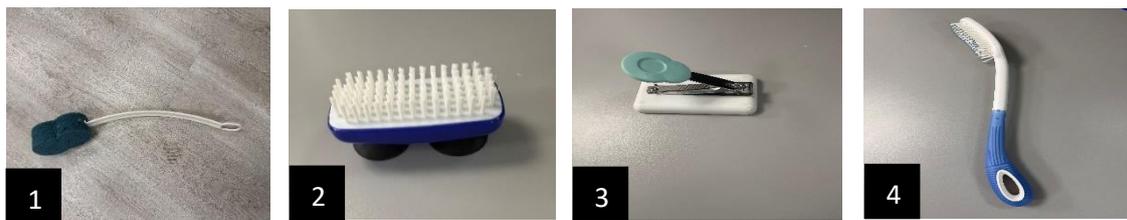
1. Silla de ducha
2. Asidero en L
3. Alza inodoro
4. Asidero abatible

A . PAUTAS Y RECOMENDACIONES

- Acercamiento del cuidador por el lado afecto del paciente.
- Utilizar la voz, como estimulación sensorial, dando órdenes claras y sencillas.
- Los útiles (toalla, jabón, etc.) deben estar colocados cerca, se aconseja productos con dosificador, ya que permite la utilización con una sola mano.
- El aseo (lavado de cara, afeitado...) debe realizarse delante de un espejo, para incrementar la estimulación visual.
- El brazo afecto se apoyará y localizará dentro del campo visual.
- Se recomienda antes de comenzar el baño probar la temperatura del agua en el lado sano.
- En casos específicos si la persona presenta negligencia asociada o afectación del campo visual, debe comprobar siempre cómo “ha quedado” el lado afecto: rutinas de comprobación. Los útiles estarán en el campo visual no alterado para localizarlos fácilmente.

B . ASEO PERSONAL

- Para el lavado de uñas se aconseja el uso de cepillos fijados al lavado con un sistema de ventosa.
- Se recomienda el uso de esponjas o cepillos con mango largo para el lavado de la espalda y zonas distales como los pies.
- El lavado del miembro superior sano depende de la destreza de cada persona, una recomendación puede ser echar gel entre las piernas y deslizar el brazo entre ellas de abajo-arriba y viceversa. El lavado de la axila de este lado depende también de la movilidad de la persona y puede ser con una esponja básica o esponja de mango largo.
- Si los botes de gel y champú no tienen dosificador se recomienda echarlo en la pierna en una zona visible y con la mano sana se reparte en pelo o cuerpo, de esta manera se puede ver la cantidad que se está aplicando.
- El cepillo de dientes eléctrico y la pasta dentífrica líquida facilita la actividad.
- El desodorante tipo aerosol es el más adecuado para pacientes con hemiplejía.
- Para cortado de uñas se recomienda el uso de limas fijadas a la mesa. Existen también cortauñas adaptados que facilitan la actividad, incluso hay cortauñas eléctricos que se pueden fijar a una mesa con cinta de doble cara.



1. Esponja de mango largo
2. Cepillo uñas
3. Cortauñas
4. Cepillo mango largo

C . PEINADO, AFEITADO Y MAQUILLAJE

- Se realiza con el brazo no afecto. Una vez que el miembro afecto adquiera función se utilizará en el mayor número de actividades como apoyo.
- En el mercado existen cepillos y peines de mango largo que facilitan el peinado en personas con movilidad reducida en las extremidades superiores.
- La maquinilla eléctrica de afeitado facilita la tarea.
- Se recomienda hacer la actividad delante de un espejo para mejorar la estimulación visual y la seguridad en el afeitado.

D . DUCHA

- El usuario se coloca de pie delante de la bañera, agarrándose en el borde con la mano sana, e introduce primero la pierna sana dentro de la bañera y luego eleva la pierna pléjica hacia delante y si es preciso se le ayuda flexionando la rodilla para introducirla en la bañera. Para realizar esta maniobra será necesario haber practicado previamente el aguante del peso del cuerpo con la pierna pléjica.
- La salida de la bañera, se efectúa de manera inversa, primero la pierna afecta y luego la sana.
- Si tenemos una ducha, para transferirse al banco existen una serie de principios generales pero a priori no hay un método único de transferencia, dependiendo de la idiosincrasia de cada persona, aunque en general la transferencia suele realizarse colocando la silla paralela al banco de ducha. Existen factores ambientales o personales que van a condicionar la tarea.

E . INODORO

- Si el usuario utiliza silla de ruedas, frenará la silla, sacará el pie del estribo y aflojará la ropa; después se deslizará hasta el borde de la silla, se inclinará hacia delante y se pondrá de pie; posteriormente se sujetará a la barra de apoyo y girará sobre sus pies para situarse de espaldas al inodoro y ya se sentará. La silla de ruedas hará un ángulo de 90 ° con el inodoro.
- Las barras asideras abatibles favorecen las transferencias. Incluso una barra abatible y otra barra asidera en diagonal favorece la incorporación desde el W.C. si la persona necesita ponerse de pie.
- Existen alzas de inodoro que van a facilitar la incorporación desde la posición de sentado.
- Las toallitas biodegradables de WC facilitan la limpieza en el inodoro.

Vestido



La acción de vestirse sentado al borde de la cama favorece el equilibrio sentado y el control del tronco; también ayuda a mantener una postura funcional y es un requisito previo para levantarse. Los pies deben quedar bien apoyados en el suelo.

Si la cama es demasiado alta o el colchón excesivamente blando puede necesitar realizar el vestido en una silla/sillón firme que le permita estar con los pies bien apoyados en el suelo y en una posición estable y segura.

A . PAUTAS Y RECOMENDACIONES:

- Antes de comenzar a vestirse es necesario tener preparada la ropa en el orden en que se va a poner.

- Para trasladar a casa los avances en el vestido es aconsejable empezar por el desvestido, ya que requiere menos esfuerzo y posiblemente el usuario dispone por las noches de más tiempo y menos prisas que por la mañana.

- Primeramente se quitará la ropa del miembro sano y después la del lado afecto. Para el vestido se realiza a la inversa, se pone la ropa del lado afecto y después el sano.

- Tanto si el paciente está tumbado en la cama como en sedestación, vestir primero la pierna afectada, cruzándola sobre la no afecta.

- Hacer el puente para subir o quitar las prendas inferiores, sobre la cama.

¿Cómo se hace el puente? Las rodillas dobladas hasta que las plantas del pie estén bien apoyadas por completo sobre la cama. Elevar las caderas presionando con ambos pies sobre la cama, si es necesario sujetar el pie afecto.

- Sustituir botones y cremalleras por velcros facilita apertura y cierre de la prenda. Incluso en las cremalleras se pueden colocar anillas o cordones para facilitar el agarre.

- Las prendas deben ser amplias y tejido elástico.

- Evitar las prendas con forro interior.

- Las prendas con dibujo en la parte delantera ayudan a orientar el vestido de prendas superiores en personas con déficit visual o viso-espacial. También las etiquetas grandes en la parte trasera del pantalón ayudan a orientar el sentido de la prenda. Una buena colocación inicial de la prenda dentro del campo visual, antes de empezar con el primer paso, ayuda a evitar errores posteriores.

- Los puños de las mangas deben ser sin botones, mejor elásticos.

- Los pantalones mejor con elástico y no con botones.

- El sujetador deportivo o con cierres (broche, imán...) en parte delantera en el caso de las mujeres facilita su colocación.
- En casos específicos si la persona presenta negligencia asociada o afectación del campo visual, debe comprobar siempre cómo “ha quedado” el lado afecto: rutinas de comprobación.
- En el mercado existen diferentes productos de apoyo como abotonadores para abrochar botones, ganchos de vestido para facilitar desvestido y vestido de prendas, pone-medias, abrocha sujetadores, etc.



1. Calzador
2. Pone medias
3. Palo vestido
4. Abrocha sujetadores Bra-angel

B . VESTIDO DE MIEMBROS SUPERIORES

La repetición de secuencias siempre en el mismo orden y con las mismas consignas facilita la automatización y la generalización del aprendizaje.

Vestido miembros superiores desde la posición de sentado:

Ponerse la chaqueta:

1. Buscar la sisa e introducir la mano afecta en la manga (imagen 1).
2. Subir la manga lo más cerca del hombro y debajo de la sisa (imagen 2).
3. Se puede sujetar si es necesario con la boca el cuello de la chaqueta.
4. Echar toda la prenda hacia atrás.

5. Llevar la chaqueta sobre el hombro contrario con la mano (imagen 3).

6. Introducir el brazo en la otra manga y terminar de colocar la prenda (imagen 4).



Quitarse la chaqueta:

Se realiza a la inversa, se comienza por el lado sano y por último se saca el miembro afecto.

Ponerse el jersey:

1. Buscar la sisa y meter la mano afectada en la manga.
2. Subir la manga por encima del codo.
3. Meter la otra mano en la manga.
4. Asegurarse que la manga del lado afecto no se ha bajado.
5. Buscar la abertura del cuello.
6. Pasar la cabeza por la abertura del cuello.
7. Colocarlo bien alrededor del cuerpo.

Quitarse el jersey:

1. Subir el cuerpo del jersey con la mano sana hasta colocarlo debajo de la axila.
2. Coger el cuello del jersey por la parte de atrás (imagen 1).
3. Sacar el jersey por la cabeza hasta que ésta salga completamente (imagen 2).
4. Bajar el jersey del lado afecto hasta el codo.
5. Coger el puño del lado sano con la boca y tirar hasta que se esconda la mano.
6. Sujetar el puño con las nalgas y sacar totalmente el brazo sano (imagen 4).
7. Por último, sacar el brazo afectado cuidando de no flexionarlo ni llevarlo hacia atrás (imagen 4).



C . VESTIDO DE MIEMBROS INFERIORES

El vestido de miembros inferiores desde la posición de sentado:

Requisito: Mantener el equilibrio de pie.

1. Sentado, cruzar la pierna afecta por encima de la sana (imagen 1).
2. Si la pierna no se aguanta bien sobre la otra y cae puede utilizarse un antideslizante en la pierna sana.

3. Con la mano sana aproximar los pantalones a la pierna afectada como indica la figura, para introducirlo en la pernera del pantalón (imagen 1).
4. Colocará la pierna cruzada en el suelo e introducirá ahora la pierna sana (imagen 2).
5. Se pondrá de pie, se subirá el pantalón y apoyará la cadera del lado afectado a la mesa u otra superficie para fijar el pantalón y que no se deslice y poder abrocharlo (imagen 3).
6. La mano hemipléjica deberá estar apoyada en la mesa para evitar reacciones asociadas.



Ponerse los calcetines:

Deberá estar sentado con las piernas cruzadas, y la pierna afectada sobre la sana (imagen 1).

El calcetín lo mantendrá abierto con los dedos pulgar, índice y medio de la sana, y lo introduce en el pie hemipléjico (imagen 2).



Ponerse los zapatos:

Pondrá el pie con el zapato en el suelo y presionará sobre el suelo, si es necesario se presionará sobre la rodilla afecta o hará uso de un calzador.

Se recomienda calzado antideslizantes, con buena apertura, y sin cordones (ideal calzado con velcro, si no existen cordones elásticos o con cierres de bloqueo).

Otra forma de colocarse los zapatos es de manera similar a la colocación de los calcetines, con la pierna cruzada sobre la sana se coloca el zapato.

Los zapatos también se pueden colocar en posición de acostado tal y como se describe a continuación, de manera similar a como colocamos los calcetines.

El vestido de prendas inferiores acostado en cama:

1. Acostado en cama con las rodillas flexionadas.
2. Subimos la pierna afecta a la rodilla contraria y colocamos un calcetín (imagen 1).
3. Luego colocamos de la misma manera el calcetín del pie sano.
4. En esta misma posición agarrando el pantalón por la cinturilla metemos la pierna afecta y luego la sana (imagen 2-3).
5. Una vez que tenemos el pantalón colocado en las piernas hasta aproximadamente los muslos tenemos que hacer el puente apoyando con fuerza los pies y extendiendo cadera como indica la foto, posteriormente subir el pantalón hasta la cintura y abrochar el botón (imagen 4).



El desvestido de prendas inferiores acostado en cama:

1. Acostado en cama con las rodillas flexionadas (imagen 1).
2. Hacemos el puente para intentar bajar con la mano sana el pantalón por ambos lados, agarrando la cintura (imagen 2).
3. Una vez que está cerca de las rodillas se puede doblar la pierna sana sobre la afectada para retirar el pantalón de ese lado, y por último, el lado afectado (imagen 3-4).



Existen otros métodos dependiendo de la habilidad de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

- AFADACS es una asociación de familias de afectados de daño cerebral sobrevenido de Torrejón de Ardoz.
<https://www.afadacs.com/familia-en-el-dano-cerebral-como-puede-ayudar/>
- GUÍA DE INTERVENCIÓN Y APOYO A FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Consejería para la igualdad y el bienestar social. Junta de Andalucía.
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_de_intervencion_y_apoyo_a_las_familias_de_personas_con_discapacidad.pdf
- Guía de familias. Federación española de daño cerebral (4ª Edición, 2019).
- Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson 5ª Edición, 2003. Terapia Ocupacional y Disfunción física. Principios, técnicas y práctica: p.406.
- Pedro Moruno Miralles, Dulce María Romero Ayuso. Actividades de la vida diaria. Edición 2006. Actividades de la Vida Diaria.
- Alicia Chapinal, 2ª Edición 2005. Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. Entrenamiento de independencia en Terapia Ocupacional.



cpapbergondo.imerso.es