

LA HEMIPLEJIA EN EL ANCIANO

Dr. Carlos Arellano Cueva*

Es un síndrome neurológico caracterizado por pérdida súbita o lenta del control motor de la mitad (en sentido vertical) del cuerpo, acompañado de múltiples trastornos de la esfera intelectual y afectiva que se presenta por lo general por encima de los 50 años de edad.

Las causas más frecuentes son las enfermedades vasculares del cerebro y del tallo cerebral. Los traumatismos y otras enfermedades como las tumorales, infecciosas o malformaciones son causas de orden decreciente.

Dentro de las hemiplejias causadas por enfermedades vasculares se presentan: por reblandecimiento cerebral, trombosis, embolias, hemorragias cerebrales.

El papel de la hipertensión arterial como causante de hemiplejias está bien establecido entre los pacientes más jóvenes, al extremo que el tratamiento adecuado de la hipertensión en personas de mediana edad se destaca quizá como principal objetivo de un programa de prevención de ACV.

En los pacientes ancianos el principal factor etiológico es la **Aterosclerosis**.

La historia natural de la enfermedad según la mayoría de los autores revela que cerca de la mitad de las víctimas de un Ictus apoplético como también se le denomina al ataque agudo, muere casi inmediatamente o a las 3 ó 4 semanas del ataque. Los demás continúan viviendo unos tres años como término medio. Marquersden dijo que los que pasaron del primer mes tuvieron una mortalidad anual constante del 17% durante por lo menos 10 años. La causa de muerte a partir del primer mes fué insuficiencia cardíaca o bronconeumonía, presentación de otro ataque o infarto del miocardio.

Típicamente, la figura del paciente hemipléjico crónico es la de una persona de edad madura o de un anciano (hombre o mujer indistintamente) que camina con gran dificultad (usando a veces un bastón), el arrastrado en círculos una de las piernas, que mantiene el brazo del mismo lado flexionado y con una contractura deformante de la mano.

* Past-Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Física y Rehabilitación.
Prof. Asociado de la Catedra de Medicina de la U.N.M. de San Marcos.
Prof. Auxiliar de la Catedra de Medicina de la U.N. F. Villarreal.
Ex Jefe del Dpto. del Inst. Nac. de Rehabilitación

Si logra comunicarse verbalmente lo hace con lentitud utilizando una expresión borrosa y disrítica. Otras veces no logran hablar y sólo consiguen emitir palabras o frases incoherentes, llegando en casos extremos (no raros) a tener solamente una o dos palabras como repertorio verbal.

LA REHABILITACION EN EL HEMIPLEJICO

¿En qué momento, después del ACV se debe iniciar la rehabilitación? Algunos procedimientos de rehabilitación pueden comenzar desde el primer día, particularmente aquellos dirigidos a la prevención de complicaciones. ¿Cuánto tiempo debe el paciente en etapa aguda permanecer en cama o en silla? Hasta no hace mucho tiempo por el temor a favorecer la progresión del ataque si es que se le sentaba demasiado rápido. Sin embargo la práctica de sentar tempranamente al paciente ha demostrado que ésto no es así. Muchas autoridades en la especialidad están ahora de acuerdo en sentar al paciente no sólo en su cama sino aún en una silla al lado de ella, tan pronto el ACV se halla estabilizado. Se tuvo alguna dificultad en determinar este momento de estabilización, pero algunos creen que éste se alcanza cuando no hay evidencia de progresión neurológica de la lesión en por lo menos 48 horas.



Almohadillas para evitar deformaciones en la etapa aguda



Movilizaciones pasivas en la cama

Estas modernas prácticas de rehabilitación aplicadas tempranamente en los pacientes con Hemiplejia han evidenciado que muchos aspectos de esta afección que anteriormente se consideraban parte natural del cuadro clínico, son en realidad complicaciones prevenibles y evitables.

COMPLICACIONES PREVENIBLES.- Regresión Intelectual: Probablemente la complicación más común en la Hemiplejia es la **regresión intelectual** debido a la privación sensorial. Existe una tendencia de aislar al paciente durante la etapa aguda, en un cuarto oscuro y silencioso, sin que se le disturbe. A veces se le coloca en la cama sin que reciba ninguna estimulación del ambiente de tal manera que cuando está en decúbito dorsal sólo puede ver el techo y si está de costado solamente la pared desnuda. Cuando el personal asistencial está en la habitación, a veces tienen la tendencia a hablar del paciente en tercera persona, aún en su presencia. Hasta la personalidad más integrada tiende a deteriorarse rápidamente cuando no tienen una adecuada estimulación ambiental. Es verdad que algunos pacientes luego del ataque presentan cortos períodos de atención y se fatigan rápida y fácilmente, por lo que la estimulación debe dárseles en intervalos breves.

- **Depresión:** Si la depresión sensorial es prolongada el paciente rápidamente entra en depresión, paralela al deterioro intelectual. De la misma manera, siempre ha habido la tendencia a culpar al daño cerebral como causa de la depresión y no a la pobreza ambiental en que se tienen postrado muchas veces al paciente hemipléjico.

- **Deterioro Físico:** A causa de la regresión intelectual, la depresión y la limitación física, el paciente incrementa su dependencia del personal asistencial o familiar. La dependencia frecuentemente lleva al paciente hacia una sensación de inutilidad y puede comenzar los problemas con éstas personas.

Cuando se permite que la apatía y la depresión persistan, no pasa mucho tiempo para que la capacidad física general del paciente sufra un detrimento, y uno de los primeros signos son las úlceras de decúbito, particularmente si además tiene problemas sensitivos o está bajo la influencia de fuerte sedación o analgesia.

- **Contracturas:** Probablemente la segunda complicación más frecuente en el hemipléjico, es el desarrollo de contracturas, una complicación que es generalmente prevenible. La presencia de contracturas tiene mucho más efectos en el paciente que la pérdida de movimiento. Por ej. cuando se permite que las contracturas progresen, rápidamente llegan a ser dolorosas. La presencia de contracturas favorece la espasticidad y ambas interfieren enormemente con la deambulación. Los dos procedimientos elementales que deben ser usado para prevenir las contracturas pueden ser realizados por el personal de enfermería y son: posturas adecuadas de las extremidades más afectadas en la cama y en posición sentado, y ejercicios de movimiento de las articulaciones para mantener rangos normales. En la obligación del médico indicar que el personal de enfermería (no esperar al de rehabilitación) lleve a cabo rutinariamente estos ejercicios. Sin embargo, debemos hacer una distinción entre los ejercicios pasivos que debe realizar la enfermera o el personal auxiliar, para prevenir las contracturas, de los ejercicios activos y de estiramiento que solamente lo deben realizar terapistas especializadas, para la corrección de las mismas.

- **Incontinencia urinaria:** luego del ACV, la presencia de incontinencia urinaria puede ser debida a confusión mental, transtorno de la comunicación o a la presencia de una vejiga flácida distendida con una incontinencia tipo reflujo.

Al indicar al personal de enfermería que se lleve a cabo un adecuado programa de entrenamiento vesical esta disfunción urinaria puede ser controlada sin que el paciente sufra el desmoralizante efecto de la incontinencia y más aún evitando el uso de una cateterización.

- **Infección urinaria:** Generalmente debido al uso común y prematuro de la cateterización del paciente para el control de la incontinencia y más a lo prolongado del tiempo de su permanencia. Cuanto más tiempo permanezca el cateter en la vejiga, que actúa como un cuerpo extraño, hay mayores posibilidades de sepsis urinaria. El período de incontinencia urinaria en muchos pacientes no dura mucho tiempo, por lo que se recomienda inicialmente usar un cateterismo externo unido a un colector; o simplemente estimulando al paciente para la micción y ofreciéndole el urinal correspondiente.

- **Disfunción intestinal:** La incontinencia intestinal va por lo general asociada a la incontinencia vesical en pacientes con severas lesiones o bilaterales, es debido a que la peristalsis intestinal continúa automáticamente, llevando las materias fecales al recto, siendo el paciente incapaz de retenerlas. Sin embargo, aún en estos casos de incontinencia intestinal asociada a severa lesión, la incontinencia puede ser evitada iniciando tempranamente un buen programa intestinal en el servicio de hospitalización. Este programa debe tener en cuenta muchos otros factores, tales como los hábitos intestinales previos del paciente, dietas, tipo de alimentación, cantidad de ejercicio diario, etc. Aún cuando el paciente no sea capaz de utilizar aparatos higiénicos en la cama, el programa debe tener cuidado de vaciar el recto a intervalos naturales y regulares de tal manera que puedan ser evitados accidentes en cualquier momento del día. Este programa (entrenamiento intestinal) juega un importante papel en la superación de las dificultades emocionales del paciente.

TRATAMIENTO DE REHABILITACION FISICA

En ausencia de tratamiento médico específico, el paciente anciano hemipléjico debe depositar sus esperanzas en rehabilitación; esto implica promover la recuperación y utilizar al máximo la función residual con la finalidad de reubicarse en el hogar y en la sociedad sin llegar a ser una carga.

Los conceptos actuales del tratamiento de rehabilitación consideran que más que un reaprendizaje de las funciones perdidas, se intentan otros posibles mecanismos de recuperación, como son la **desinhibición** que sería la reversibilidad de una función pérdida (o inhibida), la **sustitución** o sea el traslado de una función perdida a un área intacta del cerebro y la **reorganización** o sea la participación de áreas intactas del cerebro en una función que antes estaba en parte a cargo del área lesionada.

El tratamiento de Rehabilitación se inicia ya en la etapa aguda del ACV, cuando se indica la adecuada posición y los cambios frecuentes de postura en cama; el uso de aditamentos para prevenir escaras y contracturas y la indicación de ejercicios pasivos suaves.

Al ir saliendo el paciente del cuadro agudo, son indispensables los ejercicios respiratorios, el masaje estimulante y el control de la postura sedente, a cargo del terapeuta físico.

En los primeros días o semanas de la enfermedad existe la flacidez la que va desapareciendo progresivamente. Su persistencia es mal pronóstico. En esta fase, la flacidez se trata mediante el vibromasaje estimulador, la percusión, la tracción y el estiramiento de las masas musculares; además movilizaciones articulares y movimientos activos y pasivos de extremidades. Un método útil es el de Brunston para obtener el movimiento del lado paralizado a base de estimular contra resistencia el lado sano, ya que al liberarse la vía piramidal en el hemipléjico, se hacen presentes reflejos arcaicos que se encontraban inhibidos y que se aprovechan para obtener movimiento de carácter reflejo en el lado paralizado.

En la fase espástica de la hemiplejia, que se instala eventualmente luego de la fase flácida, el tono muscular está aumentado y se presenta la tendencia a las flexiones en la extremidad superior y la extensión en la inferior. Es aceptable y hasta beneficioso para el hemipléjico que se presente esta etapa, pues puede servir para emplear métodos más intensos y efectivos como el Kabatt y principalmente porque es mucho más útil para la deambulación una extremidad algo espástica que totalmente flácida. Sin embargo las contracturas de una severa espasticidad llegan a ser dolorosas y sumamente incapacitantes si se dejan progresar.

En la etapa de recuperación se debe realizar el entrenamiento funcional, es decir, aplicar la función motora voluntaria que ha obtenido el paciente, en la realización de actividades esenciales para reincorporarse a su vida anterior. Se debe realizar la corrección de las contracturas y rigideces como la del tríceps sural que puede ocasionar un pie equino, la rigidez del hombro y rigideces de los dedos, la espasticidad del glúteo mayor y las contracturas de rodilla lo mismo que la debilidad de los flexores de cadera y la espasticidad del cuádriceps, elementos todos que van a dificultar la marcha.

La reeducación de la marcha ha de comenzarse precozmente, es decir apenas se tenga la suficiente potencia muscular en el miembro inferior. Al colocar al paciente de pie recupera la sensación del equilibrio, se inhiben las atrofiaciones musculares y se amplía su campo de estímulo ambiental. Al ubicarlo en las barras paralelas se apreciará la necesidad o no de ortóticos y se le estimulará una adecuada postura del tronco y cabeza, y la coordinación de los movimientos asociados.

La progresión de la reeducación de la marcha es hacia vencer obstáculos, subir y bajar escaleras, caminar fuera del hogar, utilizar los muebles adecuadamente, el uso de bastones etc.

El programa de Terapia Ocupacional es casi siempre indispensable mediante el cual el Terapeuta Ocupacional se valdrá de determinadas actividades para que el paciente pueda readaptarse al uso de las facilidades del hogar (alimentación, vestido, higiene) y a motivarlo hacia actividades vocacionales. De ser conveniente se incluirá la participación del Psicólogo.

TRATAMIENTOS FISICOS UTILIZADOS EN LA REHABILITACION DEL HEMIPLEJICO

TERAPIA KINESIOLOGICA: Movilizaciones y masajes para mantener actitudes normales, evitar contracturas, vencer espasticidades, mantener rangos articulares, mejorar fuerza muscular.

HIDROTERAPIA, Tanque de Hubbard (en caso de espasticidad) el agua al eliminar la gravedad facilita el movimiento se incluye el hidromasaje por turbinas.

BARRAS PARALELAS: para el inicio y reeducación de la marcha.

EN ALGUNOS CASOS : ELECTROTERAPIA: para la reeducación muscular y/o la estimulación.

PARAFINA, ULTRASONIDO: para vencer rigideces de dedos u otras articulaciones, así como propósitos de analgesia.

APARATOS ORTOPEDICOS, AYUDAS BIOMECANICAS Y ADITAMENTOS A TENER EN CUENTA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HEMIPLEJICO

- En la etapa aguda: Durante su permanencia en la cama se debe tener presente la posible utilidad de topes de madera en 90° para los pies; rodetes neumáticos o de otro material suave para las prominencias óseas (caderas, tobillos, región sacrocoxígea, codos).
- Para el miembro superior: cabestrillo en caso de severa flacidez; férulas para evitar la flexión palmar cuando evoluciona hacia una contractura espástica en flexión de la mano; adaptaciones de mangos de utensilios de alimentación, vestido e higiene.
- Para la deambulación: Bastón canadiense de un solo apoyo o tetrapodo.
- Para miembro inferior: aparato ortopédico corto, cuando se presenta el pie en posición equina y si está en buenas condiciones el músculo cuádriceps.
Aparato ortopédico largo, que va desde el pie hasta la raíz del muslo, en los casos de debilidad del cuádriceps o debilidad de los flexores de la rodilla que llevan hacia un recurvatum deformante e inestabilizante de la marcha.
- Adaptaciones en el hogar: accesorios en el servicio higiénico, colocación de barandas, muebles, muebles adaptados a su limitación, etc.
- Silla de ruedas en caso de no haber recuperado la deambulación espontánea.
- La Terapia del Lenguaje del paciente hemipléjico es tratada ampliamente en otro tema de esta mesa redonda.

PRONOSTICO

Se debe tener presente que existen dos tipos de recuperación en el paciente hemipléjico: neurológica y funcional. La recuperación neurológica depende del mecanismo y de la localización de la lesión, de tal manera que no puede hacerse una generalización en cuanto al pronóstico en este aspecto. Sin embargo, se espera que el 90% de la recuperación neurológica ocurra al finalizar los primeros tres meses después de la lesión, con la excepción de aquellas causas por lesiones hemorrágicas, en las cuales la recuperación puede prolongarse por un mayor período de tiempo.

La recuperación en cuanto al funcionamiento, depende del ambiente en que se encuentra el paciente y de la motivación y del entrenamiento que reciba para que aprenda a ser nuevamente independiente en cuanto a autocuidados, movilidad, actividades de la vida diaria, comunicación y aspectos vocacionales.

¿Cómo es la vida del paciente anciano que se ha recuperado de un ictus apoplético luego de un tratamiento adecuado de rehabilitación? Los estudios de Collins, Marschall y Shaw y de Livingstone, revelan que la mayoría de las víctimas rehabilitadas en especial las más jóvenes que estaban empleados antes de su ataque, sufren mucho por la incapacidad de reanudar (en muchos casos) sus ocupaciones habituales; y con su comportamiento y actitud también hacen sufrir a sus familiares. El paciente pasa por una etapa de "transición psicossocial" (Parkes) a la que puede adaptarse bien si ya antes supo adaptarse a los cambios importantes de su vida y siempre que contara con la comprensión de sus familiares. Sin embargo, a menudo los familiares valoran la capacidad funcional de paciente de manera muy distinta a la del paciente mismo. Para alcanzar un equilibrio entre esperanza y realidad se requiere un proceso largo y doloroso y en su afán de obtenerlo los pacientes expresan su sentido de abandono con diversas actitudes negativas que van desde el ensimismamiento apático hasta la destructividad, la incontinencia y la desinhibición sexual, pasando por la irritabilidad y la agresividad.

Por último, siempre se habla sin convicción en favor del trabajo en equipo en la rehabilitación del hemipléjico. Si creemos que de verdad el paciente hemipléjico, como el anciano en general merece un buen tratamiento, debemos fortalecer la formación del medio y del terapeuta con una mejor y mayor profundidad en los conocimientos de esta afección, pues de ellos tendríamos que depender si mañana por la mañana el destino dispusiera despertarnos víctimas de un ictus apoplético.
