CUIDADOS DEL PACIENTE DEPENDIENTE
- ÁREA DE FISIOTERAPIA -

Movilizaciones, fisioterapia respiratoria, masoterapia, cambios posturales y transferencias

FUNDACIÓN ENFERMEDADES PRIÓNICAS

Charo Martínez Cerón. Fisioterapeuta especialista en Terapia Manual Osteopática (N. col. 5407)
Marta Díaz Garduño. Fisioterapeuta especializada en Fisioterapia Neurológica. (N. col 7844)

Índice

Introducción 1

Movilizaciones autopasivas y ejercicios isométricos 2

Movilizaciones pasivas 3

Fisioterapia respiratoria 4

Ejercicios respiratorios 4

Masaje torácico 5

Posicionamiento para una mejor ventilación pulmonar. 6

Material recomendado 7

Masoterapia en regiones de mayor contacto 9

Cambios posturales 9

Principales transferencias 12

Introducción

Este manual práctico va dirigido principalmente a familiares y cuidadores. Desgraciadamente, las ayudas que necesitamos para el cuidado de pacientes con enfermedades priónicas, son muchas y no siempre llegan cuando las necesitamos. Por ello, hemos creado una guía básica aplicable a aquéllos que comienzan la fase de encamamiento, con el objetivo de prevenir complicaciones propias de esta etapa.

Si bien sabemos que las enfermedades priónicas abarcan una sintomatología muy amplia y que lo ideal es que cada persona sea tratada de manera individual y específica por profesionales sanitarios, esta información puede ayudarnos a entender mejor qué ocurre durante esta fase y cómo podemos colaborar en el cuidado de nuestro paciente/familiar.

En primer lugar, encontramos el bloque de ejercicios (pasivos y activos) con los que evitaremos la pérdida de masa muscular (atrofia) y la aparición de contracturas, acortamientos y rigidez articular.
Hablaremos también de la importancia de la fisioterapia respiratoria que tiene como objetivo mantener y aumentar la capacidad inspiratoria y espiratoria, fomentar la movilidad torácica y disminuir la posibilidad de secreciones o enfermedades asociadas.
Veremos además, cómo masajear las zonas que sufren mayor presión por contacto y por lo tanto tienen más probabilidad de desarrollar úlceras o escaras, así como los principales cambios posturales que persiguen el mismo fin. Al cambiar de posición, liberamos zonas de riesgo y promovemos en ellas la activación de la circulación.
Finalmente, veremos cómo pasar de una posición a otra a nuestro paciente o familiar de la forma más sencilla (transferencias).

Movilizaciones autopasivas y ejercicios isométricos

Son ejercicios en los que intervendrá el cuidador, o en caso del paciente tener capacidad para hacer alguno de ellos, lo realizará de forma activa.

Por otro lado, en caso de que nuestro paciente pueda mantener las contracciones musculares (ejercicios isométricos), deberá mantener esta contracción durante 5 segundos.

Objetivo

- Prevenir la atrofia (pérdida de masa muscular)
- Mantener rango articular

Número de repeticiones

Realizará 10 repeticiones de cada movimiento

Recomendaciones para las movilizaciones autopasivas

Necesitaremos una toalla para realizar los ejercicios

Ejercicio 1.
Autopasivo con toalla para triple flexión MI y estiramientos de cadena posterior.
Ejercicio 2.
Autopasivos de hombros con pica: flexo-extensión, rotación (volante), abducción y adducción sobre plano y horizontal.
Ejercicio 3.
Autopasivo con toalla para rotación externa (por detrás del cuello).
Ejercicio 4.
Autopasivo con manos entrelazadas para movilidad escapular (tocar techo).
Ejercicio. 5.
Isométricos miembros inferiores: cuádriceps, isquiotibiales con miembros inferiores en extensión, glúteos, aductores.
Ejercicio 6.
Isométricos de miembros superiores: Aducción contra el cuerpo y extensión contra la cama. Rotación externa de hombros mantenida con miembros inferiores en extensión, presionar pelota / pinza para musculatura de la mano y antebrazo.
Ejercicio 7.
Isométricos cervicales (doble mentón y empuje a la camilla realizando extensión de tronco).

Movilizaciones pasivas

Son ejercicios que realizará el cuidador ya que el paciente no tiene capacidad para moverse de forma autónoma.

Objetivo
Mantener la movilidad articular para evitar la aparición de rigidez y la formación de contracturas

Número de repeticiones

- Realizaremos 10 de cada movimiento.
- Dedicaremos 20 segundos a las posiciones de estiramiento.

Recomendaciones para las movilizaciones pasivas
Si el paciente no tolera alguno de los movimientos por dolor, se aconseja detener la ejecución de dicho movimiento.

Ejercicio 1.
Movilización en flexo-extensión de dedos del pie y tobillo.
Ejercicio 2.
Triple flexión de miembros inferiores.
Ejercicio 3.
Abducción de cadera con miembro inferior extendido.
Ejercicio 4.
Con flexión de caderas y rodillas y plantas de los pies apoyadas en la cama, separación de rodillas.
Ejercicio. 5.
Misma posición de partida. Rotación de tronco dirigiendo rodillas a izquierda y derecha con brazos en cruz.
Ejercicio 6.
Estiramiento de: gemelos, isquiotibiales, glúteo, rotadores de cadera y aductores.
Ejercicio 7.
Estiramiento de psoas sacando la pierna de la camilla para llevar la cadera a extensión.
Ejercicio 8.
Movilización en flexo-extensión de dedos de la mano, muñecas y codos.
Ejercicio 9.
Movilización de hombro en flexión, abducción, abducción y aducción horizontal y rotación interna y externa.
Ejercicio 10.
Estiramiento de pectoral.

Ejercicio 11.
Estiramiento cervical en rotación, lateroflexión y flexión.
Ejercicio 12.
Estiramiento para cadena lateral con posición de media luna.

Fisioterapia respiratoria

La fisioterapia respiratoria en pacientes encamados se realiza con el fin de mejorar y prevenir las posibles alteraciones respiratorias trabajando la musculatura espiratoria e inspiratoria. Además, sirven para mantener o aumentar la movilidad torácica y evitar que existan infecciones respiratorias y presencia de secreciones.

En este apartado hablaremos de ejercicios respiratorios, del masaje torácico, del posicionamiento para una mejor ventilación pulmonar y de posibles instrumentos que nos pueden ayudar en este trabajo respiratorio.

Fisioterapia respiratoria - Ejercicios respiratorios

En los siguientes ejercicios el ritmo respiratorio debe ser constante y lento, por ello es importante que el cuidador supervise los tiempos de inspiración, exhalación y las pausas, ayudando al paciente a conseguir que la sensación de disnea (cansancio) no aparezca o se retrase cada vez más.

Objetivo
Mejorar la movilidad del tórax, aumentar el volumen y la capacidad inspiratoria y optimizar el flujo aéreo.

Número de repeticiones
Realizaremos 10 repeticiones de cada ejercicio, descansando cuando sea necesario.

Recomendaciones
Necesitaremos cañitas, globos y pañuelos de papel.

Ejercicio 1.
Toma de contacto con el paciente. Colocación de manos en tórax y flancos. Respiraciones lentas y profundas con inhalación por la nariz y exhalación por la boca, presionando ligeramente parrilla costal con toma frontal y lateral.

Ejercicio 2.
Motivar respiración diafragmática bloqueando el tórax manualmente y solicitando que el paciente infle el abdomen al inhalar.
Ejercicio 3.
Ejercer una leve presión en el abdomen para dificultar la respiración diafragmática en la fase de inspiración

Ejercicio 4.
Dificultar la inspiración presionando ligeramente las aletas nasales.
Ejercicio 5.
Dificultar la exhalación inflando las mejillas y frunciendo los labios como si sopláramos las velas de una tarta.
Ejercicio 6.
Soplar echando vaho como si quisieras empañar un cristal.
Ejercicio 7.
Soplar a través de una cañita para hacer burbujas en el agua.
Ejercicio 8.
Inflar globos.
Ejercicio 9.
Poner un pañuelo de papel frente a la boca para que el paciente sople y lo mantenga paralelo al suelo el mayor tiempo posible.

Fisioterapia respiratoria - Masaje torácico

Este masaje es adecuado para pacientes con respiración deficitaria, poco conscientes y con músculos respiratorios debilitados. Se realiza con el paciente sentado o bocabajo. También podemos aprovechar esta postura para realizar algunos de los ejercicios respiratorios vistos anteriormente.

Duración
Este masaje nos tomará entre 10 y 15 minutos sin interrupciones.

Recomendaciones
Necesitaremos crema o aceite y almohadas.

Para realizarlo podremos elegir entre dos posiciones

- Posición sentada: recostado sobre una mesa abrazando una almohada y dejando que la cabeza se apoye sobre ella.
- Posición prona: con dos almohadas transversales bajo el tronco y una también transversal bajo las pantorrillas para liberar los pies del contacto con la cama. La cabeza girada hacia el lado más cómodo y apoyada sobre los dorsos de las manos.

Una vez elegida la postura más reflexógena para el paciente, comenzaremos el masaje intentando no interrumpirlo. Utilizaremos toda la palma de la mano, incluidos los dedos que permanecerán juntos. El contacto será lo más amplio posible, adaptándonos a los contornos del cuerpo y realizando una presión firme, pero tolerable. Las maniobras se harán de forma simétrica.

Comenzamos colocando ambas manos paralelas a la columna, en la región más alta de ésta, con los dedos apuntando hacia la cabeza. Intentamos sincronizar nuestro ritmo respiratorio con el del paciente y en la exhalación, deslizamos unos 15 cm. ambas manos hacia abajo con presión continua.

En la inspiración, dibujamos un circulo hacia arriba disminuyendo la presión y alejándonos del centro de la columna para volver al punto de partida. Se repite el mismo gesto descendiendo un poco más cada vez hasta llegar a las últimas costillas y se vuelve a comenzar desde el principio. Al terminar el masaje, tras unos 10 o 15 minutos, recorremos con 5 trazos paralelos toda la columna y las manos se despiden del contacto al final de la espalda.

Fisioterapia respiratoria - Posicionamiento para una mejor ventilación pulmonar.

En este apartado vamos a describir diferentes formas en las que podemos posicionar a nuestro familiar o paciente y que favorecen a la ventilación pulmonar.

Objetivo

Disminuir la posibilidad de padecer neumonías y atelectasias.

Número de repeticiones

Repetiremos tres veces al día y mantendremos cada postura entre 10 y 15 minutos.

Recomendaciones

Necesitaremos 2 almohadas.

Postura 1 - postura en A
Favorece la ventilación de la parte superior de los pulmones. La punta de la A que forman las almohadas, queda entre los omóplatos del paciente.
Postura 2 - postura en V
Favorece la expansión de las zonas inferiores pulmonares. La punta de la V queda bajo la pelvis del paciente. En caso de no tolerar esta postura, optaremos por postura en I.
Postura 3 - postura en I
El paciente queda tumbado en supino a lo largo de la almohada.
Postura 4 - postura en T
Puede sustituir a la postura en A y en V. Una de las almohadas se coloca vertical y la otra perpendicular a la altura de la región pulmonar que queramos expandir.
Postura 5 - postura de media luna
Con una mano tras la nuca y la otra intentando encontrarse con la pierna del mismo lado, adoptando así una posición de paréntesis que favorece la expansión lateral del pulmón**.**

Fisioterapia respiratoria - Material recomendado

Hablaremos de algunos instrumentos sencillos de usar y que nos pueden resultar útiles a la hora de trabajar nuestra musculatura respiratoria y nuestra capacidad de expansión torácica.

Objetivo

- Trabajar la musculatura respiratoria
- Mejorar la capacidad pulmonar
- Mejorar la tolerancia a la disnea

Número de repeticiones

Aproximadamente 2 veces al día unos 10 minutos, según la posibilidad del paciente

Instrumento 1 - Incentivador respiratorio

Consiste en tres cilindros con una bola en el interior de cada uno, una manguera flexible y una boquilla. Las bolas se elevan sucesivamente al inspirar, indicando el esfuerzo del paciente y ofreciéndole un feedback para motivarse a trabajar la inspiración y con ello la musculatura implicada en ello.

Instrumento 2 - Powerbreathe

Este aparato sirve para trabajar la musculatura inspiratoria. Nos sirve para mejorar la capacidad respiratoria mejorando la fuerza y resistencia de la musculatura inspiratoria.

Instrumento 3 - Flutter

Produce vibraciones en la cavidad torácica mediante una bolita que tiene en su interior, y esto favorece a movilizar las secreciones y evacuar los mocos de las vías respiratorias.

Masoterapia en regiones de mayor contacto

Estos masajes nos servirán de apoyo y estímulo al paciente. Debe ser un momento de pausa y relajación, una experiencia conjunta a través del contacto que va más allá del tratamiento.

Las zonas que normalmente se benefician más de esta técnica son: talones, trocánter, sacro, isquiones y escápulas, ya que son las zonas que más tiempo suelen estar en contacto con la cama.

El masaje será circular, con contacto firme pero suave.

Objetivo

Activar la circulación en la región y prevenir la aparición de úlceras.

Número de repeticiones

Cada vez que uno desee, debe ser un momento tranquilo y esperado por el paciente.

Recomendaciones

Necesitaremos crema o aceite, y si es posible que sea específico para el tratamiento y la prevención de las úlceras o escaras.

Cambios posturales

Son las acciones que llevamos a cabo para modificar la postura del paciente. Son muy importantes e imprescindibles para las personas encamadas.
Debemos tener en cuenta que el colchón antiescaras no nos exime de su realización y debemos tomarlas como una medida de prevención importantisíma e insustituible.

Objetivo

- Ayudará a prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Mejora la circulación.
- Evita dolores por posiciones mantenidas.

Número de repeticiones

Se harán cada 2 o 3 horas. El paciente debe pasar por las 4 propuestas: supino (bocarriba), decúbito lateral derecho, prono (bocabajo) y decúbito lateral izquierdo.

Recomendaciones

- Necesitaremos almohadas y cojines.
- Para pasar de una posición a otra, pediremos al paciente que colabore activamente si es posible.
- Si el paciente tolera la posición sentada, evitar el uso de cojines tipo flotador ya que dificultan el riego sanguíneo.
- Recomendamos llevar un registro de las horas a las que se hacen los cambios posturales y la posición en la que se encontraba el paciente, para no repetir ninguna postura ni pasar mas de 2/3 horas en la misma posición.

Posición 1 - Paciente en decúbito supino

Para suprimir el apoyo de los talones en la cama, se colocará una almohada bajo las pantorrillas elevando los pies por encima del plano.

Podremos usar taloneras para proteger de igual forma el apoyo del talón sobre el colchón.

Evitaremos la elevación mantenida del cabecero ya que aumenta la presión en los isquiones.

Podemos añadir una almohada debajo de cada miembro superior posicionando las manos sobre la barriga del paciente. De esta forma el paciente se sentirá más acolchado y los miembros superiores no quedarán pisados por el propio tronco, o demasiado separados del mismo.

Posición 2 - Paciente en decúbito lateral

El miembro inferior que queda en contacto con la cama se mantendrá en extensión mientras que el otro se colocará en flexión de cadera y rodilla sobre una almohada estable que se colocará paralela a la pierna de apoyo.

Otra almohada se colocará a lo largo de su espalda, pegada a ella, para dar un soporte al tronco.

Para los brazos, liberaremos con suavidad el hombro que queda en contacto con la camilla con una toma segura por detrás de la escápula y el otro brazo quedará apoyado por delante del paciente en una posición cómoda en una almohada plegada.

De igual manera se pueden utilizar taloneras para prevenir la presión en el talón.

Posición 3 - Paciente en decúbito prono

Utilizaremos 3 almohadas perpendiculares al paciente. Una quedará bajo las pantorrillas, liberando los pies del contacto con la cama. Las otras dos se pondrán bajo el tronco de forma que la cabeza se gire y se apoye sobre el dorso de sus manos.

Posición 4 - Paciente en sedestación

Si el paciente tolera la sedestación, intentaremos incluirla en el ciclo de cambios posturales, pero no se recomienda pasar más de dos horas seguidas en esta postura. Además, evitaremos la posición supina a continuación, ya que comparten los mismos puntos de apoyo.

El tronco debe estar alineado y estable para evitar deslizamientos. Podemos colocar una mesa delante para que pueda apoyar los antebrazos y conseguir así una ligera inclinación anterior y mayor simetría.

Posición 5 - Paciente en bipedestación

Siempre que sea posible por la ayuda de un bipedestador o plano inclinado, o por contar con la ayuda suficiente para poder hacerlo de forma pasiva y con la ayuda que nuestro paciente nos pueda ofrecer.

Principales transferencias

Las transferencias están compuestas por una serie de movimientos tanto del paciente como del cuidador que nos ayudan a cambiar de posición.

Es fundamental hacerlo con una buena técnica para reducir las lesiones tanto en cuidadores como en el paciente debido al riesgo de caída del mismo.

Las transferencias más comunes son: desde posición tumbada a posición sentada, desde posición sentada a posición de pie y cambio de una superficie de poyo a otra en posición sentada.

Objetivo
Facilitar el manejo del paciente a la hora de un cambio de plano o superficie de apoyo.

Recomendaciones
Siempre que sea posible, solicitaremos la participación activa del paciente.

Transferencia 1 - Paso de decúbito supino a decúbito lateral

Con el paciente boca arriba, cruzamos la pierna contralateral al lado hacia el que queremos girar por encima de la otra y llevamos los brazos hacia el lado que queremos girar.

El cuidador se coloca desde el lado hacia el que vamos a girar al paciente y hace una toma por las escápulas y las caderas del usuario.

A continuación, el cuidador hace un movimiento en bloque hacia el lado que queremos girar hasta llegar a la postura deseada.

Transferencia 2 - Paso de decúbito supino a sedestación

Colocamos al paciente en el extremo de la cama con la pierna que queda en el interior por encima de la que queda en el exterior y sus brazos cruzados por encima del pecho.

En el siguiente paso, sacamos las piernas por fuera de la cama. El cuidador hace una toma del paciente por las escápulas y la cadera y realiza un movimiento en bloque para llevarlo a la posición sentada.

Debemos tener cuidado y mantener unos segundos la posición sedente antes de hacer otra transferencia (en caso de que queramos realizarla) porque es posible que nuestro paciente se encuentre mareado debido a la hipotensión ortostática (hipotensión postural).

Transferencia 3 - Paso de sedestación a bipedestación

Tendremos al paciente sentado en el extremo de la superficie en que se encuentre.

El cuidador, puede estar posicionado delante y también en sedestación, con sus rodillas semiflexionadas haciendo un bloqueo en las rodillas del usuario (en caso de dolor podemos utilizar un cojín para no chocar y provocar la molestia). O también puede estar de pie delante del paciente, con una rodilla bloqueando ambas rodillas del usuario y la otra pierna detrás para ganar estabilidad.

Cogeremos al paciente desde las escápulas y realizaremos el movimiento hacia la bipedestación, a la vez que con nuestras rodillas vamos extendiendo las del usuario.

En caso de estar pasando a bipedestación desde una cama hidráulica, podemos ayudarnos subiendo la cama para que el esfuerzo de pasar a bipedestación sea menor.

En caso de que nuestro paciente se pueda agarrar por tener algo de funcionalidad en miembros superiores, le podemos pedir que se agarre a nuestra espalda para que aumente su implicación en la tarea.

Transferencia 4 - Paso de una superficie a otra en sedestación

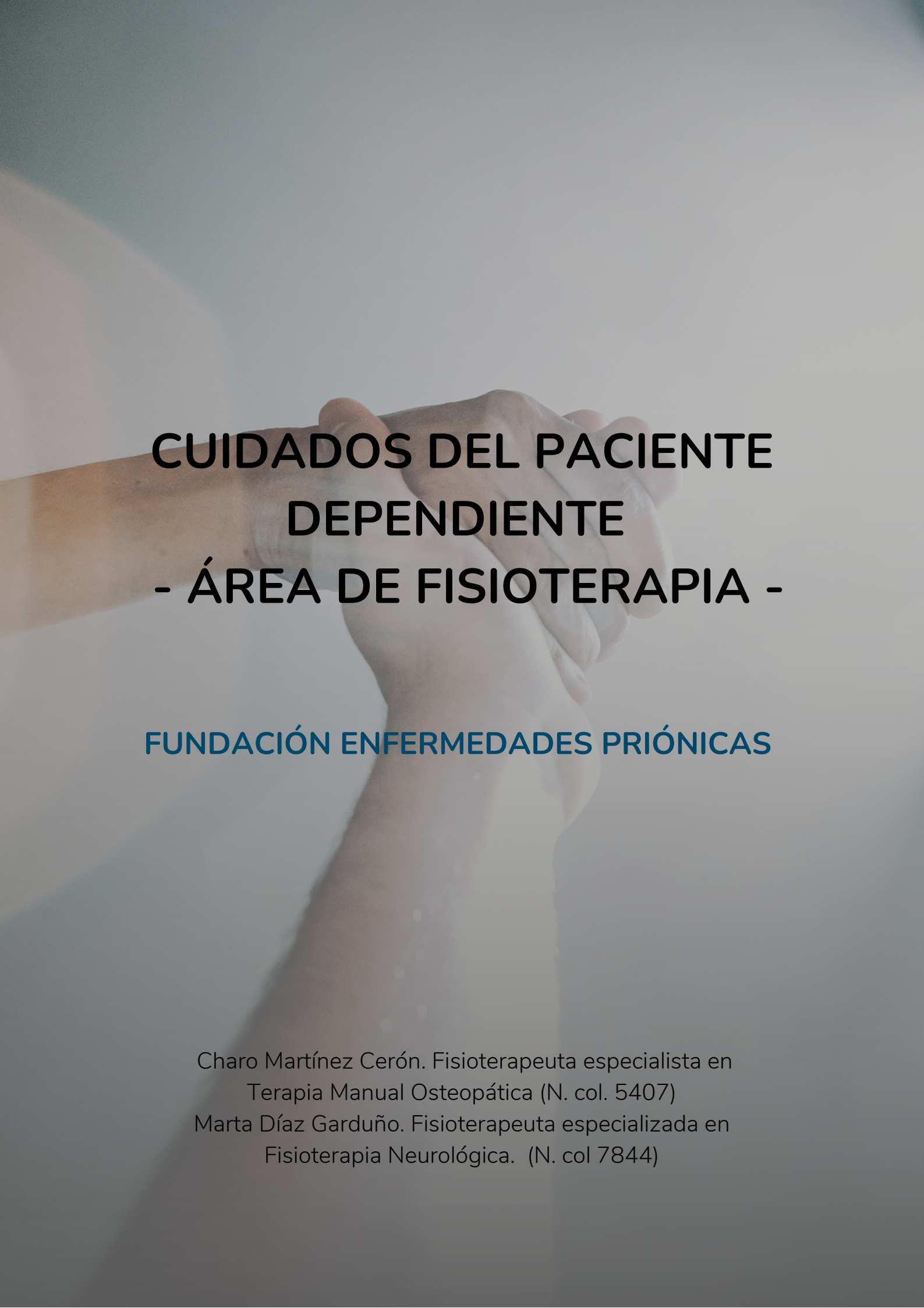
Esta transferencia la utilizaremos para cambiar de superficie, por ejemplo de la cama a una silla o de una silla al sofá.

En primer lugar debemos colocar la superficie a la que vamos a pasar al paciente una al lado de otra haciendo una perpendicular.

Debemos intentar que el paciente tenga una buena posición de partida, y los pies apoyados en el suelo.

Con nuestros brazos podemos hacer una toma por las escápulas, o una toma desde el pantalón del usuario (según pueda ayudarnos). Con una de nuestras rodillas controlaremos que ninguno de sus miembros inferiores se deslice hacia delante, y la otra la posicionaremos detrás para ganar estabilidad.

Una vez estemos posicionados, haremos una fuerza hacia atrás para levantar al paciente a la vez que vamos rotando para llevarlo a la otra superficie. Debemos tener cuidado de ir dejando que el paciente se siente despacio para evitar un golpe en zonas vulnerables de presión.



CUIDADOS DEL PACIENTE DEPENDIENTE
- ÁREA DE FISIOTERAPIA -

FUNDACIÓN ENFERMEDADES PRIÓNICAS

Charo Martínez Cerón. Fisioterapeuta especialista en Terapia Manual Osteopática (N. col. 5407)
Marta Díaz Garduño. Fisioterapeuta especializada en Fisioterapia Neurológica. (N. col 7844)