

Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Materia:
Medicina Física y De Rehabilitación

Trabajo:
Control de lectura “*Rehabilitación en pacientes con esclerosis múltiple*”

Docente:
Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Alumno:
Polet Viridiana Cruz Aguilar

Grupo: 5 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; diciembre del 2021

REHABILITACIÓN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para tratar la EM hay que tener una idea de lo que es. Es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, se caracteriza por la aparición de lesiones inflamatorias con destrucción de la mielina. Es la enfermedad neurológica más grave y frecuente en jóvenes adultos de Europa y Norteamérica y constituye una de las principales causas de invalidez para este grupo de edad. La prevalencia de la enfermedad en nuestro país oscila entre 50-60 casos por cada 100.000 habitantes, por lo que será una patología atendida con frecuencia en los servicios de rehabilitación neurológica. La EM tiene unas características específicas que deberemos tomar en cuenta en el tratamiento rehabilitador. Es una enfermedad progresiva con un curso fluctuante e imprevisible, que hasta la fecha no tiene un tratamiento curativo. Existe un potencial de recuperación espontánea, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad. Por lo tanto vamos a encontrar el efecto acumulativo de múltiples lesiones a diferentes niveles variables en cada paciente y momento evolutivo, que en su conjunto determinarán una multiplicidad de déficit que variarán el grado de discapacidad y minusvalía. Además, en algún caso la intervención terapéutica sobre un déficit podría empeorar otro. Es una patología con un enorme impacto en el paciente, en la familia y la sociedad, que afecta el estado emocional, las relaciones personales, el empleo y la interacción social. En neurorehabilitación, al igual que en todos los campos de la medicina, existe un creciente interés en demostrar la efectividad de los tratamientos efectuados. Si la demostración de la efectividad de la rehabilitación es complejo, en una patología como la EM en la que el mecanismo de discapacidad es multifactorial y las medidas utilizadas para su evaluación son en ocasiones inadecuadas, resultará una tarea

mucha más difícil. La evidencia de la efectividad de la neurorehabilitación en el tratamiento de la discapacidad resultante de otras enfermedades neurológicas como el accidente vascular cerebral está bien demostrada.

El objetivo de este trabajo es afectar en primer lugar una revisión del tratamiento rehabilitador y de las escalas de evaluación de la EM, y en segundo lugar, de los estudios clínicos que evalúan la efectividad del tratamiento rehabilitador y de los síntomas más frecuentes.

Tratamiento Rehabilitador y Escalas de Evaluación

La EM produce una diversidad de déficit que, mediante su interacción producen un complejo patrón de discapacidad, que en la mayoría de los pacientes es progresiva.

Globalmente los objetivos terapéuticos en esta enfermedad serán mejorar los episodios agudos, frenar la progresión de la enfermedad, serán mejorar y el tratamiento de los síntomas y las complicaciones.

Integrado y coordinado con todos los tratamientos debemos situar a tratamiento rehabilitador, entendiendo la rehabilitación como un proceso en el que, mediante la utilización combinada y coordinada de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, ayudamos a individuos discapacitados a conseguir su máximo nivel de funcionalidad y a integrarse a la sociedad, mejorando así su calidad de vida.

El tratamiento rehabilitador se centrará en las consecuencias de la enfermedad más que en el diagnóstico médico y el objetivo fundamental será prevenir y reducir la discapacidades y minusvalías, aun que en algunas ocasiones también puede minimizar los déficit.

El tratamiento será individualizado e integrado dentro de un equipo multidisciplinario, por lo que deben afectarse

Intervenciones terapéuticas en diversas acciones con objetivos diferentes de la evolución de esta patología.

Las estrategias que podemos utilizar son las siguientes:

- Prevenir déficit secundarios, como pueden ser las contracturas de articulaciones derivadas de la espasticidad.
- Enseñar nuevas habilidades para que el paciente pueda mantener una determinada función, mediante la potenciación de los sistemas sanos o la capacidad funcional de los sistemas afectados.
- Compensar con ayudas técnicas funciones que no se pueden recibir.
- Instruir a una 3ra persona para que realice un manejo correcto del paciente cuando ya sea imposible efectuar determinadas actividades, siempre estimulando al paciente para mantener la máxima autonomía.
- Modificar el entorno social y laboral.
- Técnicas psicológicas de educación y soporte al paciente, a la familia y a los cuidadores.

La Múltiple Sclerosis Funcional (Composite) (MSFC) es una escala desnormalizada más recientemente, que da una medida de evolución clínica y es más sensible. Su cuantificación se basa en la determinación de tres medidas clínicas: • La función de las extremidades superiores (mediante el Nine Hole Peg Test) que mide a tiempo que tarda el paciente en poner nueve pautas dentro de sus 9 agujeros y sacarlos, • la función de las extremidades inferiores y marcha (valorada como el tiempo en caminar 25 pies / 7.62 mts) y • la función cognitiva (valorada mediante el PASAT a los 3 minutos).

Para tener una valoración global del paciente, además de valorar el déficit, la discapacidad y la minusvalía será muy importante la obtención de datos sobre su calidad de vida; dos de los cuestionarios más utilizados son el SF-36, que se ha validado para la EM y el Multiple Sclerosis Quality of Life desnormalizado a partir de lo anterior.

Tratamiento sintomático

> Fatiga/intolerancia al calor

La fatiga se define como la falta subjetiva de energía física y/o mental percibida por el paciente o cuidador, que se interfiere en el desarrollo de sus actividades habituales. Todos los individuos con ETI van a experimentar fatiga. Debe diferenciarse de la depresión, con la cual puede coexistir en algunos casos. Dentro del tratamiento farmacológico: Amantudina se ha demostrado efectiva en dosis de 200mg/día y en general es bien tolerada.

> Espasticidad

Puede ser leve y compensar en parte la alteración funcional ocasionada por el déficit motor, en casos más graves podrá agravar la discapacidad en la movilidad, ser responsable del dolor e incrementar la pérdida funcional. El tratamiento incluirá estrategias de fisioterapia y terapias farmacológicas. Un exceso de tratamiento fisioterapéutico incluye la movilización articular pasiva, asistida o libre (según el grado de disfunción neurológica) para prevenir contracturas articulares, gérmenes de estiramiento y posturas inhibitorias. Dentro del tratamiento farmacológico por lo usual disponemos del ibuprofeno, que es el fármaco más efectivo, se aconseja iniciar tratamiento con dosis baja de 5-10mg 18h e incrementar hasta alcanzar dosis máximas de 75-100mg/día.

> Ataxia

Responden débilmente a los tratamientos farmacológicos (Propofol, clonazepam, carbamacepina). El tratamiento fisioterapéutico incluye ejercicios de equilibrio y coordinación, colocación de lavas en las extremidades superiores o inferiores para estabilizarlas (con escasos resultados). Se centra en técnicas neuroquirúrgicas que podrían mejorar estas alteraciones, pero hay escasos estudios de estos.

Bibliografía

Terré Boliart, R. (2007). Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. *REVISTA DE NEUROLOGÍA*, 426-431.