

11. PÉRDIDA DE FUERZA Y CONDUCCIÓN

11. PÉRDIDA DE FUERZA Y CONDUCCIÓN

La pérdida de fuerza es un trastorno de la motilidad voluntaria que, si descartamos el origen osteoarticular y cutáneo, puede deberse a disfunción de la vía motora, de la unión neuromuscular o el músculo.

El estudio de la capacidad de conducción de estos pacientes se basa en encontrar el origen del problema, precisar las zonas del cuerpo afectadas y conocer el grado de compromiso motor.

LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

La alteración hemisférica produce paresia, y si la lesión es amplia, puede manifestarse dificultad para hablar (disfasia), hemianopsia homónima contralateral y desviación oculocefálica hacia el lado de la lesión.

Las lesiones en el tronco encefálico producen hemiparesias, tetraparesias y menos frecuentemente monoparesias de localización contralateral, pudiéndose afectar algunos pares craneales y asociar disminución del nivel de conciencia.

Las lesiones de la médula espinal provocan hemiparesias ipsilaterales, o bien tetraparesias en lesiones cervicales o paraparesias en las lesiones dorsales. Se pueden acompañar de espasticidad de los miembros y parestesias, que pueden comenzar en uno o ambos pies y van ascendiendo.

LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO

La lesión de las raíces produce debilidad de distribución segmentaria, con afectación de los músculos dependientes de dicha raíz. Las alteraciones sensoriales acompañantes siguen la distribución del dermatoma afectado.

Las lesiones de los plexos son similares a la afectación simultánea de varias raíces.

En los nervios periféricos se afectan las fibras motoras, sensitivas y autónomas. En las polineuropatías, la afectación es distal y simétrica, y en las mononeuropatías, de forma salpicada y asimétrica. Se asocian con frecuencia a enfermedades sistémicas como diabetes, alcoholismo, hepatopatía, enfermedades del colágeno, isquémicas, endocrinas, enfermedades tóxicas e infecciosas.

También ciertos medicamentos como amiodarona, vincristina, litio y cis-platino, entre otros, pueden producir neuropatía.

El síndrome de Guillain-Barré, o polirradiculoneuritis aguda inflamatoria, es una urgencia médica caracterizada por desmielinización de nervios y raíces. Se produce una debilidad rápidamente progresiva y simétrica de comienzo generalmente en los miembros inferiores, con arreflexia, y con frecuencia parestesias en zona distal. Los pares craneales se afectan en muchos casos. La mejoría es lenta y puede durar meses, quedando sin secuelas cerca de la mitad de los pacientes.



11. PÉRDIDA DE FUERZA Y CONDUCCIÓN

LESIONES DE LA UNIÓN NEUROMUSCULAR

Las enfermedades de la placa neuromotora producen pérdida de fuerza pura, sin alteraciones sensoriales.

Su rasgo fundamental es la fatiga excesiva en relación con el ejercicio. Los pacientes se encuentran peor por las tardes, y corren peligro si se afectan los músculos respiratorios.

La miastenia gravis puede afectar solamente a la musculatura del ojo, con ptosis palpebral y diplopía intermitente, o bien ser generalizada afectándose cualquier grupo muscular.

MIOPATÍAS

Se presentan como debilidad muscular progresiva, simétrica y de predominio proximal en cinturas escapular y pelviana.

A veces, se produce dolor, pérdida de masa muscular, y en fases avanzadas se evidencia atrofia muscular y pérdida de reflejos.

Hay ciertos medicamentos que producen miopatía o mialgia, como la anfotericina B, la cloroquina, el clofibrato, los glucocorticoides y los anticonceptivos orales.

Consejo sobre lesiones del sistema nervioso central

- ▶ La pérdida de fuerza y las alteraciones motoras impiden el adecuado control de los mandos del vehículo, por lo que no se debe conducir.
- ▶ Se desaconseja conducir hasta la resolución del cuadro clínico sin secuelas, y sin riesgo de recidiva de los síntomas.
- ▶ El especialista debe indicar en cada caso, dependiendo del tratamiento requerido para cada enfermedad, la capacidad del paciente para poder conducir, e informará de ello en cada revisión.
- ▶ Si quedan secuelas deben ser valoradas por su posible interferencia con la conducción y se informará de las mismas, así como de la posibilidad de recuperación en el tiempo.
- ▶ Las incapacidades permanentes pueden ser evaluadas con el informe del médico especialista, para intentar adaptar el vehículo al conductor y permitir la conducción con las restricciones que marca la ley para cada caso.

Consejo sobre lesiones del sistema nervioso periférico

- ▶ La pérdida de fuerza, las alteraciones sensitivas y las motoras impiden los movimientos para el adecuado control de los mandos del vehículo, por lo que no se puede conducir.
- ▶ Las limitaciones neurológicas o de los movimientos harán que el médico pueda desaconsejar la conducción.
- ▶ Mientras el paciente presente pérdida de fuerza y alteraciones sensitivas, con interferencia en la seguridad al volante, no puede conducir.
- ▶ Si la pérdida de fuerza se establece sólo en alguna zona del cuerpo, en algunos casos con el informe del especialista, puede adaptarse el vehículo para poder conducir con las restricciones oportunas.



11. PÉRDIDA DE FUERZA Y CONDUCCIÓN

- ▶ La descompresión quirúrgica de las raíces y plexos requiere un periodo posterior más o menos prolongado de recuperación funcional y de seguridad, en el que no se puede conducir hasta que el especialista informe favorablemente de ello.
- ▶ Después de la cirugía, queda a criterio médico el periodo de convalecencia para poder conducir sin limitaciones.
- ▶ El especialista debe indicar en cada caso, dependiendo del tratamiento requerido para cada enfermedad, la capacidad del paciente para poder conducir, e informará de ello en cada revisión.
- ▶ Si quedan secuelas deberán ser valoradas por su posible interferencia con la conducción y se informará de las mismas, así como de la posibilidad de recuperación en el tiempo.
- ▶ Las incapacidades permanentes pueden ser evaluadas con el informe del médico especialista, para intentar adaptar el vehículo al conductor y permitir la conducción con las restricciones que marca la ley para cada caso.
- ▶ En general, no se debe conducir hasta que la enfermedad haya remitido, y el paciente se encuentre sin síntomas que interfieran la conducción.

Consejo sobre lesiones de la unión neuromuscular

- ▶ Si el paciente tiene pérdida de fuerza, no puede conducir.
- ▶ Únicamente si los síntomas desaparecen con el tratamiento médico, se podrá conducir.
- ▶ El informe del especialista detallando la evolución clínica y los síntomas permitirá valorar adecuadamente la capacidad del paciente para conducir con seguridad.
- ▶ La afectación ocular con diplopía o ptosis palpebral con disminución del campo visual impide la conducción.
- ▶ Se recomienda a los pacientes con trastornos de la placa neuromotora y cansancio vespertino que si tienen que conducir, lo hagan por la mañana, que están más descansados, y en trayectos cortos.

Consejo sobre miopatías

- ▶ Son enfermedades crónicas e insidiosas que limitan mucho la conducción.
- ▶ Los pacientes con lentitud de movimientos y disminución de reflejos, que tienen limitada la capacidad de reacción ante un imprevisto, deben extremar su precaución y evitar conducir.
- ▶ No se puede conducir con pérdida de fuerza que interfiera en el control de los mandos y pedales del vehículo.
- ▶ Se debe tener en cuenta los efectos secundarios en los músculos que pueden tener algunos medicamentos, para que el paciente extreme su precaución al volante.
- ▶ La recuperación de la fuerza con el tratamiento permitirá volver a conducir si se tiene informe del especialista que así lo indique.

