

Tratamiento de la EM: la atención médica al paciente con EM; tratamiento de los brotes

Autor: Dr. Guillermo Izquierdo

Jefe de la Unidad de Esclerosis Múltiple del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla
Presidente del Consejo Médico de AEDEM-COCEMFE

Atención del paciente con EM

¿Quién es el médico de un paciente de EM? ¿Su médico de cabecera? ¿Su neurólogo? Sin duda ambos. Con frecuencia, el especialista se convierte en un segundo médico de cabecera, por no decir el primero, debido a que el médico de atención primaria tiende a inhibirse, por miedo quizás a no saber afrontar los problemas que pueden ocurrir en esta enfermedad. Sin embargo, aunque es cierto que el manejo de algunas complicaciones puede ser complejo, no es menos cierto que muchas veces lo que se plantean son problemas comunes, que no requieren la atención de un especialista. Por poner un ejemplo, para la mayoría de los neurólogos que atienden pacientes con EM es aceptable y habitual que se les consulte directamente, sin pasar por el médico de cabecera, cuando aparecen síntomas neurológicos nuevos que puedan suponer un brote; sin embargo, una infección urinaria es un problema que ocurre con cierta frecuencia en algunos pacientes con EM y que debería resolver su médico de atención primaria.

Indudablemente, todo enfermo con EM debe ser controlado periódicamente en un servicio de Neurología, y éste debe ser el centro de referencia de toda su atención médica. Un enfermo con EM es para un neurólogo un paciente para toda la vida con el que debe establecer una especial relación, en la que prevalecerán la confianza y la accesibilidad.

Por otro lado, es frecuente que en algún momento se requiera el concurso de otras especialidades como urología, rehabilitación, oftalmología, psiquiatría, etc. Los cuidados de enfermería son muy importantes, no sólo durante los ingresos, sino también en las fases avanzadas de la enfermedad, donde pueden aparecer complicaciones debidas a la inmovilidad, evitables si se toman las medidas adecuadas. En definitiva, la red de médicos y personal sanitario que, de forma habitual u ocasional, van a participar en la atención al paciente de EM parte de un eje central formado por un neurólogo y el médico de cabecera y desde ahí se proyecta hacia otras especialidades.

En algunos grandes centros hospitalarios se ha intentado dar un cuerpo estructural a este entramado, formando las denominadas Unidades de Esclerosis Múltiple, dependientes de los departamentos de neurología, donde no sólo se busca mejorar la atención médica del paciente sino atender sus necesidades sociales. La mayoría de ellas cuentan también con un equipo de investigadores, cuya labor se ve facilitada por la centralización de los pacientes, con un mejor acceso a ellos y más posibilidades de control de los tratamientos o de los ensayos clínicos. Este es un sistema organizativo óptimo para centros que atienden un gran volumen de pacientes, aunque obviamente no es posible su implantación en muchos de los hospitales de la red sanitaria.

En general, y a pesar de la masificación creciente, la asistencia médica especializada a los pacientes de EM se puede calificar en los centros del sistema público de salud de nuestro país. Quizá el punto más débil sean las escasas posibilidades de ofrecer tratamiento rehabilitador de forma periódica o continua a los enfermos. Aunque muchos pacientes no la requieren habitualmente, es un hecho demostrado que en enfermos crónicos y con secuelas la fisioterapia es una importante arma terapéutica, con beneficios tanto físicos como psicológicos.

Sin embargo, la mayoría de los servicios hospitalarios de rehabilitación están diseñados para

atender enfermos con procesos agudos durante un tiempo limitado y no pueden abarcar, por personal, espacio ni medios, una demanda como la que supondría dar un tratamiento crónico a los pacientes de EM que lo requieran. Por ello, es muy loable el esfuerzo que está realizando la Asociación Española de Esclerosis Múltiple por tratar de suplir esta carencia del sistema.

Ya que hablamos de la Asociación, terminaremos por decir que los pacientes con EM no sólo van a requerir una atención médica adecuada, sino que van a enfrentarse a otros muchos problemas de índole social que los médicos no podemos resolver: familiares, laborales, barreras arquitectónicas,... La labor en este sentido de las asociaciones de enfermos es fundamental, bien por su apoyo directo o por la presión social que puedan ejercer sobre los organismos responsables dentro del aparato estatal. El paciente con EM debe ser consciente de que su vida va a cambiar en mayor o menor medida a partir de conocer su diagnóstico y que debe estar preparado para afrontar nuevos retos. Ya que esto tiene que ser así, es preferible que se haga al abrigo de una asociación formada por un colectivo de personas con un objetivo común.

Tratamiento del brote agudo

Aunque muchos brotes se recuperan de forma espontánea, la práctica más extendida hoy en día es tratar los brotes con síntomas moderados o graves con corticoides. No está claramente demostrado que los corticoides sirvan para disminuir las secuelas que finalmente quedarán en el paciente como consecuencia del brote, pero sí es evidente, a través de diversos estudios y de la experiencia clínica acumulada, que acortan la duración total del brote.

La mayor parte de los especialistas optan por no tratar los brotes leves, considerando como tales los que se presentan como síntomas sensitivos referidos por el paciente pero sin cambios importantes en la exploración neurológica (por ejemplo, hormigueos o parestesias en un brazo pero sin pérdida de sensibilidad en esa extremidad). Algunos clínicos optan por administrar en estas situaciones corticoides por vía oral a dosis bajas (60 mg. de prednisona, por ejemplo), bajando paulatinamente la dosis tras unos días, pero esta práctica es de dudoso beneficio para los pacientes.

Cuando el paciente en brote tiene síntomas motores (pérdida de fuerza), una alteración importante de la sensibilidad apreciable en la exploración neurológica, alteraciones del equilibrio, datos de afectación del tronco del encéfalo (visión doble, vértigo, alteraciones del habla o la deglución), una neuritis óptica o cualquier otro síntoma grave neurológico, debe ser tratado con corticoides a dosis altas.

Los corticoides son un grupo de fármacos estrechamente emparentados con unas hormonas que existen de forma natural en nuestro organismo, como el cortisol, que se produce en las glándulas suprarrenales y cuya secreción aumenta, también de forma natural, ante cualquier situación de estrés. La razón fundamental para su uso en los brotes de EM es su efecto antiinflamatorio, aunque también tienen otras funciones, como la estabilización de la barrera hematoencefálica (es decir, la barrera formada por la pared de los vasos cerebrales), lo que reduce el paso de células inflamatorias desde el torrente sanguíneo hacia el tejido cerebral al hacerse menos permeable.

Existen diversas formas de administrar los corticoides a dosis altas. Los primeros ensayos se realizaron con una hormona, la corticotropina, cuyo efecto es el de incrementar la secreción de nuestros propios esteroides (cortisol y otros) por las glándulas suprarrenales. Esta hormona se administró por vía intramuscular durante un periodo de unas dos semanas, con una reducción progresiva de la dosis. Hoy en día, aunque no está claro que sea de un mayor beneficio en términos

de eficacia, la mayoría de los neurólogos utilizamos las denominadas megadosis de metilprednisolona, un glucocorticoide de acciones similares a las de nuestro cortisol. El fármaco se administra habitualmente a dosis de 1 gramo intravenoso al día, disuelto en suero, durante 3 a 5 días. En ocasiones, dependiendo de la situación clínica, el tratamiento puede prolongarse algunos días más. Algunos especialistas administran posteriormente el fármaco por vía oral, reduciendo progresivamente la dosis, durante unos 10 a 14 días; otros prefieren suspenderlo cuando finaliza el tratamiento intravenoso.

A pesar de la dosis tan espectacularmente alta que se utiliza (pensamos que, por ejemplo, el tratamiento de una reacción alérgica severa tan sólo requiere una dosis de metilprednisolona diez veces menor) el tratamiento es sorprendentemente bien tolerado, siendo los efectos adversos pocos y, en general, leves: enrojecimiento facial, hinchazón de tobillos, sabor metálico en la boca, malestar en el estómago, acné, elevación transitoria de la tensión arterial. Se han descrito algunos casos de alteraciones psiquiátricas, siendo lo más frecuente un estado de euforia inapropiado para la situación del paciente (se denomina estado maníaco o hipomaníaco). También han aparecido en ocasiones crisis epilépticas. Por ello, no es aconsejable su uso en pacientes con antecedentes de epilepsia o con síntomas psiquiátricos no controlados. También debe evitarse cuando existe fiebre (puede indicar la presencia de una bacteria en el organismo y los corticoides disminuirán nuestra capacidad de defensa frente a la infección) o una úlcera péptica activa (puede aumentar el riesgo de una hemorragia digestiva).

Durante la fase aguda del brote no suelen ser necesarios otros tratamientos, aunque pueden administrarse protectores gástricos y, a veces, sedantes de forma transitoria si existe una situación de gran angustia o estrés. Es recomendable guardar reposo hasta que no haya comenzado la mejoría espontánea de los síntomas y comenzar entonces la rehabilitación si fuera necesaria.

A veces ocurre que, una vez completado el tratamiento con corticoides, se produce un empeoramiento de los síntomas o la aparición de síntomas nuevos, es decir, una persistencia del brote. En estos casos puede volver a administrarse un nuevo ciclo de corticoides. Si los síntomas son graves y no mejoran tras administrar más de un ciclo, se recomienda el uso de la plasmaféresis.

Fuente: “Guía práctica sobre Esclerosis Múltiple” publicada por AEDEM.