

«Cómo el fisioterapeuta puede ayudar al paciente hemipléjico durante su fase aguda a entender las dificultades presentes en su vida diaria»

M. Escribano Silva. Fisioterapeuta. Profesora Titular Interina. E.U. de Fisioterapia de A Coruña

A. Fernández García. Fisioterapeuta. Profesora Titular Interina. E.U. de Fisioterapia de A Coruña

J. Quintía Casares. Fisioterapeuta. Profesora Titular Interina. E.U. de Fisioterapia de A Coruña

S. Riveiro Temprano. Fisioterapeuta. Profesora Titular Interina. E.U. de Fisioterapia de A Coruña

RESUMEN

Este trabajo pretende dar respuesta a la pregunta que con mayor frecuencia se hace el paciente hemipléjico, su familia y otras personas de su entorno.

Si un paciente hemipléjico tiene un hemicuerpo paralizado, ¿por qué no puede ser más independiente, ayudarse más, utilizando su hemicuerpo no paralizado?

Presentamos dos casos clínicos para explicar las alteraciones que presentan los pacientes hemipléjicos, comprender sus dificultades durante la fase aguda y cómo con un tratamiento de fisioterapia adecuado puede mejorar su movilidad en las actividades de la vida diaria.

El fisioterapeuta puede ayudar al paciente hemipléjico a entender su enfermedad, a sentirse comprendido y esto redundará positivamente en su posterior recuperación.

Palabras clave: Fisioterapeuta, hemipléjico, dificultades de la vida diaria.

ABSTRACT

We want to respond to the question that is most frequency asked by the hemiplejic patient and their families, and also the people who are around them.

If an hemiplejic patient who is half paralyzed, why can't they be more independent, helping themselves more, using the part that is not paralyzed?

We present two clinical cases to explain the alterations which present hemiplejic patient, to understand the difficulties that they present during the acute phase and how a suitable physiotherapy treatment can improve their mobility in their daily activities.

The physiotherapist can help the hemiplejic patient to understand their illness, and to feel understood at the same time and this redound in their following recuperation.

Key words: Physiotherapist, hemiplejic, daily difficulties of life.

INTRODUCCIÓN

La realización de las actividades de la vida diaria con normalidad, con apenas esfuerzo y poco gasto energético, requieren movimientos automáticos, automatizados y voluntarios.

Las reacciones de enderezamiento y equilibrio, al igual que el tono postural de fondo son movimientos automáticos, básicos para movernos. Son movimientos económicos y rápidos.

Los movimientos automatizados requieren un tono postural más bajo que los movimientos voluntarios. Estos movimientos empezaron siendo voluntarios y por repetición frecuente se han ido automatizando, como los patrones de movimiento de los miembros.

Los movimientos voluntarios necesitan del control cortical y requieren un tono postural más elevado (1).

Gracias a estos tipos de movimientos, durante las 24 horas del día nos movemos sin problemas, desde que nos levantamos de la cama, nos aseamos, desayunamos, vamos a la calle, trabajamos, nos divertimos, nos relacionamos con el medio y con la sociedad etc.

Esto que parece normal, natural, como un derecho adquirido, un privilegio del que no somos conscientes mientras estamos sanos, puede cambiar rápidamente de un día para otro. A partir de ese momento empiezan los problemas, pues ni los enfermos ni sus familias están preparados psicológicamente para un cambio tan brusco.

Cuando una persona sufre un accidente cerebrovascular y, como consecuencia, una hemiplejía, presenta problemas para moverse, para realizar las actividades de la vida diaria como hacía anteriormente, sin apenas pensar cómo actuar.

Si observamos como se mueve un paciente hemipléjico durante las 24 horas del día, especialmente durante su fase aguda, veremos que utiliza poca variedad de patrones de movimientos, sin apenas movimientos selectivos, con un tono alterado, problemas en las reacciones de enderezamiento y de equilibrio; todo esto le ocasiona un movimiento anormal y un mayor gasto energético.

El tratamiento se debe considerar como un aprendizaje en condiciones patológicas (2).

Los pacientes hemipléjicos presentan dificultades en el movimiento, por lo tanto, debemos facilitarles cuanto antes los movimientos que requieren un menor tono, como los movimientos automáticos y automatizados, presentes anteriormente y memorizados.

El tono postural esta alterado, presentan problemas en las reacciones de enderezamiento y equilibrio, en la inervación recíproca (de los dos hemicuerpos, cráneo-caudal, próximo-distal, intermuscular e intramuscular) (1) y alteraciones en la coordinación en el espacio y en el tiempo. Así, un hemicuerpo estará más afectado y el otro lado menos afectado.

Además, algunos pacientes hemipléjicos también presentan alteraciones sensitivas, problemas de percepción y orientación en el espacio, como los pacientes heminegligentes o con síndrome de Pusher. Muchos presentan problemas de atención, memoria y concentración.

OBJETIVO

EL objetivo de este trabajo es dar respuesta a la pregunta que con mayor frecuencia nos hacen los pacientes hemipléjicos, sus familias y otras personas de su entorno.

Pregunta

Después de un accidente cerebrovascular el hemipléjico tiene un hemicuerpo paralizado. Y se preguntan: ¿por qué durante la fase aguda no puede ser más independiente, ayudarse más, utilizando su hemicuerpo no paralizado?

Ellos observan que un individuo sano con un brazo o pierna inmovilizada se puede mover mejor, con más facilidad.

Respuesta

Como se sabe un hemicuerpo está más afectado que el otro, pero ninguno está normal.

La explicación se realiza mediante la exposición de dos casos clínicos, su análisis, detalle del tratamiento empleado y nueva valoración para apreciar los cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan dos casos representativos correspondientes al perfil del paciente hemipléjico, que en poco tiempo vieron cambiar su vida completamente.

Caso I

Paciente de 55 años, ama de casa, que sufrió un accidente cerebrovascular isquémico, con afectación de ganglios basales izquierdos, ocasionándole como secuela una hemiplejía derecha.

Los primeros días presentaba dificultad para hablar, pero entendía bien lo que se le decía.

Deseaba recuperarse pronto para volver a hacerse cargo de su familia.

Ella era consciente de que no podía levantarse sola de la cama, que sentada se caía hacia un lado, que era una persona dependiente; ella y su familia sabían que la hemiplejía le afectaba a un lado del cuerpo, pero apenas podía moverse utilizando sólo el lado que creían sano.

A los 18 días del accidente cerebrovascular inició tratamiento de Fisioterapia. Acudió al tratamiento en silla de ruedas. Estaba preocupada pensando qué iba a ser de su vida. No entendía por qué no podía moverse mejor utilizando su lado sano. Parecía apática, triste, desorientada, quería colaborar pero no sabía cómo hacerlo y, además, poco podía. La desmoralizaba mucho que la gente pensase, incluso le dijese, que podía moverse mejor utilizando el lado sano, cuando ella observaba que ningún lado estaba completamente sano, como antes del accidente cerebrovascular.

La valoramos en su fase aguda desde el punto de vista fisioterapéutico: presentaba un tono postural bajo, problemas en las reacciones de enderezamiento y de equilibrio; su equilibrio en sedestación era inestable, al intentar moverla inclinaba el tronco hacia el lado menos afectado por miedo a caerse y, estando sentada, al intentar levantar el brazo menos afectado (que en teoría sería el sano) caía hacia atrás, pues tenía problemas en las reacciones de enderezamiento de ambos hemicuerpos. Tenía miedo a caer y se movía poco.

Presentaba falta de equilibrio en bipedestación con apoyo. Apenas ayudaba en las transferencias como el paso de decúbito supino a sedestación, ni de sedestación a la silla de ruedas, ni el paso de la silla de ruedas a la cama, no sabía cómo hacerlo.

Carecía de movimiento voluntario en el miembro superior y en el inferior lo iniciaba con flexo-extensión de cadera.

La valoración sensitiva no presentaba apenas alteraciones.

En su miembro superior:

— Sensibilidad profunda (propiocepción): sentido del movimiento y de posición: no estaba alterado.

— Sensación táctil: no alterada. No presentaba el fenómeno de extinción, no tenía problemas en la discriminación táctil.

En la mano presentaba alteración en la estereognosia.

En su miembro inferior:

— Sensibilidad profunda (propiocepción): sentido del movimiento y de posición: no alterado.

— Sensación táctil: no alterada. No presentaba el fenómeno de extinción, no tenía problemas en la discriminación táctil.

Después de la valoración le explicamos por qué creíamos que durante la fase aguda no se podía mover mejor, aunque utilizara como ella pensaba su hemicuerpo en teoría sano, pues cuando se mueve el brazo izquierdo hace falta una estabilidad del tronco del lado derecho.

Le pusimos el ejemplo siguiente:

Si estaba sentada y quería coger un abrigo dentro del armario, primero tendría que levantarse de la silla, mantenerse de pie e ir caminando hasta el armario, pararse y abrir la puerta, buscarlo y cogerlo. Así necesitaría una coordinación normal del movimiento para poder levantarse de la silla, buen equilibrio, normal fase de apoyo y de oscilación para la marcha, inervación recíproca entre ambos hemicuerpos y entre distintas partes del cuerpo, estabilidad en la cintura escapular y movimientos selectivos del codo y dedos, y estabilidad de muñeca. Para todo esto nece-

sitamos que los dos hemicuerpos funcionen en armonía.

Para realizar esta maniobra son necesarios movimientos automáticos (reacciones de enderezamiento y equilibrio, tono postural adecuado) que precisan una coordinación de ambos hemicuerpos, movimientos automatizados (como los patrones de movimiento solicitados durante la marcha, una pierna apoya y otra oscila), estabilidad de la cintura escapular, patrones de movimiento del miembro superior para poder abrir el armario y movimientos voluntarios (de la mano y dedos para elegir y coger ese abrigo).

Un lado de su cuerpo esta más afectado que el otro, pues presenta problemas en el tono postural, la inervación recíproca (de los dos hemicuerpos, cráneo-caudal, próximo-distal, intermuscular e intramuscular) (1), la coordinación en el espacio y en el tiempo y el equilibrio. Esta explicación la tranquilizó bastante, vio que comprendíamos lo que le pasaba, la entendíamos y queríamos ayudarla a recuperarse.

A partir de la valoración, programamos un tratamiento fisioterápico para alcanzar el objetivo general: realizar las actividades de la vida diaria de la forma más normal posible.

Desglosado en los siguientes objetivos particulares:

— Normalizar el tono postural, la inervación recíproca, la coordinación en el espacio y en el tiempo y el equilibrio; y así facilitar los patrones funcionales de brazo, mano y miembro inferior.

En sedestación

— Facilitamos reacciones de enderezamiento y de equilibrio del tronco. Desplazamos lateralmente su tronco hacia la derecha y luego

hacia la izquierda, trabajamos la inervación recíproca de un hemicuerpo en relación con el otro.

— Sentada en la camilla se le pide al paciente cargar peso hacia el lado pléjico y ayudarse a sostenerse con el brazo.

— Le pedimos patrones funcionales con el brazo no afectado (en teoría el sano) para lograr reacciones de enderezamiento en su lado contralateral más afectado. Le pedimos que toque con la mano no afectada una pelota colocada delante de ella y sujeta en lo alto (figuras 1-3).

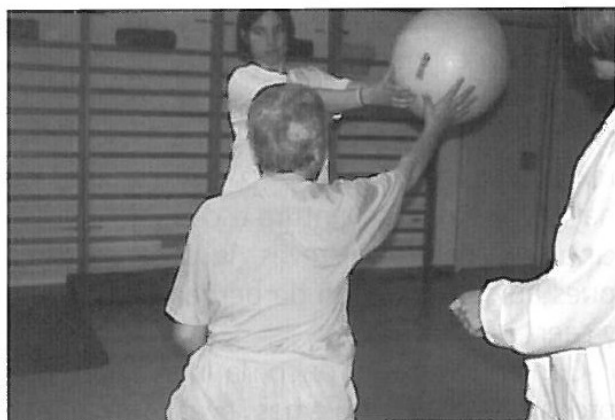


Fig. 1.

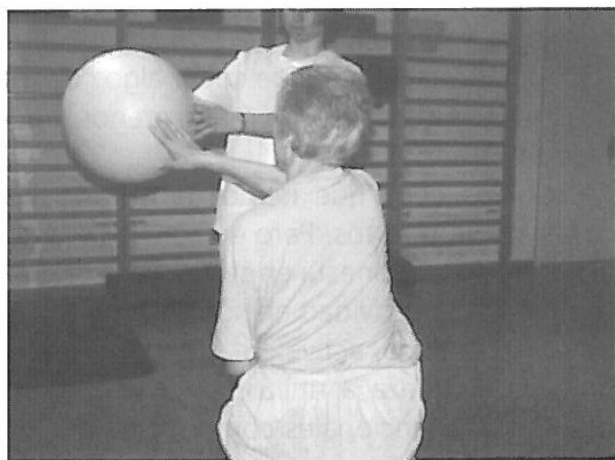


Fig. 2.



Fig. 3.

— Facilitamos los patrones funcionales del miembro superior. Llevamos el miembro superior afectado con protracción de hombro.

Le pedimos movimientos selectivos del brazo por medio de actividades como llevar la mano a la boca, empujar una pelota colocada delante, alejar y aproximar un bastón.

— Para aumentar la sensibilidad de su mano, buscamos una alineación normal de la muñeca, estabilizamos ésta. Le facilitamos utilizar siempre la mano de una manera funcional.

— Sentada en una banqueta dura sin respaldo. Los pies deben estar simétricos, en carga sobre el suelo. En los tobillos existen unos mecanorreceptores articulares que funcionan con señales vestibulares. Así la percepción de los tobillos será muy importante en el control del equilibrio. Activamos los reflejos vestibulares.

Colocamos una pelota de Bobath delante y le pedimos que la empuje con las dos manos; así facilitamos la protracción del hombro, extensión de codo y de tronco, trasladar más peso a los pies; trabajamos también las reacciones de enderezamiento y equilibrio (figura 4).



Fig. 4.

— Sentada le pedimos que cruce una pierna sobre la otra como si se fuese a calzar.

— Sentada sobre la pelota de Bobath la movemos un poco hacia los lados, hacia delante y hacia atrás (figura 5).

También podemos mover la pelota como si saltase sentada sobre un plano móvil.

— Facilitamos el paso de sedestación a bipedestación y de bipedestación a sedestación.

— Sentada en un banco duro le pedimos que coja un objeto del suelo.

En bipedestación

— Trabajamos las reacciones de equilibrio.

— Hacemos transferencias de peso.

— Transferencias en posición de paso. Apoyo en la pierna más afectada y desplaza la otra pierna hacia delante y hacia atrás.

— Facilitar la fase de oscilación de la pierna más dañada. Cargando sobre la pierna menos afectada desplaza la pierna afectada hacia delante y hacia atrás.

— Para estimular la función del brazo, utilizamos un balón que puede alejar o acercar,

cogerlo o soltarlo con las dos manos. Le ayudamos a guiar el brazo más afectado.

— Delante de una mesa, se le ayuda a colocar la mano afectada abierta apoyada sobre la mesa y a cargar sobre ella.

— De espaldas a una mesa de tratamiento, las manos apoyadas sobre la mesa, se le pide al paciente que se despegue de la mesa y así extienda la cadera y la columna vertebral.

A los tres meses del accidente cerebrovascular, observamos que la paciente presenta una notable mejoría.

La valoración de sensibilidad propioceptiva y táctil es normal.

Estereognosia en la mano: normal.

El tono postural evoluciona favorablemente. Puede caminar sola en terreno liso, con una leve alteración en la fase de apoyo y oscilación que le hace llevar la rodilla en hiperextensión, cuando se cansa. Al caminar no hay rotación de la cintura escapular sobre la cintura pélvica y, al revés, la cabeza va fija pues aún tiene miedo de perder el equilibrio y caer.

Con respecto al tronco, la inervación recíproca presenta problemas leves. Sentada se desplaza un poco hacia el lado menos afectado.

Las reacciones de enderezamiento y de equilibrio van mejorando.

En bipedestación, puede coger algo con las dos manos juntas o con la mano menos afectada sin miedo a caerse.

Podemos decir que hemos alcanzado los objetivos propuestos. Pero en este momento el problema mayor está en su brazo. Éste presenta algo de actividad en sus dedos y codo, pero tiene poca actividad funcional en el hombro. Empieza a utilizar el brazo dentro de patrones funcionales como ayuda al otro brazo.

Los nuevos objetivos son:

— Normalizar el tono, recuperar los movimientos selectivos del hombro con una b s-cula adecuada de la escápula, codo, muñeca y dedos.

— Disminuir el ligero dolor que presenta en la masa deltoidea.

— Continuar trabajando la cintura pélvica, para facilitar la extensión de cadera, reducir la hiperextensión de rodilla y mejorar las reacciones de equilibrio.

Actualmente se encuentra mejor de estado de ánimo, ha mejorado su autoestima, está más contenta, se r e, al ver que puede hacer más cosas sola, ser más independiente. También observa que su familia está más contenta y que confían en ella.

Ella nos dice que ahora puede hacer cosas que hace unas semanas pensaba que no podría volver a realizar sola.

Caso II

Mujer de 56 años que sufre un accidente cerebrovascular ocasionado por una hemorragia cerebral grave, como secuela presenta una hemiplejía izquierda.

En la valoración al mes del accidente cerebrovascular se encuentra desorientada, presenta problemas en la percepción y orientación en el espacio. Anosognosia. Graves problemas en la sensibilidad táctil y propioceptiva, tanto de brazo como de pierna, y fenómeno de extinción.

Ignora su lado izquierdo, para ella no existe y, como dijo un día, odia su brazo y mano izquierdos, no los reconoce como suyos, la mano está edematosa y no le gusta verla.

No tiene control de tronco, problemas en las reacciones de enderezamiento y equilibrio.

Tiene un tono postural bajo. No presenta actividad voluntaria en miembro superior ni inferior. La cabeza tiende a estar rotada hacia el lado derecho.

Dentro de los trastornos espaciales, de percepción, observamos:

— Trastorno del esquema corporal.

— Trastorno de la imagen corporal.

— Trastorno de la orientación espacial (derecha-izquierda, dentro-fuera).

Dentro de otro tipo de trastornos observamos:

— Déficit de los estímulos que provienen del lado afectado.

— No explora el lado izquierdo del espacio.

Ella observa que es dependiente y que poco puede hacer sola. Debido a la anosognosia se justifica por no poder hacer las cosas como antes, sin ser muy consciente de la causa de sus limitaciones actuales.

Transcurridos dos meses de Fisioterapia (descrito anteriormente y adaptado a su caso), se observa poca mejoría en su valoración sensitiva. Sin embargo, ya no rechaza su lado izquierdo e intenta integrarlo en su esquema corporal.

Ha mejorado su tono postural aunque continúa bajo, la inervación recíproca, las reacciones de enderezamiento y equilibrio; especialmente del tronco.

El miembro inferior inicia flexión-extensión de cadera y rodilla.

El miembro superior inicia flexión-extensión de dedos. Esto le permite realizar algunas actividades en sedestación con el brazo no afectado que antes no podría. Puede mantenerse en bipedestación poco tiempo, da algunos pasos con ayuda.

Ella se encuentra mejor, más animada. Necesita seguir trabajando globalmente, inte-

grando sus dos hemicuerpos en su esquema corporal.

RESULTADOS

— Para mover funcionalmente el brazo derecho tiene que existir una estabilidad en el tronco del lado izquierdo, para mover la pierna derecha tiene que haber estabilidad de la pierna izquierda y al revés. El paciente hemipléjico durante la fase aguda presenta estas alteraciones, por eso, no puede moverse mejor. Al disminuir estas alteraciones, mejora en su actividad funcional desarrollada con predominio del lado menos afectado.

— Al mejorar su tono postural, la inervación recíproca, la coordinación en el espacio y en el tiempo, y su equilibrio con un tratamiento de fisioterapia adecuado, el paciente hemipléjico está preparado para poder desarrollar las actividades funcionales necesarias en la vida diaria de una forma más económica, rápida, normal y funcional. Aunque muchas veces el brazo menos afectado tiene que ayudar al brazo más afectado.

— Sin equilibrio entre ambos hemitroncos hay dificultades en las actividades de la vida diaria.

— Los dos hemicuerpos deben trabajar en armonía para que el movimiento normal pueda desarrollarse.

— Podrá moverse mejor, aunque la actividad funcional del brazo continúe disminuida.

— Mejora su autoestima, se encuentra más útil y más contenta.

— Los pacientes y sus familias observan como mejoran, esto les da seguridad y apoyo moral.

— Disminuyen los dolores ocasionados por compensaciones anormales.

COMENTARIO

Para desarrollar una actividad funcional lo más normal posible, hace falta un sistema nervioso central intacto que desarrolle su función; cuando este sistema nervioso central se ha lesionado a causa de un accidente cerebrovascular, tendremos que valernos de su neuroplasticidad para recuperar y llegar a conseguir unos movimientos funcionales lo más normales posibles, teniendo en cuenta la lesión cerebral. Esto podemos realizarlo aplicando un tratamiento de fisioterapia adecuado, global e interdisciplinario.

Debemos tener presente siempre que una hemiplejía supone un gran *shock* tanto para el enfermo como para su familia y amigos, pues pasa rápido del papel de sano a inválido. En los tiempos actuales, el individuo que no produce en la sociedad, que se aparta del papel de sano, es visto como marginal; el enfermo lo sabe antes de ser un minusválido y baja su autoestima.

Se necesita un tiempo para ir adaptándose a la nueva situación. Debemos respetar su dignidad humana, su sufrimiento y el de su familia ante la pérdida del movimiento normal.

Ni unos ni otros están preparados para tan súbito cambio; por ello, debemos explicarles en que consiste su enfermedad y por qué no pueden realizar actividades que antes podían hacer con un solo brazo.

Los enfermos después de un cambio tan brusco suelen pasar por distintas fases: primero de abatimiento, luego de cólera, más tarde de depresión y pasado un tiempo de aceptación del *handicap*. Debemos apoyarles con nuestra comprensión para ir superando esas fases.

Si el fisioterapeuta les explica por qué ahora se mueven de un modo distinto que antes, cómo irán recuperando la movilidad, les

daremos confianza, seguridad y les ayudaremos a tener paciencia. El enfermo, como todo ser humano, tiene miedo a lo desconocido.

También debemos apoyar a sus familiares, la situación también es nueva para ellos, sufren por el ser querido. El papel que tienen que asumir es difícil para ellos, sin conocimientos adecuados les pedimos que colaboren en el cuidado de su familiar.

Debemos tener presente que la familia es importante en la recuperación del enfermo pues representan el lazo de unión entre el hospital y su entorno social.

Hemos ido comprobando esto a lo largo de nuestros años de experiencia profesional, pues algunos enfermos lo han expresado así y otros han querido transmitir sus sentimientos por si ello podía ayudar a otros a aceptar más positivamente su hemiplejía.

BIBLIOGRAFÍA

- Paeth, B.: *Experiencias en el concepto Bobath*. Panamericana, 2000.
- Perfetti, C.: *El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto*. Edikamed, 1999.
- Bobath, B.: *Hemiplejía del adulto. Evolución y tratamiento*. 3ª ed., Panamericana, 1993.
- Chippis, E. y Clanin, N.: *Trastornos neurológicos*. Mosby/Doyma Libros.
- Davies, P.: *Steps to follow. Passo dopo passo. Guida al trattamento del paziente emiplegico adulto*. Springer-Verlag, 1991.
- Davies, P.: *Steps to follow. The comprehensive treatment of patients with hemiplegia*. 2º ed., Springer-Verlag 1985.
- Downie: *Neurología para fisioterapeutas*. CASH, 4ª Ed., Ed. Medica panamericana.
- La hemiplejía, X Jornadas de Fisioterapia, Madrid, 2000.