

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

TRATAMIENTO POSTURAL TRAS UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR: SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE LESIONES.

Autor principal MARÍA BRIONES CANTERO

CoAutor 1 MARÍA DEL PRADO PÉREZ DOMÍNGUEZ

CoAutor 2 MARÍA ELENA GÓMEZ ÁLVAREZ

Área Temática La Seguridad del Paciente en Fisioterapia

Palabras clave rehabilitation posture treatment hemiplegia stroke

» **RESUMEN.** Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)

El accidente cerebrovascular (ACV) es la tercera causa de muerte a nivel mundial y la primera causa de invalidez en países industrializados, siendo la edad uno de los factores de riesgo más importantes. Este artículo pretende realizar una revisión bibliográfica sobre la eficacia y correcta realización de un tratamiento postural en pacientes en fase aguda que han sufrido un ACV, con el objetivo de minimizar problemas que un mal tratamiento acarrearía a medio y/o largo plazo. Esta búsqueda ha sido realizada en las bases de datos PubMed, IME, The Cochrane Library, Elsevier y PEDRo, seleccionándose cinco artículos de todos los encontrados por ser los más representativos, actualizados y que más se ajustaban a nuestros objetivos. Una recuperación exitosa no depende sólo de las sesiones terapéuticas, sino de cómo realiza el paciente el resto de actividades diarias; la distribución de la habitación, la forma de darle los estímulos y su correcto posicionamiento son los factores clave para prevenir complicaciones derivadas de la lesión y de posiciones incorrectas mantenidas, reduce la mortalidad, la dependencia funcional y la probabilidad de institucionalización.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS.** Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad vascular cerebral es "un conjunto de signos clínicos, de inicio brusco y desarrollo rápido que supone la presencia de una perturbación de la función cerebral (global o focal), con síntomas que persisten 24 o más horas y como posible consecuencia de una lesión vascular subyacente". Los ictus serían los episodios agudos de la enfermedad cerebral vascular. Esta afectación vascular daña el tejido nervioso, produciendo un síndrome neurológico debido a una alteración funcional u orgánica de la vía piramidal. Clínicamente se manifiesta por síntomas como: Alteración del estado de conciencia (estupor o coma, confusión o agitación), debilidad o parálisis, asimetría facial (ipsilateral o contralateral), afasia, alteraciones cognitivas, incoordinación y pérdida sensorial, entre los más destacables. El accidente cerebrovascular (ACV) es la tercera causa de muerte a nivel mundial y la primera causa de invalidez en países industrializados. El incremento de esta patología puede deberse a un aumento de la esperanza de vida de la población, siendo la edad uno de los factores de riesgo más importantes, afectando a 3 de cada 10 personas de entre 80-90 años. Se estima que de las personas afectadas, un tercio logrará recuperarse, otro tercio padecerá algún tipo de invalidez y el otro tercio restante acabará falleciendo. En este artículo nos centraremos en realizar una revisión bibliográfica sobre la eficacia y correcta realización de un tratamiento postural en fase aguda de los pacientes que han sufrido un ACV con el objetivo de disminuir los problemas que un mal tratamiento crearían a medio o largo plazo.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO.** Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.

Para la realización a nivel metodológico de nuestra revisión sistemática, hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed, IME, The Cochrane Library, Elsevier y PEDRo, utilizando como descriptores aceptados en Medical Subject Headings (MeSH) los siguientes: posture treatment, stroke, rehabilitation, hemiplegia.

Mediante la combinación de ellos con booleanos, se consiguieron 25447 artículos. La estrategia de búsqueda que se llevó a cabo para su selección fue la siguiente:

- Selección de artículos publicados entre 2010-2015.

-Publicaciones centradas en el tratamiento postural y manejo del paciente con ictus.

Todos aquellos artículos que tratasen el tema de forma médica exclusivamente, que hablasen de otra enfermedad neurológica con la misma sintomatología o que tratasen de casos con otras patologías asociadas de base fueron excluidos, encontrando un total de 24 artículos que contenían estas características. De todos ellos se seleccionaron 5 mediante la lectura y evaluación del abstract por ser los que más se ajustaban a las características de nuestro estudio, así como libros publicados con base científica y con experiencia práctica probada internacionalmente.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.

Diversos estudios revelan los beneficios de un correcto tratamiento postural. La parálisis, los trastornos de la sensibilidad así como los de la percepción del esquema corporal pueden desembocar en otros problemas posteriores como rigideces articulares, acortamientos musculares o falta de simetría, que más adelante llevaran a la imposibilidad de la marcha o incluso algo tan básico como un buen posicionamiento en sedestación o decúbito.

Una recuperación victoriosa no depende únicamente de las sesiones terapéuticas, sino de lo que pase con el paciente durante el resto del día. No importa lo buena que sea la terapia, si el resto del tiempo el paciente se mueve con esfuerzo adoptando patrones anormales de movimiento, la espasticidad aumentará y lo que se ganó con la terapia se perderá y no se integrará en su vida diaria. Es mucho más satisfactorio si tal concepto se adopta desde el inicio, inmediatamente después de ACV.

A continuación describiremos las diferentes situaciones y aspectos a tener en cuenta en el tratamiento postural de un paciente en fase aguda.

- DISTRIBUCIÓN DE LA HABITACIÓN:

Se necesitará una estimulación intensa por el lado pléjico para contrarrestar la pérdida sensorial. Por lo tanto, la habitación se colocará de manera que ese lado reciba tanta información como sea posible durante el día: higiene, cuidados médicos, exámenes rutinarios, etc.

Al recibir toda la información por ese lado el paciente se verá obligado a girar la cabeza para mirar a las personas que lo atienden. La mesita de noche, la televisión también se colocarán de ese lado.

Mejorando la distribución de la habitación no sólo se activará la musculatura cervical sino la movilidad ocular y la del resto del cuerpo por irradiación.

-COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN LA CAMA

En las etapas muy tempranas, el paciente pasará la mayor parte del tiempo en la cama por lo que la forma en que esté tumbado es de vital importancia, aunque hay que conseguir la sedestación tan pronto como sea posible. La experiencia ha demostrado que cuanto más tiempo se perpetúe la posición de tumbado o semitumbado en la cama, más aumentará la espasticidad y mayor será el miedo a moverse en posiciones erguidas. Además hay que tener en cuenta otras complicaciones derivadas del encamamiento prolongado: trombosis, úlceras por presión. La posición debe cambiarse regularmente, cada dos o tres horas, intentando que el paciente colabore en las transferencias para que pronto pueda hacerlas de forma autónoma.

a)Decúbito sobre el lado hemipléjico: Es la posición más importante de todas y debería introducirse desde el principio: la hipertonicidad disminuirá elongando el lado implicado y la conciencia sobre el lado afecto aumenta por la presión que se ejerce sobre él. Otra ventaja es que el lado sano queda libre para poder manejarlo.

La cabeza debe descansar cómodamente, el tronco está algo rotado hacia atrás, apoyado sobre una almohada para evitar que se caiga. El miembro superior hemipléjico está desplazado hacia delante de modo que forma un ángulo no superior a 90° con el cuerpo, el antebrazo en supinación y la muñeca en dorsiflexión pasiva. El hombro y la escápula se colocan en protracción. El otro miembro superior descansa sobre el cuerpo. Los miembros inferiores descansan en posición de paso, con el miembro inferior sano flexionado a la altura de la cadera y rodilla y apoyado sobre una almohada. El ángulo de flexión no debe sobrepasar los 80°.

b)Decúbito sobre lado sano: Al estar el lado afecto arriba el paciente puede sentirse más desprotegido y el miembro superior flácido deberá sujetarse correctamente para poder mantenerse en buena posición sin que el hombro comience a doler. La cabeza descansa sobre una almohada, el tronco en ángulo recto sobre la superficie de la cama. El miembro superior pléjico se coloca sobre una almohada enfrente del paciente elevado aproximadamente 90° con la escápula protruida. Si el hombro rotase internamente y el antebrazo pronase, el codo debería flexionarse ligeramente para evitar el persistente patrón de extensión. El otro miembro superior se coloca cómodamente. La extremidad inferior pléjica se coloca adelantada sobre una almohada con algunos grados de flexión de cadera y rodilla, colocada cuidadosamente para asegurar que el pie no cuelgue en supinación por el borde de la almohada. El otro miembro inferior descansará sobre la cama con la cadera algo extendida y ligera flexión de rodilla.

c)Decúbito supino: Esta posición debería utilizarse lo menos posible porque influye en una mayor actividad refleja anormal. La cabeza debe estar apoyada en la almohada con la columna cervical superior en flexión, pero sin llegar a flexionar la columna torácica. Prestar especial atención a la pelvis: una almohada debajo del glúteo y muslo hemipléjicos colocan la hemipelvis hacia delante evitando que la extremidad rote internamente. Las extremidades inferiores descansarán extendidas evitando almohadas debajo de las rodillas. Una almohada debajo de la escápula hemipléjica mantendrá la protracción y permitirá que el miembro superior descanse en una posición correcta: elevada, con extensión de codo, muñeca en dorsiflexión y dedos extendidos.

Otros aspectos importantes a tener en cuenta son:

*evitar la posición semitumbado.

*no colocar nada en la mano para contrarrestar la espasticidad flexora porque se conseguirá justo lo contrario.

*ante la dificultad de los pacientes de alinear el cuerpo en relación a otros objetos vecinos, se colocará al paciente en la cama de manera que esté tumbado paralelo a los lados de la cama, evitando que esté atravesado.

*colocar las almohadas que sean necesarias.

*no deberá colocarse nada sobre las cabezas metatarsianas para evitar la deformación en flexión plantar, ya que una presión firme sobre el antepié aumentará la indeseada actividad refleja en el patrón extensor.

-COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN SEDESTACIÓN:

a)Sedestación en la cama: Caderas flexionadas lo más cercano posible a un ángulo recto. Si se colocan almohadas detrás del paciente le ayudará a obtener una posición erguida, dejando la cabeza sin apoyo cuando sea posible para que comience a mantenerla activamente. Es muy importante la colocación de una mesa delante del paciente para que apoye los miembros superiores y así se evita la caída en flexión del tronco.

b)Sedestación en una silla: Intentar transferir al paciente fuera de la cama tan pronto como sea posible. Siempre que no se esté moviendo de un sitio a otro, el paciente estará colocado con una mesa delante para apoyar los miembros superiores, raquis extendido y caderas flexionadas.

-TRANSFERENCIAS

Desde una etapa muy temprana el paciente deberá aprender cómo controlar la espasticidad del miembro superior, mano y zona periescapular y cómo mantener la elevación pasiva completa del hombro: las manos se juntan, con los dedos entrelazados con el pulgar hemipléjico por fuera. Con los codos extendidos y las manos siempre juntas se elevan los miembros superiores por encima de la cabeza. La posición de manos entrelazadas se usará también en las transferencias y es importante por multitud de razones: concienciación de línea media, evitar retracción escapular, evitar reacciones asociadas de extremidad superior, evitar mano rígida.

En la realización de transferencias hay que intentar que el paciente colabore el máximo posible pero de una forma correcta para evitar esfuerzos innecesarios y teniendo especial cuidado en la protección del hombro hemipléjico.

DISCUSIÓN:

Un adecuado tratamiento postural precoz, representa un papel principal desde el establecimiento de la lesión, ya que previene

complicaciones derivadas de la inmovilización durante la fase de encamamiento y de malas posturas mantenidas, debidas a las alteraciones del tono muscular y la reducción de la movilidad normal. Así mismo, reduce la mortalidad, la dependencia funcional y la probabilidad de institucionalización de los pacientes.

Todo el personal que asista al paciente, así como sus familiares y/o cuidadores, han de conocer el correcto manejo del mismo, ya que además de una buena terapia física, es de vital importancia cómo realiza el resto de actividades diarias, puesto que la evolución variará dependiendo de nuestra actuación en cada situación. Por tanto, el tratamiento postural ha de ser individualizado y adecuado a cada paciente y su problemática, incluyendo el adiestramiento de las personas que conviven con éste para la consecución de unos mejores resultados a largo plazo así como un aumento en la calidad de vida.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Con este trabajo conseguimos múltiples aportaciones que contribuirán a la seguridad en el paciente como son la prevención de escara, acortamientos musculares, contracturas y dolor, evitando con ello posturas viciosas y fomentando patrones correctos de movimiento.

Todo esto irá dirigido a mejorar el esquema corporal del paciente, así como la posible realización de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) y ayudaremos en la prevención de caídas y posteriores complicaciones, traduciéndose en un apoyo positivo a su motivación y autoestima, evitando el aislamiento y depresión que en muchos casos conlleva esta patología.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

A pesar de que los tratamientos en fase aguda mejoran año tras año, siguen siendo muchos los pacientes que acarrean secuelas físicas tras un ACV. Nuestra propuesta de investigación es ampliar e intentar unificar conocimientos en las diferentes técnicas de tratamiento existentes, para que nuestra actuación sea lo más eficaz posible atendiendo cada caso particular, evitando generalizar y guiándonos cada día en nuestro ámbito laboral por la evidencia científica y el saber hacer.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1.-Coskun Benlidayi I, et al. Hemiplegic shoulder pain: a common clinical consequence of stroke. Pract Neurol 2014;14:8891.
- 2.-C.J. Creutzfeldt, R.G. Holloway, M. Walker. Symptomatic and Palliative Care for Stroke Survivors. Gen Intern Med 2012; 27(7):85360
- 3.- Davies PM. Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía. 3ª ed. México: Médica Panamericana; 2010.
- 4.- B.Bobath. Hemiplejía del adulto: evaluación y tratamiento. 3ªed .Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
- 5.-Jiménez Treviño CM. Neurofacilitación: técnicas de rehabilitación neurológica, aplicadas a: niños con parálisis cerebral o síndrome de Down, adultos con hemiplejía o daño neurológico. 1ªed. México: Trillas; 2007.