	<b>GUÍA DE MANEJO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-018	
	<b>Fecha de Vigencia</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 1 de 3

## 1. OBJETIVOS

- Promover máximo nivel de independencia y funcionalidad que le permita a la persona ser competente en su desempeño ocupacional
- Desarrollar dominio en el manejo de la silla de ruedas.
- Entrenar en Actividades de la Vida diaria.
- Realizar diagnóstico y pronóstico ocupacional.
- Asesorar en actividades vocacionales y avocacionales.
- Educar familia como parte activa en el proceso de rehabilitación.

## 2. DEFINICION

La lesión Medular es la parálisis de la actividad muscular y sensorial por debajo del nivel de la lesión, ocasionada por un traumatismo en la médula espinal. Las causas más comunes de lesión traumática son: accidentes de automóvil, heridas por arma de fuego, heridas por arma blanca y caídas. Se manifiesta por parálisis flácida por debajo de la lesión, arreflexia osteotendinosa y cutánea, retención vesical y cambios vegetativos.

Las manifestaciones neurológicas son: cuadriplejia en el caso de lesiones cervicales altas, cuadriparesia en lesiones cervicales bajas, paraplejia en lesiones dorsales y lumbares.

## 3. TRATAMIENTO

Para pacientes con cuadriplejia y cuadriparesia:

Se estimulan los movimientos de cinturón escapular, hombro, codo, muñeca y dedos de acuerdo a la respuesta del paciente mediante actividad terapéutica siguiendo la secuencia de re-educación muscular: movimiento asistido, movimiento activo-asistido, movimiento activo, movimiento resistido.


Se promueven las transiciones:

- En supino elevación de la cabeza, elevación de miembros superiores contra gravedad, elevación de tronco superior.
- En prono soporte de peso en antebrazos, en brazos con codos extendidos, elevación de tronco.
- Se practican los giros con propulsión de cinturón escapular y de miembros superiores.
- Transición a sedente frontalmente con apoyo en miembros superiores y desde decúbito lateral, siendo este el máximo nivel motor alcanzado por estos pacientes cuando la lesión es completa.

Se estimula el control de tronco con soporte externo en miembros superiores.

Es de vital importancia el uso de férulas posicionales para miembros inferiores que mantengan la articulación de tobillo a 90 grados. Si la articulación no llega a esta posición debe adaptarse la férula a los grados alcanzados por el paciente y llevar gradualmente hasta lograr el ángulo de 90.

En pacientes con extensión de muñeca y estabilidad en dicha articulación, se promueve la flexión de los dedos por principio de tenodesis. Se emplean objetos

	<b>GUÍA DE MANEJO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-018	
	<b>Fecha de Vigencia</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 2 de 3

livianos, se trabaja en plano medio inicialmente, se lleva la secuencia de desarrollo manual de agarres amplios hasta agarres finos como las pinzas.

En pacientes que logran mejor control de la flexo-extensión de los dedos el entrenamiento es más rápido, logran mejor nivel de habilidad y destreza. Se realiza el entrenamiento siguiendo la misma secuencia de desarrollo de la destreza manual.

Para todos los pacientes aplica la actividad terapéutica tipo proyecto con las siguientes características: sencilla, corta, liviana, reparable, de gratificación inmediata, cooperativa, individual y/o grupal.

Instruir a la familia y al paciente sobre la importancia de la humectación frecuente, mínimo 3 veces por día en las zonas vulnerables y en la piel en general. Se recomienda los cambios de posición cada dos horas. Higiene diaria. Para permanencia en la silla de ruedas emplear el cojín de cóccix ó el flotador convencional forrado en tela de algodón a fin de disminuir la presión en la zona glútea.

- **Actividades de la Vida Diaria:**

El entrenamiento se inicia con las actividades de autocuidado: alimentación, vestido e higiene, en las lesiones más altas C4 y C5 se hace necesario la implementación de adaptaciones para cepillo de dientes, cuchara y vaso. La participación en vestido e higiene es muy mínima siendo dependientes para estas acciones. En las lesiones más bajas C6 en adelante se requieren menos adaptaciones, se logra semi-dependencia en vestido e higiene realizando modificaciones a las prendas de vestir y empleando nuevos métodos de ejecución para dichas actividades, igualmente modificaciones al ambiente.

Se entrenan los cambios de posición en cama, supino-prono y viceversa, giros empleando propulsión de cinturón escapular o asistidos a través de la sábana de movimiento y la transición a sedente donde solo se alcanza leve control de la porción superior del tronco. En relación a los traslados en lesiones bajas se logra desarrollar el paso de la cama a la silla de ruedas y viceversa y silla de ruedas-silla y viceversa con un alto costo energético.

- **Trabajo y Actividad Productiva:** aplica para todas las lesiones medulares.


Se realiza la historia ocupacional y se analizan los resultados del formato de Habilidades Funcionales y Ambientales del puesto de trabajo y se definen las alternativas ocupacionales del paciente emitiendo de esta manera el diagnóstico y pronóstico ocupacional del mismo.

Las actividades con propósito desarrolladas durante el tratamiento corresponden a las demandas motoras, perceptuales, cognitivas y adaptativas requeridas para su puesto de trabajo.

- **Actividades de Ocio y Juego:** aplica para todos los niveles de lesión medular.

Se abordan con trabajo grupal favoreciendo al mismo tiempo la interacción social y la autoestima.

Para pacientes con paraplejia:

	<b>GUÍA DE MANEJO DE TRAUMA RAQUIMEDULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b>	
			GS-DC-018	
	<b>Fecha de Vigencia</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 3 de 3

Se trabajan actividades terapéuticas que ofrezcan movimientos resistidos en miembros superiores, trabajo muscular en plano inclinado. Las actividades son largas, de varios pasos y con materiales que ofrecen resistencia.

Se realiza la transición a sedente desde decúbito lateral y frontalmente. Se promueve la transición a cuatro puntos de apoyo se da asistencia a nivel pélvico mientras el paciente logra el soporte de peso por sus propios medios, en esta posición se trabaja balanceo antero-posterior. Igualmente se estimula el paso a posición de rodillas y el equilibrio en dichas posiciones. Se trabaja en colchoneta. Se varía la posición de las piernas para favorecer el control del tronco, sentado en trípode, círculo o sentado largo.

Paciente que logra ejecución de todos los patrones de movimiento integral y funcional. Se hace énfasis en realización de los mismos cumpliendo con límites de tiempo estipulados, debe haber diferencia entre el miembro dominante y el auxiliar. Se realizan exigencias de coordinación en referencia a precisión, sincronismo y calidad en el movimiento.

#### 4. SEGUIMIENTO:

Paciente activo: al terminar el número de sesiones ordenadas se remite a control con el Médico especialista para determinar la continuidad o no del tratamiento analizando los reportes de evolución efectuados por la Terapeuta Ocupacional.

Paciente dado de Alta: se realizan controles periódicos en Terapia Ocupacional a 3 meses, 6 meses, hasta 1 año para determinar si el paciente está siguiendo las recomendaciones del plan casero, verificar funcionalidad e inclusión socio-laboral.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA.

- Henao Claudia Patricia, Pérez Ernesto. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. AÑO 10 - VOL. 10 N° 2 - CHÍA, COLOMBIA - AGOSTO 2010 I 157-172. AQUICHAN - ISSN 1657-5997 Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n2/v10n2a06>.
- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Garrison, Susan J. Manual de medicina física y rehabilitación. Madrid: McGraw-Hill Interamericana,. c2005.. xxiv, 397 p. : 21 cm. Edición ; 2a. ed.
- F. Vivancos-Matellano y otros. Guía del tratamiento integral de la espasticidad. REV NEUROL 2007; 45 (6): 365-375.
- Henao CP, Pérez JE. Lesiones medulares y discapacidad: Revisión bibliográfica. Aquichan 2010;10(2):157-72.
- República de Colombia - Presidencia de la República. Política pública en discapacidad: fortalecimiento y movilización social. Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia, 1ª ed. Medellín: 2005