

**FISIOTERAPIA****LA REHABILITACIÓN DE LOS HEMIPLEJICOS \***

Dr. EDWARD W. LOWMAN

De la sección de Medicina Física, «U. S. Naval Hospital».

**L**os procedimientos de la medicina física para la rehabilitación del paciente hemipléjico representan una innovación en el campo de la terapéutica, aunque en otras épocas se expusieron diversos métodos de tratamiento en las publicaciones profesionales; sin embargo, lo que en resumen podía ofrecerse a estos enfermos era bien poco, en parte debido a los pocos conocimientos del médico general en la medicina física y en parte también a lo costoso del tratamiento.

La demanda urgente de rehabilitaciones rápidas de los enfermos en los hospitales militares durante la pasada guerra, provocó el estímulo de estos estudios, los cuales desde entonces han evolucionado en gran medida y se han adoptado extensamente. Los resultados han sido de tal naturaleza, que las rehabilitaciones han entrado a formar parte de lo que se ha llamado la tercera fase del tratamiento, además de que ha incitado a muchos médicos al estudio más completo de esta nueva especialidad.

Al terminar la guerra, la atención se ha dirigido a los enfermos civiles que podían alcanzar beneficio con estas prácticas. En uno de los hospitales navales de los Estados Unidos se ha llevado a cabo un sistema de rehabilitación que ha funcionado durante 8 meses. Como antes de estas pruebas no se había intentado restaurar sistemáticamente la ambulación y la independencia de estos inválidos, el comienzo del método resultó más complejo a causa de los casos largamente crónicos y con deformidades por falta de función, apatía y, en general, mal estado de los interesados. De todos modos, éstos y los nuevos pacientes se incluyeron en el sistema con el objeto de establecer comparaciones entre unos y otros.

**Tratamiento**

Al tratar de la rehabilitación de los pacientes hemipléjicos se enfocan dos objetivos: el profiláctico y el definitivo.

Durante la fase aguda de la enfermedad causal, el tratamiento es únicamente médico, ayudado por la atención y servicios que correspondan. La limpieza constante, los cambios frecuentes de postura, la disposición inteligente de las almohadas y colchones, con sacos de arena auxiliares si el caso lo requiere, son elementos importantes en la profilaxia contra las afecciones de la piel y las deformidades por contractura.

El plan de rehabilitación comienza a las dos o tres semanas después de haber comenzado la fase aguda del trastorno. La parálisis flácida inicial suele trocarse a las pocas semanas en la espasticidad, por lo cual, el comienzo de la rehabilitación debe proceder a los inicios de esta fase.

El plan inicial es profiláctico. Los movimientos pasivos diarios se llevan a cabo con el fin de impedir la formación de adherencias en las articulaciones y el acortamiento de los músculos, condiciones ambas que predisponen a la contractura y a las deformidades definitivas. La tendencia a la aducción de los hombros, la flexión con pronación del antebrazo, la flexión con rotación externa de

\* "J. A. M. A." - Mayo 29, 1948.

los muslos, la extensión de la rodilla y la extensión e inversión del pie se evitan previamente por la postura adecuada y por los movimientos pasivos de extensión correspondientes al de la articulación afecta. Las aplicaciones locales de calor y el masaje pueden emplearse después de pasada la primera semana, pero están contraindicados en los casos en los cuales el dolor es aflictivo o en la circunstancia de que algún obstáculo impida el ejercicio normal del movimiento articular. El empleo de los tanques de Hubbard para los ejercicios de reeducación y para los movimientos activos precoces bajo el agua, son de gran utilidad y se usan casi sistemáticamente en las fases primeras de los planes de rehabilitación. Estos ejercicios pueden prescribirse de 3 a 6 veces por semana con duración de unos 30 minutos.

Así que se hacen posibles los movimientos voluntarios, el paciente los emprende en la cama; estos ejercicios se siguen varias veces al día, con duración progresiva, de modo que la atrofia por falta de función pueda reducirse al mínimo.

Pronto deberán empezar los intentos de ambulación; el periodo elegido variará, según la condición del enfermo, entre 2 y 8 semanas, aunque prácticamente todo paciente estará dispuesto para andar después de un mes de comenzada su enfermedad aguda.

Al principio, se procederá a la maniobra de hacer sentar al enfermo en la cama, a lo cual se le obligará por lo menos dos veces al día durante varios días seguidos, con el fin de que el enfermo se habitúe a la posición erecta. Sucesivamente, se le permite que soporte su propio peso apoyando sus pies en el suelo, lo cual mejora la actividad de los reflejos posturales, así como el conocimiento, aprendizaje de nuevo, del sentido de la inclinación del cuerpo y de su equilibrio. Después de este segundo ejercicio, practicado también durante algunos días, el paciente estará en disposición de ingresar en el gimnasio.

Los ejercicios en el gimnasio deben estar bajo la vigilancia del fisioterapeuta. Al comienzo consisten únicamente en movimientos sobre la alfombra; consisten en la elevación del miembro inferior extendido, en la extensión de los brazos por encima de la cabeza (con el miembro sano en asistencia del enfermo), en movimientos abdominales y en la extensión del dorso. Para fines de uniformidad estos ejercicios duran exactamente 5 minutos, con la asistencia del técnico o sin ella, de acuerdo con las necesidades del paciente. Los ejercicios aumentan en número en el caso de que sean bien tolerados.

Los procedimientos de equilibrio en posición erecta se ejecutan cada día, de forma que el paciente pueda llevarse al andador mecánico tan pronto sea posible. Con la recuperación y aumento de la energía muscular, al cabo de unas semanas se permite la marcha entre las barras paralelas y, finalmente, la ambulación, apoyado el enfermo en bastones. La inspección de la marcha es importante, por lo que se disponen espejos, de tal manera que el enfermo vea reflejados en ellos los movimientos y pueda corregir los errores según camina.

Los obstáculos y dificultades se añaden progresivamente hasta que se dominan las situaciones de subir escaleras, sostenerse en planos inclinados, adoptar posiciones varias, vestirse y desnudarse, así como varias actividades necesarias para su vida normal independiente.

En otra fase más adelantada es conveniente que los bastones y todo apoyo auxiliar se suprima completamente; desde luego, esta medida depende del grado de lesión causado por la afección en foco y, como se comprende, no siempre es factible.

Algunas veces se indican ciertos ejercicios de resistencia con el fin de promover la rehabilitación de algún grupo de músculos afectados; en estos casos son de utilidad los aparatos como las bicicletas fijas y las máquinas de remar.

El tratamiento en grupo es importante, no sólo para aprovechar el tiempo del personal, sino para exaltar la moral y el espíritu de competencia entre los miembros del equipo de pacientes. Los ejercicios de conjunto sobre la alfombra

o la marcha en grupo o ante el grupo, son estímulos de gran valor en esta clase de sujetos con tendencia específica a convertirse en introspectivos y emocionales. La importancia se pone de manifiesto al recordar que el grado de recuperación a que pueden llegar estos enfermos depende casi completamente del esfuerzo y la colaboración, con pequeña parte en relación con la dirección de los mismos. Si falta la colaboración, puede decirse que el tratamiento fracasa desde su comienzo.

Al comenzar el tratamiento activo de los hemipléjicos con deficiencia de su sistema cardiovascular, deben tomarse cuidadosas precauciones respecto a la fatiga. Para vigilar su estado se toma la presión arterial antes de los ejercicios y después de ellos. En el caso de que se observen modificaciones que lo aconsejen, se prolongarán los descansos.

El grado de recuperación funcional depende, como es natural, de la extensión del accidente vascular; sin embargo, es factor importante la dirección inteligente del plan de rehabilitación, de modo que el paciente tratado siempre obtiene mejores resultados que aquel abandonado a su propia suerte. Los resultados también son mejores en razón directa a la precocidad del tratamiento.

En general, se observan mejores resultados funcionales de la extremidad inferior. En una extremidad y en otra se obtienen éxitos más prometedores en los pacientes cuyo ataque ha sido reciente. En los casos crónicos, en los cuales el promedio de invalidez se cuenta por meses, los problemas inmediatos se refieren a las deformidades contracturales y a la atrofia por falta de función. En nuestra serie las contracturas tuvieron que vencerse por la movilización forzada, con auxilio posterior de medios como el calor, la diatermia, la hidroterapia y el masaje.

La neostigmina se administró a ciertos pacientes afectos de espasticidad; sus resultados fueron inconstantes; en determinadas circunstancias parece aliviar el dolor y, en este sentido, debe emplearse.

En los enfermos afásicos es conveniente la reeducación por un médico especializado en esta materia.

En conjunto tratamos 28 pacientes de hemiplejía por medio de un tratamiento intensivo de rehabilitación. De ellos, 18 habían llegado a un grado completo de invalidez desde la fecha de su accidente cerebrovascular, el cual se remontaba a un promedio de 13,5 meses en el momento de comenzar la terapéutica física. La afección de los 10 enfermos restantes era relativamente más reciente, con un promedio de 5,4 semanas a partir del ictus.

En el 66 por 100 de los casos crónicos la ambulación pudo ser efectiva en un plazo promedio de 118 días; la mejoría en la marcha ocurrió en un 17 por 100 adicional. En los otros 17 por 100, no pudieron obtenerse beneficios a causa del estado de deficiencia mental o por inestabilidad emotiva, que llegaron a la imposibilidad de lograr la colaboración exigida.

En el 90 por 100 de los casos recientes la posibilidad de la marcha se obtuvo en un tiempo promedio de 67 días. En este grupo no se registró ningún fracaso total.