

Descripción de pacientes que, por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores. www.siiic.com/tit/casiic.php

Rehabilitación de un paciente con discapacidad físico-motora causada por esclerosis múltiple

Rehabilitation of a patient with physical/motor disability caused by multiple sclerosis

Libak Abou

Kinesiólogo, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado e Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Ana Lidia,

Maestra en Psicología, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Acceda a este artículo en siicsalud	
	<p>Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)</p>
	<p> Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.</p> <p>www.siiic.com/dato/casiic.php/152831</p>



www.dx.doi.org/10.21840/siiic/152831

■ Introducción

La discapacidad en una persona se define como una limitación o ausencia (debido a la pérdida o la anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica causada por una enfermedad o daño) de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano.¹

Existen varias discapacidades de acuerdo con la función limitada, entre ellas, la discapacidad físico-motora. Se habla de esta discapacidad en las personas que presentan de forma transitoria o permanente alteraciones en su desempeño motor debido al deficiente funcionamiento del sistema osteomioarticular o del sistema nervioso que limitan en grados variables la realización de actividades propias de su grupo etario, y que pueden o no presentar agravantes de tipo sensorial o intelectual.¹ La discapacidad físico-motora es causada principalmente por: parálisis cerebral infantil o disfunción cerebral, ataxia, miopatía o distrofia muscular, espina bífida, luxación congénita de cadera, osteogénesis.

El caso seleccionado presenta discapacidad físico-motora causada por esclerosis múltiple. La esclerosis múltiple es una enfermedad consistente en la aparición de lesiones desmielinizantes, neurodegenerativas y crónicas del sistema nervioso central. Constituye la primera causa de discapacidad neurológica en los adultos jóvenes, con gran repercusión individual, familiar y sociolaboral en quien la padece.² Su causa sigue siendo difícil de dilucidar. Muchos investigadores creen que la esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema autoinmunitario en la que el cuerpo, mediante su sistema inmunitario, lanza un ataque defensivo contra sus propios tejidos. En este caso, la mielina aisladora de los nervios es sometida al ataque por el sistema inmunitario. Algunas poblaciones, como los

gitanos, los esquimales y los bantús, nunca contraen esclerosis múltiple. Los indios nativos de Norteamérica y Sudamérica, los japoneses y otros pueblos asiáticos tienen tasas de incidencia de esclerosis múltiple muy bajas. Generalmente los pacientes con esclerosis múltiple presentan: fatiga o astenia, pérdida de la masa muscular, debilidad muscular, descoordinación de los movimientos, disfagia, disartria, insuficiencia respiratoria, disfunción sexual, espasmos, fasciculaciones musculares, espasticidad, disnea o falta de aire, problemas de visión y cognoscitivos.³

■ Caso clínico

Paciente de 39 años de raza blanca, de sexo masculino. Albañil de profesión, residente en zona urbana, sin antecedentes patológicos familiares.

Diagnóstico presuntivo: esclerosis múltiple. Antecedentes patológicos personales: paciente con hipercolesterolemia y fumador de 30 cigarrillos al día. Consultó inicialmente por mareos, con sensación de inestabilidad, de dos años de evolución. En los últimos meses, los mareos habían empeorado, llegando a dificultar su actividad laboral. La inestabilidad surgía sobre todo con la deambulación, no aparecía al levantarse, ni empeoraba con los movimientos cefálicos, no refería sensación de giro de objetos. Presentaba estrés laboral, insomnio, cierto grado de astenia y en alguna ocasión había notado temblor en la mano derecha. Había sido valorado por oftalmología un mes antes, sin que se encontrara enfermedad visual. Se solicitó electrocardiograma y analítica (hemograma, coagulación y bioquímica básica, perfil hepático, TSH y T4 libre), que fueron normales. El paciente acudió 15 días después a la consulta. Persistía la sensación de inestabilidad con la deambulación y además había comenzado con hipoestesia y sensación de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Seguía notando, también, temblor en la mano derecha.

Un mes después el paciente fue valorado en la consulta de Neurología. Había notado cierto empeoramiento clínico, ason la asociación de diplopía horizontal binocular, sobre todo al final del día. En la exploración neurológica destacaba diplopía binocular en todas las direcciones de la mirada, el resto de la exploración resultó similar a la realizada inicialmente en atención primaria. Se solicitaron pruebas complementarias y se citó al paciente un mes después. En la resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral se visualizaban múltiples lesiones en la sustancia blanca supratentorial e infratentorial, inespecíficas, en probable relación con una enfermedad desmielinizante. En la RMN de la columna vertebral también presentaba posibles lesiones desmielinizantes en la región cervical y del

tronco. Se realizó además punción lumbar que mostró líquido claro con presión de apertura de 80 mm H₂O. El paciente mostraba empeoramiento de todos los síntomas: visuales, inestabilidad, dificultades mnemónicas, disfunción eréctil. También había comenzado con incontinencia y disartria progresivas. Se estableció finalmente el diagnóstico de esclerosis múltiple de evolución monofásica.

■ Caracterización psicológica del paciente

Luego del diagnóstico se remitió al paciente a la rehabilitación, donde observamos que presenta alteraciones de la percepción visual, que empeoraba con el paso del tiempo, por lo que el sujeto se muestra irritable y de mal humor durante el tratamiento y se le dificulta la realización de movimientos de coordinación como los ejercicios de Frenkel que le fueron indicados.⁴

Debido a que el paciente presenta dificultades mnemónicas le cuesta seguir las instrucciones dadas por el rehabilitador en la realización de los ejercicios, e incluso a veces se niega a cooperar con el tratamiento porque para él cada vez tiene que repetir lo mismo.⁴

En cuanto al lenguaje, la disartria progresiva limita la comunicación del enfermo con su entorno, sólo se comunica con el familiar que le acompaña al tratamiento, que puede ser su esposa, su madre o su primo. Debido a que se pone agresivo cuando el rehabilitador intenta conversar con él, para la realización de los ejercicios el rehabilitador explica los ejercicios a su acompañante y éste luego se lo explica al paciente.⁴

Sólo se logra la atención del paciente cuando el acompañante se comunica con él. En el caso contrario, se muestra distraído.

En lo referente a los aspectos motivacionales afectivos, desde que los síntomas empezaron a empeorar, el paciente se muestra hostil, de mal humor, alejándose emocionalmente de sus amigos, se encuentra encerrado en su habitación casi todo el día y siempre pensativo. Tiene la autoestima baja porque expresa que quiere volver a su trabajo junto con sus compañeros y compartir con sus amigos. Además cree que es inferior a los demás hombres por su disfunción eréctil y la incontinencia.⁵

■ Caracterización psicológica de la familia

El paciente vive con su esposa y sus dos hijas, desde la aparición de los síntomas, su madre y su primo se trasladaron a la ciudad a ayudar a la familia a cuidar a las niñas y acompañar el paciente a las sesiones de rehabilitación, ya que su esposa es maestra en una escuela primaria y tiene que ir a trabajar. La esposa revela en una entrevista que al principio le costaba ver a su esposo en ese estado, sobre todo por su escasa comunicación y las alteraciones que presenta. Se deprimía a veces y a las niñas se las notaba tristes al ver a su padre en ese estado. También añade que el ambiente en la casa era desagradable

y que a veces ni se hablaban en todo el día, además de que el paciente permanecía encerrado. Al llegar visitas a la casa, el enfermo no salía, ya que su aspecto le daba pena y su lenguaje no le permitía una buena comunicación.

Desde que empezó la rehabilitación, mediante la observación y la entrevista, el técnico identificó las reacciones psicológicas que se manifiestan en el paciente y en la familia, y se lo orientó a una psicoterapia familiar y se explicó al familiar que el paciente necesitaba apoyo psicológico, sobre todo de las personas más cercanas a él; se dio una explicación exhaustiva acerca de en qué consiste el tratamiento rehabilitador y la recuperación que se espera si el paciente coopera adecuadamente. A partir de ese momento el paciente se muestra alegre y participativo, en su casa hay un ambiente adecuado, todos lo apoyan, recibe visitas de sus amigos y comparten con él, lo que lo hace muy feliz. Sabe que quizá no recupere todas las funciones alteradas pero que puede mejorar bastante su cuadro y tener una vida normal como los demás.

■ Conclusiones

De forma general podemos decir que los síntomas que presenta el paciente se pueden controlar y, por ello, es muy importante su cooperación y la de su familia, como apoyo principal, y de los amigos, como añadidos. Estos esfuerzos, unidos a las acciones del equipo interdisciplinario que atiende al paciente contribuyen al mejor desempeño de éste y a su mejor integración a la sociedad, con un mínimo de impedimento y la menor dependencia posible, que es el objetivo principal de la rehabilitación.

■ Recomendaciones

A la familia:

- Apoyar emocionalmente al paciente, que no se sienta solo ni aislado.

- Tratar siempre de comunicarse con él, a pesar de sus dificultades en el lenguaje, conversando de temas de interés para el paciente. Por ejemplo, si le gusta el fútbol, hablarle sobre su equipo, jugadores favoritos, etcétera.

- Informarse sobre la gestión de apoyo que puede recibir por parte de los psicólogos u otros especialistas.

- Acompañarlo al tratamiento ayudándolo a lograr poco a poco su independencia.

- Tener conocimiento de los síntomas que puede presentar el paciente y el grado de complicaciones que pueden traer asociadas.

Al psicólogo:

- Trabajar en la dinámica familiar para ayudar a enfrentar de la mejor manera posible la discapacidad de este miembro de la familia y así lograr un ambiente adecuado en el hogar para el paciente.

- Preparar a la familia en la gestión del apoyo que requiere por parte de algunas instituciones y organizaciones sociales.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2017
www.siic.salud.com

Bibliografía

1. Salazar Scheifler MJ. Mareo y vértigo. En: Guía de actuación en atención primaria. 3a. ed. Semfyc ediciones: Barcelona, 2006.
2. De Sá J. Epidemiología de la esclerosis múltiple en Portugal y España. Rev Neurol 51:387-92, 2010.
3. González C, López MJ, Rivas MJ, Martínez F. Guía sobre esclerosis múltiple. Fisterra.com, atención primaria en la red [sede

web]. La Coruña: Fisterra.com; 2007 [acceso 6 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/fisterra/>.

4. García MT, Arias G. Psicología especial, tomo 3, Editorial Félix Varela, La Habana, 2007.

5. Rodríguez de Mingo E, Martín Peña N. Article in press, Medicina de Familia, Semergen, Madrid, 2011.

Información relevante

Rehabilitación de un paciente con discapacidad físico-motora causada por esclerosis múltiple



Libak Abou. Graduado en Rehabilitación en Salud, Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos (2009 - 2014), Cienfuegos, Cuba. Maestro en Fisioterapia, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Desarrolló actividades de investigación en Fisioterapia Neurológica con Lesión Medular como foco principal en la línea de investigación Fisioterapia Neurofuncional: Mecanismos Neurobiológicos, Evaluación e Intervención en Adultos / Ancianos. Integrante del Laboratorio de Investigación Experimental (LAPEX)



Respecto al autor

Respecto al artículo

Este trabajo pone de manifiesto la importancia de la psicología de rehabilitación mediante el papel de la familia durante el proceso de rehabilitación de un paciente con una discapacidad físico-motora causada por esclerosis múltiple. Se destaca la cooperación del paciente y el apoyo familiar, unidos a las acciones del equipo multidisciplinario, que contribuyen al mejor desempeño de éste y a su mejor integración a la sociedad con la máxima independencia posible, objetivo principal de la rehabilitación.

El autor pregunta

En los servicios de fisioterapia y rehabilitación, la independencia funcional de los pacientes atendidos es el objetivo final perseguido durante el tratamiento. El alcance de este objetivo incluye la aplicación efectiva de técnicas específicas y también debe tomar en consideración otros factores, como la psicología de rehabilitación, que estudia las bases de disfuncionamiento interno del paciente y su alrededor, incluyendo la familia.

¿Qué aspectos de evaluación debe incluir la rehabilitación física efectiva de un paciente con esclerosis múltiple?

- A** Examen físico y motor.
- B** Examen específico de las disfunciones.
- C** Evaluación del entorno familiar.
- D** Evaluación integral psíquica, física y motora del paciente.
- E** Palpación, percusión de estructuras afectadas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/152831

Palabras clave

psicología médica, esclerosis múltiple, medicina física y rehabilitación, fisioterapia, relaciones familiares

Key words

multiple sclerosis, physical therapy modalities, physical and rehabilitation medicine, psychology medical, family relation

Lista de abreviaturas y siglas

RMN, resonancia magnética nuclear.

Cómo citar

Libak A, Lidia A. Rehabilitación de un paciente con discapacidad físico-motora causada por esclerosis múltiple. *Salud i Ciencia* 22(6):556-8, Ago-Sep 2017.

How to cite

*Libak A, Lidia A. Rehabilitation of a patient with physical/ motor disability caused by multiple sclerosis. *Salud i Ciencia* 22(6):556-8, Ago-Sep 2017.*

Orientación

Diagnóstico

Conexiones temáticas

Atención Primaria, Educación Médica, Fisiatría, Kinesiología, Medicina Familiar