

CASO PRACTICO EN UN HEMIPLÉJICO IZQUIERDO

AUTORAS:

M^a Isabel Rodríguez González
Rosana Sánchez Fábrega
(Fisioterapeutas)

- 1.- INTRODUCCIÓN
- 2.- EVALUACIÓN ANALÍTICA Y FUNCIONAL DEL PACIENTE.
- 3.- TRATAMIENTO
 - 3.1.- OBJETIVOS DE TRATAMIENTO
 - 3.2.- TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA
 - 3.3.- TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL.
- 4.- SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.
- 5.- CONCLUSIONES Y RESULTADOS.

1.- INTRODUCCIÓN

Datos del paciente: A.C de 70 años de edad que ingresa en la Residencia de Ancianos el Salvador de Pedroche (Córdoba) en el año 2004, tras haber sufrido un ACV mientras trabajaba (en ese momento tenía 69 años).

Antecedentes Personales: Diabetes Mellitus tipo II.

Previo al infarto cerebral Agustín era una persona activa; cuidaba de su mujer enferma, seguía haciendo las labores del campo, y era el Presidente del Hogar del Pensionista de Pedroche gestionando los viajes y participando en multitud de actividades que se proponían desde el centro.

A.C. nos cuenta cómo le pasó: El estaba cuidando a su mujer en el hospital cuando sintió que estaba mareado y le apareció una sensación de hormigueo en el brazo izquierdo. Pensando que no era importante se fue a su casa donde se estuvo preparando la comida y posteriormente comiendo. Al terminar se fue al campo, cogió el tractor y se puso a arar en un olivar propio. Como seguía estando mareado, decidió dejar el trabajo para otro día que estuviera mejor. Llegó al Hogar del Pensionista y se pidió una tónica para beber. Allí sintió que se le nublaba la vista y tuvo que sentarse por la incapacidad de estar de pie. Desde el Hogar se fue al Centro de Salud de Pedroche donde fue derivado al Hospital Comarcal del Valle de los Pedroche en Pozoblanco (localidad a 8 Km de Pedroche). En el hospital le hicieron un reconocimiento pero no consideraron que tuviera ninguna patología de importancia. Después Agustín se subió a la planta donde estaba su señora para seguir cuidándola. Tras tomarse un yogur se quedó dormido. Al despertarse comprobó que no podía hablar. Se bajó de nuevo a Urgencias del hospital y al poco tiempo ya sintió que no podía mover el brazo y la pierna izquierdos.

Seguidamente pasó a la unidad de observación y posteriormente a planta para su ingreso hospitalario. Se le diagnosticó de Infarto del tronco cerebral derecho. Durante la semana que estuvo ingresado, recibió tratamiento de fisioterapia, según Agustín, de escasa importancia, ya que él no notaba cambios. La Asistente Social del hospital le aconsejó que se trasladara una residencia dada la situación de invalidez y fue así como llegó hasta nosotros

Ingreso en la Residencia: Nuestro paciente ingresó en la Residencia el 21 de Abril con Hemiplejía izquierda y afectación de la marcha por lo que estaba en silla de ruedas (vida silla-cama). En MMSS no presentaba movilidad alguna. No se apreciaba afectación a otros niveles tales como el habla, parálisis facial, visión, área cognitiva... Sí acusaba importantes síntomas depresivos ya que se emocionaba con facilidad al recordar su pasado y quizás al verse incapacitado para poder volver a llevar una vida normal. Sin embargo, mantenía las ganas de recuperarse y colaborar activamente con cualquier tratamiento que se le pusiera.

2.- EVALUACIÓN ANALÍTICA Y FUNCIONAL DEL PACIENTE.

Balance articular y muscular: Amplitud articular conservada en MMII y MMSS derecho. En MMII izquierdo presenta dolor y limitación a los 130° de flexión de hombro y 110° de abducción. En codo y muñeca no presenta limitación a la movilidad pasiva. Respecto al balance muscular, en MMII y MMSS derecho presenta grado de Fuerza muscular 5 (según la escala de Mitchell). En hombro y codo izquierdo la fuerza muscular estaba en grado 2- ya que se apreciaba contracción muscular en los músculos de brazo y antebrazo pero no existe movimiento visible del miembro. Sin embargo en la mano y dedos izquierdos el grado de contracción es 0 ya que no se aprecia contracción del músculo.

En el tronco también es acusada la hipotonía muscular ya que no tiene control de equilibrio en sedestación ni reacciones de apoyo con el MMSS sano.

Como hemos dicho anteriormente, está en silla de ruedas y con cabestrillo en MMSS izquierdo.

Valoración funcional: Necesita ayuda para las AVDs excepto la alimentación ya que es diestro. Incapacidad para la bipedestación independiente. Control de esfínteres.

Valoración cognitiva: A nivel cognitivo no presenta deterioro alguno. Sabe leer y escribir correctamente.

Valoración Social: Se relaciona con residentes y trabajadores. Es agradable y simpático.

Valoración de Ocio y tiempo libre: Acude a algunas actividades del departamento de Terapia Ocupacional, pero es una persona muy independiente

3.- TRATAMIENTO

Agustín ingresa en la residencia el 21 de Abril del 2005 y comienza el tratamiento rehabilitador el 26 de Abril. El tratamiento es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar donde se incluyen Médico general, Médico Rehabilitador (del Hospital Comarcal del Valle de Los Pedroches), DUE, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales y psicólogo para un enfoque integral del paciente.

3.1.- Objetivos del tratamiento.

- Mejorar la amplitud articular y fuerza muscular del MMSS y MMII afectado.
- Evitar la sintomatología del hombro doloroso del hemipléjico.
- Reeduación progresiva de la marcha en paralelas, con andador, muleta, y por último independiente.
- Mantener la autonomía el mayor tiempo posible y conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Readaptación y reeducación global y multidisciplinar mediante un equipo coordinado y eficaz. Además es muy importante que sea objetiva e individualizada.
- Reinserción socio-familiar

3.2- Tratamiento de Fisioterapia

A) Durante la primera semana de tratamiento: Fase flácida

- **Recuperación de MMSS:** Se comienza con **cinesiterapia pasiva** para ganar amplitud en los movimientos de flexión y abducción de hombro izquierdo que se encuentran limitados y para evitar adherencias articulares. También se trabaja la motricidad y sensibilidad sobre todo de los movimientos precisos principalmente de la mano, así como la velocidad de ejecución (por ejemplo, acercándose los objetos al cuerpo).
- Cinesiterapia **activo-asistida** y activa libre de la extremidades del hemicuerpo afecto para conseguir la adquisición de habilidades motoras, mejorar la flexibilidad y la coordinación
- Ejercicios de **Kabat** para coseguir una mayor capacidad de moverse en el espacio con una combinación eficiente de estabilidad y fuerza.
- Reconocimiento del **esquema corporal**: El paciente no integra su cuerpo en el espacio. Padece una negligencia espacial ya que no se orienta en el espacio y no capta los estímulos por la parte afectada. Esto se asocia a una hemiaquinesia (déficit de movimiento en el hemicuerpo afectado provocada por la falta de percepción). Por ello, hay que favorecer la atención mediante estímulos táctiles, auditivos, visuales... desde el lateral afectado.
- **Recuperación del MMII**: Principalmente la función de soporte y la capacidad de desarrollar movimiento para la marcha.
- Ejercicios para explorar la sensibilidad de la piel mediante el reconocimiento de diferentes objetos, texturas y otras sensaciones.

B) A partir de la primera semana.

- **Cinesiterapia Activa-Resistida** de MMSS y MMII pléjico: Trabajamos específicamente la prensión de la mano y la orientación del brazo afectado en el espacio evitando compensaciones con la musculatura escapular y raquídea.



- Trabajamos el **equilibrio en sedestación**: Este se encontraba muy deteriorado debido a que desde que sufrió el infarto cerebral había estado en cama y silla de ruedas por lo que presentaba una importante hipotonía de la musculatura paravertebral. En un principio se intenta que controle el tronco sentado sin apoyo de las manos pero sí de los pies en el suelo, sin recibir estímulos del exterior. Una vez conseguido, se le comienza a dar pequeños empujones para desestabilizarlo y favorecer las reacciones de apoyo con el miembro superior sano y posteriormente el afecto (reaprendizaje de los reflejos posturales). De la misma manera, le pedimos que vaya levantando un pie y otro del suelo para alternar la carga. Los ejercicios se van complicando cerrando los ojos, inutilizándole el brazo derecho (sano), etc...
- Una vez controlado lo anterior, trabajamos la **puesta en pie progresiva**: Paciente sentado en la camilla con ambos pies en una superficie de apoyo. El fisioterapeuta se coloca en frente en una silla a la altura de la camilla. Se trabaja el impulso para levantarse, poniendo especial atención en la estabilización de la rodilla y cadera y control de la pelvis. De esta misma manera realiza sentadillas en la camilla.



- Conseguida la bipedestación, comenzamos la **deambulación**. Se realizan ejercicios de alternancia de carga con apoyo en paralelas, se camina de lado, hacia atrás, levantando rodillas...Todo ello en paralelas.
- El **10 de Mayo** se había conseguido la **deambulación con andador** de forma semiindependiente. En un principio hubo de sujetarle la mano izquierda al andador mediante un vendaje ya que no realizaba la prensión. Poco a poco fue mejorando la deambulación con andador y se le pudo dar una muleta para una marcha más independiente (**junio 06**)
- En el mes de **Julio**, Agustín comienza a quejarse de **dolor** en el brazo izquierdo debido a una subluxación de hombro frecuente en este tipo de pacientes. Este dolor nacía a nivel del hombro con irradiación hacia la escápula y codo. Se trataba de un hombro doloroso característico en este tipo de pacientes debido a la realización de ejercicios de coordinación y resistencia. Comenzamos tratamiento con electroterapia analgésica mediante TENS y termoterapia con Infrarrojos. Las movilizaciones son más suaves favoreciendo la flexibilidad y elasticidad de la cápsula articular. Mejora notablemente después de un mes aproximadamente de tratamiento
- En el mes de **Octubre**, ha mejorado el estado del hombro y todo el brazo. Sí se aprecia un **retraso en la evolución de la mano** siendo la parte más difícil de recuperar por la precisión requerida (aproximadamente dos tercios de los pacientes no llegan a recuperar la total funcionalidad de la mano). El tratamiento consiste en mecanoterapia (principalmente mesa de manos) y ejercicios que se le proponen desde el departamento de Terapia Ocupacional.
- Son frecuentes las **recaídas por contracturas musculares** sobre todo de Trapecio y musculatura interescapular debido a los esfuerzos que realiza. Durante estos periodos se disminuye la intensidad de los ejercicios y se le trata con electroterapia analgésica.
- En **Enero del 2006** realizan principalmente ejercicios de mecanoterapia y trabajo de la pinza manual. La recuperación ha sido muy favorable.



3.3.- Tratamiento de Terapia Ocupacional

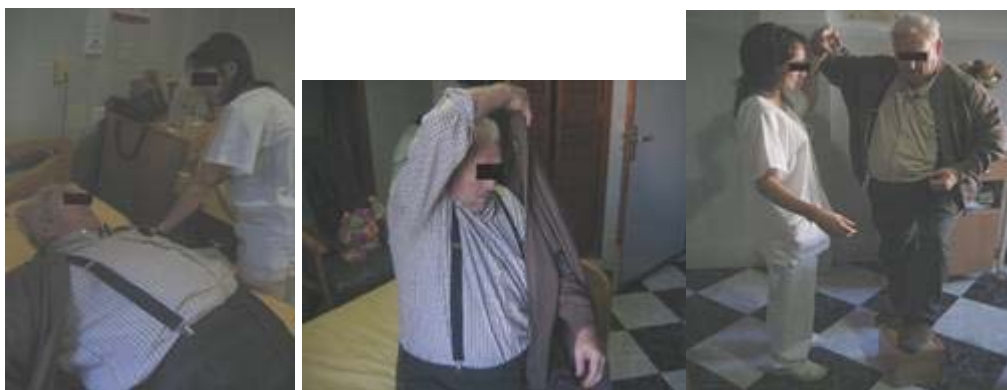
Para conseguir el mayor grado de autonomía en AVDs y la máxima independencia posible y así su vida sea lo más similar posible a como era antes, fue necesario que la figura del terapeuta ocupacional llevara a cabo un tratamiento específico que en rasgos generales describimos en el siguiente apartado.

• OBJETIVOS:

- Mantener el mayor grado de autonomía en las AVDs:
- Conseguir la actividad del vestido y calzado de forma autónoma
- Conseguir la actividad del aseo diario de forma autónoma.
- Potenciar la movilidad, fuerza, coordinación y tono del miembro afectado.
- Promover y mantener su participación en actividades lúdicas
- Prevenir la aparición de deformidades y posturas reflejas.

• TRATAMIENTO

- Terapia individual en la cama de Lunes a Viernes a las 8:00horas:
 - ejercicios para mejorar movilidad y fuerza, en principio asistidos, posteriormente activos y al final resistidos e incluso con pesas y cinta elástica.
 - Instrucción y aprendizaje de técnicas en vestido y calzado (con ayuda de un calzador)
 - Instrucción y aprendizaje de técnicas en aseo diario
 - Ejercicios en bipedestación con ayuda de taco de madera para mejorar movilidad y equilibrio



- Terapia individual en salón de terapia



4.- SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.

- Como secuela, se aprecia una marcha algo irregular porque sigue arrastrando el pie debido a la deformidad en equino-varo (lo que le provoca una reacción de apoyo positiva) y posición característica en Wernicke-man de brazo en rotación interna, antepulsión, ligera flexión de codo y muñeca provocado por sinergias flexoras en el MMSS y extensoras en el MMII.
- Por otra parte ha mejorado de forma increíble su estado de ánimo. Vuelve a salir y participar en algunas actividades del Hogar del Pensionista, excursiones, teatros, etc...
- Se sigue revisando y evaluando periódicamente su estado y nunca ha dejado de hacer los ejercicios de fisioterapia y Terapia Ocupacional.



5.- CONCLUSIONES Y RESULTADOS.

Actualmente (octubre 06), A.C se encuentra muy bien anímica y funcionalmente. Ha recuperado su autonomía e independencia para las AVDs aunque necesita supervisión en el aseo diario.

Su deambulación es totalmente independiente sin necesidad de ninguna ayuda técnica pero sigue siendo una marcha tipo "segador"

El equipo multidisciplinar ha conseguido cumplir sus objetivos para una recuperación integral del paciente y conseguir una reinserción social y familiar completa.