



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dr. Jiménez
Ruiz Sergio**

**Nombre del trabajo: Rehabilitación
en pacientes con compresión
raquimedular**

**Materia: Medicina Física y
Rehabilitación**

Grado: 5°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas

Rehabilitación en pacientes con compresión raquímedular

Scribe

Fisioterapia, medio físico, paquetes fríos sobre las zonas espásticas por periodos de 10 minutos y masaje suave con frío para sedación de terminales nerviosas, estímulo con frío sobre los antagonistas de las musculas espásticas para provocar inhibición recíproca de los antagonistas espásticos, estiramiento sostenido de la musculatura para inhibir las aferencias del huso muscular, la vibración ayuda a facilitar los movimientos voluntarios e inhibir la espasticidad asociada, la estimulación eléctrica del músculo o del nervio mejora el clonus del hipertono dependiente del cambio además al igual que en el cerebro en la medula espinal se ha demostrado la existencia de una capacidad plástica, gracias a esta cuando se produce un daño en la medula hay posibilidad de regeneración y recuperación para que la recuperación física alcance su máximo nivel el proceso rehabilitador debería ser guiado por un profesional especializado en la fase más inmediata la fisioterapia enfocaría básicamente la prevención de complicaciones respiratorias y circulatorias y el cuidado de las zonas de presión deberá realizarse una valoración para tener una medición objetiva inicial de las funciones identificar aspectos que presentan posibilidades de plantear problemas específicos y promover el tratamiento profiláctico será importante el tratamiento respiratorio el tratamiento respiratorio el mantenimiento del rango articular de todas las articulaciones.

Entrenamiento mediante resistencia manual, 50% para no ejercer una excesiva resistencia que obligue al paciente compensar movilizándolo la columna vertebral. Para evitar estas compensaciones también habría que tener muy en cuenta la colocación de las manos para fijar el segmento proximal para ejercer resistencia en el segmento distal así como también una posiciones estandarizadas para realizar este tipo de entrenamiento, las repeticiones vendrían establecidas por la valoración del propio fisioterapeuta después de conocer la situación actual y prueba del paciente, frecuencia de entrenamiento días alternos para el mismo grupo muscular en sujetos no entrenados. Entrenamiento isométrico de la fuerza, isometría máxima durante 4-5 segundos obtenida gradualmente para que el paciente no realice compensaciones, ejercicios de forma bilateral sobre todo en aquellos movimientos que impliquen más a la columna vertebral como la flexión de cadera o los diferentes movimientos que impliquen más a la columna vertebral como la flexión de cadera o los diferentes movimientos de hombro. Se pueden utilizar las siguientes categorías para describir el tipo de marcha que usted es capaz de realizar: Comunitario, es capaz de caminar por la casa y por la comunidad, Casa; puede caminar dentro de la casa y usar una silla de ruedas como forma principal de desplazamiento por la comunidad, No ambulatorio, Solo usa silla de ruedas para su movilidad.

Efectividad de la rehabilitación de la marcha. Cada individuo progresa con la terapia a su propio ritmo algunas personas pueden aprender a caminar bien unas meses y otras pueden tardar años para poder caminar y en hacerlo tan solo como una forma de ejercicio y otras nunca podrían. Ser parte de la rehabilitación de la marcha es importante que todas las personas que hayan sufrido una LME se mantengan activas y saludables lo que puede incluir comer bien, empujar una silla de ruedas, entrenar con máquinas adaptables, practicar deportes en equipo o cualquier otro tipo de actividad física y social que pueda usted realizar con seguridad, la habilidad para caminar después de una lesión de la médula espinal depende de varios factores entre los que figuran el nivel de la lesión, la severidad, el tiempo transcurrido desde la lesión, la edad, el nivel de la condición física, otras lesiones, el nivel de la sensibilidad, otros problemas relacionados como la espasticidad o problemas de las articulaciones, el nivel del dolor. Por lo tanto es difícil predecir si una persona lesionada recuperará la capacidad de caminar, la mayoría de las personas con una LME que pueden caminar de manera regular siguen necesitando de dispositivos de ortesis o de ambas y la mayoría usan una silla de ruedas para las distancias.

Rehabilitación de la marcha, una lesión de la medula espinal daña las células nerviosas y sus conexiones este daño puede impedir el flujo de las señales de comportamiento y que van del cerebro a los músculos lo que normalmente causa debilidad o parálisis. También puede interrumpir las señales que llegan a los músculos por lo tanto una lesión medular por lo general resulta en debilidad parálisis espasticidad de pies, piernas, caderas tronco así como de manos y de brazos, la lesión también puede dañar y perturbar las señales nerviosas de la sensibilidad por lo que algunas partes del cuerpo carecerán una sensación o tendrán sensaciones anormales como de ardor u hormigueo es común que cada uno de estos problemas denue en dificultades para caminar y aumente el riesgo de caídas o resulte en la imposibilidad de volver a caminar, los objetivos de la rehabilitación de la marcha son mejorar la capacidad de deambulación de las personas con LME que pueden volver a caminar, mejorar la condición física de todas las personas con LME incluidas aquellas sin poder caminar, post-rehabilitación de la marcha - nivel más avanzado dependiendo de su LME su terapia puede comenzar a trabajar con el paciente en el suelo sin un dispositivo de soporte de peso corporal o barras paralelas del dispositivo de asistencia para mejorar su equilibrio (andadores especiales dos muletas)

Maria J. (2019) Rehabilitación en pacientes compresión raquimedular. España. ELSERVIER

Pablo A. (2017) Compresión medular. España. Acantilado