

LA REHABILITACION DEL PARAPLEJICO TRAUMATICO

Dr. Hebert Cagnoli.

VII Congreso Uruguayo de Cirugía.

Diciembre de 1956

Se ha calculado que en la 2^a guerra mundial han habido de 2.000 a 2.500 parapléjicos por traumatismo raquímedular. La severidad de estas cifras adquiere carácter trágico si se recuerda que en la 1^a gran guerra, únicamente el 20 % de estos pacientes volvieron a los Estados Unidos, y de esos sólo el 10 % vivieron más de un año.

La dedicación a estos enfermos y la experiencia adquirida en su tratamiento modificaron esas oscuras cifras estadísticas.

La mortalidad que después de la 1^a guerra mundial era del 80 % se modifica después de la 2^a guerra en forma tal que en las distintas estadísticas de los Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña, oscila entre el 2 y el 8 %. La mejoría de estas cifras se debe no sólo al mejor conocimiento del paralizado sino fundamentalmente a razones de organización.

El parapléjico debe ser atendido en un servicio especializado donde se realice el tratamiento y la reeducación. Para ello es necesario estar organizado: el médico que trata al parapléjico debe conocer no sólo su cuadro clínico neurológico, su fisiopatología, su función urinaria trastornada, sus complicaciones y secuelas, sino que debe conocer en sus íntimos detalles los distintos pasos que debe seguir para lograr la rehabilitación del infortunado.

Debe estar auxiliado por fisioterapeutas compenetrados en el conocimiento del parapléjico en sus diversas dimensiones (fisiopatología, anatomía patológica, evolución, complicaciones, problemas médico - sociales), que dominen la técnica de la reeducación, sus reglas generales, sus mínimos detalles prácticos y que dediquen al enfermo atención y tiempo.

Nos parece innecesario insistir en la necesidad de tener la

colaboración dedicada de un eficiente servicio de enfermería.

La acción psicosomática del médico es en estos casos indiscutible. Hay que despertar la confianza del enfermo para poder penetrar en la personalidad que ha sido quebrada y el problema sexual que creo la enfermedad, en las condiciones económico-sociales que tenemos que conocer para poder transformar nuestro reeducado en un rehabilitado.

Pero el médico no sólo debe preparar psicológicamente al paciente y al familiar en la busqueda de la rehabilitación del paralizado, sino que debe estar preparado y convencido, él en primer término y todos aquellos que con él colaboran, que la reeducación "paga la pena", y que no se hace con el fin de aliviar el calvario que tiene el enfermo o de llenar la vanidad del éxito mediato, de ofrecerle cierta independencia en la vida diaria, sino en la proyección que tiene esta vibración al reintegrarlo no sólo a su hogar, sino también a la sociedad.

De ahí que es necesario organizarse para tratar al parapléjico, reeducarlo para su independencia física, y adaptarlo de acuerdo a sus posibilidades en un trabajo que no sólo lo haga útil para sí mismo, sino que lo reintegre a la sociedad.

EL BALANCE PARAPLEJICO:

Desde que el traumatizado medular llega a un servicio hospitalario, debe despertar en el espíritu de quien lo trata la idea que es un paralizado reeducable, física y psíquicamente, y desde el primer momento se le colocará en condiciones de prevenir las temidas complicaciones, haciendo la profilaxis de las éscaras, los trastornos urinarios y las actitudes viciosas.

Paralelamente se le estudiará realizando el balance de sus lesiones. En el término de la primera semana debe saberse si existe o no compresión medular, para indicar o desechar la laminectomía decompresiva.

La altura de la lesión nos orientará sobre las futuras posibilidades de la reeducación, pudiendo afirmarse que cuanto más baja es la lesión medular mayor es la posibilidad que se presenta para lograr una mejor rehabilitación.

En las lesiones cervicales no sólo se presentan paralizados los miembros inferiores sino también los superiores, lo que significa un serio inconveniente en la reeducación del paciente.

Las lesiones de la médula torácica tienen un carácter espástico que interfieren en las posibilidades reeducadoras, siendo a veces un factor que lleva a la pérdida de toda posibilidad terapéutica.

En cambio, las lesiones de la médula baja y de la cola de caballo nos ofrecen miembros inferiores flácidos y superiores intactos, encontrándonos así en las mejores condiciones para desarrollar nuestro plan reeducador. Pero debemos recordar al propósito del futuro de estos pacientes que cuando la lesión asienta en el

cono terminal y en las raíces de la cola de caballo, las conexiones de la vejiga y sus esfínteres con el sistema nervioso central se encuentran destruidas. Tendremos una vejiga atónica o retraída, que tiene solamente como posibilidad de función, el sistema autonómico intraparietal no llegando nunca a constituirse una vejiga refleja y en esa forma desgraciadamente no es posible la recuperación de la función vesical, quedando el paciente confinado a llevar una sonda en permanencia.

El balance muscular:

Es necesario apreciar la presencia de músculos cálidos que sean capaces de ofrecernos buenas posibilidades funcionales.

A diferencia de lo que sucede en la poliomielitis, un músculo presente pero que funcionalmente lo catalogamos de pobre es capaz, después de intensos ejercicios, de llegar a tener un valor vecino a lo normal.

Una buena musculatura abdominal es de gran importancia para la recuperación vesical e intestinal, y de gran valor en la función sexual. En muchos casos el gran dorsal es el único músculo que une el tronco a la pelvis, siendo entonces según la expresión de Guttman, “la verdadera providencia del parapléjico”.

La retracción muscular es capaz de impedir una buena función, y darnos actitudes viciosas obligándonos a veces a actuar quirúrgicamente.

La existencia de flexores de muslo le ofrecerán al paralizado mejores posibilidades para la marcha y para que pueda por sí mismo colocarse sus aparatos y vestirse.

Balance de la sensibilidad y del trofismo:

La sensibilidad superficial no sólo nos indica la altura de la lesión sino que nos hace recordar la posibilidad de las lesiones tróficas que pueden aparecer en esos territorios. Hay que hacer el balance de las lesiones ulcerativas tróficas, de su asiento, extensión y de su posible estado infectado.

Balance de la motilidad pasiva:

La importancia que significa el gozar de una completa motilidad pasiva se hace presente en la reeducación de la marcha, en la posibilidad de realizar la posición sentada y en poder ofrecerle a las miembros paralizados aparatos metálicos que el enfermo debe colocar por sí mismo.

La contractura hace variar el movimiento de acuerdo a la actitud de la articulación vecina llegando en algunos casos a ser de tal magnitud que obliga a la neurolysis para poder eliminar este elemento tan nefasto para la reeducación.

Una calcificación periarticular o del plano de deslizamiento muscular, es capaz de trastornar la función pasiva que es tan necesaria como ya lo hemos dicho. Su profilaxis, impidiendo las éscaras y la posibilidad de infección que a través de ellas puede realizarse y

en particular al traumatizar el miembro insensible por movilizaciones intempestivas es de tener muy en cuenta.

Balance del estado general:

Es de gran importancia el conocimiento del estado nutricional del parapléjico.

Se deben estudiar las proteínas plasmáticas, el hematocrito e instituirse dietas ricas en vitaminas ya naturales o sintéticas.

La vitalidad y resistencia de la piel y tejidos blandos están en relación con un buen estado general, y la profilaxis de las úlceras debe realizarse mejorando su estado general y localmente loccionando y masajeando la piel para mejorar las condiciones circulatorias y del trofismo, siendo de gran importancia evitar los apoyos continuados compresivos. movilizándolo al paciente cada hora.

Balance psíquico:

Debemos ganar la confianza del paciente y llegar a conocerlo psicológicamente. Estos pacientes pueden presentarse, según Guttman, en dos grandes formas:

1º Con desórdenes mentales orgánicos provocados por un estado toxi-infeccioso.

2º Con desórdenes mentales reaccionales.

El enfermo que es apático e inactivo, puede con su negativismo trastornar nuestro programa reeducador.

Debemos conocer su estado mental, saber de sus centros de interés, estimulándolos o creando nuevos.

A su alrededor debemos desarrollar una atmósfera de optimismo, no permitiendo que los demás le tengan compasión, ni tampoco que él viva de ilusiones que al verlas incumplidas puedan ser para él un fuerte golpe moral, sino que debemos mostrarle su norte que es la rehabilitación, su propia independencia y su liberación con el trabajo que lo devolverá a la sociedad.

LA REEDUCACION:

La reeducación significa un programa sistematizado y una instrucción competente y continuada.

Dos fundamentos gobiernan esta reeducación:

1) *en el sector paralizado:* evitar deformidades.

2) *en el sector sano:* ejercicios que lleven a la hipertrofia de la musculatura para que ésta pueda ser compensatoria.

Las distintas etapas de la reeducación, la técnica propiamente dicha, la vamos a exponer en una película que proyectaremos.

LA REHABILITACION:

Cuando nuestro paciente se encuentra reeducado, debemos buscar su rehabilitación por medio del trabajo.

Los servicios que se ocupan del parapléjico deberían tener una organización para desarrollar en talleres o en la misma cama la *terapia ocupacional* que si bien es una medida de entretenimiento

debe servir para orientar la futura vocación del parapléjico, siendo el primer paso de la rehabilitación el trabajo.

A su debido tiempo deberá hacerse el desarrollo de las condiciones vocacionales del paralizado, para llevarlo gradualmente a una tarea útil.

Durante el período reeducacional conviene formular el pronóstico profesional y juzgar si el enfermo podrá llegar a reintegrarse a su anterior ocupación o deberá realizar un cambio de actividad laboral.

En esta tarea los Poderes Públicos deberían intervenir para crear los llamados *Centros de formación*, que buscan ofrecerle al infortunado un “trabajo protegido”, ya a domicilio, ya en talleres u oficinas.

El desarrollo de la faz social, que tanta importancia tiene en la culminación de nuestros esfuerzos, será expuesta por el doctor Lorenzo.

Consideramos que sería de utilidad hacer una ponencia ante los Poderes Públicos como una aspiración de esta Seccional de Cirugía, la creación del Centro de Rehabilitación y la organización social que nos conduzca a darle al paralizado la orientación para que tenga el trabajo que sea capaz en unos casos de liberarlo económicamente y siempre moralmente.