



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN**  
**NEURORREHABILITACIÓN**

**PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO  
DE ACV ISQUÉMICO, CON ANTECEDENTES DE ACV ISQUÉMICO DE ARTERIA  
CARÓTIDA IZQUIERDA**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACIÓN**

**AUTOR:**

**Lic. TM. MELGAREJO VALVERDE, JOSE ANTONIO**

## I. TITULO.

Paciente de sexo masculino de 67 años de edad con diagnóstico médico de ACV isquémico, con antecedentes de ACV isquémico de arteria carótida izquierda

## II. DESCRIPCION DEL CASO CLINICO.

Paciente de sexo masculino de 67 años de edad con diagnóstico médico de ECV (enfermedad Cerebrovascular) isquémico, con antecedentes de ECV isquémico de arteria carótida izquierda lo cual requirió hospitalización en UCI por 1 mes y 4 días, posterior a su salida recibió rehabilitación funcional con evolución satisfactoria logrando controlar esfínteres, realizar actividades de autocuidado de forma independiente como bañarse y vestirse, se desplazaba con ayuda externa (bastón). El 03 de octubre de presente año presenta nuevamente ECV isquémico, lo cual repercutió en su proceso de rehabilitación alcanzado, actualmente paciente totalmente dependiente en su autocuidado, requiere uso de pañal, vive con su esposa e hijastra, las cuales se ocupan de su cuidado. Una vez se examina el balance se encuentra que **no hay adecuada alineación, movimientos de flexo-extensión de tronco disminuidos, hombro derecho descendido, no hay adecuada estabilidad postural**, al evaluar el paso de sedente a bípedo y viceversa, el paciente requiere ayuda para realizarlo con marcado gasto energético lo cual implica, aumento del tiempo en la realización, movimiento lento y compensaciones posturales. Reacciones de enderezamiento, equilibrio y protectivas se encuentra disminuidas en bípedo, paciente con riesgo de caídas. Por lo anterior mencionado no se realizan pruebas de coordinación y equilibrio.

### **III. DISCUSIÓN DEL CASO CLINICO.**

#### **1. INTRODUCCION:**

En los últimos años la Rehabilitación Neurológica se ha basado mucho en la investigación científica, en la observación minuciosa, abarcando áreas importantes para su comprensión y análisis; hablamos de las Neurociencias y sus diversas especialidades especialmente la Neurofisiología asimismo la Biomecánica de Movimiento (Escapula y Pelvis)

Los procedimientos de Facilitación del Concepto FNP que he aplicado tanto en sedestación, sedestación erguida, bipedestación buscan rehabilitar al paciente teniendo un conocimiento y reconocimiento de las restricciones y barreras que impiden al paciente desarrollar estos movimientos mas complejos.

Estos procedimientos que se utilizaran están basados especialmente en el control postural, en la alineación en las diferentes posiciones que se necesitaran para lograr la respuesta adecuada y el restablecimiento de la postura como prioridad para la realización de actividades funcionales adecuadas.

#### **2. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO**

Es importante tener en cuenta que la postura está controlada por varias redes neuronales interactivas, tales como: la medula espinal, el cerebelo, el córtex y el tronco cerebral. Este control es muy complejo y se basa en la interacción dinámica de los procesos sensorios motores.

#### **INESTABILIDAD DEL TRONCO Y PELVIS**

Una ECV isquémico de arteria carótida izquierda puede producir daños múltiples como:

- Lesión de los núcleos Basales: causando alteración en la postura estable que es importante antes de alguna actividad funcional
- Lesión del Tálamo: produciendo alteración en la sensibilidad Inconsciente.
- Lesión de las vías ascendentes: que van del tálamo a la corteza produciendo alteración en la sensibilidad consciente.
- Lesión de las vías descendentes los sistemas motores descendentes dorso lateral y ventromedial encargadas del control de la musculatura distal, axial y proximal, esto siempre acompañado de la vía cortico-rubro-espinal (núcleo rojo)

Los objetivos:

- Estabilización y control de tronco con una correcta alineación, control en la realización de actividades funcionales.
- Buen Control postural en la bipedestación y durante la ejecución de la Marcha generando correctas reacciones de enderezamiento durante la actividades funcionales.

### 3. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

#### **\* Abordaje fisioterapéutico con concepto FNP**

El conocimiento del concepto Facilitación Neuromuscular Propioceptivo (FNP) y la utilización de sus bases neurofisiológicas nos dan las herramientas precisas para enfocar el tratamiento en un paciente HEMIPLEJICO teniendo en cuenta las características clínicas clásicas que presenta. En el presente trabajo el FNP con algunas de sus técnicas de énfasis busca integrar la relación existente entre los movimientos de la Cintura Escapular y los movimientos de pelvis, buscando la estabilidad y el control del tronco en la realización de las diferentes actividades funcionales de la vida diaria.

#### **\* Abordaje fisioterapéutico con concepto Bobath Ibita.**

Es importante la activación de los músculos de la “core-stability” a través de una correcta alineación de los segmentos para un control

postural eficiente. Hay que recordar que hay músculos que están tónicamente activos para mantener el cuerpo contra gravedad mientras se esta manteniendo una postura.z

Por lo tanto una “Buena Postura” consiste en adoptar una actitud corporal que facilita la máxima eficiencia a la hora de realizar una actividad, en términos de gasto de energía y desempeño efectivo, sin causar daño al sistema corporal.

#### 4. SOLUCION DEL CASO CLINICO

##### ***FACILITACION DE LA SEDESTACION ERGUIDA***

- Alineación de los segmentos cabeza, cintura escapular, pelvis y miembros inferiores teniendo en cuenta la base de sustentación.
- Facilitación del control de tronco a través la aplicación de las técnicas de énfasis de FNP de **reversión de estabilizadores** en sedestación combinándolas con técnica de **combinacion de isotónicos** en tronco buscando mejorar la flexo extensión de tronco.
- Actividades funcionales en esta posición buscando que el paciente genere reacciones de enderezamiento idóneas generando respuestas que anticipen los movimientos voluntarios dirigidos a un objetivo y que busquen un feedback constante.

##### ***FACILITACION DE SEDESTACION A BIPEDESTACION***

- A través del concepto Bobath teniendo en cuenta los principios básicos de alineación, simetría, tono. Inervación recíproca y base de sustentación.
- Realizar actividades funcionales con los miembros superiores buscando generar reacciones de enderezamiento para una mejor bipedestación y mejores transferencias.

##### ***FACILITACION DE LA MARCHA***

- a través del concepto Bobath tomando puntos de control proximales y distales tanto a nivel de pelvis como a nivel de cintura escapular para la realización de la marcha en forma adecuada o sea con

alineación con un buen tono muscular, mejora en la inervación recíproca y una adecuada base de sustentación.

#### **IV. CONCLUSIONES**

Toda afectación neurológica siempre va a generar daños de varios tipos: Primarios, Secundarios, Consecuentes. Teniendo en cuenta la Evaluación efectuada y siguiendo el razonamiento clínico hay que tener en cuenta algunos puntos específicos:

- Actividades que puede realizar el paciente en la vida diaria
- Identificación del objetivo.
- Análisis del movimiento: de que forma el paciente se mueve y traslada
- Reconocimiento de los impedimentos y restricciones presentes en el paciente y que van a limitar las actividades funcionales.

Antes de realizar cualquier actividad primero siempre la postura después el movimiento.

#### **V. RECOMENDACIONES**

Teniendo en cuenta los problemas y síntomas del paciente se tiene que hacer un tratamiento previo en otras posiciones y postural sets para lograr el objetivo definitivo que representa la bipedestación y la marcha. Por ello el trabajo en bipedestación es lo más recomendable y en pacientes afectados en grado moderado representa un exigencia a la habilidad del Fisioterapeuta que debe buscar el manejo y la técnica necesaria para conseguir que el paciente realice actividades sin alterar el postural set.

## VI. BIBLIOGRAFIA

Adler, Beckers, Buck. La Facilitación Neuromuscular Propioceptiva; Guía Ilustrada. 3ª Edición. España. Editorial Médica Panamericana; 2011.

Cano de la Cuerda, Collado Vázquez. .Neurorrehabilitación; Métodos específicos de valoración y tratamiento. España. Editorial Médica Panamericana; 2012.

Magro C. El concepto Bobath como proceso de razonamiento clínico: un caso práctico. México. Programa de artículos de fisioterapia; 2011.

Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath: fundamentos, tratamientos y casos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

Purves, Augustine, Fitz Patrick, Hall, LaMantia, White (2016). Neurociencias. 5º edición. Madrid-España. Editorial Médica Panamericana; 2016.