



DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LESION MEDULAR

Medicina física y de rehabilitación



DR. MONICA GORDILLO RENDON
QUINTO SEMESTRE
ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

Diagnóstico clínico → identificándose datos patológicos por medio de la unificación de criterios:

Servicio de urgencias

DIAGNOSTICO

Criterios de inclusión: a todos los pc que presentaban traumatismo raquimedular con lesión neurológica completa o incompleta.

Criterios de exclusión: a pc que presentaban; alteraciones del estado de la conciencia, amputaciones de tipo traumático, modificaciones musculoesqueléticas, polifracturados.

EVALUACION

2

1°escala de evaluación sensitiva
 2°escala de evaluación motora.
 3°músculos claves para la clasificación del nivel motor.
 4°marcador de índice motor.
 5°clasificación de frankel *.
 6°uso clínico de las normas de la clasificación de ASIA (para definir grados de alteraciones neurológicas.).

1

Dermatomas: evalúa nivel sensitivo.
 *esfínter vesical y anal.

Los niveles sensitivos deben ser determinados por áreas sensitivas claves y guiándose por el diagrama.

Evaluación motora: Miotomas: nivel motor. →
 Se lleva a cabo por medio de la evaluación de fuerza.

- Grado 0 → ausente =parálisis total.
- Grado 1 → trazas = contracción palpable o visible.
- Grado 2 → pobre = movimiento activo con la gravedad eliminada.
- Grado 3 → regular =movimiento activo contra la gravedad.
- Grado 4 → bueno =movimiento activo, contra la gravedad y pequeñas resistencias.
- Grado 5 → normal.

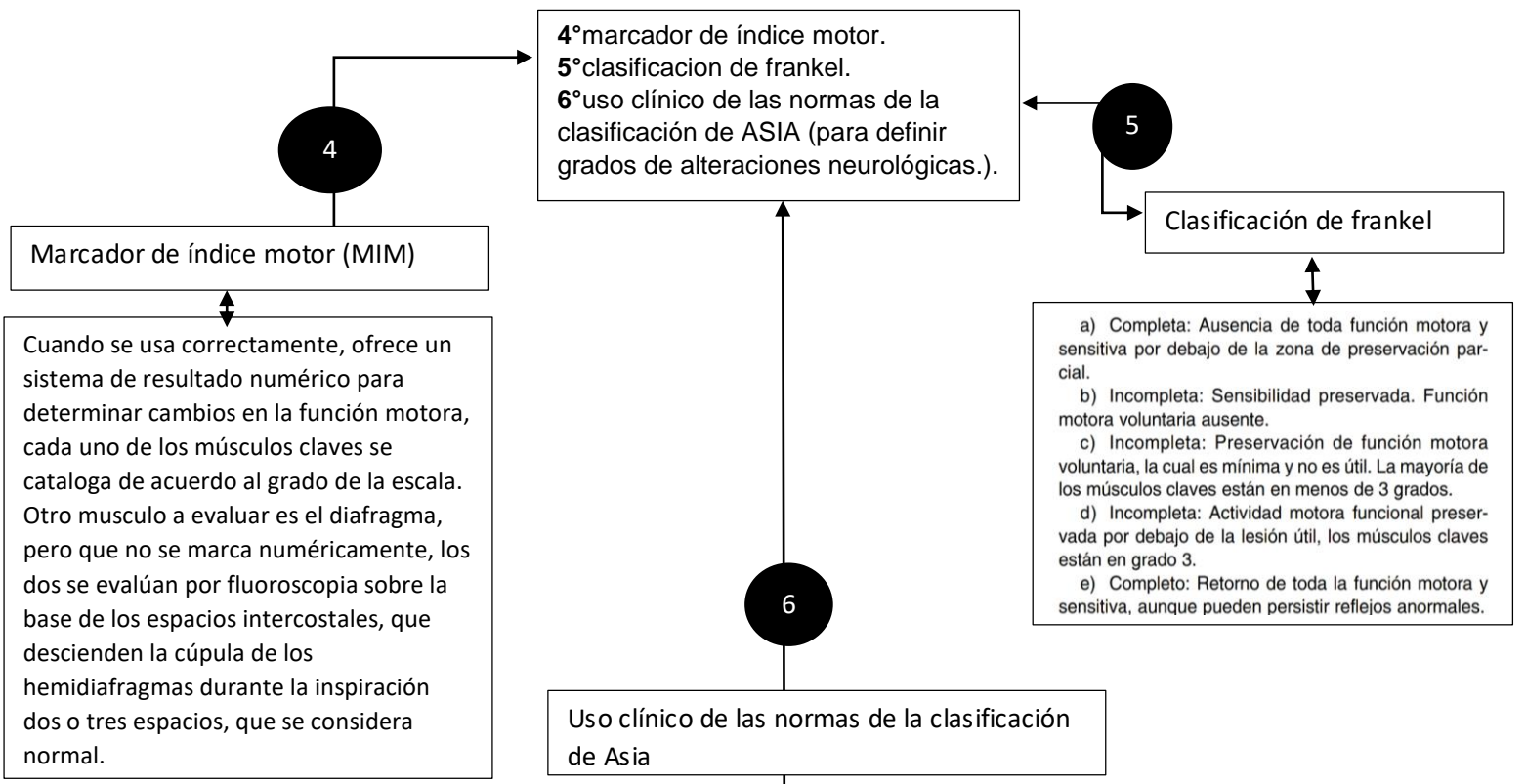
LAS NORMAS PARA LA CLASIFICACION NEUROLÓGICA EN PC CON LESION MEDULAR LAS BASAMOS EN ESTOS 6 O 5 PASOS.

3

Músculos claves, para la clasificación del nivel motor.

El nivel se determina por medio de exámenes de los mismos:

C1 -c4	Use el nivel sensitivo y el diafragma para ayudar a localizar el segmento neurológico normal más bajo.
C5	Flexores del codo (bíceps, braquial y braquiorradial).
C6	Extensores de la muñeca (extensor carpo radial corto y largo).
C7	Extensores del codo (tríceps)
C8	Flexores de los dedos -falange distal (flexor profundo).
T1	Intrínsecos de la mano (interóseos).
T2-L1	Use el nivel sensitivo y el signo de beevor para localizar el segmento neurológico normal mas bajo.
L2	Flexores de cadera (iliopsoas).
L3	Extensores de la rodilla (cuádriceps)
L4	Dorsiflexion del pie (tibial anterior).
L5	Extensores del primer antejo (extensor largo del primer antejo).
S1	Flexores platares (soleo y gemelos)
S1-S5	Use el nivel sensitivo y esfínter anal para localizar el segmento neurológico normal más bajo.



Clasificación	Definición
A	Completa: no hay preservación de función sensitiva ni motora por debajo del nivel de la lesión, abarca a los segmentos sacros S4 y S5
B	Incompleta: hay preservación de función sensitiva, pero no motora, por debajo del nivel neurológico y se conserva cierta sensación en los segmentos sacros S4 y S5
C	Incompleta: hay preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, sin embargo, más de la mitad de los músculos claves por debajo del nivel neurológico tienen una fuerza muscular menor de 3 (esto quiere decir, que no son lo suficientemente fuertes para moverse contra la gravedad)
D	Incompleta: hay preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y, por lo menos, la mitad de los músculos claves por debajo del nivel neurológico tienen una fuerza muscular 3 o mayor (esto quiere decir, que las articulaciones pueden moverse contra la gravedad)
E	Normal: las funciones sensitivas y motoras son normales

Escala de discapacidad ASIA (por las iniciales de la American Spinal Injury Association)*
*Reproducido con permiso de la American Spinal Injury Association (Asociación Americana de Lesión de la Médula Espinal).

Información de lesiones completas e incompletas

Debe incluir

Cuadro 3a. En lesiones completas tenemos:

- Zona de preservación parcial (ZPP)
- Segmento sensitivo derecho e izquierdo
- Segmento motor derecho e izquierdo

Puede incluir hasta tres segmentos caudales al nivel neurológico de la lesión. Los segmentos con función disminuida se denominan como zona de preservación parcial y la lesión es considerada como completa. Si se encuentra función más allá de un tercer segmento, la lesión es incompleta y el término ZPP no se utiliza.

Cuadro 3b. Descripción neuroanatómica de lesiones incompletas.

Las lesiones incompletas pueden ser clasificadas sobre la base de síndromes clínicos reconocidos como:

- Síndrome central de la médula espinal
- Síndrome de Brown-Sequard
- Síndrome anterior de la médula espinal
- Síndrome posterior de la médula espinal
- Síndrome de cono medular
- Síndrome de cola de caballo

Las lesiones asociadas: trauma cerebral, lesiones de plexo o lesiones no neurológicas, interfieren en el examen neurológico completo y la clasificación de Frankel y MIM no son aplicables.

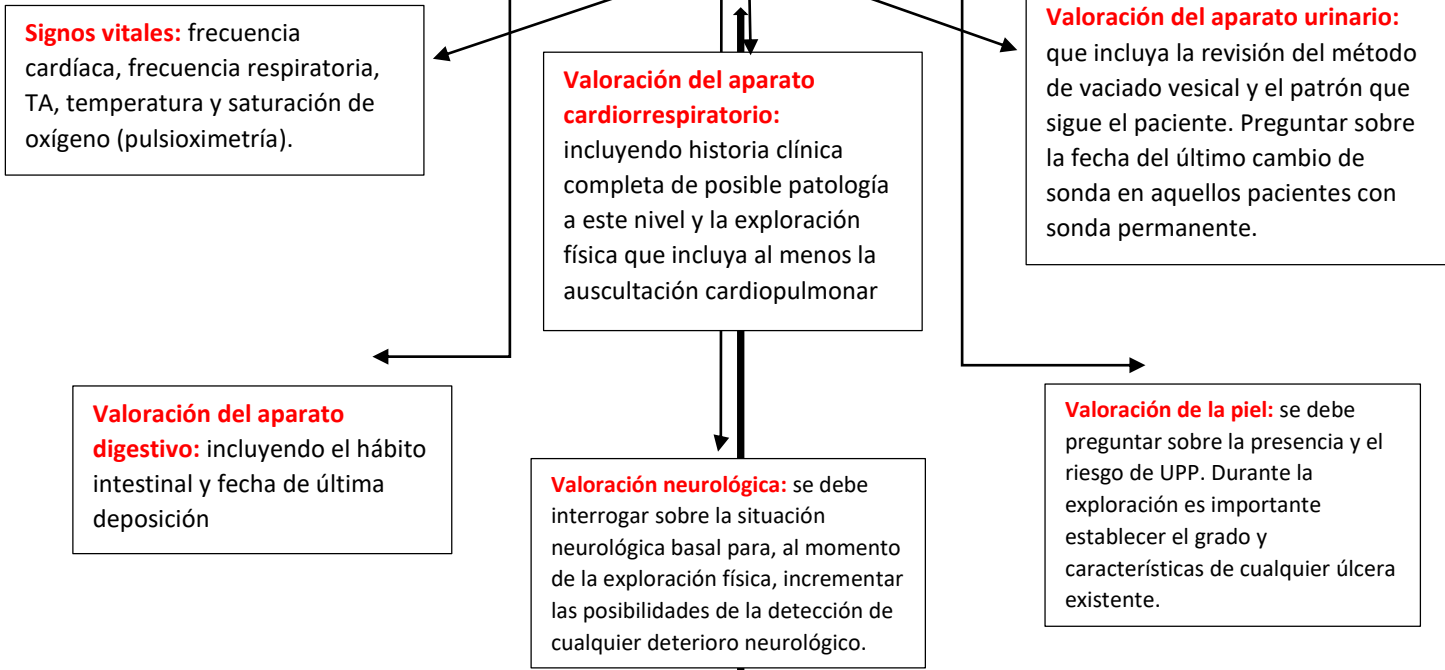
Cuadro 3. Uso clínico de las normas de clasificación neurológica de ASIA.

	Derecho	Izquierdo
Nivel sensitivo	_____	_____
Nivel motor	_____	_____
Marcador de índice motor	_____	_____
Marcador total del índice motor	_____	_____
Clasificación de Frankel	_____	_____
En completas (zona de preservación parcial). <i>Cuadro 3a</i>	_____	_____
En incompletas (clasificación anatómica). <i>Cuadro 3b</i>	_____	_____

TRATAMIENTO

En cualquier caso, la valoración inicial de un paciente con LM en el servicio de urgencias siempre debe incluir:

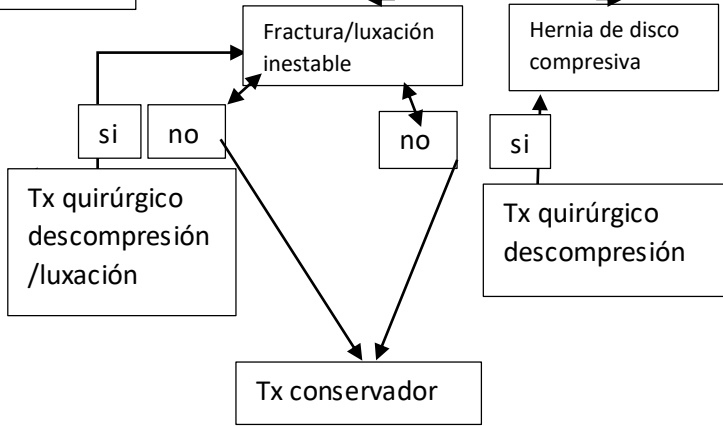
MANEJO



El protocolo consiste en una valoración minuciosa periódica y distintos programas terapéuticos en función de las necesidades individuales. *Valoración clínica Por parte de los distintos profesionales implicados: Médico especialista, Psicólogo Clínico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, etc.

Investigación (radiografías, mielografía, TAC, RMN) descartar patología asociada.

- Diagnóstico lesional clínico y cuantificación de las posibles alteraciones
- Diagnostico ASIA y nivel lesional
- Valoración analítica a nivel sensorimotor
- Valoración específica de la actividad manipulativa, desplazamientos y transferencias
- Valoración específica de la espasticidad y su impacto
- Valoración específica del dolor, sus características y su impacto
- Análisis de la situación funcional global, valoración de la participación y escalas de vida específicas
- Escalas específicas de afectación del estado emocional: ansiedad y depresión



TRATAMIENTO

Lamentablemente, no hay manera de revertir el daño a la médula espinal.

Acciones de urgencia

La atención médica urgente es fundamental para minimizar los efectos de cualquier traumatismo en la cabeza o el cuello. Por lo tanto, el tratamiento de una lesión de la médula espinal muchas veces comienza en el lugar del accidente. Por lo general, el personal de urgencia inmoviliza la columna vertebral de la manera más cuidadosa y rápida posible con un collarín rígido para el cuello y una camilla rígida, que usará para trasladarte al hospital.

Etapas tempranas (agudas) del tratamiento

En la sala de emergencias, los médicos se concentran en: Mantener la capacidad de respirar → Prevenir el shock → Inmovilizar el cuello para prevenir más daño a la médula espinal → Evitar posibles complicaciones, como retención de excremento u orina, dificultad respiratoria o cardiovascular, y formación de coágulos sanguíneos en las venas profundas de las extremidades.

Medicamentos. La **metilprednisolona** endovenosa (IV) (Solu-Medrol) se ha utilizado como una opción de tratamiento para lesiones agudas de la médula espinal en el pasado. Pero investigaciones recientes han demostrado que los posibles efectos secundarios, como coágulos sanguíneos y pulmonía, que tiene el uso de este medicamento superan los beneficios. Debido a esto, la metilprednisolona ya no se recomienda para uso rutinario después de una lesión de la médula espinal.

Atención continua

Después de que la lesión o afección inicial se estabiliza, los médicos se centran en la prevención de problemas secundarios que pueden surgir, como la pérdida del estado físico, las contracturas musculares, las úlceras por presión, los problemas intestinales y de vejiga, las infecciones respiratorias y los coágulos sanguíneos.

-La duración de tu hospitalización depende de tu afección y de los problemas médicos que estés enfrentando. Una vez que estés lo suficientemente bien para participar en terapias y tratamientos, puedes ser trasladado a un centro de rehabilitación.

Rehabilitación

Los miembros del equipo de rehabilitación comenzarán a trabajar contigo mientras te encuentras en las primeras etapas de recuperación. Tu equipo puede incluir un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, una enfermera de rehabilitación, un psicólogo de rehabilitación, un trabajador social, un dietista, un terapeuta recreativo y un médico que se especialice en medicina física (fisiatra) o en lesiones de la médula espinal.

Durante las etapas iniciales de la rehabilitación, los terapeutas suelen hacer hincapié en el mantenimiento y el fortalecimiento de la función muscular existente, el redesarrollo de las habilidades motoras finas y el aprendizaje de técnicas de adaptación para realizar las tareas cotidianas.

Nuevas tecnologías:

Silla de ruedas modernas. *
adaptaciones para computadoras.
*dispositivos electrónicos de ayuda para la vida diaria. *dispositivos para estimulación eléctrica.