GEROKOMOS
Volumen VI
Número 15
Páginas 107 a 114
Noviembre 1995

Tratamiento postural del anciano hemipléjico

A. Ferri Morales*
M. Torres Lacomba**
P. Paniagua Mora***

* Diplomada en Enfermería y Fisioterapia. Profesora Titular Interina de la E.U.E. y F. de Toledo
** Diplomada en Fisioterapia. Profesora Titular Interina de la E.U.E. y F. de Toledo
*** Diplomado en Fisioterapia. Profesor Titular Interino de la E.U.E. y F. de Toledo

RESUMEN

Como sabemos el anciano hemipléjico se ve sometido a una situación de inmovilidad que puede llegar a ser muy prolongada.
La ausencia de movilidad articular puede conducir a rigideces articulares y retracciones miotendinosas, las cuáles van a dificultar la posterior recuperación funcional. Estas complicaciones pueden minimizarse, mediante un adecuado tratamiento postural, el cual debería empezar inmediatamente después del accidente.
Los cuidados de enfermería en cuanto a tratamiento postural y manejo del paciente se refiere no deben diferir respecto a los cuidados fisioterápicos. No importa la terapia realizada en la sala de fisioterapia, por buena que sea, si durante el resto del día el paciente se mueve con esfuerzo de un modo anormal; la mayor parte de lo que acaba de aprender no lo integrará y posteriormente no lo llevará a cabo en la vida cotidiana.
Pretendemos con este artículo ofrecer unas pautas de tratamiento postural, dirigidas al anciano hemipléjico, durante la fase aguda que incluyen desde la distribución de la habitación del paciente hasta las diferentes posturas que debe mantener en la cama o en la silla.
Estas medidas son igualmente recomendables si el paciente es cuidado en la Unidad de cuidados intensivos, en la sala de neurológicos o en su casa.

PALABRAS CLAVE

Tratamiento postural; Hemipléjico; Anciano.

SUMMARY

The elderly patient with hemiplegia experiences a situation of inmobilization which may be prolonged. The absence of joint movements can lead to joint stiffness and myotendinous retraction whith make functional recuperation difficult. These complications can be minimized by adquate postural treatment, which should begin inmediately after the accident. Nursing care consisting of postural treatment and patient management should not be separate from physical therapy. The measures applied in physical therapy sessions, not matter how good, matter little if for the rest of the day the patient moves abnormally and forcibly; most of what she has been taught will not be assimilated and put into practice in daily life. This article proposes guidelines for postural treatment in elderly hemiplegics during the acute phase. These guidelines include suggestions for arranging the patient's room and for suitable postures in bed or sitting down.
These measures also are recommended for patients in intensive care, neurology wards, or at home.

KEY WORDS

Postural treatment; Hemiplegic; Elderly.

A. Ferri Morales
M. Torres Lacomba
P. Paniagua Mora

INTRODUCCION

Muchas son las dolencias que en el anciano pueden provocar una situación de inmovilidad (Martín, 1983; Jiménez, 1981), entre ellas las enfermedades músculo-esqueléticas, neurológicas y cardiovasculares son las más frecuentes (Kane, 1989).

En el tema que nos ocupa, el anciano hemipléjico, la etiología principal son los accidentes cerebro vasculares (hemorragia, embolia, trombosis) (Fernández, 1989) que van a desencadenar una afección neurológica con déficits residuales que requerirán asistencia (Kelly, 1985). La mayoría de estas deficiencias se relacionan con la movilidad. La ausencia de movilidad articular conduce a una retracción de los elementos cápsulo-ligamentosos y musculares y como consecuencia a rigidez articular. La adopción de posturas viciosas, si es prolongada, determina deformidades articulares que pueden terminar en anquilosis, lo que va a dificultar e incluso impedir, la recuperación funcional (Akeson, 1987). Estas complicaciones se pueden minimizar, sino evitar, mediante un adecuado tratamiento postural.

El proceso de rehabilitación del hemipléjico debe ser llevado a cabo por un equipo de profesionales especializados en el tratamiento de los diferentes aspectos físicos, psicológicos o sociales que afecten al paciente. El Fisioterapeuta forma parte de este equipo: ahora bien, la rehabilitación física del hemipléjico, llevada a buen fin, no depende sólo de las sesiones de Fisioterapia, sino que también depende, y mucho, de cómo pasa el paciente las restantes horas del día y de la noche. Hasta la postura en la que duerme puede influir notablemente en el resultado final.

Para un buen pronóstico y un tratamiento más exitoso es preferible, tanto para los pacientes como para el equipo multidisciplinar que lo asiste, empezar el tratamiento inmediatamente después del accidente.

En la etapa inicial aguda el objetivo del tratamiento fisioterápico es muy claro, va dirigido a conseguir que el paciente se levante de la cama y se independice lo antes posible en las actividades de la vida cotidiana.

La *"Fisioterapia compensadora"*, entendiendo como tal aquella dirigida a suplir la falta de función del lado afecto con el uso del lado sano, es en gran medida la responsable del aumento de la espasticidad y de la inactividad del lado afecto. Este enfoque terapéutico descuida los potenciales del lado afecto desde el principio y hace que en etapas posteriores, cuando se trata de paciente en la sala de Fisioterapia, resulte difícil y hasta imposible restaurar la función de la extremidad afecta, porqué se habrá establecido con firmeza una sobrecompensación con un uso mayor que el necesario del lado sano.

La espasticidad es muy intensa por las reacciones asociadas que motiva el esfuerzo requerido para el uso unilateral del lado sano, y también por la falta de equilibrio y miedo a caerse *(Bobath, 1982; Walse, 1923).

Pensamos que en la etapa inicial *la Fisioterapia y la Enfermería deben complementarse mutuamente*. En esta primera fase el profesional de Enfermería cuida al paciente durante todo el día; el Fisioterapeuta sólo está con él lo que dura la sesión de tratamiento diario, y es en esta etapa cuando se pueden cometer muchos errores en la manera de atender al paciente, los cuáles pueden ejercer un efecto negativo sobre las perspectivas de tratamiento fisioterápico y rehabilitación del mismo (Krauss).

Colocándolo en posición adecuada y moviéndolo correctamente se evitará:

- Un aumento indebido de la espasticidad.
- Contracturas.
- Rigidez y deformidad articular.
- Hombro doloroso y síndrome hombro-mano.
- Retracción de la cintura escapular y pélvica.
- Rechazo del lado afecto.

LA DISTRIBUCION DE LA HABITACION DEL PACIENTE

La situación de la cama y demás mobiliario es muy importante, sobre todo en la fase aguda de la enfermedad cuando su capacidad de movimiento independiente está limitada.

A causa de la lesión la cabeza del hemipléjico gira hacia el hemicuerpo sano y tiende a ignorar el hemicuerpo afecto así como el espacio que le rodea por ese lado. Frecuentemente las modalidades sensoriales de tacto, oido y vista están reducidas por el lado hemipléjico.

Sería necesario disponer la habitación del paciente de forma que éste reciba espontáneamente toda la información por el lado hemipléjico, de modo que sea constantemente animado a girar la cabeza hacia el

** Las reacciones asociadas (Walshe, 1923) son reflejos tónicos, es decir, reacciones posturales liberadas en músculos desprovistos de control voluntario, se desarrollan frente a la actividad voluntaria forzada de las extremidades normales.*

mismo (Davies). Incluso cuando empieza a sentarse para luego salir de la cama, transferirá hacia el hemicuerpo afecto; en caso contrario, transferiría hacia el hemicuerpo sano, mirando el lado sano y descuidando todavía más el lado afecto.

Si el paciente desea ver la televisión, ésta debe colocarse de tal forma que gire la cabeza hacia el lado hemipléjico para mirarla.

Las visitas deben sentarse junto al paciente preferentemente por su lado afecto de forma que vuelva la cabeza hacia ellos cuando le hablen.

Es *imprescindible* que el paciente se encuentre en un ambiente agradable, que participe de sus cuidados y en la vida familiar y que sea estimulado intelectualmente de forma adecuada mediante lectura, radio, televisión, conversaciones... Podemos decir que el paciente hemipléjico es un paciente que *debe recibir visitas*.

EL PACIENTE EN LA CAMA

La posición en decúbito no es la más conveniente para un hemipléjico, pero en las primeras etapas el paciente pasará la mayor parte del tiempo en la cama. Por ello, la forma en que esté acostado tendrá gran importancia.

En cuanto sea posible deberá sentarse fuera de la cama. Muchas complicaciones graves pueden surgir como resultado de una inmovilización prolongada, sobre todo en los ancianos (tromboflebitis, úlceras por presión, neumonía por aspiración, desmineralización ósea con el consiguiente aumento de la fragilidad ósea...) (Harper, 1988).

Las siguiente posturas y modos de moverle o ayudarle a moverse son válidas para cualquier hemipléjico, se encuentre en el estadio en que se encuentre. Si se empieza precozmente, tanto mejor, porque aún no habrá establecido hábitos patológicos y contracturas que posteriormente serán difíciles de eliminar. Estas posturas son igualmente recomendables si el paciente es atendido en la Unidad de Cuidados Intensivos, en la sala de neurológicos, en la sala de Fisioterapia o en su casa.

La posturas más favorables son las que mantienen el brazo y la mano en extensión o, lo que es lo mismo, protracción de hombro (para conseguirla pasaremos la mano por debajo de la escápula y tiraremos de ella hacia fuera), extensión de codo, supinación de antebrazo y dorsiflexión pasiva de muñeca. Por el contrario, todas aquellas posturas que conlleven flexión de miembro superior paralizado están desaconsejadas. (figura 1).

CONSEJOS PARA MANTENER AL PACIENTE ACOSTADO

1. Sábanas siempre secas, limpias y sin arrugas.
2. Cama dura, que no se hunda.
3. No poner *nada* en la mano. La influencia del reflejo de cierre del puño provoca que la mano se cierre sobre un objeto colocado en la palma, estimulando los flexores palmares y potenciando, por tanto, la espasticidad flexora del miembro superior.
4. No poner nada contra la planta del pie (antiequinos), dado que cuando el paciente hemipléjico comienza a recuperar la actividad de su miembro inferior paralizado encontrará un objeto contra el que empujar, aumentando la potencia de los plantiflexores y la actividad del indeseable reflejo en extensión del miembro inferior.
5. Evitar la ropa de cama pesada, colocando un arco soportasábanas o en su defecto un par de almohadas enrolladas en la parte externa de los pies para prevenir el equino.
6. La posición del paciente debe cambiarse a intervalos regulares, más frecuentemente al principio, cada dos o tres hora ininterrumpidamente día y noche.

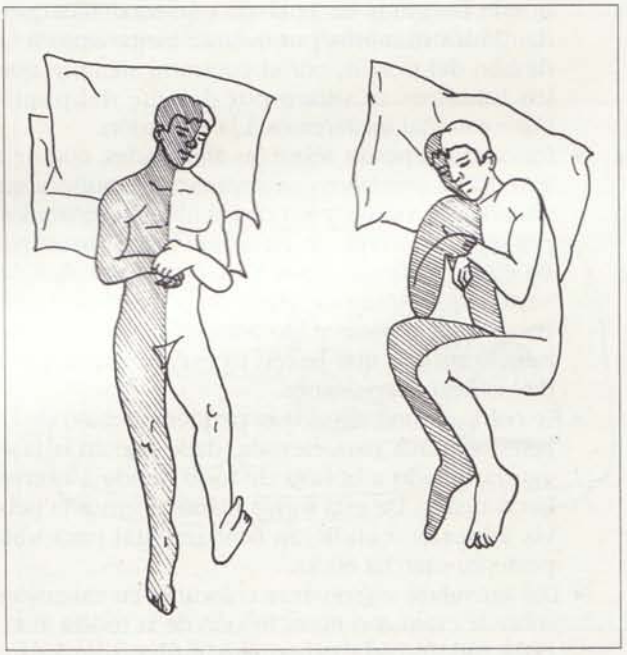

Figura 1. *Posiciones en cama desaconsejadas.*

ACOSTADO EN DECUBITO SUPINO: en esta posición aumenta el tono extensor, de la misma forma que el prono aumenta el tono flexor, por tanto debe utilizarse lo menos posible.

Solemos encontrar al paciente hemipléjico con la escápula en aproximación, hombro en rotación interna, codo en flexión, antebrazo en pronación, muñeca en flexión palmar y dedos caídos a favor de la gravedad, pelvis en retroversión, cadera en rotación externa, rodilla en flexión, pie en plantiflexión y supinación, cabeza inclinada hacia el lado afecto y rotada hacia el lado no afecto. Esta es una postura poco terapéutica que aumentará los patrones patológicos y la espasticidad.

La mejor postura para cuando el paciente se encuentre acostado en decúbito supino es la siguiente (figura 2):

- Para evitar el empuje extensor colocaremos unas "almohadas en aspa", la del lado efecto se colocará por encima de la otra. Sobre el aspa descansará *la cabeza* ligeramente dirigida hacia el hemicuerpo afecto y en ligera flexión.
- *Los hombros* también se situarán encima de las almohadas quedando más altos que el punto clave esternal (Bobath, 1982). El esternón nos sirve para controlar el tono del tronco, siempre que lo llevemos hacia abajo y hacia detrás quedando los hombros por delante incitaremos a la flexión del tronco, por el contrario siempre que los hombros se sitúen por delante del punto clave esternal incitaremos a la extensión.
- *Los brazos* reposan sobre las almohadas, codo en extensión, antebrazo en supinación, muñeca en dorsiflexión pasiva y los dedos libres o separados por una gomaespuma en la que hemos practicado cuatro orificios. No se deben colocar rollos de venda ni pelotas de algodón o de goma, que como hemos comentado anteriormente, lejos de beneficiarle lo que hacen es estimularle el tono de los flexores palmares.
- Se colocará una almohada pequeña debajo de la *pelvis* afectada para elevarla, dado que en la fase aguda debido a la falta de tono tiende a caerse hacia detrás. De esta forma mantendremos la pelvis alineada, condición fundamental para una posterior marcha eficaz.
- Los *miembros inferiores* se colocarán en extensión sobre la cama con ligera flexión de la rodilla afectada, mantenida por una almohadilla o una pequeña toalla enrollada. Con ello pretendemos evitar la posterior hiperextensión de rodilla que se llega a producir como consecuencia de la espasticidad en extensión del miembro inferior hemipléjico. La rotación externa de cadera la podemos evitar mediante un rodillo pelvitrocantéreo.
- Los *pies* se dejan libres. *Nada de cajones antiequino,* para lo único que sirven es para darle un motivo y un objeto contra el que empujar, estimulando los flexores plantares. Sí se puede colocar una almohada de reposo en los pies sin que haga presión.

ACOSTADO SOBRE EL LADO HEMIPLEJICO: Quizás sea esta la posición más importante, dado que, reduce la

Figura 2. *Paciente hemipléjico acostado en decúbito supino*

GEROKOMOS
Volumen VI
Número 15
Noviembre 1995

Figura 3. *Paciente hemipléjico acostado en decúbito lateral sobre el lado afecto.*

espasticidad debido a la elongación de todo el costado y al aumento de la información propioceptiva y toma de conciencia del mismo (Krauss); por otra parte la mano más capacitada estará libre para manipular (figura 3).

- La *cama* estará horizontal, la *cabeza* apoyada confortablemente y alineada con el tronco.
- El *tronco* ligeramente inclinado hacia detrás, sujeto por una almohada colocada detrás de la espalda, con ello pretendemos conseguir que tanto el hombro como la pelvis afecta se dirija hacia delante.
- El *brazo hemipléjico* hacia delante, formado un ángulo de unos 90° con el cuerpo. Hombro y escápula en protracción, codo en extensión, antebrazo en supinación y muñeca en dorsiflexión pasiva al borde de la cama (se puede colocar una prolongación en la cama mediante una tabla que sobresalga por debajo del colchón.
- El *brazo sano* colocado sobre el cuerpo o sobre la almohada posterior, nunca por delante del paciente dado que se adelantaría todo el tronco y provocaría aducción de la escápula afectada.
- La *pierna hemipléjica* con cadera ligeramente extendida y rodilla ligeramente flexionada.
- La *pierna sana* descansa sobre una almohada con cadera y rodilla ligeramente flexionada en posición de marcha.

ACOSTADO SOBRE EL LADO SANO: (figura 4).

- Cama horizontal, cabeza apoyada confortablemente y alineada con el tronco.
- *Tronco* ligeramente inclinado hacia delante (pelvis y hombro afectos se dirigirán hacia delante).
- *Brazo y mano hemipléjicos* sobre una almohada (para evitar el edema del miembro superior) formando un ángulo de aproximadamente 100° con el cuerpo.
- *Brazo sano* en posición confortable a elección del paciente.
- *Pierna hemipléjica* con la cadera y rodilla ligeramente flexionadas descansando sobre la cama por delante de la pierna sana (posición de marcha).
- *Pierna sana* con extensión de cadera y rodilla.

SEDESTACION

Aún durante el periodo de reposo completo, estos pacientes deben estar sentados frecuentemente a fin de que su respiración y circulación se adapten a la posición erguida.

En esta etapa inicial el paciente no puede quedarse de pie ni siquiera con ayuda, la mejor alternativa, para sacarle de la cama mientras no consiga bipedestar, será una silla con reposabrazos para darles seguridad.

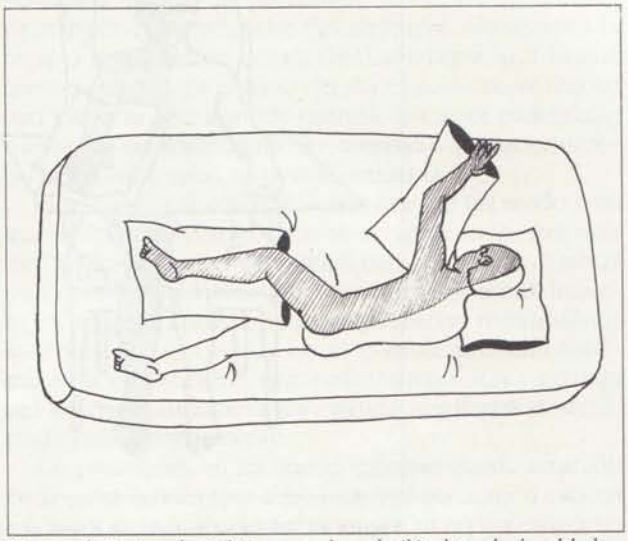

Figura 4. *Paciente hemipléjico acostado en decúbito lateral sobre el lado sano.*

A ser posible la silla de ruedas debe usarse únicamente como medio de transporte. El respaldo de la misma, que suele ser blanco, fomenta la flexión del tronco. No obstante, cuando se utilice podemos paliar este problema colocando un tablero sobre los reposabrazos de la silla, de forma que al colocar los brazos del paciente sobre el mismo le ayudamos a mantener una posición erguida.

POSICION DEL PACIENTE EN LA SILLA:

– *Los brazos:* Se deben colocar con los codos apoyados sobre el tablero de madera de la silla o bien sobre una mesa situada delante del paciente. Los hombros se colocan a la altura del borde de la mesa para que no se deslice hacia detrás (figura 5).

Esta postura es buena para todos los hemipléjicos desde el hipotónico hasta el paciente que camina, para corregir patrones patológicos que puedan aparecer durante la marcha. Cuanto más se inclina el tronco hacia delante, más peso en los pies, más estímulo de carga y más actividad muscular en miembros inferiores.

– *Cabeza y tronco:* Alineados.

– *Mano afecta:* Extendida y en posición neutra o supinación.

Figura 5. *Sedestación en silla de ruedas.*

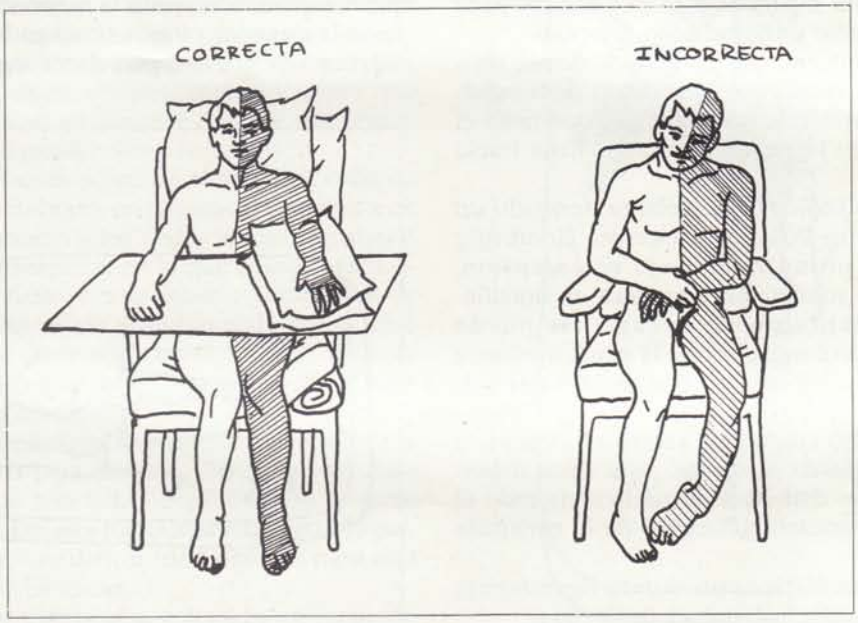

Figura 6. *Sedestación correcta con control de la rotación externa del miembro inferior. A la derecha observamos una sedestación incorrecta con flexión del miembro superior hemipléjico, y rotación externa y pie equino del miembro inferior.*

Figura 7. *Deslizamiento anterior en la silla. Ayuda para recuperar la postura correcta.*

– *Pies:* Estarán planos sobre el suelo, apoyando el talón, con el tobillo a 90°, para que perciban la sensación de carga. Si el miembro inferior cae en rotación externa podemos colocar un rodillo lateral debajo del cojín (figura 6). Cuando se le coloca de este modo, tiene menos tendencia a *deslizarse hacia delante* y quedarse medio tumbado en la silla. Si esto ocurriera se le ayudará a recuperar la postura correcta. Para ello: (figura 7).

- El enfermero/a se sitúa con los pies planos sobre el suelo.
- Las rodillas flexionadas contra las del enfermero para evitar que siga resbalando hacia delante.
- Le ayuda a inclinarse hacia delante con las manos cogidas tanto como le sea posible.
- Le dirige los brazos hacia un lado de forma que pueda alcanzar sus nalgas por ambos lados.
- Se deja caer hacia detrás y, aprovechando el peso de su propio cuerpo, tira del paciente hacia arriba para despegar las nalgas de la silla, al mismo tiempo empuja con sus rodilla las del paciente y le sitúa correctamente en la silla otra vez. Como el enfermero/a emplea el peso de su propio cuerpo para levantar al paciente, tiene protegida la espalda.

CONCLUSIONES

Los cuidados de enfermería en cuanto a tratamiento postural y manejo del paciente se refiere no deben diferir respecto a los cuidados fisioterápicos. No importa la terapia realizada en la sala de fisioterapia, por buena que sea, si durante el resto del día el paciente se mueve con esfuerzo de un modo normal; la mayor parte de lo que acaba de aprender no lo integrará y posteriormente no lo llevará a cabo en la vida cotidiana.

Si se enseña al enfermo a moverse de un modo normal desde el principio, toda su rehabilitación será más fácil y rápida. Siempre es difícil para un adulto cambiar un hábito establecido. Cada postura y cada movimiento es un preparativo para un posterior movimiento independiente. Aunque no es posible prevenir totalmente la espasticidad, una correcta situación y manejo del enfermo durante la fase aguda reducirán su desarrollo considerablemente.

Las posiciones en las que el enfermo queda acostado en la cama son las que debe usar incluso cuando está en su casa y es independiente, entonces ya no necesitará las almohadas de soporte, pero las posiciones para los decúbitos laterales no varían y sirven para inhibir hipertono.

BIBLIOGRAFIA

MARTIN A. "Deficiencia de la movilidad. Síndrome de debilidad en la marcha". (cap. 7, pp. 119-141. En: Geriatría, Ed. Manual Moderno, México, 1983.

JIMENEZ HERRERO, F. "El síndrome de la inmovilización;on". (Cap. 22, pp. 205-210). En: Iniciación a la Geriatría y Gerontología. Ed. Ferrer Internacional, Barcelona 1981.

KANA, R.L.: "Immobility". (Cap. 8, pp. 213-145). En: Essential of clinical geriatrics. Ed. McGraw-Hill, New York, 1989.

FERNANDEZ DE MOLINA, A. "Manual de cuidados del ictus". Edit. Club de Ictus de Madrid. 1989.

KELLY, J.F.: Winograd, Ch.: "A functional approach to stroke management in elderly patiensts". En: J.Am. Geriatr. Soc., 22: 48-70, 19885.

AKESON, W.H.: AMIELD, D.; ABEL M.F.; GARFIN, S.R.; WOOD, S. "Effects of inmovilitation of joints". Clin. Orthop., 219-28-37, 1987.

BOBATH, BERTA. "Hemiplejia del adulto. Evolución y tratamiento". 2ª edición. 1982.Edit. Panamericana.

WALSHE, F.M.R. "On creain tonic or postural reflexes in hemiplejia with special reference to the so-called associated movements". Brain, 46, Part I; 1923.

KRAUSS IRSIGLEZ, F. "Técnicas terapéuticas dirigidas a la hemiplejia del adulto". (Curso de Bobath).

DAVIES, P.M. "Steps to follow-guide treatment adult hemiplejia". Edit. Springer.

HARPER, C.M.; LYLES, Y.M. "Physiologic and functional complications of best rest". J. Am. Geriatr. Soc., 36: 1047-1054: 1988.