

Abordaje de la esclerosis múltiple desde la atención primaria

S. Vinas Diz. *Profesora Ayudante del Departamento de Fisioterapia. Universidad de A Coruña*

A. Martínez Rodríguez. *Profesora Ayudante del Departamento de Fisioterapia.*

Universidad de A Coruña

S. Martínez Bustelo. *Profesora Ayudante del Departamento de Fisioterapia.*

Universidad de A Coruña

I. Raposo Vidal. *Profesora Titular Interina del Departamento de Fisioterapia.*

Universidad de A Coruña

R. Fernández Cervantes. *Profesor Titular Numerario del Departamento de Fisioterapia.*

Universidad de A Coruña

RESUMEN

En la actualidad son numerosos los casos, en los que pacientes diagnosticados de esclerosis múltiple (EM) son dados de alta pasada la fase aguda, sin que la mayoría de las veces se le haga un seguimiento. Por ello, siendo esta enfermedad crónica y viendo que el actual sistema sanitario no puede dar respuesta de por vida a estas enfermedades, consideramos oportuno buscar otras alternativas de tratamiento. Con tal fin, la E.U. de Fisioterapia de La Coruña y la Asociación Corunesa de Esclerosis Múltiple (ACEM) han puesto en marcha un programa de voluntariado de tratamiento a domicilio, dirigido a estas personas, para mejorar su calidad de vida.

En primer lugar se muestra la naturaleza de este programa y se analiza en qué consiste la EM. Ello supone las bases de la justificación del abordaje fisioterapéutico de la EM en el primer nivel asistencial (AP), mediante tratamiento ambulatorio y domiciliario, además de llevar a cabo un programa de educación para la salud, dirigido a la familia y a la comunidad.

Palabras clave: Esclerosis múltiple, Fisioterapia, atención primaria.

ABSTRACT

Nowadays, there are a lot of cases concerning to patients of Multiple Sclerosis, which are discharged from hospital after the acute phase, with out a follow-up any more.

As this is a chronic pathology and the national Health System is not able to attend these patients for life, we have considered to look for another alternative, to treat them. For this reason, the Faculty of Physiotherapy in A Coruña and the Multiple Sclerosis Association from A Coruña, have started a voluntary programme to treat these patients at home, in order to improve their quality of life.

Firstly, it is explained what kind of programme is going to be showed, and what it is related to multiple Sclerosis. This is the main justification to propose a physiotherapist treatment at home and in the state health-service hospital, besides to carry out a health education programme to the family and to the community.

Key Words: Multiple Sclerosis, Physiotherapy, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

La iniciativa de nuestro trabajo surge de la puesta en marcha de un programa de voluntariado, en el cual participan alumnos de tercer curso de la Diplomatura en Fisioterapia de la Universidad de A Coruña, realizando atención domiciliaria a pacientes con esclerosis múltiple (EM). Este programa es fruto de la colaboración entre la E.U. de Fisioterapia de La Coruña y la Asociación Corunesa de Esclerosis Múltiple (ACEM).

Dicho programa está guiado por profesionales expertos en el tema, pertenecientes a ambas instituciones: una profesora/fisioterapeuta del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de A Coruña y la fisioterapeuta de la Asociación Corunesa de Esclerosis Múltiple. Ambos profesionales guían y tutorizan a los alumnos en su labor de tratamiento de fisioterapia a domicilio (2 horas semanales/paciente), dirigido a personas diagnosticados de EM.

Atendiendo a las características de este programa y a los resultados obtenidos, proponemos que estos pacientes sean abordados desde el primer nivel asistencial (AP), no solo en régimen ambulatorio, sino también mediante una atención domiciliaria, que permitiría al mismo tiempo llevar a cabo un programa de capacitación y formación dirigido a sus familiares o cuidadores.

OBJETIVOS

1. Definir y analizar en qué consiste la esclerosis múltiple.
2. Justificar el abordaje de la esclerosis múltiple desde la atención primaria.
3. Definir las funciones y actividades del fisioterapeuta en el abordaje de dicho proceso desde la atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Datos obtenidos del programa de voluntariado llevado a cabo por profesores y alumnos de tercer curso de la Diplomatura en Fisioterapia de la Universidad de A Coruña y la Asociación Corunesa de Esclerosis Múltiple.
2. Revisión bibliográfica

RESULTADOS

DEFINIR Y ANALIZAR EN QUÉ CONSISTE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Definición y anatomía patológica de la EM [1]

La E.M es una enfermedad desmielinizante crónica del SNC en la que se producen lesiones diseminadas en la sustancia blanca, denominadas placas y caracterizadas por la destrucción de las vainas de mielina, quedando conservados sus axones.

Su diagnóstico es clínico y por exclusión de otras alteraciones. Ningún estudio complementario aporta datos específicos. Su pronóstico es muy variable y difícil de predecir.

Etiopatogenia de la EM [2]

Es de etiología desconocida. Parece ser una enfermedad producida por un agente exógeno, aún no identificado, que actúa sobre un individuo genéticamente susceptible, provocando una alteración del mecanismo inmunológico, siendo esta la causa de la desmielinización. Por lo tanto, es preciso la confluencia de dos factores: el factor genético y el factor ambiental.

Factor genético

El riesgo de presentar la enfermedad es relativo, pasa de 0,1% en la población general, al 2,5% para los hijos o el 3% para un hermano de un afectado, aunque es una predisposición y no una herencia genética. Un 26% de los gemelos homocigóticos de un afectado desarrollan EM frente a un 3% de los gemelos dicigóticos. Se ha estudiado la relación que existe entre ciertos antígenos (HLA) y la enfermedad de EM, y no se ha encontrado un patrón hereditario definido; puede tratarse de una herencia poligénica, pero la influencia genética es insuficiente por sí sola para desarrollar la EM.

Factor ambiental

Ciertos estudios confirman la existencia de un factor etiológico ambiental. Pero a pesar de dichos indicios no existen pruebas irrefutables del origen vírico de la enfermedad.

Epidemiología de la EM [2]

La frecuencia de aparición de la EM varía uniformemente con la latitud. Por ejemplo, es menos frecuente en Asia y África que en Europa y América, en cuyas zonas norte se dan las mayores tasas de incidencia. Se han encontrado cifras y una prevalencia muy elevada de padecer la EM en islas y archipiélagos, por ejemplo, Escocia, siendo esta prevalencia mayor que la existencia en los continentes.

Con respecto al sexo, afecta más a las mujeres, en una proporción de 3/2. Hasta hace poco tiempo se consideraba que España era un área de baja frecuencia, pero recientes estudios han demostrado que nuestro país se

sitúa en las zonas de frecuencia media-alta, con una prevalencia, como mínimo de 25-60 casos/100.000 habitantes.

Evoluciona de forma:

- Remitente en el 85% de los casos, de los que, a los 10 años de evolución, en un 50%, adopta una forma progresiva.
- Progresiva en el 15% de los casos.

Manifestaciones clínicas de la EM [3]

Estamos ante una enfermedad polimorfa, donde es muy difícil predecir cuáles van a ser las manifestaciones clínicas con las que va a cursar. Los síntomas difieren de un paciente a otro pero, en líneas generales, son los siguientes:

- Alteraciones sensitivas.
- Deficit motor; se va perdiendo progresivamente la independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria.
- Trastornos de la coordinación y el equilibrio.
- Fatiga.
- Trastornos visuales.
- Trastornos psicológicos; ansiedad, autoestima baja, depresiones...
- Trastornos esfinterianos y sexuales.

JUSTIFICAR EL ABORDAJE DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

En la actualidad, el sistema tradicional, tal como está planteado no puede dar respuesta de por vida a patologías crónicas. La EM es tratada a nivel hospitalario solamente en fase aguda. Una vez pasado este estadio, el paciente es dado de alta sin que en la mayoría

de los casos se le haga un seguimiento [7].

Ante esta situación la E.U. de Fisioterapia de La Coruña y la Asociación Corunesa de Esclerosis Múltiple pusieron en marcha un programa de atención domiciliaria en el curso 95-96, aún vigente, en el cual los alumnos de tercer curso de la Diplomatura en Fisioterapia se desplazan a los domicilios de los pacientes diagnosticados de EM (socios de la Asociación Corunesa de EM y residentes en La Coruña ciudad y alrededores), dedicando una atención de 2 horas semanales por paciente.

Inicialmente, dentro de este programa, se realiza una valoración del paciente desde la Fisioterapia, Nevada a cabo por profesores y alumnos, con el fin de definir los objetivos y pautar el tratamiento.

Con este programa, además de unos resultados terapéuticos satisfactorios, se ha obtenido una gran implicación de la familia en todo el proceso (una vez puesto en marcha el programa, la mayoría de las familias cooperan más activamente en el mantenimiento y recuperación de su familiar afectado, tienen recursos para saber actuar en cada momento). Esta perspectiva coincide con la filosofía de la atención primaria, por lo que consideramos justificado el abordaje de estas patologías desde el primer nivel asistencial. Dicho abordaje se podrá realizar tanto en el Centro de Salud como en el domicilio del paciente, incidiendo en ambos casos en aspectos educativos con el fin de proporcionar a la familia los conocimientos y habilidades necesarios para la atención de la persona enferma.

DEFINIR LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL FISIOTERAPEUTA EN EL ABORDAJE DE DICHA ENFERMEDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Entre las funciones y actividades que desarrolla el fisioterapeuta en el primer nivel de

salud, se puede mencionar las siguientes [4,5]:

En régimen ambulatorio

El fisioterapeuta debe realizar las mismas tareas que para cualquier otra patología:

- valoración del estado del paciente,
- planteamiento de objetivos,
- aplicación de técnicas y métodos de tratamiento (en función de los objetivos planteados y atendiendo a la prioridad de los mismos),
- desarrollo de un programa de educación para la salud, dirigido tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores.

En régimen domiciliario

Al igual que en régimen ambulatorio, el fisioterapeuta debe realizar:

- en primer lugar, una valoración que, en este caso, no solo se centrará en el paciente, sino que también abarcará una valoración del entorno para poder observar si influye positivamente o no en la calidad del tratamiento y una valoración de la familia para analizar aspectos como quien está a cargo del paciente con EM, de qué tipo de recursos dispone la familia, motivación de la familia, nivel cultural de la misma...). No debemos olvidar que el enfermo vive en su casa y con su familia y es aquí donde debe sentirse útil.
- Una vez realizada la valoración, el fisioterapeuta debe plantear unos objetivos que irán orientados al paciente y a su familia. Los objetivos orientados al paciente se determinan en función de la sintomatología manifiesta y los objetivos orientados a la familia se fundamentan en que, en todo

momento, los familiares a cargo del paciente sepan cómo actuar para garantizar la mejor calidad de vida al enfermo.

- A la hora de plantear el tratamiento, el fisioterapeuta deberá hacer una elección de las técnicas y métodos de tratamiento que más se adapten al paciente y que, posteriormente, serán ejecutadas.

Frecuentemente, las técnicas de tratamiento se clasifican en función del síntoma que abordan, no existen técnicas estándar para el abordaje de los enfermos de EM, la tendencia actual es a emplear técnicas que, en un principio, fueron desarrolladas para otro tipo de patologías neurológicas y que, poco a poco, se van adaptando a cada paciente con EM, así las más utilizadas son [8-11]:

Ante la espasticidad

- Técnica de Bobath.
- Crioterapia o hidrocrioterapia.
- Masoterapia.
- Ejercicios en piscina terapéutica.
- Técnicas de relajación.
- Estiramientos pasivos.
- Cinesiterapia
- Utilización de las diagonales de Kabat.

Ante paresia o parálisis

- Método Vojta.
- Masaje.
- Movilizaciones pasivas.
- Técnica de Bobath.

Ante la ataxia e incoordinación

- Kabat.
- Equinoterapia, a través de la cual no solo se persigue un fin terapéutico, sino que también se utiliza como una actividad lu-

dica y relajante. Se trata de una actividad aún poco implantada debido a la cantidad de recursos materiales y humanos que precisa.

- Ejercicios de relajación.
- Trabajo del equilibrio.

Ante las alteraciones de la sensibilidad

- Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva.
- Cinesiterapia pasiva y activo-asistida.
- Masoterapia.
- Técnicas de relajación.

Ante la fatiga

- Técnicas de relajación.
- Reeducción respiratoria.
- Ejercicios de resistencia
- Baños y duchas de agua fría, para evitar el aumento de la temperatura corporal.

No hay que olvidar que el fisioterapeuta además de desarrollar una labor asistencial también debe desarrollar una labor educativa dirigida al paciente, a la familia y la comunidad. El fisioterapeuta guía al paciente para la realización del autocuidado (el paciente debe ser lo más autosuficiente posible para llevar a cabo los diferentes cuidados que necesite); así como también enseñara a los familiares a realizar determinadas técnicas y maniobras (acciones de apoyo) no demasiado complejas, para facilitar el manejo del enfermo en su domicilio. Una vez que el programa de atención domiciliaria está en marcha, podría ser la familia quien llevase a cabo la mayor parte de la labor, pasando el fisioterapeuta a ser uno de los profesionales que guía, coopera e interactúa en la adaptación familia-enfermo, realizando evaluaciones periódicas y pautando objetivos y técnicas de actuación en función

de cada momento y circunstancia. Sin duda, la labor educativa llevada a cabo por el fisioterapeuta, enfocada a formar e informar a los pacientes y a su familia, es de gran importancia para un abordaje integral (global) e integrado (que el manejo se lleve a cabo adaptándose a las necesidades del enfermo y de su entorno) de la persona afectada.

De forma periódica, el fisioterapeuta debe realizar nuevas valoraciones para objetivar la evolución del paciente, así como para determinar si es necesario realizar readaptaciones en el tratamiento. Si esto fuese así, las modificaciones serían comunicadas y enseñadas a la familia y al paciente.

En la comunidad

Como hemos citado anteriormente, no debemos olvidar que el fisioterapeuta, conjuntamente con los miembros del equipo multidisciplinar, debe de llevar a cabo una labor de educación para la salud dirigida a la comunidad, a través de charlas, talleres de trabajo..., para dar a conocer esta enfermedad y facilitar la integración en la sociedad de las personas con este problema.

Además, el fisioterapeuta debe colaborar en la formación del personal sanitario especializado en el tratamiento de la EM, al mismo tiempo que debe llevar a cabo proyectos de investigación para mejorar la calidad de vida de estos pacientes [6].

CONCLUSIONES

Puesto que la esclerosis múltiple es una enfermedad crónica con un abordaje insuficiente dentro del sistema público, se hace imprescindible enseñar al paciente y a su familia

actividades de apoyo y técnicas no demasiado complejas, que retrasen la evolución sintomática y funcional de la enfermedad.

El rol del fisioterapeuta en el programa propuesto consiste en asumir la selección y coordinación funcional de las actividades y medidas que se llevarán a cabo.

La realización idónea de la labor educativa (educación para la salud dirigida a pacientes, familiares de éstos y a la comunidad) se debe realizar desde la atención primaria en colaboración con los restantes miembros del equipo multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Downie, P.: *Cash neurología para fisioterapeutas*. Buenos Aires: Edir. Medica Panamericana, 1989.
2. Scheinberg, L., Holland, N.: *Esclerosis múltiple*. Barcelona: Ed. Ancora, S.A, 1988.
3. Xhardez, Y.: *Vademecum de kinesiterapia y reeducación funcional*. Barcelona: Ed. El Ateneo, 1993.
4. DOGA 31/Agosto/1993. Decreto 200/de 29 de Julio, sobre la ordenación de la atención primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia.
5. Circular 4/91 sobre ordenación de actividades del fisioterapeuta de área en atención primaria.
6. Saiz, J.R.: *Abordaje fisioterápico de la esclerosis múltiple en atención primaria*. *Fisioterapia*, 23 (2): 53-59, 2001.
7. Baner, H.J., Seidel, D.: *Rehabilitation y seguimiento*. En: Baner, H.J., Seidel, D., eds. *Esclerosis múltiple. Manual Práctico*. Barcelona: Ed. Fundación Esclerosis Múltiple, 1996.
8. Fernández, J.M., Rodrigo, J.: *Esclerosis múltiple: protocolo fisioterápico de evaluación*

- y seguimiento. *Fisioterapia*, 17: 191-201, 1995.
9. Pelegrin, A.: Fisioterapia en esclerosis múltiple. Evaluación, tratamiento y resultados en 51 casos. *Fisioterapia y calidad de vida*, 4(2): 5-21, 2001.
 10. Miro, M.: Esclerosis múltiple para fisioterapeutas. Barcelona: Ed. Asociación Española de Esclerosis Múltiple, 1990.
 11. Pelegrin Molina, A., Gómez-Conesa, A.: Esclerosis múltiple: estado actual. *Fisioterapia*, 23 (3): 144-153, 2001.