

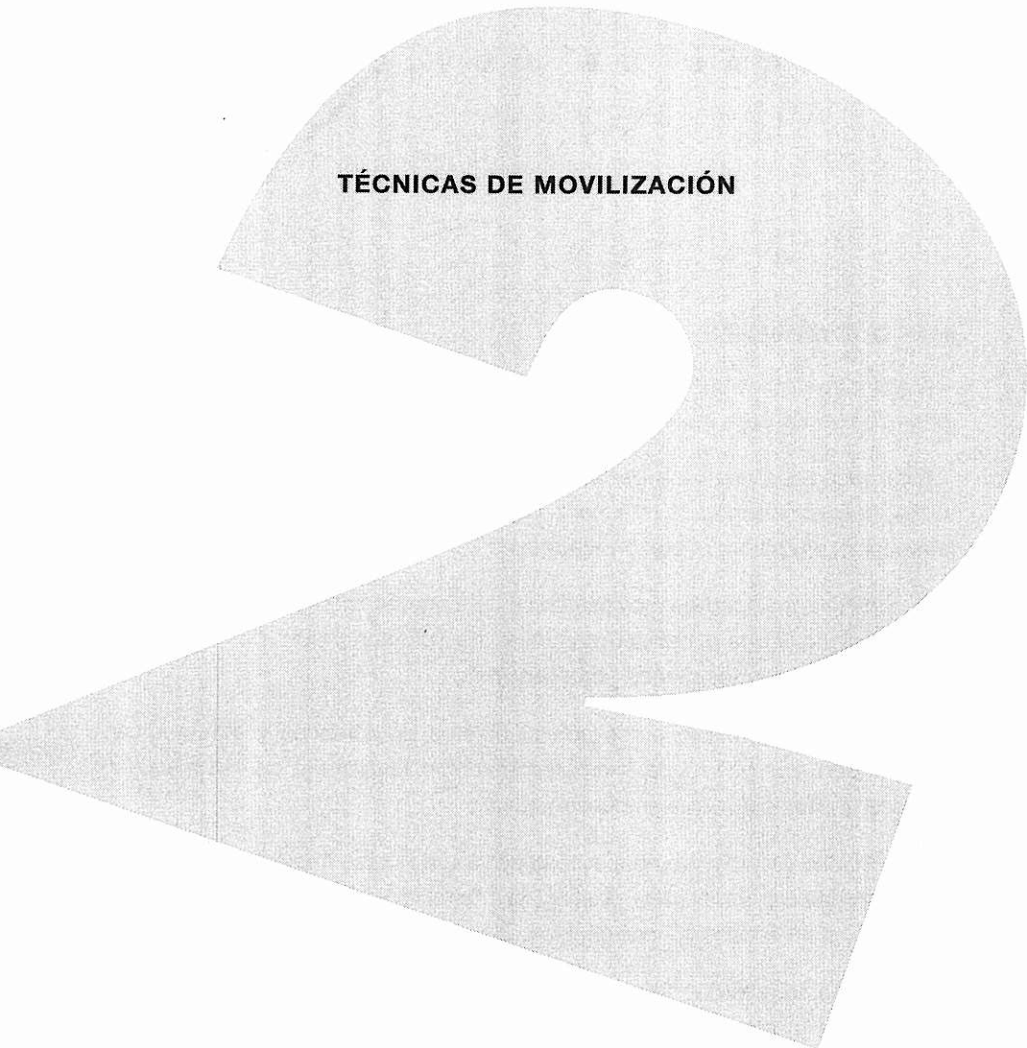
CURSOS DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES DE ENFERMOS DE **ALZHEIMER**

2

TÉCNICAS DE
MOVILIZACIÓN



ASOCIACIÓN DE
FAMILIARES DE
ENFERMOS DE
ALZHEIMER DE
NAVARRA



TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

T É C N I C A S D E M O V I L I Z A C I Ó N

¡HAY QUE MOVERSE!

Nuestro cuerpo es una máquina perfectamente diseñada para el movimiento; estamos hechos para movernos.

Esta capacidad nos va a permitir entrar en relación con el medio que nos rodea; desplazándonos de un lugar a otro ante un objeto que nos ha llamado la atención, alargando el brazo para tocarlo...

Si nuestra capacidad de movimiento se restringe también lo hará el "mundo" o espacio con el que podamos interactuar. No sólo nos movemos menos sino que, también viviremos menos "experiencias".

Al movernos nos relacionamos (con los objetos, las personas) y, al interactuar con el medio que nos rodea, mantenemos el funcionamiento de esa máquina de hacer movimientos que es nuestro cuerpo.

La actividad física (movernos) evita la pérdida de masa muscular, favorece la movilidad articular y mejora la elasticidad (previene rigideces), mejora la fuerza y agilidad, evita la descalcificación ósea, aumenta la capacidad respiratoria...

Así mismo, la actividad física ejerce efectos beneficiosos en el plano psíquico: combate la soledad y el aislamiento, contribuye al equilibrio psico-afectivo...

Movernos menos, por tanto, supone un deterioro físico así como una disminución de nuestra capacidad de actuar en nuestro entorno.





En el enfermo de Alzheimer, la capacidad de moverse, se va restringiendo poco a poco, según progresa la enfermedad.

Hoy por hoy, no podemos parar ni invertir este proceso así que, nuestra actuación irá encaminada a mantener el máximo tiempo posible un “cuerpo capaz de moverse” y, cuando esto ya sea muy dificultoso o el enfermo esté postrado, paliar las consecuencias que de ello se derivan.

En la **primera fase** de la enfermedad, nuestra actuación se debe encaminar sobre todo a que el enfermo ande, de paseos al aire libre.

El andar será pues, la gimnasia más completa realizada en un entorno con diferentes estímulos con los que puede interactuar el enfermo.

En casa, más que mandarle ejercicios para que se mueva (“sube los brazos”) con la única finalidad de producir un movimiento, podemos tratar de darle un objetivo al movimiento, un sentido. Un ejemplo de esto es el vestirse solo:

Movemos un brazo para meterlo en una manga, movemos el otro para subirla y lo volvemos a mover para meterlo en la otra manga, incluso giramos la cabeza y el tronco para al final tener puesta la chaqueta.

De esta forma no solo hemos movido diferentes partes del cuerpo sino que hemos combinado esos movimientos, encaminándolos todos a un objetivo “externo” a nosotros (la chaqueta), todo ello planificado para lograr un objetivo: ponernos la chaqueta.

Es pues aconsejable, que el enfermo haga cosas (siempre adaptadas a sus capacidades), lo cual le obligará a moverse y le supondrán una respuesta a estímulos, una planificación para logro de objetivos.

Siempre que sea posible, que el enfermo realice por sí solo las A.V.D. (actividades de la vida diaria)y, además (respetando siempre sus limitaciones) podremos también proponerle actividades (ej. : regar unos tiestos...).

Según progresa la enfermedad y nos adentramos en una **segunda fase**, el enfermo caminará más torpemente.

Aún así, mientras sea posible, es necesario que el enfermo siga saliendo a pasear al aire libre pues, esto le ayudará a prevenir la rigidez y la atrofia muscular.

También será beneficiosa (para prevenir atrofia y rigidez) una “gimnasia” diaria que podremos realizar de dos maneras en función del grado de colaboración del enfermo y del grado de afectación (que nos marcará unos límites) de la enfermedad.

1. Es la más complicada pero también la más “rica” o completa.

Consiste en hacerle moverse proponiéndole actividades o juegos: bailar, devolvernos un globo, colocar en una caja más o menos cercana objetos, encestar en un cubo unas pelotas, colocar unos botes en una repisa...

Todo esto le obligará a mover los brazos, las piernas y a realizar esos movimientos dentro de un “plan de acción” dirigido a un objetivo.

2. Realizar ejercicios sencillos de forma activa: subir y bajar los brazos, poner los brazos en cruz...



Quando el enfermo ande de forma muy torpe, pierda momentáneamente la estabilidad, se tropiece al cruzar sus propios pies..., es aconsejable usar un taca-taca. De esta forma no se verá obligado a estar sentado todo el tiempo que el cuidador esté haciendo otra cosa y no pueda estar con él.



Según progresa la enfermedad y se entra en la **tercera fase**, el enfermo ya no sabe recordar los movimientos para sincronizar sus piernas y, poco a poco deja de andar.

La mayor parte del día está adormecido y se tuerce constantemente en el sillón.

Es este el momento en que se toma la decisión de encamarlo para que así esté más cómodo.

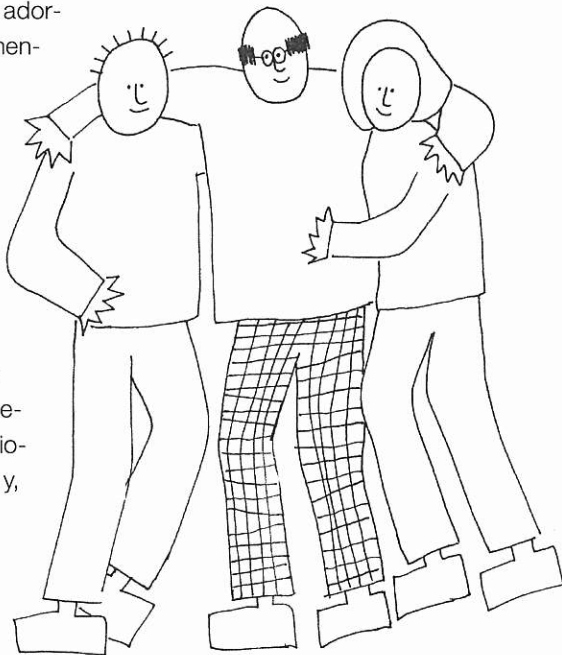
Pero el encamar al enfermo, no debe suponer una inmovilización absoluta; habrá que luchar contra las úlceras por decúbito, las complicaciones circulatorias y respiratorias y, las rigideces.

La cama se debe alternar con el sillón y, si su estado lo permite, es conveniente que entre dos personas ayuden al enfermo a ponerse de pie durante algunos minutos e incluso a dar algún paso.

Será necesario en esta fase, realizarle al enfermo una **“gimnasia pasiva”** en brazos y piernas para evitarle dolores posteriores y corregir los vicios articulares y musculares (rigideces).

De la misma forma, están indicados unos sencillos ejercicios pasivos de gimnasia respiratoria, moviéndole los brazos hacia arriba, hacia delante y atrás...

Hay que tener en cuenta que, todas las movilizaciones deben de ser indoloras y, se tienen que realizar de forma suave, respetando los ejes de movimiento y sin forzar los topes articulares.

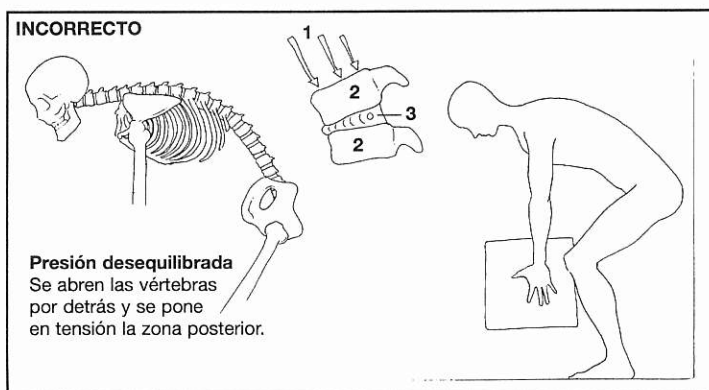
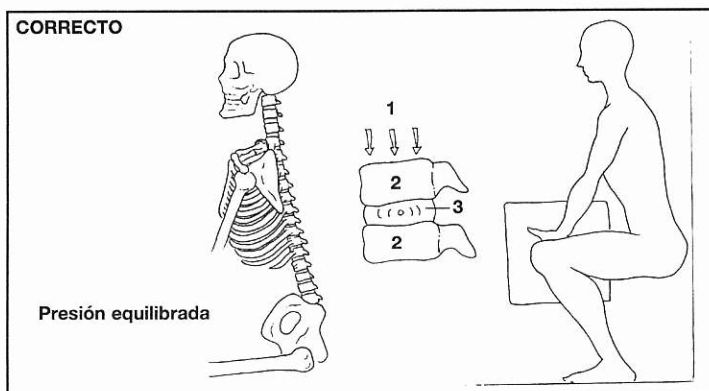


NOS VAMOS A DESPLAZAR

Cuando el enfermo de Alzheimer ya no sea capaz de desplazarse por sí mismo, será necesario que el cuidador le ayude (si es semidependiente) o, realice el desplazamiento del enfermo (si es dependiente).

Para que el desplazamiento o transferencia esté bien realizado, tiene que cumplir dos condiciones:

1. Que el enfermo se sienta seguro y cómodo, de forma que no interprete la transferencia como una amenaza.
2. Que el cuidador realice el mínimo esfuerzo necesario, con la máxima higiene postural.



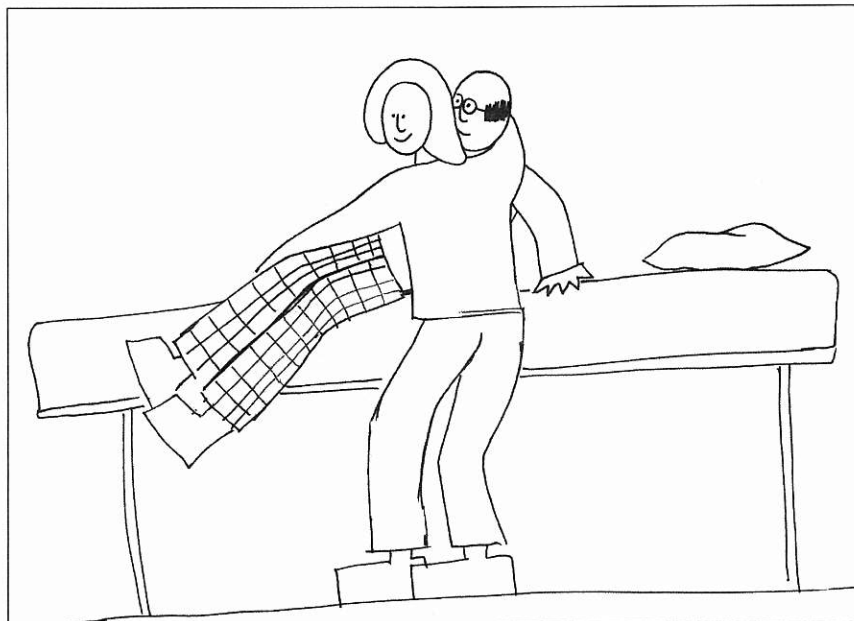
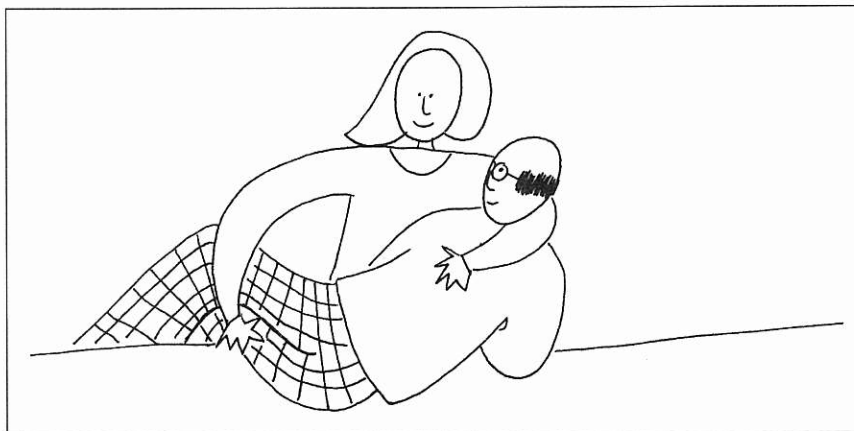
1. Esfuerzo. 2. Vértebra. 3. Cartilago.



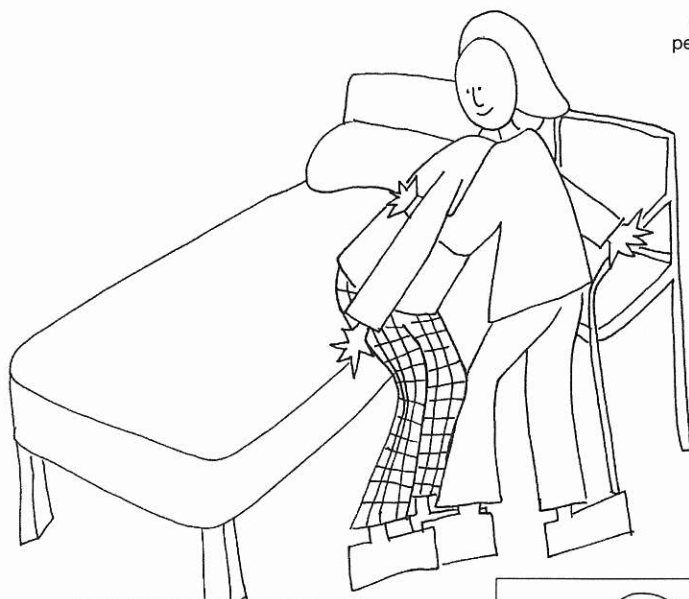
A continuación se proponen unos ejemplos de transferencias.

A) Para enfermos semidependientes.

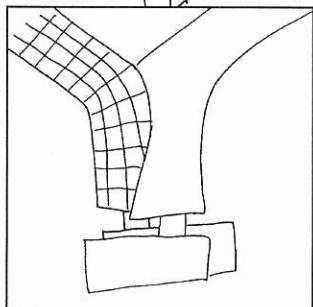
- Sentar al borde de la cama.



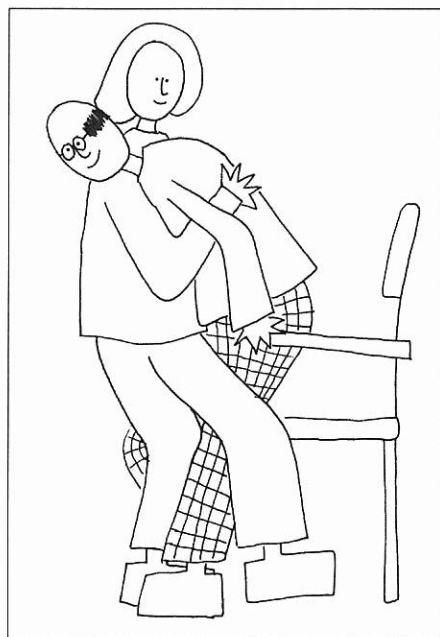
- Pasar de la cama a la silla.



Acercar al máximo el peso a nuestro cuerpo.
Piernas flexionadas.
Buena fijación de la pierna eje de giro.



Detalle de fijación de la pierna.



B) Para enfermos dependientes.

- Incorporación en la silla.

**Posición inicial
del enfermo.**



**Incorporación del enfermo desde la
parte posterior de la silla.**

Peso cerca del cuerpo.
Presa consistente con los antebrazos.
Fuerza con las piernas.



**Incorporación del enfermo
desde delante.**

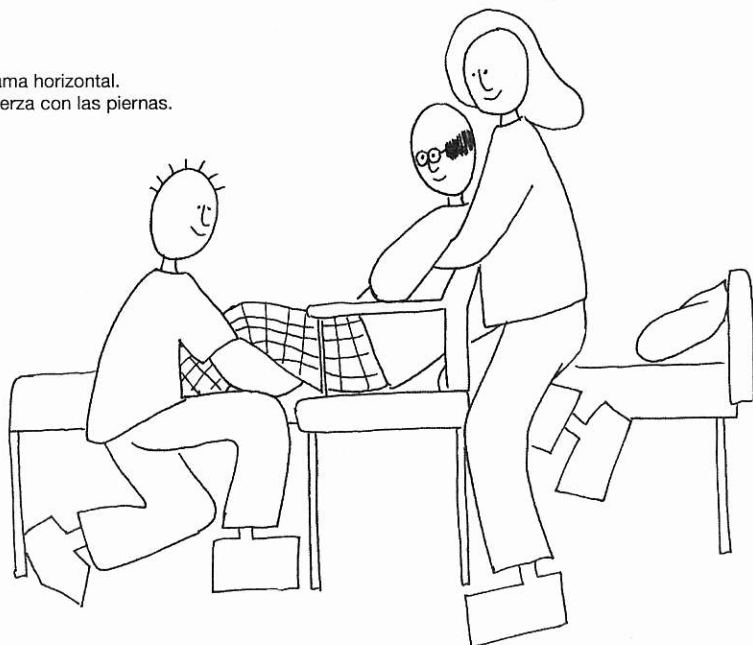
Piernas flexionadas.
Presión con la rodilla.
Contrapeso del cuerpo.

- De la cama a la silla.

Cama con la cabecera incorporada.
Presa consistente con
los antebrazos.



Cama horizontal.
Fuerza con las piernas.

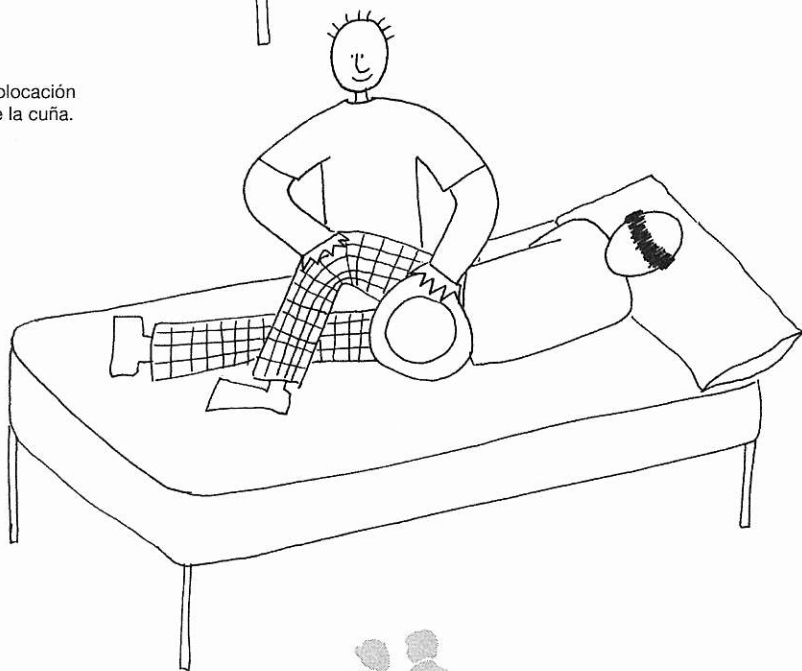


- Cambio de posición de decúbito supino a decúbito lateral y, colocación de la cuña.

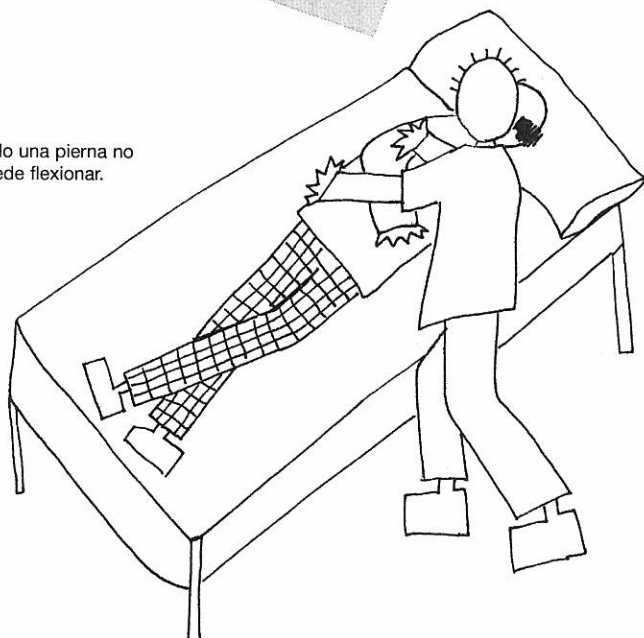
Cambio de posición de
decúbito supino a
decúbito lateral.



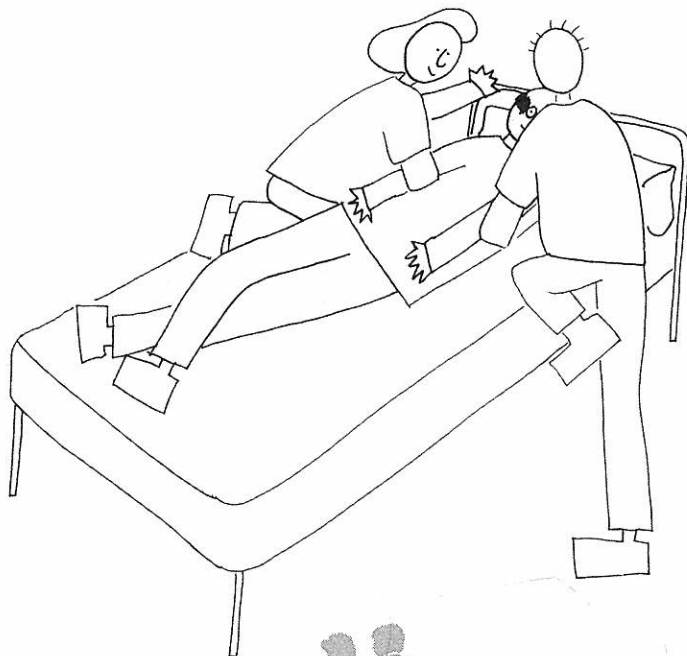
Colocación
de la cuña.



Cuando una pierna no se puede flexionar.



- Desplazamiento longitudinal del enfermo en la cama.





Desplazamiento hacia la cabecera de la cama, con el enfermo en decúbito supino. Apoyo en la cabecera de la cama. Fuerza con la pierna flexionada.

13

COMPLICACIONES DEL ENCAMAMIENTO

- Las consecuencias del decúbito e inmovilidad se asocian entre sí y sus efectos perjudiciales pueden confundirse.
- La permanencia en cama repercute sobre el metabolismo fosfocálcico y funcionalmente queda comprometido el aparato locomotor ya sea a nivel articular, muscular o del tendón. También interfiere en la actividad de otros aparatos, respiratorio, intestinal, urinario, circulatorio y ocasiona problemas nutricionales.

1. Problemas Nutricionales

- Por pérdida de apetito, anorexia senil o pasividad total.
- A veces mejoran:
 - despertándolos antes de la ingesta.
 - sentándolos en la cama o sillón.





- variando los menús.
- en casos avanzados a veces es necesaria la sonda nasogástrica.

2. Problemas Urinarios y de Eliminación Intestinal

- Frecuentes las infecciones urinarias y la formación de fecalomas.
- Intentar prevenir con una buena hidratación y fibra.
- Control de heces y diuresis.

3. Problemas Circulatorios

- El encamamiento produce estasis venoso que puede ocasionar problemas embólicos.
- Prevenir activando la circulación con masaje y movilización pasiva.

4. Problemas Respiratorios

- Infecciones broncopulmonares causadas por el espesamiento y retención de las secreciones, e incluso por el paso de alimento a vías respiratorias.
- Se intenta prevenir con:
 - limpieza y ventilación de la habitación, evitar el polvo.
 - colocar humidificadores de eucaliptos si hay sequedad en el aire.
 - cambios posturales: decúbito prono (favorece la expectoración)
decúbito lateral (el lado que apoya ventila poco)
- hidratación del enfermo: debe beber agua, zumos,... cada dos horas.
- fisioterapia respiratoria.

5. Problemas Músculo-Articulares

- A nivel articular hay anquilosis en rodillas y caderas.
- Disminución de la masa muscular.
- Intentar prevenir:
 - rigideces articulares.
 - desmineralización ósea.
 - retracciones musculares o cápsulo-ligamentosas.
 - amiotrofias.

**Es necesario:**

- mantener al enfermo en postura correcta.
- colocar arcos metálicos en la cama para evitar que pesen las sábanas y se favorezca la aparición de pie equino.
- evitar la rotación externa de cadera colocando algún rodillo.
- en general tenemos que intentar que permanezca en la postura más adecuada tanto en la cama como en la silla.
- haremos movilizaciones pasivas suaves sin provocar dolor para intentar mantener el recorrido articular.

6. Formación de Escaras

La escara es una lesión isquémica por compresión de la red arteriolar de los tejidos comprendidos entre dos planos duros: la superficie ósea y el plano de la cama.

Factores causales:

- a) La presión exterior no debe ser superior a la presión arteriolar máxima (30mm Hg)
En decúbito supino, sobre el talón, la presión es de 40 mm Hg y sobre el sacro de 50. Está demostrado que la oxigenación disminuye en función de la presión externa aplicada.
- b) Inmovilidad estricta relacionada con la anterior, en enfermos paralizados.
- c) Disminución de la sensibilidad acompañada de reducción de movimientos.
- d) La anatomía de algunas zonas del cuerpo y especialmente si la persona es delgada.
- e) Espasticidad: provoca roces y tirones isquemiantes.
- f) Maceración y aumento de temperatura local (ropa de nailon, plásticos,...). La temperatura ambiente superior a 25°, la fiebre y la incontinencia.
- g) La fragilidad general, la desnutrición, deshidratación, anemias y otros factores inherentes al estado del paciente.



**Localización de las escaras:**

- Principalmente en sacro y talones.
- Trocánteres.
- Escápulas y columna.

Clasificación:

Hay cinco estadios, pero hay autores que añaden el estadio 0.

- Estadio 0: o de comienzo: hay trastornos circulatorios con estasis venoso y linfático.
- Estadio 1: eritema. Hay afectación superficial de dermis y epidermis.
- Estadio 2: flictena o desepidermización. La flictena es un despegamiento epidérmico al que se añade un edema dérmico. Puede ser simple o hemorrágica y aparece principalmente en talones.
- Estadio 3: necrosis o placa negra. Comprende todas las capas hísticas.
- Estadio 4: ulceración. El compromiso llega hasta el músculo y poco después hasta periostio.
- Estadio 5: multiplicación de escaras en todos los estadios.

Fases de evolución de la escara

Los tejidos necrosados se infectan y la actividad enzimática bacteriana produce la limpieza de la zona necrosada.

Si la irrigación vascular es buena la evolución es favorable.

- Fase de detersión o limpieza de la escara.
- Fase de sustitución de los tejidos necrosados por tejido regenerado.
- Fase de epidermización.

Prevención de las escaras

La escara sigue siendo una lesión grave, invalidante y costosa.

a) Medidas higiénicas:

- Alimentación hiperprotéica.



- Lavado diario con jabón neutro meticulosamente, por partes en la cama.
- Si se dispone de grúa o ayuda en la bañera una vez por semana.
- Secado minucioso.

b) Inspección cuidadosa y frecuente de la piel, centrándonos en la zonas de apoyo y roce para detectar enrojecimientos.

Masajear y friccionar estas zonas con aceite de almendras.

c) Prevención local: consiste en evitar que los tejidos soporten durante largo tiempo presiones superiores a las arteriolares.

Deben hacerse cambios posturales de modo regular y programado cada tres horas.

Evitar el decúbito lateral a 90° (escaras en trocánteres) así como el supino (escaras en sacro).

Si hay contracturas en aductores colocar cojín entre las rodillas para evitar roces.

d) Cambios posturales

1. Decúbito supino: apoyos en sacro, columna, escápulas y talones.

Almohada en cabeza.

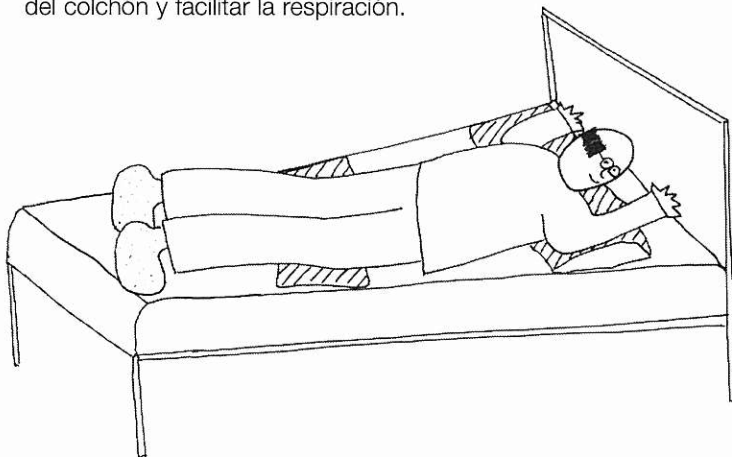
Talones y sacro con borreguitos.

No es una postura muy recomendable, es mejor dar alguna angulación

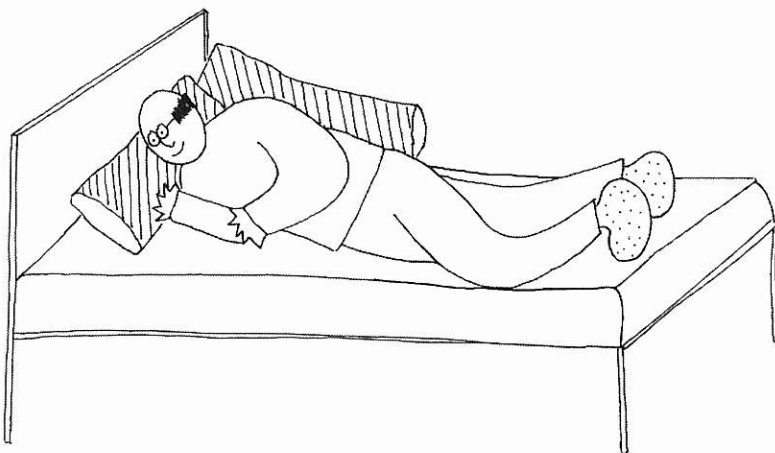
Para evitar las escaras de sacro.



- 2. Decúbito prono:** apoyos en tórax y rodillas. Favorece la expectoración. Pies fuera de la cama. Brazos separados en U. Cabeza inclinada hacia un lado y apoyada en una almohadilla pequeña para liberar nariz y boca del colchón y facilitar la respiración.



- 3. Decúbito lateral derecho-izquierdo:** apoyos en trocánter. Almohada en cabeza. Almohada en espalda. Proteger tobillos con borreguitos. Evitar los 90°.



Durante el día es recomendable que el enfermo alterne la cama con la silla de ruedas.



Ayudas materiales

- a)** Colchón de espuma en bloques o módulos de diferente densidad.
- b)** Colchón de agua: permite cambios de presión. Favorece la maceración.
- c)** Colchón de aire: permite que cambien los puntos de apoyo ya que se hincha alternando las zonas y con mayor o menor presión.
- d)** Protectores para la piel: borreguitos. Permiten almohadillar las zonas de presión.
- e)** Arcos metálicos.
- f)** Camas articuladas ■





Este folleto divulgativo
se terminó de imprimir
en Noviembre
del año 2000
con la mirada puesta
en el próximo milenio.

EDITA:



AFAN

Pintor Maeztu, 2 bajo
31008 PAMPLONA
Telf. **948 27 52 52**
Fax 948 26 03 04
e-mail: asofan@teletel.es

COLABORA:



Gobierno de Navarra
Departamento de Salud
Dpto. de Bienestar Social