

Comunicaciones

PLAN DE TRATAMIENTO PARA PARAPLEJICOS

RACIELA SERRA

Kinesióloga - Dto. de Terapia Física,

Hospital Privado, Centro Médico de Córdoba

La elaboración de este plan, es el resultado de muchos años transcurridos en el Departamento de Terapia Física, que demandó toda nuestra inquietud, estudios y la experiencia que fuimos adquiriendo en la atención y tratamiento del paciente parapléjico.

Nuestra labor no ha sido aislada, sino por el contrario, somos parte de un equipo multidisciplinario sin el cual el tratamiento al parapléjico se convierte en una tarea prácticamente imposible. Cada miembro en particular y todos unidos en un mismo fin: la rehabilitación del enfermo parapléjico.

Este trabajo tiene por objeto describir el plan-guía utilizado en el tratamiento de estos pacientes en el Departamento de Terapia Física del Hospital Privado. Por lo tanto, sólo se manifiesta lo realizado por Kinesiólogos y Fisioterapeutas, en dicha Institución.

El principal objetivo del tratamiento de un parapleja, es llegar al más alto nivel de independencia en las actividades de la vida dia-

ria. Este logro permitirá al paciente, el regreso a la comunidad. La actividad, puede estar ayudada por el uso de muletas, bastones, ortesis y/o silla de ruedas.

Una vez que la médula es destruida no hay poder de regeneración, lo que trae aparejado una parálisis permanente: parcial o completa.

Todos los integrantes del equipo que participan en el tratamiento y reubicación de estos pacientes, deben conocer los objetivos de cada una de las etapas de la asistencia. Cada cual poseerá ciertos conocimientos sobre el papel que cumplen los demás. El cuerpo médico integrado por Clínicos, Neurólogos, Neurocirujanos, Traumatólogos, Urólogos, Cirujanos Plásticos, Radiólogos, Siquiatras, Psicólogos, Personal de Enfermería, Kinesiólogos, Fisioterapeutas y Técnicos Ortésistas. **Todos** identificados en la tarea a cumplir, comprendiendo: "El golpe psicológico que ha sufrido el paciente, apreciando el significado de su pérdida, identificándose con sus miedos y frustraciones, tratándolo no como un cuerpo gravemente dañado, sino como una persona con daño grave, pero con todos los sen-

timientos y necesidades comunes a la humanidad". (Dr. Rafael González Mas).

Establecer Objetivos.

"A" Los parapléjicos con lesión entre D1 y D8 pueden:

1) Ser independientes en todas las actividades en silla de ruedas, incluyendo levantarse del suelo a la silla, entrar y salir del baño, subir el cordón de la vereda. (Subir el cordón de la vereda y levantarse del suelo, será más difícil para los parapléjicos D1 y D4).

2) Hacer bipedestación fisiológica en tabla de verticalización, con entablillado posterior de las piernas y muletas, o soportes pélvicos.

3) Sin complicaciones, completar objetivos será en 4 semanas, siguiendo el programa completo.

Observación: si estos pacientes son capaces de demostrar habilidad para sentarse y salir de la silla de ruedas con entablillado posterior, se pueden aplicar aparatos pelvipédicos.

Los parapléjicos atléticos y jóvenes, pueden hacer un "swing", hasta y a través de las muletas, subir y bajar de la silla de ruedas, y levantarse del suelo. El gran gasto de energía necesario para este tipo de marcha, la hace poco práctica. Por eso es imperioso entrenarlo en el manejo de la silla de ruedas para ir alternando.

"B" Los parapléjicos de la D9 y D12, con tronco estabilizado pueden:

1) Tener independencia en silla de ruedas.
2) Hacer marcha con aparatos pelvipédicos y muletas.

3) Sin complicaciones, se completarán los objetivos en 6 semanas siguiendo el programa completo.

"C" Los parapléjicos de L1 y L3 con estabilidad pélvica y sin espasticidad pueden:

1) Caminar con aparatos pelvipédicos y bastones canadienses.

2) Enseñar marcha de 4 puntos o "swing" a través de las muletas.

3) Sin complicaciones se logran los objetivos de 6 a 8 semanas.

Observación: la estabilidad o control pélvico se define como la estabilización y el control de la pelvis en el raquis, por los músculos abdominales y extensores del raquis.

"D" Los parapléjicos de L4 y S2 (daño en la cola de caballo), con extensión de rodillas pueden:

1) Prescindir de la silla de ruedas.

2) Tener marcha independiente con aparatos cortos y bastones canadienses.

3) Realizar marcha de cuatro puntos "swing", a través de las muletas.

4) Se completan objetivos de 6 a 8 semanas.

Observación general: algunas circunstancias afectarán el éxito en el cumplimiento de los objetivos. La edad del paciente, su pesimismo, motivación, grado de espasticidad, tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad o enfermedades intercurrentes, son factores muy importantes de consideración al establecer los objetivos. Algunos parapléjicos, altamente motivados, pueden trabajar a un nivel de rendimiento más alto que el esperado. Otros sienten que no tendrán recuperación completa de la función. Esto los hace resistentes a aceptar tratamientos que no dan esperanzas de recuperar la función.

El terapeuta, deberá estimular al paciente para que trabaje con los músculos que él tiene en el momento de comenzar su tratamiento, recordándole que si se produce un cambio los programas serán reformados; por ejemplo: cuando el enfermo pregunta sobre este tema el terapeuta deberá contestar: "es importante para Ud., trabajar con lo que tiene ahora, si se produce y cuando se produzca el cambio nosotros ajustaremos el programa".

Programa de Tratamiento de Terapia Física

El paciente debe estar ortopédica y clínicamente seguro para las actividades de fortalecimiento de M. M. S. S., acostarse, flexionar la cadera (90o.), con rodilla flexionada.

Problemas comunes después de la lesión son: inestabilidad del raquis, fractura en los miembros inferiores, infecciones urinarias, escaras y dolor.

"A" Prevenir deformidades, es la primera preocupación.

1) Movimientos de miembros inferiores.

a) Llevar caderas a sólo 90o. de flexión.
b) No elongar isquiotibiales hasta que el raquis sea estable.

2) Posiciones.

a) Vendaje largo de miembros inferiores.
b) Cambiar los decúbitos del paciente cada dos horas, para evitar las presiones prolongadas sobre las prominencias óseas.

c) Cama dura. Colchón de panes.

3) Programa respiratorio.

a) Medir la expansión torácica. Si es necesario por el tipo de lesión, enseñar

respiración glosa-faríngea y rutina de presión positiva intermitente.

- b) Hacer ejercicios de respiración profunda.
- c) Enseñar variaciones respiratorias para aumentar la expansión torácica.

B" Comenzar el fortalecimiento muscular cuando está seguro ortopédicamente.

- 1) Uso de programas de ejercicios resistidos progresivos, para ganar el máximo de fuerza en extremidades superiores y hombro (cintura escapular), que son necesarios para el traslado en silla de ruedas y la marcha. Poner énfasis en:
 - a) Depresión de hombros.
 - b) Extensión de hombros.
 - c) Extensión de codos.
 - d) Pronación de la cintura escapular.
 - e) Aducción horizontal de hombros.
- 2) Las pesas ofrecen utilidad para aumentar la fuerza de las extremidades superiores y de la cintura escapular. Los parapléjicos tienen que ser capaces de empujar más su propio peso, unas treinta veces.
- 3) Fortalecer los músculos inervados de miembros inferiores y tronco.

C" Arco de movimiento.

- 1) Isquiotibiales.
 - a) Método para elongar isquiotibiales: la cadera opuesta debe ser mantenida en extensión para estabilizar la pelvis y evitar elongación en región lumbar. La elongación estática de isquios prolongada cada pierna, 30 minutos con el equipo apropiado, ha resultado el método más apropiado.
 - b) Elevar las piernas de 0o. a 110o., es necesario para colocarse los aparatos, levantarse del suelo con aparatos pelvipédicos y vestir las extremidades inferiores.
 - c) Los pacientes con lesión en la cola de caballo, que usan aparatos cortos, necesitan de 0o. a 90o. de recorrida con piernas extendidas.
- 2) Flexión de cadera y rodilla.
 - a) Para sentarse cómodo en silla de ruedas, vestirse y colocarse los aparatos pelvipédicos, se necesitan 120o. de flexión de caderas y rodillas.
- 3) Tendón de Aquiles.
 - a) En paciente con lesión de la cola de caballo, pies y tobillos en 0, no elongar el tendón de Aquiles más allá del punto neutro para una buena estabilidad de rodilla.

b) Para ganar recorrido, al paciente con severas deformidades de pie equino varo, se lo coloca en la tabla de bipedestación manteniendo con cuñas el pie en el máximo de su arco de movimiento.

4) Extensión de cadera.

- a) Las contracturas de cadera en flexión, interfieren la marcha. El paciente debe tener un recorrido de hiper-extensión en cadera para mantener el balance con aparatos y muletas de tal modo, que el centro de gravedad de la cadera, es anterior a pies y hombros.
- b) La elongación estática de la cadera en posición prona, se usa para ganar recorrido en extensión.
- c) El decúbito prono, con la pelvis fija y la cadera en extensión, se usa para mantener el recorrido articular logrado. Se lo coloca en esta posición de noche y durante el día, cuando está sometido a tratamiento.
- d) Se debe evitar la silla de ruedas cuando la extensión de cadera está limitada.

"D" Actividades de la vida diaria.

- 1) Tabla de verticalización.
 - a) Se comienza a verticalizar al paciente cuando está ortopédicamente seguro para las actividades de pie. La bipedestación estimula la función de vejiga e intestino, pone en tensión las extremidades inferiores lo que colabora al mantenimiento del contenido mineral de los huesos.
- 2) Ejercicios en colchoneta.
 - a) Este trabajo ofrece motivación y situaciones competitivas que preparan para el paso a silla de ruedas y marcha con muletas.
- 3) El uso de la silla de ruedas debe comenzar tan pronto como el tronco tenga estabilidad. El paciente aprende a manejar frenos, trabas y apoya pies de la silla y pasar:
 - a) De la cama a la silla de ruedas.
 - b) De la silla de ruedas al auto.
 - c) De la silla de ruedas al baño.
 - d) De la silla de ruedas a la bañera.
 - e) De la silla de ruedas a una silla común o sillón.
 - f) Del piso a la silla de ruedas. Aprende también a balancear una silla de ruedas sobre sus ruedas traseras, subir el cordón de la vereda, etc.

Puede ser necesario usar una tabla de deslizamiento en los parapléjicos de más edad.

Debe instruirse al paciente para que con la depresión de su cintura escapular y ayuda de brazos, eleve en la silla de ruedas su cintura pelviana, por lo menos una vez cada 15 minutos, para aliviar la presión en las nalgas.

- 4) El entrenamiento en la marcha para pacientes con control pélvico comienza cuando éste tolera la posición de pie.

Usar barras paralelas para balanceo y aprendizaje de la marcha.

Enseñar al paciente:

- a) Balanceo con muletas fuera de las barras paralelas.
- b) Caminar con muletas.
- c) Cómo pasar de la silla de ruedas a posición de pie, con muletas.
- d) Actividades de elevación en escaleras, obstáculos, rampas.
- e) Cómo levantarse de una silla común y volver a sentarse.
- f) Cómo caerse y levantarse del suelo.

Las sesiones de práctica diaria son necesarias para aumentar la resistencia y la confianza.

Equipo de Adaptación.

"A" Silla de ruedas; su tipo será acorde al peso del paciente, a la edad y al trabajo, que realizará en ella.

"B" Corset lumbo sacro; determinar la necesidad del corset comparando la capacidad vital, sentado con y sin sostén abdominal.

- a) Usado como soporte abdominal para ayudar al diafragma en la respiración.
- b) Indicado cuando no hay tono o espasticidad en los músculos abdominales.

"C" Aparatos u ortesis pelvipédicas.

"D" Aparatos u ortesis cortos para piernas.

"E" Entablillado posterior en las piernas o usar tabla de verticalización.

Planeamiento para el hogar

El Kinesiólogo o Fisioterapeuta, juega un papel muy importante en ayudar al parapléjico a retornar a su hogar tan pronto como sea posible. Este planeamiento requiere la cooperación de todos los servicios médicos y paramédicos involucrados con el paciente. Es responsabilidad del terapeuta, hacer contacto con la familia del paciente, apenas comenzado el programa de tratamiento.

Esto aumenta el interés de la familia y le da conciencia de los objetivos del tratamiento.

La familia puede solucionar las medidas de puertas y el nivel de los pisos, para el mejor desplazamiento del paciente en el hogar, esto permite que el hogar se adapte a la silla de ruedas y a un programa de tratamiento realista, de modo que el paciente pueda desenvolverse con facilidad en su casa. La familia debe conocer también, las actividades que el paciente puede realizar independientemente, y cuáles son los problemas para los que deben estar alertas.

Programa en el hogar.

- 1) Instruir al paciente para no tener problemas.

- a) Escaras.

Se previene inspeccionando la piel mañana y tarde, y durmiendo en decúbito prono, durante la noche.

- b) Infecciones renales; pueden disminuirse poniendo al paciente de pie por lo menos 45 minutos diarios, y manteniendo adecuadamente la eliminación de orina.

- c) Deformidades por contracturas.

Pueden prevenirse haciendo que el paciente cuide el recorrido articular de las extremidades inferiores, continuando con la elongación de isquiotibiales, durmiendo en decúbito prono durante la noche y poniéndose de pie, diariamente.

- d) Disminución de la expansión torácica.

Los parapléjicos de la D6 y por debajo pueden aumentar su fuerza de expulsión respiratoria y expansión torácica, continuando con la respiración glossofaríngea.

- 2) Alentar al paciente para que mantenga su habilidad funcional. Debe continuar con todas las actividades aprendidas en el programa de rehabilitación. Estas actividades, si se las demuestra con propiedad a la familia, los hará conscientes de la habilidad del paciente.

- 3) Planear un programa de ejercicios para mantener y aumentar la fuerza en las extremidades superiores del parapléjico. En el momento de abandonar el Hospital el paciente debe asumir la responsabilidad de su propio cuidado, así como el rol en la familia. El cambio psicológico del hospital al hogar, es muy grande. El terapeuta puede ayudar en este cambio, alentando y sosteniendo a los familiares, fundamentalmente al paciente, desde el comienzo del programa de rehabilitación inclusive planeando un programa realista para el hogar. *