



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESCUELA DE MEDICINA

MATERIA:

Medicina física y de rehabilitación

DOCENTE: Dr. Sergio Jiménez Ruiz

PRESENTA: Heydi Antonia Coutiño Zea

5 -“B”

LUGAR Y FECHA:

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 13 DE DICIEMBRE DE 2021.

REABILITACION EN PACIENTES CON COMPRESION RAQUIMEDULAR

Puede ser una lesión devastadora para el paciente traumático, asociándose a altas tasas de mortalidad y una morbilidad significativa. Comienza con lo que se ha denominado "lesión primaria". Esta lesión es provocada por la energía del trauma, la cual desencadena una falla biomecánica de las estructuras que estabilizan la columna (hueso y ligamentos).

La segunda etapa de la lesión (conocida como "lesión secundaria") sigue a la anterior, y es el resultado de fenómenos locales de isquemia, inflamación, hiper-excitabilidad neuronal y generación de radicales libres, lo que finalmente lleva a mayor muerte neuronal.

Existe además el denominado shock Espinal.

Este fenómeno se define como la pérdida completa de la función motora y sensitiva por debajo del nivel de la lesión, acompañada de la pérdida de los reflejos tendíneos profundos y estintéricos. Actualmente existe un modelo que explica el SE en cuatro etapas. La primera corresponde a las primeras 24 hrs. después del trauma y se caracteriza por la ausencia de los reflejos tendíneos profundos y cutáneos (aunque estos últimos pueden comenzar a recuperarse durante esta etapa). La segunda etapa ocurre entre el primer y tercer día posterior a la lesión, con una recuperación inicial de los reflejos cutáneos. La tercera etapa puede durar hasta un mes.

COMISION EN PUENTES CON
REABILITACION EN PUENTES CON

manifestados por la presencia de hiperreflexia
junto a la reaparición de los reflejos tendíneos
profundos. La cuarta fase y final se desarrolla
entre el primer mes y el año, destacándose la
la espasticidad e hiperreflexia de los reflejos
tendíneos profundos y cutáneos.

Imágenes en TRM

- Radiografía simple
- Tomografía Axial computada (TAC)
- Resonancia Magnética (RM)

Evaluación neurológica

Es un paso crítico donde se determina la
severidad del trauma espinal y el estado neuro-
lógico basal del paciente

Neuroprotección

- Hemodinamia
- Metilprednisolona

Cirugía de control de daños

Cirugía precoz

El enfoque terapéutico planeado hace énfasis
en la correcta inmovilización y el adecuado
rescate del paciente desde el sitio del accidente,
la estabilización hemodinámica evitando la
hipotensión y el traslado oportuno a un
centro hospitalario para estudio de imágenes
y evaluación neurológica inicial.

El traumatismo raquímedular es un evento
devastador con consecuencias físicas,

emocionales y económicas) para pacientes, familiares y sociedad.

Espasticidad: Es el aumento de la resistencia al movimiento pasivo que resulta de la aparición de la actividad refleja espinal, posterior a la lesión espinal.

Eliminación de todo estímulo-facilitadores, impulsos nociceptivos como:

- áreas de depresión y escaras
- Infecciones
- Impactación fecal
- Litiasis urinaria
- Cambios de temperatura

- Medias físicas: Paquetes fríos sobre las zonas espásticas por períodos de 10 minutos, y masaje suave con frío para sedación de terminales nerviosas

- Estímulo con frío sobre los antagonistas de los músculos espásticos, para provocar inhibición recíproca de los agonistas espásticos

- Estiramiento sostenido de la musculatura para inhibir las atencías del tono 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.

- Miembros superiores

- Manguito universal: Permite la realización de

adaptaciones funcionales), para actividades de aseo y alimentación.

- Ortesis de tenodesis: Sirven para mejorar la pinza

- Miembros inferiores

- Ortesis tobillo Pie: Estabiliza arco de pie en neutro, en lesiones por debajo de L3

- Ortesis Rodilla Tobillo Pie: Estabiliza cadera en neutro, lesiones por debajo de L2

- Ortesis cadera Rodilla Tobillo Pie:

Estabiliza cadera en neutro, lesiones por debajo de T12.

Ayudas y aditamentos:

- Muletas y bastones

- Caminadores

- Silla de ruedas

Medicina de rehabilitación

- Fisioterapia

- Terapia ocupacional

- Enfermería

- Nutrición y dietética

- Psicología

- Trabajo social

Referencias

Arriaga , G., & Macchiavello, N. (2020). Traumatismo raquimedular . *MED. CLIN.*, 423-429.

Romero Meza, M., Jimenez Juliao, A. I., & Roman Perez , E. (2010). REHABILITACION EN TRAUMA RAQUIMEDULAR . *ASCOFAME* , 13-63.