

Los pacientes con lesión medular completa tienen menos del 10% de probabilidad de mejorar su escala funcional. En pacientes que preservan la función sensorial pero no la motora por debajo del nivel de la lesión, la probabilidad de mejorar su estado funcional es aproximadamente del 25%. Si se conserva parcialmente la función motora y sensitiva, la posibilidad de recuperación es del 50%.

MANEJO INICIAL

Del manejo inicial de estos pacientes en el sitio del accidente por parte de los paramédicos, depende un mejor pronóstico de recuperación y funcionalidad. La historia clínica, el examen físico y las imágenes como RX, TAC y RMN, ayudarán a reconocer la extensión del daño neurológico y estabilidad de la lesión, permitiendo orientar el manejo quirúrgico o medio oportuno de su lesión medular al igual que el manejo de lesiones asociadas que pueden empeorar su pronóstico y hasta comprometer su vida.

Es importante conocer las circunstancias del trauma, el mecanismo del mismo, el estado del paciente en el momento del trauma (ingesta de alcohol, drogas, alucinógenos), el compromiso neurológico inmediato, la forma del transporte y la evolución neurológica después del accidente.

Adicionalmente deberá evaluarse la posibilidad de traumatismo asociado: cerebral, torácico, abdominal, pélvico y/o extremidades, que puedan colocar en peligro la vida del paciente para intervenirlo tempranamente.

Después de descartarse y manejar otros traumatismos asociados, se practicará el examen neurológico que definirá el sitio de la lesión, la magnitud y clasificación del compromiso. El sitio del dolor nos ubicará el posible lugar de la lesión y el examen de la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos, los utilizaremos para la clasificación de la lesión. El tacto rectal para evaluar el reflejo bulbocavernoso o contracción brusca del esfínter anal estará presente aunque exista una lesión medular completa; únicamente desaparece durante el período de shock medular. La reaparición del reflejo indica que este ha finalizado y el grado de lesión es prácticamente definitivo, lo que suele ocurrir en las primeras 48 horas.

COMPLICACIONES

El TRM produce en el paciente cambios que pueden llevar a complicaciones que afectan su calidad de vida, como los numerosos gastos hospitalarios, complicaciones de salud como las úlceras por presión, disfunción de la vejiga, infecciones urinarias, espasticidad, complicaciones gastrointestinales, síndromes dolorosos, problemas cardiovasculares, pulmonares, disfunción sexual, osteoporosis, y complicaciones emocionales y psiquiátricas, entre otros.

ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Una úlcera en la piel se puede presentar si una persona es incapaz de moverse por más de dos horas. Se pueden presentar desde la hospitalización, son un indicador de la calidad de la atención, su prevalencia está entre 3%-14% y puede llegar a ser tan alta como 70%. Para prevenirlas se recomienda evaluar los factores de riesgo, educar al paciente y su familia en cuidados de la piel, un manejo adecuado de la incontinencia, movilizar manteniendo al paciente en una buena postura.

ESPASTICIDAD:

La espasticidad es un incremento de la resistencia al movimiento pasivo que resulta de la hiperactividad de los reflejos espinales y del tronco cerebral después de una lesión de la neurona motora superior, que se manifiesta con un tono muscular aumentado y músculos contraídos, lo cual interfiere con el movimiento voluntario.

La espasticidad está causada normalmente por daños en las zonas del cerebro o de la médula espinal que controlan la musculatura voluntaria. El tratamiento de la espasticidad es farmacológico y no farmacológico. En casos especiales puede requerir de una intervención quirúrgica.

DISREFLEXIA AUTONÓMICA:

Es un síndrome caracterizado por una exacerbada descarga autonómica, como respuesta a un estímulo visceral aferente en lesionados medulares por encima de T6. Puede ser desencadenado por infecciones urinarias, escaras, impactación fecal y potencialmente podría ser mortal. Usualmente aparecen uno ó más de los siguientes síntomas: elevación de la presión arterial sistólica y diastólica, bradicardia, cefalea pulsátil, sudoración profusa y/o rubor por encima de la lesión, especialmente en la cara, cuello, hombros, piloerección por encima de la lesión, congestión nasal, visión borrosa, ansiedad. Debe manejarse con antihipertensivos de acción rápida, con el tratamiento de la causa desencadenante.

VEJIGA NEUROGÉNICA:

Es la alteración del funcionamiento de la vejiga por la interrupción parcial o total de las vías o de los centros reguladores de la médula, que inervan la vejiga y sus esfínteres. Durante el shock medular la vejiga es neurogénica (no es capaz de contener o eliminar la orina), no hay contracciones vesicales, estas se reinician al cabo de 6-8 semanas, la función miccional parece óptima a las 12 semanas después de la lesión. Durante la hospitalización se maneja con sonda permanente y posteriormente se inicia cateterismo con sonda, cada 4-6 horas. El urólogo realiza

estudios especiales para su clasificación y de esa manera evita complicaciones que podrían llegar a alterar la función de los riñones.

DOLOR EN PACIENTES CON TRM:

El dolor es una complicación común después de un TRM y puede afectar significativamente a una persona en su capacidad funcional, su independencia, bienestar psicológico y participación social. Alrededor de dos tercios de personas con lesiones medulares, presentan dolor crónico y un tercio de estas, dolor severo. La asociación internacional para el estudio del dolor, propone un sistema de clasificación de manera similar a otros tipos del dolor crónico. Este se divide primero en nociceptivo o dolor que se origina a partir de las estructuras somáticas o viscerales y neuropático, o dolor que se origina a partir de las estructuras nerviosas como la médula espinal y los nervios. Para lograr un buen tratamiento se debe identificar los factores que están generando el dolor, de esta manera aplicar las estrategias más efectivas. Los analgésicos y los anticonvulsivantes son los medicamentos que más se han estudiado y tienen mayor evidencia en el manejo del dolor en TRM

DEPRESIÓN EN PACIENTE CON TRM:

El proceso de evaluación y tratamiento psicológico deberá ser realizado por Psiquiatría o Psicología, con base en los siguientes planteamientos:

- Evaluación cognoscitiva
- Evaluación emocional
- Evaluación comportamental

Los pacientes con T.R.M deberán someterse a evaluaciones psicológicas, considerando la disminución de expectativas y sensación de deterioro en su calidad de vida. Se busca establecer los ajustes en los planes de vida, social, familiar y laboral.

En ellos se afectan funciones biológicas como el deambular autónomo, la sensibilidad del propio cuerpo, el control de esfínteres, la sexualidad, la posibilidad de procrear y a veces, funciones tan básicas como la respiración. Esta condición enfrenta al paciente de un modo abrupto a una situación de cambio y pérdidas masivas, para las cuales no está preparado, no sabe cómo enfrentar y puede provocar un conflicto psicológico amplio y profundo. Este compromiso físico y psicológico genera a su vez influencias significativas, que se retroalimentan en el vínculo afectivo y sexual con la pareja, en el mundo familiar, social y laboral.

Su actitud emocional puede tener efecto decisivo en el resultado de la rehabilitación. Algunas de las emociones más comunes que se experimentan inmediatamente tras la lesión incluyen rabia, pena, negación, depresión y apatía.

Los factores que se asocian a las reacciones psicológicas de los pacientes incluyen la capacidad de enfrentarse a situaciones, la personalidad premórbida, el apoyo familiar, el abuso de sustancias, la extensión de la parálisis permanente y la situación en el hogar.

La evaluación de los fenómenos psicológicos que inciden en el paciente lesionado medular, se vuelve relevante cuando se plantea el momento del alta tras el ingreso hospitalario, lo cual determina la aparición de una nueva situación personal como lo es la discapacidad que obliga al individuo a la realización de importantes cambios o desplazamientos en los diversos papeles y actividades que desarrollaba hasta el momento de la lesión medular en el ámbito familiar, laboral y social.

REHABILITACIÓN

La Habilitación/Rehabilitación integral, es aquella que “a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración” de la persona con discapacidad al medio familiar, social, ocupacional, desarrollando acciones simultáneas de promoción de la salud, de la participación, prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación, mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional, como ocurre por ejemplo con un paciente con Trauma Raquimedular

Establece también que todo proceso de habilitación/rehabilitación integral debe tener duración limitada y objetivos claramente definidos y debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de sus familias y la comunidad, de los profesionales de diferentes disciplinas y de los diferentes sectores como el educativo y laboral.



A todo paciente en con discapacidad se le reconocen los siguientes derechos humanos que son de obligatorio cumplimiento:

- El derecho a la no distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en su condición de discapacidad, basada en el efecto de deteriorar el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales.

- El derecho a la igualdad de oportunidades.
- El derecho a una completa igualdad y protección ante la Ley.

- El derecho a un alto estándar de salud para un tratamiento médico, psicológico, funcional, de igual manera a una rehabilitación médica, social y otros servicios necesarios para el máximo desarrollo de las capacidades, habilidades y auto-confianza.

- El derecho a trabajar, de acuerdo con sus capacidades, a recibir salarios igualitarios que contribuyan a un estándar de vida adecuado.

- El derecho a ser tratado con dignidad y respeto.

El actual modelo de salud contempla a la Rehabilitación como una intervención de igual importancia a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud. El acuerdo 08 de diciembre del 2009, en el cual se aclaran, se actualizan los planes obligatorios de salud, de los regímenes contributivo y subsidiado, habla de “Atención para rehabilitación funcional. Atención de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la afección causante o tiempo de

evolución con las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones en salud, necesarias para la rehabilitación funcional del sistema neuromuscular y esquelético”.

Para la prevención, manejo y rehabilitación de todas estas complicaciones se requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario, de tecnología especializada en el que intervienen diferentes especialidades médicas como neurocirugía, fisiatría, urología, psiquiatría, medicina interna, cirugía al igual que otros profesionales como enfermería, terapias físicas, ocupacionales y respiratorias, psicología, nutrición, trabajo social etc.

Desafortunadamente a pesar de todo este desarrollo en el mundo para la rehabilitación de estos pacientes, existe una problemática para nuestra población discapacitada por trauma raquímedular en Colombia, por las dificultades económicas y sociales que impide su desarrollo tanto personal, además de una dificultad en la incorporación familiar, social y laboral del paciente.

Hacemos un llamado a todos los servicios de salud para que estos pacientes puedan tener la oportunidad de un manejo integral, oportuno de rehabilitación, con lo cual se disminuirán los altos costos que genera el manejo de todas las complicaciones que se generan por su manejo inadecuado o tardío y a toda la sociedad, sectores diferentes al de salud, para permitir la inclusión de estos pacientes, para que en lugar de ser ellos una carga para su familia, para la sociedad, se rehabiliten y lleguen a ser personas funcionales, productivas lo cual se verá reflejado, además, en un mejor desarrollo productivo y económico del País.

Comité Editorial:

- Dra. Marcela Granados
- Dra. Diana Prieto
- Dr. Jorge Madriñán
- Dr. Harry M. Pachajoa

- Dra. Zamira Montoya
- Dr. Jaime Orrego
- Dr. César Augusto Arango
- Dra. Katherine Perea G.

- Dr. Carlos Alberto Cañas
- Dr. Milton A. Jojoa
- Comunicador Óscar A. Escobar
- Comunicadora Vanessa Anturi

- ND. Martha Ligia López de Mesa
- Enfermera Ma. Elena Mosquera
- Enfermera Julia Alba Leal

Las conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas.

Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.

Dirección: Carta de la Salud - Fundación Valle del Lili - Cr. 98 # 18-49 - Tel: 331 9090 - Santiago de Cali

e-mail: cartadelasalud@fcvl.org • Citas: centraldecitas@fcvl.org

Versión digital disponible en www.valledellili.org/cartadelasalud

Diagramación: Paola A. Valencia Muñoz

Esta publicación de 40.000 ejemplares, es cortesía de:



El País

 **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad