

Esclerosis múltiple y kinesiterapia

R. Sultana, S. Mesure, V. Le Dafniet, P. Bardot, G. Heurley, M. Crucy

La especificidad de la kinesiterapia en la esclerosis múltiple (EM) se debe al «síndrome de fatiga invalidante» que presenta la mayoría de los pacientes. En consecuencia, una sesión demasiado intensa se vuelve nefasta muy pronto. El cansancio impone algunos límites, por lo que la rehabilitación activa debe centrarse en un número restringido de ejercicios funcionales, que se alternan con períodos de reposo. Para obtener una progresión, la preparación y las condiciones de práctica deben adaptarse a cada caso. Ante una espasticidad en extensión, el fortalecimiento de los flexores puede mejorar la calidad de la marcha. Por el contrario, si la discapacidad es más acentuada, para optimizar las transferencias de la cama a la silla de ruedas deben fortalecerse los extensores. El rehabilitador busca lo que facilita la motricidad del paciente y también lo que la inhibe. Esta búsqueda es muy necesaria porque el estado del paciente varía en función de la enfermedad, el momento del día, el grado de eficacia de la crioterapia y de otros factores que será conveniente descubrir. El kinesiterapeuta procede entonces no sólo por deducción lógica, sino también por ensayo y error. Una progresión cuantificada de ejercicios funcionales permite validar las opciones escogidas, mejorar la autonomía del paciente, su motivación, la calidad de vida, informarle acerca de los resultados y disminuir la desadaptación al esfuerzo. La rehabilitación activa sólo es eficaz fuera de los episodios evolutivos. Los métodos de tratamiento pasivo en decúbito supino se toleran bien en todas las fases de la afección (medidas contra los problemas ortopédicos, respiratorios, la espasticidad, los dolores, etc.). Por último, la acción psicológica del kinesiterapeuta es esencial para proporcionar motivación, ayuda, comprensión, presencia y buen humor.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Esclerosis múltiple; Kinesiterapia personalizada; Rehabilitación funcional; Cuantificación de los resultados; Fatiga invalidante; Desadaptación al esfuerzo; Crioterapia

Plan

■ Introducción	2	■ Tratamiento de las formas oligosintomáticas	10
■ Evaluación funcional	2	Programa de autorrehabilitación	10
Pacientes con una forma oligosintomática	2	Educación terapéutica	11
Pacientes con una lesión de gravedad intermedia	2	■ Kinesiterapia de las lesiones de gravedad intermedia	12
Pacientes con una lesión profunda	2	Control del cansancio y programa de conservación de la energía	12
■ Factores que limitan la actividad del paciente	2	Protocolo de «evaluación-tratamiento del equilibrio funcional»	12
Síndrome de fatiga invalidante de las EM	3	■ Tratamiento de las lesiones profundas	17
Síndrome piramidal y espasticidad	4	Reentrenamiento al esfuerzo	17
Espasticidad predominante sobre la triple extensión, con debilidad de la triple flexión	6	Rehabilitación de las actividades de la vida diaria	18
Espasticidad predominante sobre la triple flexión, con debilidad de la triple extensión	7	Instalaciones, ayudas técnicas y prótesis	18
Perturbaciones de la orden motora	8	Técnicas pasivas de enfermería en colaboración con otros participantes	19
Síndromes neurológicos sin problemas ortopédicos prioritarios	8	Actividades recreativas	19
Síndrome vestibular (vértigos y nistagmo)	9	■ Conclusión	19
Dolores y raquialgias	9		

■ Introducción

La evolución de la esclerosis múltiple (EM) es imprevisible y variable de un paciente a otro. Las manifestaciones clínicas progresan durante varios años e incluso pueden variar en una misma jornada.

En el transcurso de una sesión de rehabilitación, en comparación con otras afecciones que causan fatiga, el paciente se cansa más rápido con los ejercicios activos y se recupera más lentamente en los períodos de reposo y las sesiones de crioterapia. Al cabo de algunas sesiones, el kinesiterapeuta puede anticipar las reacciones del paciente con un margen de error cada vez más reducido.

Sin embargo, observar y conocer al paciente no es suficiente; también hay que instaurar un tratamiento eficaz.

En las publicaciones hay una gran cantidad de ejercicios diferentes para el tratamiento de la EM. Los objetivos principales no están claramente definidos y esto dificulta aún más la elección de una técnica.

Por esta razón, es esencial definir con claridad un simple objetivo principal: mejorar la independencia y la calidad de vida del paciente. La kinesiterapia se considera eficaz si se alcanza un objetivo apoyado en resultados cuantificados. La rehabilitación funcional cuantificada es indispensable e insoslayable (con abstracción de las otras técnicas agregadas) y representa la vía final común a todos los tratamientos.



Para alcanzar el objetivo, se proponen protocolos de rehabilitación simples y eficaces para las actividades funcionales principales que el kinesiterapeuta puede adaptar fácilmente al caso particular de cada paciente.

Este artículo se refiere únicamente a las evaluaciones y las técnicas de uso más utilizadas en la kinesiterapia diaria. Para más informaciones relacionadas con la enfermedad, las reseñas teóricas y la presentación general de todos los métodos (médico, ortofónico, ergoterapéutico, psiquiátrico, neuropsicológico, de medicina física y rehabilitación, tratamiento de trastornos sexuales, urinarios y del tránsito intestinal, readaptación socioprofesional), puede consultarse el artículo de Gallien et al sobre la esclerosis múltiple, también publicado en la EMC, Kinesiterapia-Medicina física-Readaptación [1].

■ Evaluación funcional

La escala funcional EDSS (*expanded disability status scale*) se conoce también como «escala de Kurtzke» [2]. Se utiliza en todo el mundo para evaluar las consecuencias de la EM sobre la autonomía del paciente. Constituye, pues, una referencia universal.

El kinesiterapeuta debe saber que esta evaluación funcional es válida para todos los pacientes a pesar de la variedad de los síntomas. Si éstos se agravan, este hecho va a expresarse en la evaluación funcional por un menoscabo de los resultados. Por el contrario, la mejora de los resultados funcionales, cuantificados según una puntuación determinada, es la prueba de una mejoría neurológica o de que el paciente controla mejor los síntomas, con abstracción de la naturaleza de las manifestaciones clínicas. Esta verificación justifica plenamente la rehabilitación básicamente funcional de estos pacientes.

La mayoría de las EM no se presenta con una evolución regular, continua e ineluctable, como se ve en las afecciones degenerativas hereditarias; al contrario, la evolución de la EM es aleatoria y difícilmente previsible. Algunas formas son oligosintomáticas hasta el fallecimiento del paciente por una causa ajena a la EM, otras no superan la fase de gravedad intermedia, etc.

Hay que advertir que, después de cada episodio (en las formas que evolucionan episódicamente), sobreviene una fase de recuperación espontánea que los charlatanes pueden aprovechar para justificar su acción.

En la experiencia de los autores de este artículo, la escala funcional EDSS puede dividirse de manera esquemática en tres partes, las cuales corresponden a distintos protocolos de rehabilitación.

Pacientes con una forma oligosintomática

0.0: sin manifestaciones funcionales o neurológicas.

1.0: sin manifestaciones funcionales, a pesar de la presencia de signos neurológicos mínimos.

2.0: molestia subjetiva (cansancio, trastornos visuales, urinarios, etc.), pero con total independencia durante el día.

3.0: dificultad para caminar, sin limitación del perímetro de marcha.

4.0: perímetro de marcha superior o igual a 500 metros, con marcha limitada en duración. Independencia funcional total conservada.

Pacientes con una lesión de gravedad intermedia

A pesar de la discapacidad, estos pacientes no dependen de otra persona para las actividades funcionales elementales.

4.5: perímetro de marcha sin ayuda técnica entre 300-500 metros. La independencia funcional sigue siendo posible durante todo el día, a pesar de una molestia moderada.

5.0: perímetro de marcha sin ayuda técnica entre 100-300 metros. La independencia funcional tiene una duración limitada.

5.5: perímetro de marcha sin ayuda técnica inferior a 100 metros. Reducción de la actividad funcional durante el día.

6.0: ayuda a la marcha (bastón, ortesis, ayuda técnica) con perímetro de marcha superior o igual a 100 metros.

6.5: ayuda a la marcha bilateral (dos bastones, andador, etc.). Perímetro de marcha entre 5-100 metros.

7.0: independencia para hacer las transferencias de la cama a la silla de ruedas. Independencia en una silla de ruedas manual (manejo hábil). Marcha inferior a 5 metros con ayuda técnica. Marcha en barras paralelas o sosteniéndose con los muebles.

Pacientes con una lesión profunda

Estos pacientes dependen de otra persona para una o varias actividades funcionales elementales. En especial, no pueden hacer solos las transferencias de la cama a la silla de ruedas.

7.5: transferencias de la cama a la silla de ruedas sin ayuda. Puede desplazarse solo en silla de ruedas manual, pero no durante todo el día.

8.0: no puede desplazarse en una silla de ruedas manual. Los miembros superiores pueden usarse para algunas acciones elementales: comer, hacer una parte de la higiene personal, etc. Advertencia: la mayoría de los pacientes de nivel 8.0 pueden conducir una silla de ruedas motorizada adaptada.

8.5: sólo puede efectuar algunas acciones elementales.

9.0: sólo puede hablar y tragar.

9.5: no puede hablar y se alimenta por sonda nasogástrica.

10.0: muerte a causa de la EM.

■ Factores que limitan la actividad del paciente

¿Cuál es la causa principal de la limitación del perímetro de marcha o de otra actividad física? ¿Es el cansancio que se hace cada vez más penoso? ¿Es la espasticidad que endurece los miembros y se exacerba

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2617389>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2617389>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)