

FICHA TÉCNICA — DISPOSITIVO DE NEUROREHABILITACIÓN

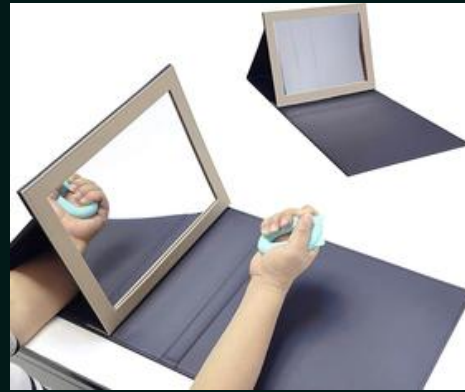
CAJA ESPEJO MIRROR BOX THERAPY

QEAHE® — Mirror Therapy Box

Terapia de Espejo para Neurorehabilitación

ACV · Dolor Fantasma · Parálisis · Hemiplejía

Cuero sintético plegable · Ángulo ajustable 60°–90°



QEAHE® Mirror Box — Kit completo Espejo + base plegable de cuero sintético

TAMAÑO ESPEJO
30 × 25 cm

BASE PLEGABLE
67 × 25 cm

ÁNGULO
60° / 75° / 90°

USO
ACV · Dolor fantasma



Terapia de espejo — paciente con ACV
Ejercicio de miembro superior hemipléjico

¿Qué es la Mirror Box Therapy?

La Terapia de Espejo (Mirror Therapy) es una técnica de neurorehabilitación basada en la neuroplasticidad cerebral que utiliza la ilusión visual de un espejo para "engañar" al cerebro, haciéndole creer que el miembro afectado se está moviendo normalmente. El paciente observa el reflejo del miembro sano en el espejo, que activa las mismas áreas motoras del cerebro que controlan el miembro paralizado o con dolor.

Esta técnica tiene sólido respaldo científico para el tratamiento del dolor de miembro fantasma (amputados), recuperación motora post-ACV, síndrome de dolor regional complejo (SDRC) y hemiplejía.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DISPOSITIVO

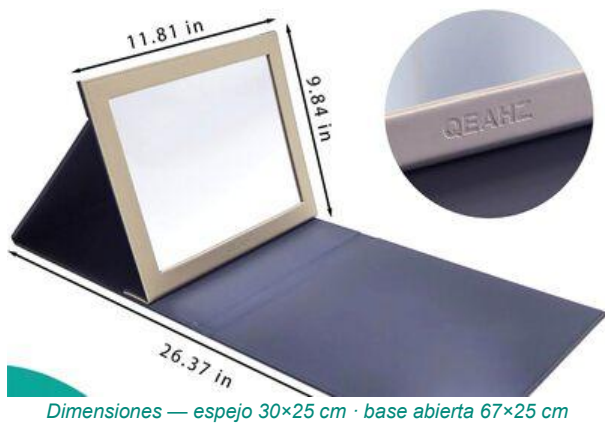
La Caja Espejo QEAHE® Mirror Box es un dispositivo portátil de neurorehabilitación diseñado para la terapia de espejo clínica y domiciliaria. Su construcción en cuero sintético de alta calidad, formato tipo libro plegable y espejo de gran superficie (30 × 25 cm) lo hacen especialmente adecuado para sesiones terapéuticas de miembros superiores en contextos clínicos (kinesiología, terapia ocupacional, fisioterapia neurológica) y rehabilitación domiciliaria supervisada.

El dispositivo se distingue por su ángulo de inclinación ajustable (60°, 75° y 90°), marcado con referencias grabadas en la base de cuero. La base antideslizante garantiza estabilidad en la mesa de trabajo, mientras que el diseño plegable permite su transporte y almacenamiento compacto.

2. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

PARÁMETRO	DETALLE / VALOR
Marca / Modelo	QEAHE® Mirror Therapy Box

PARÁMETRO	DETALLE / VALOR
Tipo de dispositivo	Dispositivo de neurorehabilitación — Terapia de Espejo
Dimensiones espejo	30.0 cm × 25.0 cm (11.81 × 9.84 pulgadas)
Dimensiones base (abierta)	67.0 cm × 25.0 cm (26.37 × 9.84 pulgadas)
Ángulos de ajuste	60° · 75° · 90° — marcas grabadas en la base
Superficie reflectante	Espejo de cristal de alta definición — reflexión nítida y sin distorsión
Marco del espejo	Cuero sintético premium — color champagne/dorado
Material base	Cuero sintético suave — color gris azulado oscuro
Diseño	Plegable tipo libro — se cierra completamente para transporte
Sistema antideslizante	Base inferior con textura antideslizante incorporada
Peso aproximado	~600 g (ligero y portátil)
Formato plegado	~30 cm × 25 cm × 2 cm — fácil de guardar y transportar
Uso clínico	Miembro superior — manos, muñecas, brazos, codo
Uso domiciliario	Apto para uso en casa bajo supervisión de terapeuta
Limpieza del espejo	Paño suave y seco o ligeramente húmedo — no productos abrasivos
Limpieza de la base	Paño ligeramente húmedo — no sumergir
Temperatura de almacenamiento	10°C – 40°C — proteger de humedad extrema y sol directo
Vida útil estimada	3–5 años con uso y cuidado adecuados



Marcas de ángulo grabadas en base: 60° · 75° · 90° Diseño antideslizante y base plegable

3. PRINCIPIO CIENTÍFICO — NEUROPLASTICIDAD Y TERAPIA DE ESPEJO

Base neurocientífica:

El cerebro humano posee un sistema de neuronas espejo (mirror neurons) que se activan tanto al realizar un movimiento como al observarlo. La terapia de espejo aprovecha este mecanismo para activar las representaciones motoras corticales del miembro afectado, estimulando los circuitos neuronales necesarios para la recuperación funcional.

Mecanismo de la ilusión visual:

Al colocar el miembro sano frente al espejo y el miembro afectado detrás, el paciente observa el reflejo del miembro sano moviéndose, que el cerebro interpreta como movimiento del miembro afectado. Esta retroalimentación visual positiva:

- Reactiva el homúnculo motor y sensorial del miembro afectado
- Reduce la actividad anormal de circuitos de dolor en el SNC
- Mejora la representación corporal central (body schema)
- Facilita la reorganización cortical post-lesión (neuroplasticidad)
- Disminuye la inhibición de movimiento por señales nociceptivas



Posición de uso — miembro sano frente al espejo miembro afectado detrás de la base




¿CÓMO FUNCIONA?





- ① Miembro SANO → frente al espejo
- ② Miembro AFECTADO → detrás de la base
- ③ El espejo refleja el movimiento SANO
- ④ El cerebro ve el miembro AFECTADO moverse
- ⑤ Se activan neuronas espejo → neuroplasticidad

Evidencia científica sólida (Cochrane 2016):

- Efectividad demostrada para recuperación motora post-ACV: OR 1.89
- Reducción significativa del dolor fantasma en amputados
- Mejoría de actividades de la vida diaria (AVD) post-ACV
- Recomendado por guías internacionales de neurorehabilitación (AHA/ASA)

4. INDICACIONES CLÍNICAS CON EVIDENCIA CIENTÍFICA

INDICACIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	EVIDENCIA
 ACV / Ictus — Hemiplejía	Recuperación motora de MMSS, reducción de espasticidad, mejora de AVD y función de la mano parética	<i>Nivel Ia (Cochrane 2016)</i>
 Dolor de Miembro Fantasma	Reducción del dolor neuropático post-amputación mediante supresión de circuitos de dolor maladaptativos	<i>Nivel Ib (Ramachandran)</i>
 SDRC Tipo I / Distrofia Simpática	Reducción del dolor, la alodinia y la inflamación en síndrome de dolor regional complejo	<i>Nivel Ia (ECA 2012)</i>

	INDICACIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	EVIDENCIA
	Parálisis / Paresia de MMSS	Facilitación del movimiento activo y mejora de la fuerza en miembro superior parético	<i>Nivel IIa</i>
	Rehabilitación de Mano	Mejora de la destreza manual, la coordinación y el control motor fino post-lesión	<i>Nivel IIb</i>
	Lesión de Plexo Braquial	Estimulación cortical del territorio desafereenciado — prevención de reorganización maladaptativa	<i>Nivel IIb</i>
	Lesión Medular (MMSS)	Activación del sistema motor residual y mejora de la representación cortical en lesiones incompletas	<i>Nivel III</i>
	Dolor Crónico Neuropático	Modulación descendente del dolor mediante activación de corteza motora y sistema inhibitor central	<i>Nivel IIa</i>

5. PROTOCOLO CLÍNICO DE USO

Preparación y configuración:

- Colocar la Mirror Box sobre una mesa estable a la altura del codo del paciente
- Ajustar el ángulo del espejo según prescripción del terapeuta (60°, 75° o 90°)
- El paciente se sienta frente a la mesa con ambos brazos descansando en la base
- Posicionar el miembro SANO frente al espejo — el espejo debe quedar perpendicular a la línea media del cuerpo
- El miembro AFECTADO descansa relajado detrás de la base, oculto al paciente
- Verificar que el paciente no pueda ver el miembro afectado durante la sesión



Uso domiciliario — rehabilitación en el hogar bajo supervisión del terapeuta

Técnica de ejecución (ACV / Paresia):

- El terapeuta indica al paciente que realice movimientos lentos y controlados con el miembro sano
- El paciente debe mirar fijamente el reflejo en el espejo — no al miembro sano directo
- Progresar de movimientos simples (extensión de muñeca, prono-supinación) a movimientos complejos (coordinación de dedos)
- Intentar simultáneamente activar el miembro afectado (si hay función motora residual)
- Duración: 15–30 minutos por sesión, 5 días/semana, mínimo 4 semanas











Diseño plegable de cuero sintético Ligero · Portátil · Fácil almacenamiento

- El paciente se concentra en observar el movimiento reflejado como si fuera su miembro afectado/amputado
- Realizar movimientos suaves y progresivos — sin provocar dolor
- Combinar con imaginería motora (motor imagery) durante la observación
- Progresión gradual en la complejidad del movimiento — no superar el umbral de dolor
- Sesiones de 10–20 minutos, 2 veces al día en fase aguda

Dosis y progresión: El programa de terapia de espejo debe ser prescrito y supervisado por kinesiólogo o terapeuta ocupacional. La duración mínima efectiva recomendada según evidencia es de 4 semanas con sesiones diarias de al menos 15 minutos.

6. CARACTERÍSTICAS Y VENTAJAS DEL DISPOSITIVO QEAHE®

CARACTERÍSTICA	BENEFICIO CLÍNICO
 Gran superficie de espejo (30×25 cm)	Permite observar movimientos de mano, muñeca y antebrazo completo. Reflexión nítida sin distorsión — calidad clínica.
 Ángulo ajustable 60°–90°	Adapta la posición del espejo según la anatomía y comodidad del paciente. Marcas grabadas garantizan reproducibilidad entre sesiones.
 Cuero sintético suave	No irrita ni presiona el miembro afectado. La superficie acolchada favorece el posicionamiento neutral de la extremidad durante la sesión.
 Base antideslizante	El dispositivo permanece estable en la mesa durante todo el ejercicio, sin necesidad de sostenerlo con la mano libre.
 Diseño plegable — portátil	Pliega a 30×25×2 cm. Ideal para uso domiciliario, visitas domiciliarias del terapeuta y rehabilitación ambulatoria.
 Ligero (~600 g)	El paciente puede participar en su posicionamiento. Facilita el uso en cama o silla de ruedas si es necesario.
 Apto para domicilio	Diseño intuitivo — el paciente puede usarlo solo en casa bajo indicaciones del terapeuta, mejorando la adherencia al tratamiento.
 Espejo de alta definición	La claridad del reflejo es fundamental para la efectividad de la terapia — la ilusión visual debe ser convincente para el cerebro.

7. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA: La terapia de espejo no debe aplicarse en pacientes con hemianopsia homónima severa o anosognosia grave (falta de conciencia del déficit), ya que la ilusión visual no puede procesarse correctamente, pudiendo aumentar la confusión cortical.

Precaución: En pacientes con epilepsia fotosensible: iniciar con sesiones cortas (5–10 min) y vigilar tolerancia. Suspender inmediatamente ante náuseas, mareos o malestar durante la sesión.

Contraindicaciones relativas:

- Déficit cognitivo severo que impida comprender o seguir las instrucciones del ejercicio
- Neglect severo unilateral — dificulta la atención sostenida hacia el espejo
- Contractura severa del miembro afectado que impida el posicionamiento en la base
- Heridas abiertas o úlceras activas en el miembro que se apoya sobre la base
- Crisis de espasticidad severa durante la sesión — suspender temporalmente

Consideración especial — domicilio: Para el uso domiciliario, el paciente debe haber recibido instrucción supervisada previa por parte del terapeuta. Proporcionar instrucciones escritas o videotutorial para garantizar técnica correcta.

8. MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL DISPOSITIVO

Limpieza rutinaria:

- Superficie del espejo: paño de microfibra suave seco o ligeramente húmedo — nunca productos abrasivos ni sprays directos
- Base de cuero sintético: paño levemente húmedo con agua tibia — secar inmediatamente
- Marco del espejo (cuero champagne): paño seco — evitar contacto prolongado con humedad
- Bisagra/plegado: verificar que el mecanismo de plegado funcione suavemente — no forzar

Desinfección entre pacientes:

- Superficie del espejo: alcohol isopropílico 70° en paño — no aplicar directamente sobre el espejo
- Base exterior: paño con alcohol 70° — esperar secado completo antes del siguiente uso
- No sumergir en agua ni utilizar vapor de esterilización

Almacenamiento:

- Plegar completamente y almacenar en posición horizontal — no apilar objetos pesados encima
- Proteger el espejo de golpes y caídas — es la parte más frágil del dispositivo
- Guardar en funda o bolsa protectora para transporte — evitar rayaduras en el espejo
- Temperatura de almacenamiento: 10–40°C — evitar exposición solar directa prolongada

9. NORMATIVAS Y REFERENCIAS CIENTÍFICAS

Base científica: La terapia de espejo fue desarrollada originalmente por el neurocientífico V.S. Ramachandran (Universidad de California, 1995) para el tratamiento del dolor de miembro fantasma. Desde entonces, más de 200 ensayos clínicos han evaluado su efectividad en diversas condiciones neurológicas.

Referencias clave:

- Ramachandran VS & Rogers-Ramachandran D. Synaesthesia in phantom limbs induced with mirrors. Proc Biol Sci 1996;263:377–386 — Descripción original de la terapia de espejo
- Thieme H et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2018 — Nivel de evidencia Ia, recomendación grado A
- Chan BL et al. Mirror therapy for phantom limb pain. NEJM 2007;357:2206–2207 — Reducción significativa del dolor fantasma
- Moseley GL. Graded motor imagery for pathologic pain: a randomized controlled trial. Neurology 2006;67:2129–2134 — Efectividad en SDRC
- Dohle C et al. Mirror therapy promotes recovery from severe hemiparesis: a randomized controlled trial. Neurorehabil Neural Repair 2009;23:209–217
- Stroke Foundation Clinical Guidelines — Mirror therapy recommended for upper limb recovery (Grade A evidence)
- AHA/ASA Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation 2022 — Mirror therapy included as Class IIa recommendation

10. DISTRIBUCIÓN EN CHILE — FISIOMED LTDA.

★ DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO EN CHILE

FISIOMED LTDA.

Especialista en Insumos Kinésicos & Medicina Física. Distribuidor oficial en Chile.

RUT: 76.184.288-9
General del Canto #105 of. 602
Providencia, Santiago

ventas.fisiomed@gmail.com
Web: www.fisiomed.cl
Teléfono: 22 2640363

Este documento es una ficha técnica de referencia profesional. La terapia de espejo debe ser prescrita e implementada por profesionales de la salud capacitados: kinesiólogos, terapeutas ocupacionales o fisioterapeutas con formación en neurorehabilitación.

© QEAHE® — Distribuido en Chile por FISIOMED LTDA. RUT 76.184.288-9 — Todos los derechos reservados.