

Fisioterapia en el anciano

M.A. DELGADO OJEDA

La esperanza de vida ha aumentado mucho en los últimos años, y se han hecho más frecuentes los pacientes remitidos con problemas dolorosos musculoesqueléticos, y que no sólo afectan a los «mayores», pues pueden aparecer a edades más tempranas dependiendo de factores como la predisposición familiar, obesidad, sedentarismo, menopausia precoz, etc.

El envejecimiento del aparato locomotor conlleva:

- A nivel muscular la atrofia.
- A nivel óseo la osteoporosis.
- A nivel articular las fisuras y el adelgazamiento del cartílago = artrosis.

Todo lo anterior, unido a la vida sedentaria, al envejecimiento del sistema nervioso y a la pérdida de reflejos, hace que estos pacientes sufran frecuentes caídas y fracturas, de las que muchas veces ya no se recuperan.

El propósito de esta presentación es el de mostrar a otros profesionales sanitarios implicados en la atención geriátrica las posibilidades de la fisioterapia en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes, por los que puede hacer mucho, y sin embargo se ve con frecuencia apartada o postergada.

Esta presentación expresa únicamente el punto de vista de la autora.

Veremos primero las fases del envejecimiento de las articulaciones, luego los trastornos posturales y de la marcha. Nos detendremos brevemente en alguna de las articulaciones más frecuentemente afectas, como la rodilla y cadera en el miembro inferior, las modificaciones que la osteoporosis produce en las curvas

de la columna vertebral, la afectación del hombro y de la trapeciometacarpiana del pulgar en el miembro superior, y luego pasaremos a la valoración del paciente y las generalidades del tratamiento fisioterápico del anciano.

ENVEJECIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES

Cuando el proceso de envejecimiento afecta a una articulación –lo que conocemos por artrosis– la articulación adoptará una «postura» característica, un patrón que se repite de uno a otro paciente y que viene condicionado por:

- El predominio de unos grupos musculares sobre otros.
- El alivio de la presión articular.
- Búsqueda de la posición de máxima capacidad –en volumen– de la articulación.

La postura antiálgica, que al principio es un mecanismo de protección frente a los primeros signos inflamatorios, dará lugar a que se establezcan contracturas musculares que comprimen y limitan la movilidad de la articulación, concentrando las presiones sobre un área más pequeña y acelerando el proceso artrósico. Este proceso podemos dividirlo en tres fases:

- Fase I. Se instaura la postura antiálgica y aparecen las contracturas musculares.
- Fase II. Se consolidan las contracturas musculares, hay una retracción progresiva de la cápsula

sula articular y un deterioro acelerado del cartílago articular.

- Fase III. A lo anterior se añade que el deterioro de la articulación es mucho más manifiesto en las Rx y RM.

TRASTORNOS POSTURALES Y DE LA MARCHA

Al deterioro de las articulaciones, debemos añadir las desviaciones de los ejes en los miembros inferiores y el aumento de las curvas de la columna vertebral producido por la osteoporosis –acuñamientos–, que, junto con la rigidez producida por la artrosis de las articulaciones intervertebrales, son otra fuente de dolor y de aparición de nuevas contracturas musculares.

En la columna sólo dos segmentos son móviles: el cervical y el lumbar. La degeneración discal y la artrosis de las pequeñas articulaciones conllevan dolor y limitación de la movilidad, con aparición de contracturas musculares paravertebrales que a nivel lumbar condicionarán un cambio en el patrón de marcha con la abolición del «paso pélvico» –marcha de pato–, y también la aparición de puntos dolorosos en las crestas y trocánteres –dolor insercional–.

Todo esto afectará negativamente tanto a las transferencias posturales como a la marcha, con un desplazamiento del centro de gravedad y la aparición de cojera –claudicación–, que habrá que corregir o minimizar con el uso de ortesis de apoyo –bastones, andadores– con el objeto de restaurar una marcha más armónica y, por lo tanto, menos dolorosa.

MISIÓN DE LA FISIOTERAPIA

En el tratamiento del dolor musculoesquelético de los pacientes mayores afectos de un proceso de envejecimiento del aparato locomotor, la fisioterapia será siempre una eficaz colaboradora del tratamiento médico o quirúrgico.

El fisioterapeuta, siguiendo las indicaciones facilitadas por el médico –si las hay–, efectuará un examen global del paciente con el objeto de determinar cuáles son las prioridades, pues a diferencia del paciente joven, en el cual sólo suele estar afectada una articulación, en el anciano se verán afectadas varias, por eso hay que hacer una valoración «global», estática y funcional, por la repercusión que tienen unas articulaciones sobre las otras.

BASES DEL TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

El tratamiento del dolor musculoesquelético en el paciente mayor se basa en cuatro puntos: corrección de las contracturas, corregir la postura, corregir las alteraciones de la marcha y prevenir las caídas.

La fisioterapia puede actuar eficazmente y de forma directa sobre las contracturas musculares que aparecen en la artrosis. Es necesario disminuir estas contracturas porque aumentan la presión en las articulaciones sobre una zona menor, lo cual agrava la artrosis; crean dolor entesopático en las inserciones musculares; favorecen la aparición de bursitis, y limitan la movilidad articular. Esta limitación de la movilidad articular produce una alteración de la marcha que repercute negativamente sobre otras articulaciones.

La fisioterapia también actúa indirectamente sobre la formación de hueso, ralentizando la osteoporosis. La osteoporosis condiciona deformidades óseas en miembros de carga, acuñamientos vertebrales, alteraciones en los ejes de carga, y alteraciones en las curvas de la columna –aumento de la cifosis y escoliosis degenerativa del adulto–. El aumento de la cifosis torácica, que aparece por el acuñamiento vertebral, produce un desequilibrio anterior, y para devolver el eje de carga que pasa por el trago y el trocánter hay un aumento de la lordosis cervical y de la lordosis lumbar a costa de un aumento del tono de la musculatura paravertebral lumbar y de la cintura escapular. Este aumento del tono se va a perpetuar con contracturas, y entonces los músculos se vuelven dolorosos, sensibles al tacto y aparece dolor en las inserciones musculares, que es un dolor entesopático, que no son los puntos de la fibromialgia y que podría confundir.

En la fase I del envejecimiento articular, la fisioterapia, unida a un tratamiento antiinflamatorio y una reducción de peso, puede contribuir eficazmente a que el proceso se detenga y el paciente pueda recuperarse por completo.

En la fase II puede contribuir a que la prótesis se aplase unos años y a dar mejor calidad de vida al paciente.

En la fase III la prótesis será inevitable, pero el paciente llegará a quirófano en mejores condiciones por el acondicionamiento muscular y el aprendizaje de ejercicios.

CONCLUSIONES

La fisioterapia en atención geriátrica debe tener las siguientes cualidades: precoz, discontinua, personalizada, prolongada, no segregativa, buscando cooperación y confianza, y la funcionalidad primará sobre el tratamiento analítico.

El tratamiento fisioterápico y la actividad física terapéutica serán preventivos, paliativos y recuperadores. Es un acto profesional sanitario, se parte de un diagnóstico médico, preferentemente realizado por un geriatra o rehabilitador, a partir del cual se hace una evaluación funcional, la elaboración del programa de tratamiento y la aplicación del mismo.

Dependiendo del arsenal terapéutico que tengamos a nuestra disposición, aplicaremos unas u otras técnicas, pero el tratamiento del dolor musculoesquelético en el paciente mayor se basa en cuatro puntos: corrección de las contracturas, corregir la postura, corregir las alteraciones de la marcha y prevenir las caídas.

BIBLIOGRAFÍA

González Mas R. Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona: Masson; 1995.

American Geriatrics Society Panel on Exercise and Osteoarthritis. Exercise Prescription for Older Adults with Osteoarthritis Pain: Consensus Practice Recommendations. 2001.

Herbert RD. Effective physiotherapy. Vol 323. 2001.

Marcus DA. Management of non-malignant chronic pain in older patients. *Clinical Geriatrics* 2004;12(6):26-32.

Delgado Ojeda MA. Fisioterapia en geriatría. Jaén: Formación Alcalá; 2004.