

REHABILITACIÓN FÍSICA EN CASOS DE HEMIPLEGIA.

Lic. Julio L. Jon Rojas.

RESUMEN

La hemiplegia se caracteriza por pérdida de los movimientos voluntarios en una mitad del cuerpo, junto con alteración del tono postural, que puede estar aumentando (espasticidad), disminuido (flajidez) o ambos elementos a la vez. Esto obedece a lesiones de las neuronas motoras superiores del encefalo o de segmentos de la medula espinal y puede ocurrir a cualquier edad. En adultos jóvenes, la hemiplejia suele suceder por rotura de un aneurisma congénito, angioma o embolia cerebral por desprendimiento de una pequeña vegetación en la endocarditis reumática o bacteriana. Puede producirse también por movilización de un coágulo tras una operación o deberse a un aumento de presión intracraneal o destrucción por un tumor o absceso. El grupo más numeroso está constituido por personas entre mediana y avanzada edad, en que la causa más probable es la trombosis o hemorragia cerebral por las degeneraciones de los vasos sanguíneos y la excesiva presión sanguínea. Esto se conoce como accidentes cerebro vasculares, que no son más que un grupo de entidades que afectan al encefalo como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos y su contenido. Estos procesos patológicos incluyen lesiones en la pared vascular, oclusión de la luz de un vaso por trombos o embolos, ruptura de vasos alteración de la permeabilidad de la pared vascular, así como el incremento de la viscosidad de la sangre u otro cambio de la cualidad de ella. Debemos conocer también que las dos carótidas internas y las dos vertebrales son las cuatro grandes arterias que llevan la mayor parte de la sangre que irriga la encefalo las cuales se comunican entre si en la base del encefalo mediante el polígono de Willis. Las principales arterias emergentes de este polígono son las cerebrales anteriores, medias y posteriores que son las responsables del aporte sanguíneo a determinadas partes del encefalo, por lo que las áreas importantes de la corteza y los ganglios de la base cuentan con el máximo aporte sanguíneo necesario.

Palabras claves: Hemiplegia, movimientos voluntarios, espasticidad, neuronas motoras superiores, aneurisma congénito.

INTRODUCCION

PROBLEMAS DEL PACIENTE HEMIPLEJICO.

Pueden contemplarse como liberacion de patrones espasticos, expresion de trastornos del mecanismo reflejo postural normal . La calidad anomala , del tono pustural se pone de manifiesto como hipotonia (flagidez) ,hipertonía (espasticidad), o como una mezcla de ambas cosas .

Cuando hay flagidez , el tono el tono es tan bajo que no permite iniciar el movimiento, no existe tampoco resistencia a los movimientos pasivos y el paciente no consigue sostener la extremidad en ninguna posicion .

Cuando se instala la espasticidad, lo hace de una manera bien definida , con patrones que afectan sobre todo a los grupos antigravitacionales, o sea ,los depresores del hombro , los flexores y aductores del brazo ,los pronadores del antebrazo y la mano, y los extensores de las extremidades inferiores.

Todo movimiento que se intente en contra de estos patrones se bloquea o dificulta por la accion de los antagonistas espasticos. Todo esfuerzo que haga el paciente por vencer esto, origina aumentos generalizados de las espasticidad, con acentuaciones de la postura normal tipica por reacciones asociadas.

En la espasticidad la contraccion de un musculo no produce la relajacion reciproga de su antagonista por la contraccion .

Paralisis Cerebral: Es un trastorno de la postura y el movimiento acompañado o no de trastornos sensoperceptivos, lenguaje o epilepsia debido a una lesion estatica del cerebro.

Clasificación de la paralisis cerebral .

Tono muscular.

Espasticidad: incremento patologico de la tencion muscular.

Hipotonia: disminucion, atonia, falta de tono.

Distonia: alternan espasticidad y hipotonia.

Topografia.

Diplajicas,afectaciones de los 4 Ms Bs mas tomado Ms Ls.

Tretaplejica,monoplejica, hemiplejica, paraplejica, paralisis Seudobalbar (lesiones bilaterales supra nucleares).

Clasificacion clinica.

Espasticidad,Cuando hay afectacion de la corteza motora.

Extra piramidal,Cuando hay afectacion de la via extra piramidal (nucleo de la base y sus conexiones).

Ataxia Displejica tonica. Ataxia cerebral conjenita.

Pc mixtas.

Clasificacion de la severidad.

Severa,Exagerada, co contraccion,hipertonica, no se mudifica en reposo, las reacciones asociadas.

Se sienten pero no se ven, hay contracturas y deformidades.

Moderada,Se mueven con el, hipertono, reacciones asociadas visibles, peligro de luxaciones y contracturas.

Ligera, Hay movilidad con hipertono visible, deformidades discretas y ligeras contracturas

FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICION DE LA HEMIPLEJIA.

-tabaquismo	alcoholismo	abuso de drogas
-edad	sexo	raza
-anti conceptivos orales	factores familiares	dieta
-inactividad fisica	trastornos de los lipidos	H:T:A
-cardiopatas		

TRATAMIENTO REHABILITADOR Y SINTOMAS INVALIDANTES .

- 1- Parálisis.
- 2- Trastornos de la sensibilidad.
- 3- Desfasamiento sensitivomotor.
- 4- Alteraciones del esquema corporal.
- 5- Trastornos de la verticalidad.
- 6- Trastornos posturales
- 7- Trastornos del lenguaje.
- 8- Trastornos psicológicos.
- 9- Trastornos esfinterianos.

Parálisis: Ocurre en la musculatura estriada del lado contrario lateral al hemisferio dañado, que incluye las etapas de flaccidez y espasticidad.

Trastornos de la sensibilidad: Dificultad en concientizar el movimiento de la percepción, localización del dolor, reconocimiento de la posición, y trastornos en la coordinación.

Desfasamiento sensitivomotor: Retraso en la capacidad de estimulación sobre las articulaciones, músculos, tendones.

Alteraciones del esquema corporal: En ocasiones no reconocen un ángulo articular e incluso desconocen el hemicuerpo afectado.

Trastornos de la verticalidad: Tienden a percibir los objetos verticales, como inclinados e intentan alinear su cuerpo con aquello que ven inclinados y es vertical.

Trastornos posturales: Descenso del hombro afectado, aunque no exista luxación o subluxación, miembro superior pegado al tronco, cadera en rotación y pie equino.

Trastornos del lenguaje: Afasia motora, sensitiva o mixta.

Trastornos psicológicos: Anbivalencia afectiva, depresión de forma reactiva provocada por el aislamiento, encamamiento prolongado, falta de atención familiar.

Trastornos esfinterianos: Aparecen al inicio de la toma de conciencia y desaparecen con la recuperación.

Una vez que la lesión medular ha ocurrido el paciente necesita la rehabilitación donde esta dirigida a evitar más complicaciones que puedan aumentar la discapacidad del lesionado, así como son las úlceras por presión y las limitaciones articulares.

Primera Fase. Etapas de la rehabilitación. Ejercicios en cama.

Mantener el control de los músculos por encima de la lesión y aumentar la fuerza muscular. Los ejercicios se realizarán contra la resistencia manual o mecánica a lo largo del arco articular una o dos veces al día. Se le realizarán ejercicios pasivos y gentiles de 5-10 minutos, 2 veces al día. Durante este periodo un trapecio en la cama del paciente le facilitará la movilidad y a la misma vez le fortalece el tren superior.

Segunda Fase. Colchón y Sillón de Ruedas.

El paciente es capaz de sentarse y realizar el tratamiento en las distintas áreas del departamento. Admite que se incrementen los ejercicios con peso. Fortalecer miembros superiores y tronco así como trabajar sobre postura y equilibrio. Ejercicios de independización (en el suelo, rodar, gatear, reptar, en 4 puntos, arrodillado). Ejercicios preparatorios para la marcha (sentado en el colchón se eleva con muletas cortas). Realizar las transferencias (de colchón a silla). Habilidades en el manejo del sillón, y técnicas de caída e incorporación.

Tercera Fase. Ejercicios para la bipedestación.

Mejora la respuesta vascular. Acomodación de vísceras. Mejora el drenaje de orina e intestinal. Evita la (gripe) constipación. Evita la contractura. Disminuye la espasticidad. Evita úlceras por decubito (escaras). Mejora el estado psicológico.

Cuarta Fase. Entrenamiento para la marcha.

A:V:D. (actividad de la vida diaria).

CONCLUSIONES:

El paciente afectado por hemiplegia debe seguir el tratamiento recomendado por el doctor lo más rápido posible (El fisiatra), donde él cumplirá con los requisitos orientados a restablecerse y mejorar lo más rápido posible y así normalizar el tono muscular, el empleo de movimientos masivos como la terapia ocupacional, masajes, ejercicios que

pueden ser ejercicios de bobat, y a la vez mejorar su independencia en las actividades de la vida diaria(AVD) .