

Protocolo de Fisioterapia en la astasia-abasia en el anciano

J. C. González Nores. *Profesor Titular de Fisioterapia. Universidad de Vigo*

L. González Dopazo. *Profesor Titular de Fisioterapia. Universidad de Vigo*

I. Moral Kamio. *Fisioterapeuta. Centro de Salud de Beasaín. Guipúzcoa*

R. Iglesias Santos. *Fisioterapeuta. Hospital de Monforte de Lemos*

J. M. Pazos Rosales. *Profesor Asociado. Área de Fisioterapia. Universidad de Vigo*

RESUMEN

De forma muy habitual, en los centros de la tercera edad se observan personas que llevan un tiempo significativo en situación de invalidez y en las que, aparentemente, no existen motivos en su historia clínica para ello.

En este artículo intentamos ofrecer nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes que presentan esta afectación conocida como astasia-abasia, y que nos ha llevado a diseñar un protocolo de trabajo que nos ha demostrado que la Fisioterapia presenta una alternativa positiva de tratamiento para esta patología.

Palabras clave: Astasia, Fisioterapia.

ABSTRACT

In senior citizens care centres it has often been observed that there are a number of people who have been in invalids for a long time, surprisingly, without there being any reasons for invalidity in their clinical history.

In this paper we aim to offer our experience when treating patients who present this ailment, known as astasie. Our experience has leads us to design a treatment which has proved, to us, that Physiotherapy offers a positive alternative treatment for this particular pathology.

Key words: Astasie, Physiotherapy.

INTRODUCCIÓN

La astasia-abasia, no susceptible de etiología que la justifique, es una afectación muy común en la población geriátrica. Su origen puede ser muy diverso, desde un componente repetitivo de caídas hasta la inmovilización prolongada. La manifestación clínica más definida es la dificultad para mantener

la verticalidad por parte del paciente, presentando un componente ansiolítico muy severo si se le intenta poner en bipedestación.

Esta afectación va agravando progresivamente el cuadro psicofísico del paciente, presentando alteraciones físicas derivadas de la inmovilización, pérdida de la calidad de vida y disminución de las posibilidades de integración en su entorno social. Todas estas

alteraciones, unidas a la falta de expectativa de vida propia de la edad, llevan en mayor o menor grado a un aumento de la sensación de invalidez por parte del anciano.

Nuestra experiencia en este tipo de pacientes nos indica que con un tratamiento progresivo de Fisioterapia, gran parte de ellos logra una mayor calidad en sus AVD.

Esto nos ha llevado a diseñar y a utilizar como norma un protocolo de tratamiento, con objetivos encaminados a conseguir avances no sólo en el aspecto físico, sino también en la disminución de la ansiedad que siente el paciente a la verticalización. Es necesario resaltar que el éxito de la Fisioterapia en esta patología solamente puede conseguirse con el trabajo conjunto en ambos campos: el físico y el psicológico.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CON ASTASIA-ABASIA

El paciente presenta un cuadro clínico con dos componentes claramente diferenciados:

Componente psicológico

Se manifiesta un cuadro de ansiedad muy acentuado con síntomas de vértigos, sensación de inestabilidad intensa, inseguridad y miedo ante toda tentativa de verticalización.

Componente motriz

El paciente presenta un cuadro de debilidad muscular generalizado con las siguientes características:

Sedestación

Paciente totalmente caído hacia atrás, con imposibilidad de antepulsión del tronco y la

consiguiente pérdida progresiva de masa muscular.

Bipedestación estática

Imposibilidad de control del equilibrio, presentando el centro de gravedad atrasado, con tronco hacia la retropulsión y apoyo podal posterior en el talón y elevación de los dedos.

Marcha

En aquellos pacientes que con dificultad pueden realizar algún tipo de marcha, la calidad de la misma es muy pobre, con un gran aumento del polígono de sustentación, rodillas flexionadas y centro de gravedad atrasado, realizándose *siempre* con necesidad de ayuda externa de otra persona.

Presenta escaso apoyo unipodal alternante, realizando los pasos arrastrando los pies y dando la sensación de estar sujetos al suelo. Durante la ejecución del giro presenta aumento de temblor en los miembros inferiores. Existe una imposibilidad de realizar la marcha espontánea, presentando un parámetro muy restringido, con mucha fatigabilidad por el coste energético elevado, debido a la tensión que presenta el paciente, junto a una acentuada debilidad muscular.

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA

El tratamiento debe conjuntar dos líneas de trabajo encaminadas a los objetivos siguientes:

— Disminución progresiva del miedo, intentando reducir el componente ansiolítico,

así como lograr la estimulación de los elementos necesarios para una recomposición psicosensitiva de la alineación, con trabajos complementarios de propiocepción, que posibiliten al anciano la recuperación de las actividades perdidas.

— **Fortalecimiento muscular generalizado.** Reestructuración del mecanismo postural normal, incidiendo en las reacciones de equilibrio estáticas y dinámicas necesarias, para posteriormente poder reeducar las distintas funciones de las AVD.

Realizamos el tratamiento de Fisioterapia dividido en varias fases, comenzando cada paciente en una de ellas, en función de la situación que presente individualmente y buscando una progresiva dificultad en los objetivos que deseamos alcanzar.

Primera fase

— **Fortalecimiento muscular generalizado.** Patrones generales de FNP, con objetivo facilitador, siempre adaptados, en función del estado físico del paciente, incidiendo en aquellos patrones encaminados a mejorar las condiciones para la marcha.

— **Reeducación del giro en la cama.** Con componentes de empuje, evitando que el paciente realice actividades de arrastre, sobre todo durante la secuencia de rotación de la cintura escapular, así como durante la secuencia de la rotación pélvica.

— **Reeducación del equilibrio en sedestación.** Comenzamos integrando las reacciones de equilibrio primarias, tanto estáticas como dinámicas, con trabajo directo sobre el paciente.

Posteriormente comenzamos el trabajo de integración de las reacciones secundarias: en

un primer estadio, con el paciente sentado en distintas superficies fijas con desestabilizaciones desde miembros inferiores, para continuar con el paciente sentado en el balón de Bobath, realizando desestabilizaciones indirectas sobre la superficie de apoyo, sobre todo aquellas que obliguen al paciente a trabajar la cadena cinética anterior del tronco, para ir disminuyendo progresivamente la base de apoyo.

— **Paso de sedestación a bipedestación.** Con disminución progresiva de la altura e incidiendo en los componentes de flexión de tronco, traspaso de peso a pelvis y miembros inferiores, y elevación con empuje en progresiva extensión de cadera.

Segunda fase

Los ejercicios durante esta fase tienen como objetivo el control en bipedestación estática buscando la alineación correcta del centro de gravedad.

Dada la dificultad del paciente para mantener esta posición por el componente de retro-pulsión del tronco, comenzamos los ejercicios colocándole una talonera de no más de 4 centímetros para facilitarle la posición.

Comenzamos con el paciente en bipedestación, brazos a lo largo del cuerpo de espaldas a la pared, para darle sensación de seguridad, colocándose el fisioterapeuta delante.

El primer objetivo consiste en lograr que el paciente vaya perdiendo el contacto de su espalda contra la pared, atrayéndolo hacia nosotros desde la parte posterior de la cadera de forma progresiva y lenta. Posteriormente comenzamos el trabajo de integración de las reacciones de equilibrio estático.

Se alterna con trabajo en paralelas ante el espejo tanto estático como dinámico, con el fisioterapeuta desde atrás incidiendo en la

simetría y en la alineación, manteniendo el paciente el centro de gravedad bajo su control, para, posteriormente, ir reduciendo las taloneras.

Una vez integrados tanto la alineación como el equilibrio, siempre ante el espejo, pasamos a ejercicios de desequilibrio desde atrás, lo que obliga al paciente a realizar flexión del tronco y a establecer componentes de empuje para no caerse, lo que resulta un importante refuerzo psicológico de autoconfianza.

Esta fase del tratamiento debe realizarse cuidadosamente, siendo muy importante que el paciente, en todo momento, se sienta seguro, pues la motivación hacia el trabajo que consigamos del paciente está muy directamente relacionada con el progreso de los resultados.

Continuamos con el fortalecimiento muscular generalizado, incidiendo en toda la musculatura glútea, psoas, cuádriceps e isquiotibiales.

Tercera fase

El objetivo de esta fase es lograr la reeducación de la marcha.

Comenzamos con el trabajo en paralelas, colocándonos detrás del paciente, y situando a éste en posición de paso, intentamos que realice el paso pélvico, con lo cual debe trasladar el peso del cuerpo de la pierna de apoyo atrasada hacia delante, sin levantar ninguna de las dos del suelo. Esta secuencia en el reaprendizaje de la marcha es de suma importancia, dado que debemos recordar que el paciente siente angustia al movimiento durante la marcha.

Realizamos el mismo ejercicio en el paso lateral. Posteriormente, todavía en paralelas, comenzamos con la reeducación de la marcha con las barras lo más elevadas posible,

colocamos al paciente unas manoplas para evitar que al avanzar se agarre a las paralelas, lo que haría que lo realizara arrastrando desde los brazos hacia atrás, reforzando así el componente de arrastre que es, precisamente, lo que intentamos evitar.

En una fase final llevamos al paciente fuera de las paralelas y comenzamos la marcha libre, disminuyéndole progresivamente los apoyos, alternándola con reeducación del equilibrio unipodal con balón ante el espejo en todos los planos del espacio, así como la reestructuración de las reacciones de defensa.

CONSIDERACIONES FINALES

— El tratamiento de Fisioterapia en la astasia-abasia mejora ostensiblemente la calidad de las AVD del paciente anciano, posibilitando una mayor independencia y reforzando su concepto de autoestima.

— El tratamiento debe comprender la interrelación de los dos componentes del problema: físico y ansiolítico, sin cuya integración es muy difícil lograr resultados positivos.

— El diseño de los ejercicios, si bien, como es lógico, debe adecuarse a las circunstancias individuales de cada paciente, debe seguir una progresión lógica comenzando en todo momento por la integración de las reacciones de equilibrio primarias en cada una de las posiciones básicas de trabajo, y teniendo presente que cualquier avance debe ir siempre acompañado de la confianza por parte del paciente en su seguridad, siendo el control absoluto de la posición inferior por parte del paciente requisito necesario para avanzar.

— La confianza y empatía entre el fisioterapeuta y el paciente durante la realización de los ejercicios están muy directamente relacionadas con la motivación de este último para la

progresión, puesto que no debemos olvidar que son enfermos que en la mayoría de los casos se han habituado a su situación de dependencia, la cual relacionan con su seguridad, y a los que estamos pidiendo un esfuerzo encaminado a lograr actividades funcionales que muchos de ellos, al inicio del tratamiento, no tienen confianza en conseguir.

Es fácil, por lo tanto, que la más mínima pérdida de confianza por una progresión inadecuada, sin un buen control del nivel anterior de dificultad, lleve al paciente a reforzar su componente de miedo y ansiedad y a la falta de colaboración en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Berthaux, P.: *Gerontología, geriatría*. Toray-Masson. Barcelona, 1981.
- Luecknotte, A.: *Valoración geriátrica*. McGraw Hill-Interamericana. Madrid, 1992.
- Hayffick, L.: *Aspectos actuales del envejecimiento normal*.
- Reboorden, J.: *Reeducación en geriatría*. Masson. París, 1989.
- Steliffe, B.: *El papel de la Fisioterapia en la atención de las personas de la tercera edad*. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1992.
- William, B. A.: *El manual Merck de geriatría*. Doyma. Barcelona, 1992.