

# LESIÓN MEDULAR

ABORDAJE INTERDISCIPLINAR

 Graspaym



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL



## Créditos

---

**Título:** lesión medular: abordaje interdisciplinar

**Coordinación:** Clara I. Cuenca Galán, Directora De Servicios Y Programas, Marta Tante García, Coordinadora De Proyectos · Federación Nacional ASPAYM

**Elaboración de contenidos:** Cristina Gallar Pérez, Psicóloga · ASPAYM Catalunya, Elena Igualada De Llama, Fisioterapeuta · ASPAYM Cuenca, Javier Marcos López, Raquel García Herrero, Fisioterapeutas · Fundación ASPAYM Castilla Y León, Silvia Pozo Lobato, Psicóloga · ASPAYM Granada, Yolanda Hernández Porras · Directora y Terapeuta Ocupacional · ASPAYM Madrid, Raquel Madroñero, Médico · Fundación Lesionado Medular, María Herrera, Enfermera · Fundación Lesionado Medular, y Eva María García Peña, Enfermera · ASPAYM Comunidad Valenciana.

**Subvencionado por:** Ministerio De Derechos Sociales Y Agenda 2030, mediante la Convocatoria 2021 con cargo a la asignación Tributaria del IRPF y el Impuesto de Sociedades.

**Responsable edición digital:** Federación Nacional ASPAYM

**Edita:** @federación nacional ASPAYM.Zxz

**1ª edición electrónica:** marzo 2023

# Índice

---

Utilidad y objetivos.....	5
Recomendaciones.....	5
¿Qué es la lesión medular?.....	6
Después de la lesión medular: secuelas.....	8
Intestino neurógeno: qué es y sus diferentes tratamientos.....	16
Vejiga neurógena y las diferentes herramientas para manejarla.....	18
La disreflexia.....	20
El dolor y la termorregulación.....	22
Problemas de la piel y su prevención (irritaciones por humedad, UPP y quemaduras).....	24
Rehabilitación y autonomía personal.....	26
Fisioterapia.....	26
a. Ejercicios respiratorios (drenaje y movilización de secreciones tonificación de musculatura accesoria, aumento de capacidad ventilatoria).....	28
I. Ejercicio de: "hacer burbujas".....	28
II. Ejercicio de AFE (aumento de flujo espiratorio): "empañar un espejo".....	29
III. Ejercicio con incentivador volumétrico.....	30
IV. Trabajo muscular general.....	32
b. Ejercicios/pautas para prevenir úlceras por presión.....	33
I. Ejercicios preventivos de úlceras por presión.....	35
Terapia ocupacional.....	36
¿Cómo podemos potenciar la autonomía de las personas con lesión medular en su domicilio?.....	36
¿Qué productos de apoyo existen?.....	37
¿Cómo puedo mejorar la accesibilidad al empleo para personas con discapacidad?.....	38
¿Qué debo saber sobre accesibilidad en mi entorno cercano, otros edificios (públicos y privados) o en otros entornos?.....	38
Salud mental: estrategias de afrontamiento en lesión medular.....	40
Técnicas de autocontrol emocional.....	44
La sexualidad en las personas con lesión medular.....	46
Afectación de la función sexual de la mujer.....	47
Afectación de la función sexual del hombre.....	48
Diferencias en variables psicológicas según perspectiva de género en las personas con lesión medular.....	50
BIBLIOGRAFÍA.....	53

# Introducción

## ¿Por qué esta guía?

La creciente demanda de cuidados profesionales desde los sistemas sanitarios y sociales precisa, para responder a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia y con enfermedades crónicas, modificar la forma de organización de ambos sistemas y en consecuencia, buscar nuevas fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias que demandan estos colectivos.

El desafío al que se enfrenta el sistema sanitario y social es garantizar la doble dirección y la continuidad de los cuidados a través de un modelo flexible que sea capaz de responder a las necesidades de las personas a lo largo de todo el proceso asistencial.

Se puede considerar que el patrón o perfil general de los lesionados medulares o gran discapacidad física en nuestro país está cambiando (factores de riesgo, causas, accidentes...), y teniendo en cuenta los recursos sociosanitarios y la población con lesión medular, en el reciente "Estudio acceso a los centros de referencia estatal de la Lesión Medular en España" (ASPAYM 2020), destacamos lo siguiente:

- Recursos sociosanitarios más usados por la población con lesión medular necesarios para la mejora de la calidad de vida: pruebas diagnósticas (89,7%), cuidados sanitarios médicos y/o de enfermería (85,2%) y fisioterapia (70%).
- Recursos y servicios importantes que no se usan, pero son percibidos como necesarios: orientación laboral (59,7%), servicio de transporte médico y/o adaptado (39%), información sobre lesión medular (29,8%), asistencia personal (26%), actividades de ocio y tiempo libre (17,1%).
- Barreras de acceso al uso de recursos y servicios sociosanitarios que sí son necesarios para las personas con lesión medular: cuestiones económicas (41%), falta de recursos próximos a su lugar de residencia (33%) y falta de accesibilidad en el transporte para llegar al lugar donde se ofrece (17%).

En relación con la valoración sobre la especialización existente en la atención primaria sobre la lesión medular es muy insatisfactoria, siendo un problema fundamental para el colectivo de las personas con lesión medular.

En cuestión de género, numerosos estudios indican que las mujeres con discapacidad son más proclives a permanecer más tiempo internas en instituciones que los hombres, así como a que determinadas enfermedades que provocan discapacidad con carácter permanente tengan una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, encontramos una realidad que afecta directamente a la mujer con discapacidad: falta de recursos sanitarios diseñados para sus necesidades específicas por cuestión de género. ASPAYM, referente en la atención sociosanitaria a las personas con lesión medular y otras discapacidades físicas, realiza esta guía contando con la participación de profesionales sociosanitarios de su tejido asociativo (ASPAYM Cataluña, ASPAYM Cuenca, Fundación ASPAYM Castilla y León, ASPAYM Granada, ASPAYM Madrid, Fundación del Lesionado Medular y ASPAYM Comunidad Valenciana) gracias a la colaboración recibida del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 mediante la convocatoria 2021 con cargo a asignación tributaria del IRPF y el Impuesto de Sociedades.

# Utilidad y objetivos

- Ofrecer formación y recursos que permitan mejorar las competencias de profesionales sociosanitarios en la atención a la persona con Lesión Medular y otras discapacidades físicas, en distintas materias y niveles de atención.
- Mejorar la intervención directa del personal sociosanitario que actúan con personas con discapacidad física.
- Optimizar la atención recibida de las personas con discapacidad atendidas.

# Recomendaciones

- Tener como referencia el manual “Lesión Medular: guía para el manejo integral del paciente con Lesión Medular crónica” ASPAYM MADRID.

“No existe personal adecuado formado, así como recursos, material específico o camillas adaptadas a las necesidades de las personas con lesión medular”.

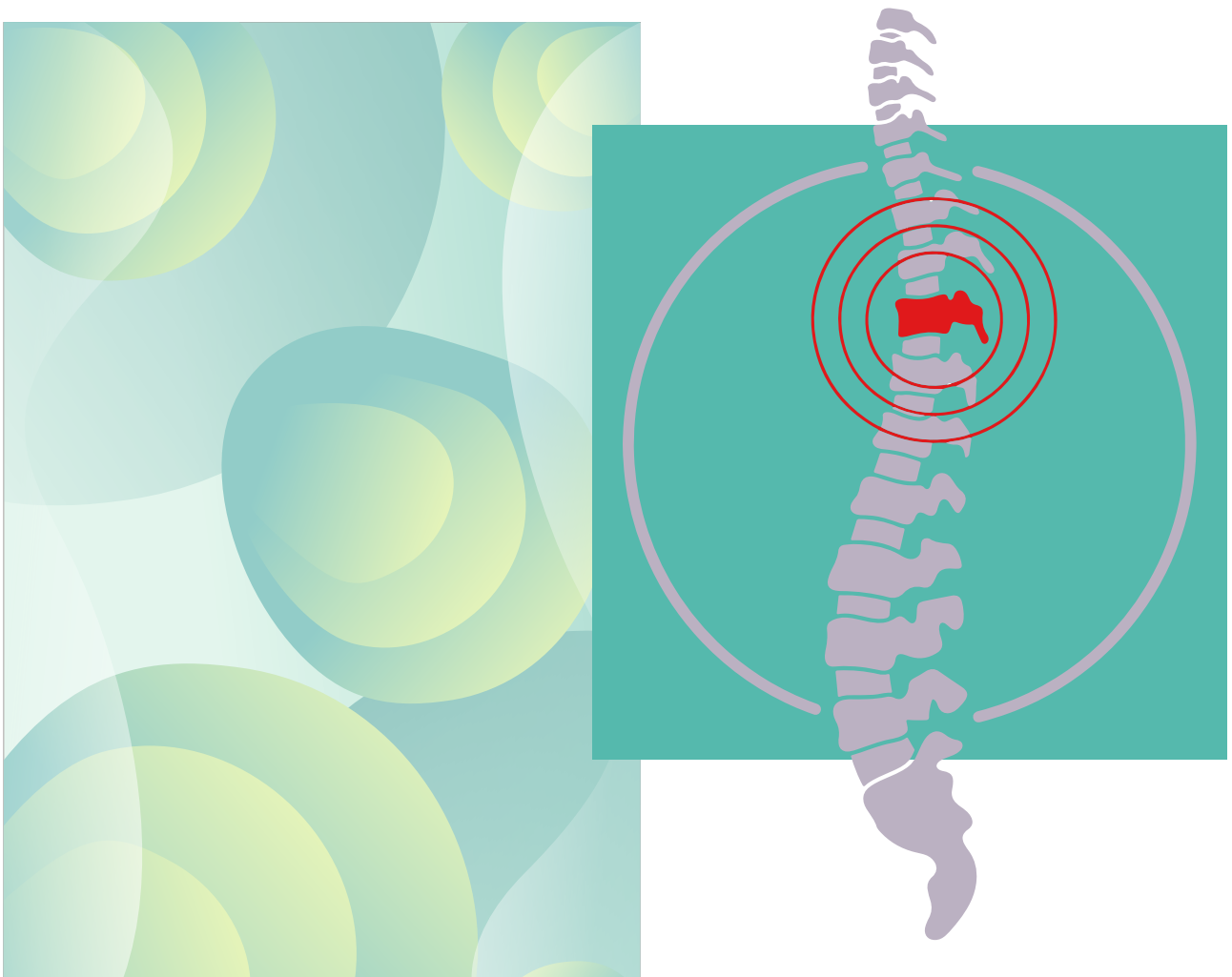
“La falta de especialización del personal sanitario en atención primaria es más patente que en otro tipo de especialistas, llegando a ser el paciente en muchos casos, quién tiene que explicar al médico su patología y necesidades”.

\*Referencia: Estudio de acceso a los centros de referencia de las personas con lesión medular (ASPAYM, 2020)

# ¿Qué es la lesión medular?

La lesión medular es una afectación de la medula espinal, que forma parte del Sistema Nervioso Central y constituye la vía principal por la que el cerebro recibe información del resto del organismo y envía las órdenes que regulan los movimientos. Es un cordón nervioso que, protegido por la columna vertebral, se extiende desde la base del cerebro hasta la región lumbar. Los nervios raquídeos aparecen a lo largo de la columna vertebral y según la región que emergen, se denominan: cervicales, torácicos, lumbares o sacros. Cuando se produce una lesión medular esta conexión nerviosa se ve interrumpida o alterada.

La lesión medular puede producir parálisis de la movilidad voluntaria y ausencia de toda sensibilidad por debajo de la zona afectada, falta de control sobre los esfínteres, trastornos en el campo de la sexualidad y la fertilidad, alteraciones del Sistema Nervioso Vegetativo y riesgo de sufrir otras complicaciones (úlceras de decúbito, espasticidad, procesos renales, etc.).





La lesión medular puede ser consecuencia de:

**1**

UN TRAUMATISMO

accidente laboral, deportivo, fortuito, de tráfico...

**2**

UNA ENFERMEDAD

tumoral, infecciosa, vascular, etc

**3**

ORIGEN CONGÉNITO

espina bífida



# Después de la lesión medular: secuelas



En función del grado de afectación podemos clasificar la lesión medular en completa o parcial y en función del nivel en que ésta se produce, las consecuencias de la lesión medular serán más o menos graves.

Una lesión medular a nivel cervical da lugar a una TETRAPLEJIA, que es la pérdida o disminución de la sensibilidad y/o movilidad voluntaria de las extremidades superiores e inferiores y de todo el tronco.

La lesión medular a nivel torácico y lumbar da lugar a una PARAPLEJIA, que se manifiesta por una falta de sensibilidad y/o parálisis total o parcial de las extremidades, y de la parte del tronco sublesional.

La lesión medular a nivel del cono medular y de la cola de caballo produce afectación de la sensibilidad y reducción de la movilidad voluntaria, pero en la mayoría de los casos se preserva la capacidad de la marcha. La secuela más notable es la pérdida del control sobre los esfínteres y la alteración en la esfera sexual.

La repercusión más característica de las personas con lesión medular puede hacer referencia a la movilidad. En lesiones completas, la parálisis impide realizar una marcha autónoma, necesitando una silla de ruedas para los desplazamientos (silla manual, si la lesión no afecta a las extremidades superiores, o eléctrica, en el caso de tetraplejias). En otros pacientes, la lesión incompleta les permite realizar una marcha autónoma con ayudas técnicas como órtesis, andadores, muletas o similares. Pero existen otras lesiones secundarias asociadas, quizás no tan visibles que, en mayor o menor grado, repercuten en su estado de salud, calidad y esperanza de vida.



# Las complicaciones más frecuentes

---

Para establecer qué pruebas se han de solicitar y que se debe vigilar en los pacientes con lesión medular, debemos saber cuáles son las complicaciones más frecuentes que se desarrollan. A continuación, se exponen por aparatos:

## Aparato gastrointestinal

La esofagitis, la dilatación gástrica crónica con distensión abdominal, el agravamiento del estreñimiento asociado a la edad, y el mayor riesgo de desarrollo de hemorroides y otras lesiones mucocutáneas anales, son complicaciones frecuentes que actúan como causa de dolor abdominal y otros síntomas intestinales, en estos pacientes.

Por ello, ante la aparición de dolor abdominal, u otros síntomas intestinales, solicitaremos una analítica sanguínea de control que incluya parámetros de función hepática, y haremos control radiológico con radiografía de abdomen y ecografía abdominal.



## Tracto genitourinario

La disminución de la función renal, el aumento de la incidencia de cálculos en el tracto, la aparición de ITUs (infección de tracto urinario) de repetición, las complicaciones derivadas de portar una sonda vesical y el riesgo incrementado de padecer cáncer de vejiga hacen imprescindible al menos una revisión urológica anual, que incluya pruebas de imagen que descarten la aparición de reflujo vesicoureteral, cálculos renales o vesicales, y que permitan la detección temprana del cáncer vesical.

Cuando existe una lesión medular en los segmentos sacros S2-S4 o superior, se ve alterada la contracción o relajación de la vejiga y el cierre y apertura de los esfínteres, uréteres y uretra.

Mediante el estudio urológico podemos ayudar a prevenir complicaciones y lograr un buen funcionamiento del aparato urinario. Tras la valoración, se realizará un plan de reeducación de la vejiga y musculatura que interviene en el proceso, para poder relajar y contraer cuando sea necesario.

La vejiga se reeduca a través de una sonda o catéter, cateterismo intermitente limpio, varias veces al día, de tal manera que cuando la vejiga se llena, se coloca la sonda, se elimina la orina y luego se retira hasta el próximo horario, que será establecido por el profesional.

Si la persona posee sonda permanente es aconsejable ingerir líquidos abundantes aproximadamente tres litros por día y debe consultar a su médico sobre el cambio de esta. Pero cabe aclarar que el método de elección para la evacuación de la vejiga es el cateterismo intermitente limpio.

Se recomienda aproximadamente 500 ml de orina entre sondajes, lo que llevaría a un consumo de 1,5 litros por día.

Es necesario controlar siempre la orina, si ésta es turbia, presenta olor o sedimento abundante, si aumenta la espasticidad, cansancio o malestar digestivo, etc., lo que nos hará sospechar infección urinaria y se deberá consultar con el médico.

## Sistema nervioso

Dentro de las complicaciones neurológicas, encontramos la posibilidad de desarrollar alguna pérdida de sensibilidad o algún déficit motor; debiendo prestar especial atención a las lesiones traumáticas y neoplásicas, u otras que provoquen lesiones cavitadas que puedan contener líquido en su interior, por el riesgo de desarrollar siringomielias que asciendan el nivel de la lesión. Además, estos pacientes presentan una incidencia elevada de neuropatías periféricas por atrapamiento, siendo la más frecuente el "Síndrome del túnel carpiano".

Para ello, será importante realizar una exploración neurológica reglada del paciente al menos una vez al año, antes si presenta síntomas, y en tal caso, ayudarnos de pruebas de imagen como la resonancia magnética o

los estudios neurofisiológicos, para esclarecer el diagnóstico de estos problemas y ponerles solución precoz para evitar el deterioro neurológico, y así la pérdida de función y deterioro de la calidad de vida del paciente.

Cabe subrayar, que en las personas con lesión medular se desencadena espasticidad, un síntoma que refleja un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos, provocando rigidez y acortamiento, dificultando sus movimientos y funciones como la deambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución, etc.

Durante una infección urinaria, bolo fecal, escara...etc. esta espasticidad puede verse aumentada.

## Sistema cardiovascular

Dado que el paciente con lesión medular va a tener un menor nivel de actividad física, lo que se traduce en un posible aumento del nivel de glucosa, disminución del nivel de colesterol "bueno" y en aumento de peso, se aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.

La insuficiencia arterial e isquemia de miembros inferiores también es frecuente en estos pacientes debido a un deterioro de su sistema circulatorio.

Por ello, solicitaremos controles analíticos que incluyan parámetros proinflamatorios además de solicitar controles de glucemia y perfil lipídico, y realizaremos un control estrecho de los factores de riesgo cardiovascular.

Tras la aparición de una lesión medular, se generan cambios en la regulación de la presión circulatoria por disminución o aumento.

Ante la presencia de hipotensión arterial, se pueden generar síntomas como mareos, náuseas, visión borrosa o fatiga, entre otros. Mediante el vendaje en ambas piernas, desde el pie hasta el muslo, se puede evitar.

Una complicación exclusiva en lesión medular por encima de T6, es la crisis o disreflexia autonómica, que se genera por la afectación del sistema nervioso vegetativo. Algunas de las causas más frecuentes que lo desencadenan son: el intestino lleno, la vejiga ocupada, uñas encarnadas o úlceras por presión. El dolor de cabeza de inicio brusco, sudor, enrojecimiento de cara, nariz tapada, piel de gallina, temblores y aumento de la presión, son síntomas indicadores de la disreflexia. Tras aparecer estos síntomas, el cuadro mejora, necesitando rara vez medicación, por lo que es importante que el paciente conozca la posibilidad de que esto suceda, para tranquilizar y no generar angustia en la persona que lo padece.

Se debe recordar la importancia de que la sonda permanente se vacíe adecuadamente, cumpliendo los horarios de cateterismo, bebiendo líquido, controlando las evacuaciones intestinales y cuidando las zonas de hipertensión.

## Sistema musculoesquelético

Los trastornos músculo-esqueléticos son las lesiones que se producen en músculos, tendones, nervios y articulaciones, cuyo síntoma predominante es el dolor, asociado a inflamación, pérdida de fuerzas y dificultad o imposibilidad para realizar algunos movimientos. Existen gran cantidad de trastornos como: tenosinovitis (inflamación de los tendones y de las vainas que los recubren), bursitis (inflamación de una bolsa articular, la más común la subacromial en la articulación del hombro), miositis (inflamación de los músculos que puede ser primaria o secundaria), artritis (inflamación articular, enfermedad osteoarticular degenerativa y artritis reumatoide).

Además hay lesiones provocadas por esfuerzo repetitivo o traumatismos acumulativos que causan dolor e inflamación aguda o crónica de los tendones, músculos, cápsulas o nervios. Estas, afectan principalmente a las extremidades: mano, muñeca, codo, hombro, o el tronco (tensión en la parte baja de la espalda).

Por lo tanto, los trastornos musculoesqueléticos pueden afectar tanto a las extremidades superiores como a las inferiores. Entre las causas físicas de estos trastornos, cabe citar: la manipulación de cargas (transferencia entre sillas), las malas posturas (inmovilización prolongada) y los movimientos forzados o muy repetitivos (manejo de la silla de ruedas). Por lo tanto, tras una lesión medular, la pérdida de masa muscular, junto con otros factores, puede desencadenar en alteraciones músculo-esqueléticas.

Cabe destacar el alto riesgo de desarrollo de osteoporosis secundaria en las personas con lesión medular. Esta pérdida ósea es multifactorial y dependerá del tiempo y extensión de la lesión neurológica. En el primer año tras la parálisis motora completa se produce la mayor pérdida ósea, siendo el fémur distal y la tibia proximal las zonas más las frecuentes de rotura.

Los tratamientos farmacológicos de osteoporosis primaria tienen resultados mixtos en esta osteoporosis secundaria mientras que la deambulación, bipedestación y estimulación eléctrica, pueden ser útiles para aumentar la densidad mineral ósea, pero no necesariamente se correlacionan con la reducción del riesgo de fracturas.

Se deben mantener un alto índice de sospecha de fracturas por fragilidad y considerar la derivación para evaluación y manejo quirúrgico.

Ante la aparición de síntomas de dolor, podremos apoyarnos en las pruebas de imagen que nos ayuden a establecer el diagnóstico preciso de la lesión, para poner un método de prevención o tratamiento que evite la progresión y cronificación de la patología que ocasiona dolor

## Sistema respiratorio

Los músculos que se encargan de realizar la respiración, tras una lesión medular a nivel cervical o dorsal alta, se verán afectados en mayor o menor medida.

Durante las primeras etapas, es frecuente la dificultad para toser y las infecciones respiratorias, por lo que es fundamental empezar cuanto antes la rehabilitación, para mejorar la calidad de vida y prevenir problemas agregados.

Las personas con lesión medular tienen un riesgo incrementado de sufrir neumonías y otras afecciones del sistema respiratorio. Además, en los niveles de lesión más altos, las deformidades de columna, la distensión abdominal y la espasticidad, son factores que influyen en el desarrollo de un empeoramiento de la función respiratoria. En los niveles más altos, debe vigilarse la posible aparición de apnea del sueño. Si se sospecha, debe pedirse un estudio del sueño para diagnosticarlo.

Será conveniente mantener un seguimiento mediante pruebas de función respiratoria a los pacientes con niveles de lesión cervical o torácicos altos o medios, además de solicitar gasometría arterial. La vacunación antigripal, antineumocócica, no fumar, realizar ejercicios de fisioterapia respiratoria diaria y el tratamiento precoz y dirigido de las infecciones respiratorias, será vital en estos pacientes.

## Piel

Dadas las alteraciones vasculares, alteraciones sensitivas y de movilidad de estos pacientes, serán susceptibles de sufrir úlceras por presión. Por ello, es importante evitar estas complicaciones educando desde el inicio de la lesión al paciente y a sus cuidadores en sus formas de prevención. En la consulta de revisión, será importante revisar el estado de la piel del paciente.

En caso de que presentara alguna úlcera por presión, deberemos asegurarnos de que el paciente mantiene una adecuada nutrición, deberemos instruirle en las curas necesarias y recordarle las medidas para evitar la presión en la zona; y deberemos intentar averiguar la causa que ha producido la úlcera (espasticidad que altera la postura en la silla, desajuste en el inflado o deterioro del cojín antiescaras o silla, desnutrición...), para corregirla y evitar que se vuelva a producir.

Es importante evaluar y documentar las características de la úlcera (ubicación, tamaño, bordes, perilesión, estadio) y causa de la herida, para poder desarrollar un plan de tratamiento y así considerar las necesidades en los servicios de atención domiciliaria.

## Sistema inmunológico

En estos pacientes destaca el aumento de la incidencia de episodios infecciosos de predominio bacteriano. Estos procesos, probablemente estén en relación con una alteración de su estado inmune.

Para vigilar el estado inmune de nuestros pacientes solicitaremos controles de analítica sanguínea que incluyan parámetros proinflamatorios, como la vitamina D, la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular, además de solicitar controles de glucemia y perfil lipídico, y realizaremos un control estrecho de los factores de riesgo cardiovascular.

## Afecciones sexuales

La sexualidad no se refiere únicamente a la función sexual, sino que es un concepto que engloba diferentes aspectos que también forman parte de nuestra personalidad como lo es la imagen corporal, el sexo, el deseo sexual, la autoestima, etc.

Al producirse una lesión medular, la función sexual podrá tener distintos grados de afectación, pero el deseo sexual siempre se preserva, aunque al inicio se inhiba por angustia.

La relación sexual puede ir desde una mirada, un beso, una caricia hasta una palabra, no siempre está relacionado con lo coital y no es exclusivamente genital.

Al sufrir una lesión medular la sexualidad tiene que adaptarse, conociendo su cuerpo, zonas y necesidades. Para ello es importante informarse y capacitarse de las posibilidades, recursos, técnicas y productos que pueden complementar las condiciones de las relaciones.

## Salud mental

Será fundamental controlar que estos pacientes mantienen una adecuada salud mental, así como de su entorno, ya que, sin esto, no será posible avanzar en sus objetivos de rehabilitación ni tener una buena calidad de vida. Por ello, cobrará un papel prioritario la intervención inicial y posterior seguimiento en caso de ser preciso, del equipo sanitario con capacidad para hacer una valoración médica psiquiátrica inicial, que detecte enfermedades psiquiátricas, potencialmente tratables, además del apoyo psicológico temprano, necesario para que el paciente y su familia comprendan y asuman la discapacidad residual.



Áreas o sistema	Afección
Circulatorias	Trombosis venosas profundas Edemas
Dermatológicas Digestivas	Úlceras por presión Incontinencia fecal Estreñimiento Dolor abdominal Hemorragia rectal
Musculo-esqueléticas	Osteoporosis / osteopenia Retracciones cápsulo-ligamentosas Osificaciones periarticulares Fracturas espontáneas Contracturas musculares Pérdida de masa muscular
Neurológicas	Espasticidad Espasmos Dolor (neuropático somático, nociceptivo)
Neurovegetativas	Hipotensión ortostática Sudoración supraplesional Escalofríos Vómitos
Psiquiátricas	Depresión Ansiedad
Respiratorias	Insuficiencia respiratoria crónica Neumonía Retención secreciones bronquiales Atelectasias Edema y tromboembolismo pulmonar
Sexuales	Alteración en la percepción orgásmica, erección y eyaculación
Urogenitales	Infección tracto urinario Vejiga neurógena

**Tabla: posibles afecciones en diferentes áreas o sistemas del organismo, como consecuencia de padecer una lesión medular.**

# Intestino neurógeno:

## Qué es y sus diferentes tratamientos






### ¿Qué es el intestino neurógeno?

Tras sufrir una lesión en la médula espinal, las personas pueden presentar una alteración de la función intestinal, conocida como intestino neurógeno (IN). El IN se manifiesta como una pérdida parcial o total de la capacidad para sentir las heces en el recto, dificultad para iniciar o retrasar la defecación y/o una alteración del tono del esfínter.





Los pacientes con lesión medular tienen miedo a los episodios de incontinencia y sufren las incomodidades del estreñimiento. Para controlar en IN pueden precisar métodos no fisiológicos y necesitar la ayuda de una segunda persona.

## ¿Qué tratamientos existen para que los pacientes con lesión medular evacuen?

---

-  **Medidas higiénico-dietéticas:** Dentro de las medidas HD está el ejercicio físico (en función de las posibilidades de cada paciente), alimentación equilibrada rica en fibra, entrenamiento intestinal y masaje abdominal.
-  **Tratamientos orales:** La administración de laxantes ayuda a la prevención y tratamiento del estreñimiento y de la pseudocontinencia por rebosamiento. Es importante que los pacientes sigan las recomendaciones de los especialistas.
-  **Supositorios y microenemas:** Su función es estimular la defecación.



-  **Estimulación digital del recto y extracción manual de las heces:** Siempre debe realizarse con guantes y lubricante.
-  **Obturadores anales:** Se introducen en el ano. Su función cerrar la luz anal, interrumpiendo la salida de las heces.
-  **Irrigación transanal:** La irrigación transanal (ITA) es un procedimiento por el que se introduce agua templada en el recto a través del ano, permitiendo el vaciado del colon descendente.
-  **Enemas:** No son muy adecuados como método habitual para defecar. Si pueden utilizarse para episodios ocasionales de estreñimiento.



# Vejiga neurógena:

## Diferentes herramientas para manejarla

Los pacientes con lesión medular sufren un cambio importante en la percepción de su calidad de la vida, no sólo por los problemas de movilidad sino también a causa de su disfunción urológica e intestinal.



### ¿Qué es la vejiga neurógena?





La vejiga neurógena es la falta de control vesical ocasionada por una lesión del sistema nervioso.

Dependiendo del tipo de lesión medular, los pacientes podrán tener control voluntario de la micción, incontinencia urinaria (pérdida de orina incontrolable) o precisarán sondajes intermitentes para vaciar sus vejigas.





Cuando existe incontinencia urinaria, la persona podrá beneficiarse del uso de absorbentes, como pañales y compresas, o colectores de orina.

## ¿Cuáles son las recomendaciones para controlar la vejiga neurógena?

---

-  Cada paciente precisa un método individualizado para vaciar su vejiga, que vendrá pautado por su especialista.
-  Los pacientes pueden necesitar colectores para controlar sus pérdidas de orina. Existen diferentes marcas, diámetros y longitudes.
-  Los pacientes también pueden necesitar pañales, también existen diferentes marcas, modelos y tallas.
-  El óxido de zinc puede ser de gran utilidad para evitar irritaciones de la piel por la humedad.



-  Si el paciente ha de realizarse sondaje vesical, debe saber que se trata de una técnica limpia y que debe lavar sus manos y zona genital minuciosamente antes de proceder a la técnica.
-  Existen diferentes modelos de sondas, la mayoría de ellas prelubricada. Cada persona, junto con su especialista, deberá decidir la que mejor se adapta a sus necesidades.
-  Debemos animar a los pacientes para que realicen los sondajes pautados.
-  Como norma general, únicamente deberán tratarse las infecciones de orina sintomáticas.



# La disreflexia

## Diferentes herramientas para manejarla



### ¿Qué es la disreflexia autónoma (DA) o hiperreflexia autónoma?

La disreflexia autónoma o hiperreflexia es una respuesta exagerada de sistema nervioso autónomo. Se produce cuando el cuerpo de una persona con lesión medular reacciona al dolor o incomodidad por debajo del nivel de la lesión.

Es más probable que ocurra en personas con lesión medular cervical o dorsal por encima de D6. Se trata de emergencia vital.



## ¿Cómo se manifiesta la DA?

---

- Tensión arterial elevada
- Cefalea
- Rubor facial
- Sudoración profusa y manchas rojas por encima del nivel de la lesión
- Palidez por debajo de la lesión
- Congestión nasal
- Náuseas
- Taquicardia o bradicardia
- Piloerección

## ¿Cuáles son las posibles causas de la DA?

---

Las causas de la DA se producirá por dolor o incomodidad por debajo del nivel de la lesión, como puede ser:

- Infecciones o retenciones urinarias
- Estreñimiento.
- Dolor. (Por ejemplo, por fracturas óseas, heridas, uñas encarnadas, etc).
- Quemaduras
- Ropa apretada

## ¿Qué podemos hacer cuando una persona presenta una DA?

---

Cuando una persona con lesión medular presenta una posible crisis de DA, lo primero que debemos hacer explorar su cuerpo para intentar eliminar aquello que le está produciendo el daño (fecaloma, retención de orina...) y elevar la cabeza del paciente por encima del corazón. A continuación, si no cesan los síntomas, acudir al centro de urgencias más cercano para que realicen las acciones pertinentes.

# El dolor y la termorregulación

Entre el 30-50% de las personas con LM presentan dolor de forma frecuente como complicación. En muchos de los casos, este dolor no requiere de un tratamiento específico ya que sólo un pequeño porcentaje presentan dolor intenso y persistente. Sin embargo, las sensaciones anormales por debajo de la lesión se presentan en la mayoría de los LM.

## ¿Qué es el dolor neuropático?

Resulta de la lesión o enfermedad que afecta el sistema somatosensorial, en la ausencia de un estímulo nocivo periférico.

Se describe como una sensación o experiencia emocional desagradable asociada con la disfunción o lesión del sistema nervioso. Hay que recordar que el dolor neuropático es uno de los mayores desafíos en el manejo del dolor crónico.

Una vez identificado el origen del dolor, existen numerosas técnicas para controlar el dolor en los pacientes con lesión medular.

La meta es prevenir complicaciones y mantener un buen estado general de salud. En el paciente con lesión medular el dolor puede ser provocado o incrementado por infecciones, UPP, distensión vesical y/o abdominal, espasticidad, sobre esfuerzo o reposo excesivo, tabaco, estrés; por lo que, ante la presencia de un cuadro doloroso no habitual en nuestro paciente, siempre debemos descartar otras complicaciones.

## ¿Qué debemos hacer?

- Tratar oportunamente la causa del dolor aumenta las posibilidades de un tratamiento exitoso.
- Administrar el tratamiento pautado por el médico dirigido al dolor: antidepresivos, ansiolíticos y anticonvulsivantes, entre otros.
- En los casos de dolor muy intenso, persistente, refractario a otros tratamientos e incapacitante se puede considerar los bloqueos simpáticos, procedimientos quirúrgicos como descompresión, colocación de dispositivos (por ejemplo, bombas de infusión continua), técnicas neuroestimulativas (TNS, estimuladores medulares, etc).

## ¿Qué es la termorregulación?

Se define como la capacidad del cuerpo para regular su temperatura. Ésta varía dependiendo del sexo, la actividad reciente, el consumo de alimento y/o líquidos, la hora del día.

El ser humano, en condiciones fisiológicas normales, mantiene una temperatura corporal constante y dentro de unos límites muy estrechos, de acuerdo con la Asociación Médica Americana, entre 36,5 y 37,2 ° C.

## ¿Cómo se controla la temperatura?

Esta constante biológica se mantiene gracias a un equilibrio existente entre la producción y las pérdidas de calor.

El mantenimiento de la temperatura corporal depende de la integración nerviosa y de la función refleja coordinada de tres sistemas: el sistema receptor de superficie con receptores al frío y al calor; el sistema trasmisor aferente y el sistema trasmisor eferente.

## ¿Por qué se altera la termorregulación en el lesionado medular?

El fallo del sistema termorregulador es una complicación importante en los pacientes con lesión medular. Si bien el mecanismo no se conoce por completo, la persona con lesión medular presenta dificultad para adaptarse a las temperaturas ambientales extremas y cuanto más alto sea el nivel de la lesión mayor será la dificultad. Por tanto, la temperatura ambiental va a condicionar de forma directa la temperatura corporal.

Hay varios factores que contribuyen a la desregulación de la temperatura observada después de la lesión medular, incluyendo una reducción de la entrada sensorial a los centros termorreguladores y la pérdida del control simpático vasomotor y sudomotor por debajo del nivel de la lesión.

Hay que aprender a diferenciar entre el aumento de la temperatura corporal como consecuencia del calor ambiental y el provocado por un proceso infeccioso (fiebre).

## ¿Qué debemos hacer?

- Evitar la exposición a temperaturas marcadas de frío o de calor.
- Utilizar ropa adecuada a la temperatura del ambiente.

# Problemas de la piel y su prevención

## Irritaciones por humedad, UPP y quemaduras



### **¿Cuáles son los problemas de la piel que pueden padecer las personas con lesión medular?**

Padecer una lesión medular supone un riesgo alto de desarrollar una úlcera por presión (UPP) o quemaduras.

La UPP consiste en una lesión de la piel, causada por la interrupción sanguínea tras una presión prolongada, produciendo isquemia y necrosis vascular. Dado que las personas con lesión medular presentan una sensibilidad alterada, para prevenir las UPP es necesario aliviar la presión en las prominencias óseas.

Las personas con lesión medular, al presentar alteraciones de la sensibilidad, también pueden tener un riesgo mayor de sufrir quemaduras, al aproximar objetos con elevadas temperaturas, calefactores, baños demasiado calientes a las partes del cuerpo con sensibilidad disminuida.

## ¿Cuáles son las recomendaciones para evitar lesiones de la piel?

---

● No olvidar realizar los cambios posturales, cada 3-4 hora, y animar al paciente a pulsar cuando está sentado en la silla de ruedas.

● Vigilar la piel todos los días. Controlando posibles rojeces o lesiones.

● Evitar que la piel esté húmeda.

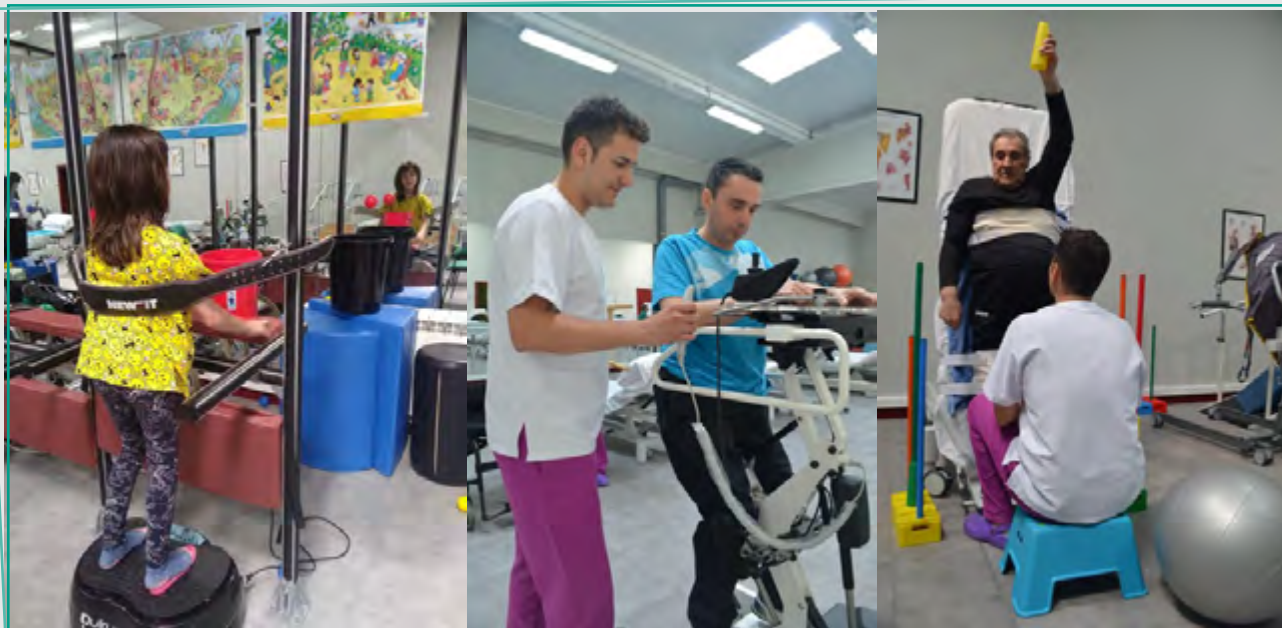
● Vigilar la integridad del cojín antiescaras.

● Evitar quemaduras controlando la temperatura del agua del baño, de las bolsas de agua caliente, de objetos, comida o bebida encima de las piernas y la proximidad a calefactores o estufas.



# Rehabilitación y autonomía personal

## Fisioterapia



**Los objetivos fisioterapéuticos específicos van encaminados a la prevención de los problemas médicos secundarios a la lesión medular a través del trabajo activo / asistido / resistido de la región corporal supra-lesional, y por otra parte con el tratamiento pasivo de la zona del cuerpo infra-lesional.**

A nivel neurológico, podemos abordar la espasticidad con estiramientos pasivos de la musculatura, terapia vibratoria de cuerpo completo o local o bipedestación. De cara a la aplicación de terapia vibratoria, debe tener en cuenta el grado de osteoporosis del paciente, así como la presencia de antecedentes históricos de trombos como contraindicaciones para su aplicación. Más adelante se hará referencia también a la puesta en pie del paciente. Finalmente, el dolor neuropático se puede tratar con electro-analgesia y/o terapia manual articular.

A nivel musculo-esquelético, la cinesiterapia pasiva ayuda a prevenir la rigidez en las articulaciones localizadas por debajo de la lesión. Este tipo de trabajo implica la movilización por parte de un asistente de los diferentes segmentos corporales del paciente implicado mediante movimientos lentos y controlados.



A nivel vascular, la terapia simultánea de vibraciones de cuerpo completo y electroestimulación neuromuscular ha mostrado una mayor efectividad que la aplicación aislada de ambos estímulos para mejorar el flujo sanguíneo arterial en el miembro inferior, lo que redundaría en una reducción del riesgo de sufrir trombos o úlceras por presión. Paralelamente, las rutinas de cambios posturales y ejercicios de pulsiones podrían contribuir a la prevención de la aparición de escaras también o úlceras por presión.

La función respiratoria dependerá mucho del nivel y la extensión de la lesión, así como del tiempo de evolución de la misma. En tetraplejías altas y completas habrá mayor afectación de la musculatura respiratoria. Por ejemplo, en lesiones C1-C2 completas, los pacientes precisan ventilación mecánica y no tienen capacidad de producir una tos eficaz. En el caso de lesiones del segmento C5-C8, presentan mejor capacidad ventilatoria ya que el diafragma está completamente inervado, pero la ausencia de la musculatura abdominal influye también en la tos y en la limpieza de las vías aéreas. Las técnicas de fisioterapia respiratoria son muy amplias y varían en función del paciente, pero de manera general buscan una buena higiene bronquial, mejorar la capacidad ventilatoria, entrenamiento de musculatura (accesoria, diafragma y abdominal), trabajo de la expansión costal, etc. En definitiva, están dirigidas a la prevención y / o tratamiento de las posibles complicaciones respiratorias.

La bipedestación es una parte importante del tratamiento ya que repercute de manera efectiva en diferentes sistemas corporales. Sus beneficios abarcan desde la prevención de las úlceras por presión, la osteoporosis y las deformidades articulares; la mejora de la espasticidad muscular, el retorno venoso y el drenaje urinario, hasta la mejora del estreñimiento a nivel intestinal o el apoyo psicológico. El nivel de lesión medular y el estado físico del paciente indica el protocolo a seguir para que la persona afectada se ponga de pie. En este sentido, también ha de tenerse en cuenta el grado de osteoporosis existente en caso de que exista presencia de esta patología como potencial contraindicación para su implementación.

## Objetivos fisioterapéuticos

De forma general, podríamos señalar que los objetivos fisioterapéuticos generales de la lesión medular buscan:

- La readaptación al nuevo esquema corporal / propioceptivo.
- Autonomía e independencia funcional en las actividades de la vida diaria.
- Mantener y / o mejorar la calidad de vida.
- Actuar sobre la accesibilidad.
- Reintegración psico-socio-laboral.

## A. Ejercicios respiratorios (drenaje y movilización de secreciones tonificación de musculatura accesoria, aumento de capacidad ventilatoria).

### I. Ejercicio de: “hacer burbujas”



#### Objetivo:

- Hidratar las vías aéreas para favorecer, posteriormente, el drenaje de secreciones.
- Se trata de un calentamiento previo a otros ejercicios respiratorios.

#### Material:

- Se necesitará una botella o recipiente hondo, que se llenará de agua (la mitad o  $\frac{3}{4}$  de su capacidad), y una pajita o tubo corrugado.

#### Descripción:

- El paciente estará sentado en su silla de ruedas o en una superficie estable controlando su tronco, o en el caso de que la lesión no lo permita, podrá realizarlo en la cama, tumbado y con el respaldo elevado.
- El ejercicio consiste en coger aire por la nariz y soplar por la pajita hasta expulsar todo el aire. La espiración (salida de aire), debe ser lenta y prolongada.

#### Recomendaciones:

- Realizar 1,5-2 horas después de comer para evitar interferir en la digestión.
- Realizar entre 3-5 repeticiones y hacer inspiraciones profundas.
- Se debe evitar que el cuello haga una hiperextensión, es decir, que la cabeza se desplace hacia atrás.
- En caso de que el paciente esté en tratamiento farmacológico con broncodilatadores y/ o mucolíticos, este ejercicio se realizará después del suministro de estos. Si se trata de antibióticos, el ejercicio se realizará antes de la toma de estos.

## II. Ejercicio de AFE (aumento de flujo espiratorio): “empañar un espejo”



### Objetivo:

- Movilizar secreciones de las vías respiratorias.

### Material:

- Un espejo.

### Descripción:

- El paciente está sentado o tumbado con el tronco y cabeza elevados.
- El ejercicio consiste en coger aire por la nariz y soltarlo con la boca abierta, como si se quisiera empañar un espejo. Primero se realizarán espiraciones lentas y prolongadas, para terminar con una espiración corta y rápida.

### Recomendaciones:

- Realizar 1,5-2 horas después de comer para evitar interferir en la digestión.
- Cada ciclo consta de 3 espiraciones lentas y largas, y finaliza con 1 corta y rápida.
- Hacer pausas entre ciclos.
- Vigilar la fatiga.
- Beber agua entre ciclos, ya que produce sequedad en las vías respiratorias.
- Las secreciones van subiendo por las vías respiratorias, al realizar la última espiración corta y rápida, esta favorecerá su eliminación a través de la tos, si la persona tiene tos efectiva.

### Material:

- Si el paciente posee un flujo de aire reducido, el cuidador puede asistirle realizando presiones abdominales (las manos se colocan por debajo de las costillas y se hace una fuerza hacia el ombligo y hacia la cabeza) durante la espiración. Estas deben ser al principio de forma lenta y la última rápida o enérgica.



### III. Ejercicio con incentivador volumétrico



#### Objetivo:

- Aumentar la capacidad ventilatoria y trabajar la musculatura inspiratoria.

#### Material:

- Se necesita un incentivador volumétrico, tipo Coach 2.
- Medidor volumen aire.
- Tubo corrugado.
- Válvula.
- Medidor de flujo

#### Descripción:

El paciente debe colocarse sentado, o ligeramente levantado en caso de estar encamado.

Estos son los pasos para seguir:

1. Conectar el tubo corrugado a la válvula.
2. En la parte izquierda se encuentra el medidor de volumen de aire (ml). Dispone de una guía móvil para señalar el volumen de aire que se quiere alcanzar.
3. En la parte derecha se encuentra el medidor de flujo de aire. El émbolo debe mantenerse en el icono de la carita sonriente:
  - Si el émbolo está por debajo de la cara sonriente, significa que el flujo de aire no es suficiente.
  - Si está por encima, significa que el paciente ha cogido aire de manera rápida y no es eficiente el ejercicio.
4. Antes de empezar el ejercicio, se deben realizar 3 respiraciones completas (coger aire por la nariz y dejar que se escape por la boca). La última espiración (salida de aire), debe ser larga y completa para que se vacíen los pulmones.
5. Seguido a esto, se introduce la boquilla del tubo en la boca, y se coge todo el aire posible a través del incentivador. Se debe mantener el émbolo amarillo de la derecha en el icono de la cara sonriente, y observamos el ascenso del émbolo de la izquierda (en Lesión Medular el volumen normal de aire oscilaría entre 2000-2500 ml).
6. El ejercicio consiste en realizar una inspiración máxima (coger aire) a través del inspirómetro, y una espiración (expulsar aire) fuera del mismo.
7. Al final de la inspiración se retira la boquilla, y se realiza una apnea de 3 segundos (no coger ni soltar aire).

**Recomendaciones:**

- Realizar 1,5-2 horas después de comer para evitar interferir en la digestión.
- El incentivador es de uso personal y debe estar apoyado sobre una superficie estable.
- Realizar entre 6 y 10 repeticiones, no más de 3 seguidas.
- Vigilar la fatiga de la persona y realizar descansos entre repeticiones.
- Una buena progresión consistiría en ir aumentando semanalmente la cantidad de aire que se coge. Para ello podemos utilizar la guía del medidor de volumen.

**Variantes:**

- Si no se posee incentivador, se puede hacer una inspiración completa y profunda, seguida de una apnea de 3 segundos, y soltar el aire.
- Una buena evolución sería aumentar el tiempo de apnea, es decir, el tiempo que estamos sin coger ni soltar aire, como máximo durante 10 segundos.



## IV. Trabajo muscular general



### Objetivo:

- Tonificar la musculatura inspiratoria y/o musculatura accesoria.

### Material:

- Estos ejercicios se pueden realizar con dispositivos PEP (presión espiratoria positiva) tipo “Power breath” o con objetos cotidianos como globos o velas. Ambos dispositivos ofrecen una resistencia a la inspiración y eso supone un aumento del trabajo de la musculatura respiratoria.

### Descripción:

Ejercicio 1 “Inflar un globo”:

El paciente coge aire e intenta llenar el globo lo máximo posible.

Ejercicio 2 “Soplar velas”:

Se colocan 1 o varias velas sobre una mesa. El paciente hace una inspiración profunda y después intenta apagar la llama soplando. Si las velas se alejan de la posición inicial, el trabajo respiratorio que hace la persona es mayor.

Ejercicio 3 “Soplar trozos de papel”:

Se colocan porciones de papel pequeñas sobre una mesa.

La persona va a soplar a través de la pajita de plástico, intentando mover los papeles de su sitio.

Una buena progresión consistiría en sustituir el papel por garbanzos, tienen mayor peso y harían que el trabajo respiratorio fuera más intenso.

Ejercicio 4 “Coger trozos de papel”:

La persona tiene una pajita en la boca y coge aire mientras la dirige hacia un papelito y lo intenta despegar de la mesa. Todo el tiempo que dure la inspiración, el papel estará en contacto con la pajita.

### Recomendaciones:

- Realizar 1,5-2 horas después de comer para evitar interferir en la digestión.
- Con estos ejercicios trabajamos la musculatura respiratoria accesoria.
- Es necesario realizar pausas entre los ejercicios y observar cada día si el paciente presenta dolor o “agujetas” en la zona del cuello o los hombros, después del trabajo.
- Evitar desplazar la barbilla hacia delante y prestar especial atención a la postura de la espalda.



## B. Ejercicios/pautas para prevenir úlceras por presión

El objetivo a nivel de la piel es mantenerla intacta, para lo cual se requieren una serie de cuidados:

- Aseo general cada 24 horas y específico cuando sea necesario mediante agua tibia, aclarado y secado meticuloso sin fricción.
- Uso de jabones con potencial irritativo bajo, sin usar cualquier tipo de alcohol (de romero, colonias...etc)
- Mantener la piel siempre limpia y seca, vigilando posibles incontinencias, sudoración o exudados que causen humedad.
- Examinar diariamente el estado de la piel, prestando especial atención en las zonas de apoyo, posibles áreas enrojecidas o induraciones y registrarlo (estado de hidratación, eritemas, maceraciones, fragilidad, calor, induración, lesiones).
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (Corpitol, Linovera o Mepentol) o emulsión cutánea suavizante (Epaderm), procurando su completa absorción con un masaje suave.
- Valorar la posibilidad de utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de desarrollo de úlceras por presión, cuya piel esté intacta.
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por el riesgo de provocar un traumatismo capilar.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Para reducir las posibles lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los trocánteres, proteger las prominencias óseas aplicando un apósito hidrocólido, productos barrera o espumas de poliuretano y/o taloneras con velcro.
- En caso de existir un exceso de humedad debemos evitar signos de maceración o infección en la piel por el contacto de incontinencia fecal/urinaria, sudoración, drenajes y exudado de heridas. Para ello debemos tener en cuenta los siguientes cuidados:

## Cuidados del paciente

### Sondaje vesical, Pañales absorbentes, Colectores

Para prevenir el deterioro de la piel de la persona incontinente, es fundamental, en el caso de uso de absorbentes, que éste sea transpirable, para que ayude a mantener un microclima de la piel adecuado, para prevenir el deterioro de la misma y que la capa en contacto con la piel esté siempre seca.

Se debe asear al paciente lo antes posible en caso de incontinencia para evitar maceraciones de la piel, reeducar en lo posible los esfínteres y aplicar productos barrera, en las zonas de piel expuestas a humedad excesiva y continuada.

Otra parte importante para aliviar la presión sobre las áreas de riesgo, es la movilización.

Se deben realizar cambios posturales en todos los pacientes de riesgo, si no hay contraindicaciones por su patología de base, sin exceder las dos horas entre cada cambio. Deberá estar definido en el plan de cuidados o historia del paciente. Así mismo, siempre que sea posible, los pacientes serán educados para cambiar de posición ellos mismos. Se seguirá una rotación individualizada y programada incluyendo el decúbito supino, sedestación y decúbitos laterales siempre sea posible, registrando la última posición para su continuidad.

Siempre se evitará en lo posible apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.

De la misma manera que en pacientes encamados, se modificarán los puntos de apoyo en pacientes en sedestación.

Se mantendrá el alineamiento corporal, la distribución de peso y el equilibrio, evitando el contacto directo con prominencias óseas y evitando el arrastre.

En decúbito lateral, no debemos sobrepasar los 30 grados. En caso de necesidad de elevar la cabecera, esta no superará los 30° y se mantendrá durante el mínimo tiempo posible

Así mismo se usarán como material complementario colchones de aire, cojines, protecciones, almohadas... etc que disminuyan al máximo la presión.

Además, existen superficies especiales de apoyo para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola como colchones, camas, cojines de asiento y colchonetas.

La nutrición e hidratación requieren conservarse en buen estado (calórico, proteico, de vitaminas y minerales), ya que la desnutrición/deshidratación son considerados factores de riesgo de formación de úlcera por presión.

En caso de presentar riesgo de desarrollo de úlcera por presión se llevará a cabo una dieta hiperproteica, aportando nutrientes que faciliten la cicatrización.

## I. Ejercicio de pulsiones en silla



### Objetivo:

- Disminución de la presión sobre la piel que está en contacto con la silla..

### Material:

No es necesario.

### Descripción:

El paciente, sentado en su silla de ruedas, debe pulsarse con las manos, elevando los apoyos isquiáticos del plano de la silla cada 10-15 minutos.

### Recomendaciones:

- La silla debe estar frenada.
- Las caderas deben estar en ángulo de 90° para evitar que el peso corporal se desplace a las tuberosidades isquiáticas. Esto se consigue regulando la altura del reposapiés de la silla.

### Variantes:

- El paciente está sentado con las piernas estiradas sobre una cama y necesita 2 pulsores de madera.
- El ejercicio consiste en despegar el cuerpo de la cama, manteniendo unos segundos, para después volver a sentarse controlando la bajada. Se consigue una tonificación de la musculatura de brazos y un entrenamiento para realizar transferencias de manera autónoma.

## Otras recomendaciones generales

- Colchón antiescaras.
- Revisar el estado del cojín de la silla de manera periódica.
- Mantener una buena hidratación de la piel.
- Realizar cambios posturales cada 2-3 horas (por el propio paciente o su familiar / cuidador), no angular la cama por el peligro de UPP sacra. En cada cambio postural, revisar los salientes óseos que han estado apoyados y observar posibles zonas de piel enrojecidas. En este caso, se debe evitar la presión en esta zona hasta que la piel esté completamente curada.

# Terapia ocupacional

## ¿Cómo podemos potenciar la autonomía de las personas con lesión medular en su domicilio?

El terapeuta ocupacional es el profesional encargado de potenciar la autonomía y aplicar las adaptaciones necesarias para reducir la dependencia, y desarrollando estas acciones específicamente en el entorno de la persona, podemos conseguir una mejora perceptible en su calidad de vida.

Es función del Terapeuta Ocupacional buscar, evaluar la funcionalidad, adaptar a la capacidad y potenciar el uso que la persona necesite. En los enlaces de recursos encontrarás diversas opciones donde conocer los productos de apoyo disponibles en el mercado.

Trabajar sobre las Actividades de la Vida Diaria (a partir de ahora AVD) , nos permitirá potenciar las capacidades de cada persona y en base a sus objetivos personales, mejorar la funcionalidad para determinadas tareas imprescindibles para el desempeño ocupacional. Las AVD se dividen en:

- **Básicas:** son aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, entre las que encontramos el aseo y baño, higiene del inodoro, el vestido, comer, dormir, movilidad funcional, cuidado de la vejiga y los intestinos y el cuidado de los productos de apoyo. Sería también otra actividad básica la actividad sexual.
- **Instrumentales:** son aquellas en las que la persona interactúa con el medio. La persona las realiza o no en función de sus necesidades o gustos, y encontramos entre ellas: el cuidado de otras personas y/o animales, usos de sistemas de comunicación, movilidad en la comunidad, cuidado de la salud y del hogar, preparación de la comida o realización de la limpieza, manejo de temas financieros, procedimientos en materia de seguridad personal, etc.
- **Avanzadas:** son aquellas relacionadas con valores, intereses, roles, capacidades, habilidades y destrezas de la propia persona. Son muy personales, requieren de un buen funcionamiento de las funciones ejecutivas y dependerán del contexto en el que se desenvuelve la persona. Encontramos actividades educativas, de trabajo, de tiempo libre, de juego y de participación social.

Para trabajar las AVDs debemos realizar una evaluación de la actividad, tanto a nivel físico como social o cognitivo. Una vez conocemos las necesidades, debemos planificar el plan de trabajo en base a los objetivos que se plantee la persona, la capacidad y las necesidades, a través de actividades que consideramos pueden mejorar la acción, o en el caso de que sea necesario, realizar las adaptaciones pertinentes. Para todo esto, debemos proporcionar un entorno seguro y facilitador, así como fomentar la autonomía de la persona en todo momento.

Una de las tareas más importantes, enmarcadas dentro de las actividades básicas de la vida diaria, y que nos pueden ayudar a mejorar la funcionalidad de la persona dentro de su hogar, es el entrenamiento en transferencias y movilizaciones.

## ¿Qué productos de apoyo existen?

Los productos de apoyo son cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Están regulados por la norma internacional Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología. ISO 9999:2016.

Esta norma se adaptó como norma europea, y posteriormente, como norma española, con el nombre completo de: UNE EN ISO 9999:2017 Productos de apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y terminología (ISO 9999:2016). Esta norma clasifica los productos de apoyo disponibles en el mercado o producidos específicamente según su función.

Cabe referenciar a CEAPAT (Centro Estatal de Autonomía Personal y Productos de Apoyo), perteneciente al IMSERSO. En 2006, esta entidad pasa a formar parte de la red de Centros de Referencia Estatal (CRE), cuyo objetivo es ser referencia para la promoción, intercambio de conocimiento, formación de profesionales y prestación de servicios de una alta cualificación.

Esta entidad realiza además una propia clasificación de los productos de apoyo, diferenciándolos en las siguientes categorías:

- Alimentación y tareas domésticas
- Aseo y cuidado personal
- Comunicación
- Aprendizaje y empleo
- Ciudad y edificios
- Movilidad y manipulación
- Ocio
- Adaptación a la vivienda
- Transporte privado accesible

## ¿Cómo puedo mejorar la accesibilidad al empleo para personas con discapacidad?

---

El acceso al empleo, además de un aspecto importante a nivel económico, constituye una importante vía de acceso a la participación social así como al propio desarrollo de la persona, ofrece pertenencia a un grupo social y abre caminos para garantizar la plena inclusión social.

Es por ello por lo que se debe garantizar el acceso a las personas con discapacidad tanto al entorno físico como al propio desarrollo del trabajo en sí: es decir, hay que analizar de forma individual los requerimientos de la actividad a desarrollar, las capacidades de la persona y la relación entre ambas partes.

Es necesario mostrar a la entidad contratante las opciones con las que cuenta a la hora de la contratación, así como a la persona con discapacidad sus derechos de cara a afrontar ese puesto laboral.

## ¿Qué debo saber sobre accesibilidad en mi entorno cercano, otros edificios (públicos y privados) o en otros entornos?

---

La normativa sobre accesibilidad ha evolucionado de una forma muy importante en los últimos 20 años (aunque se empezó a incluir en normativa mucho antes, desde los '80), produciéndose una cantidad muy numerosa de normativa tanto a nivel nacional como autonómico, además de en la propia normativa de cada municipio. A esto se le suma que se ha ido desarrollando normativa específica por áreas (vivienda, productos, entorno construido, etc.)

La accesibilidad es una cadena que debe estar presente en todo el entorno de la persona con requerimientos de esta, desde su propio domicilio, su entorno más cercano (comunidad de propietarios o espacios cercanos más utilizados) así como en el transporte, en los edificios públicos, productos o servicios, etc. En el momento que un eslabón de esta cadena falla, conllevará que la persona no disponga de los medios para una total participación social.

Es difícil incluir recursos que engloben toda esta amalgama de documentación en un único documento, por lo que se recomienda la búsqueda de recursos más específicos en función de las necesidades de la persona que lo requiera.





# Salud mental

## Estrategias de afrontamiento en lesión medular

La aparición de una lesión medular es una situación que conlleva un alto estrés asociado y puede ser considerada como un suceso vital mayor dentro de la categoría de estrés crónico continuo. Así mismo, si la lesión ha sido adquirida en un accidente, al alto estrés asociado se le puede sumar el estrés de haber vivido un suceso potencialmente traumático, lo que dificulta su proceso de aceptación y confrontación de la lesión medular.

Podemos considerar el afrontamiento como una respuesta humana para manejar el estrés y responder de una mejor forma ante los cambios del entorno, entendiendo la adaptación (en términos de supervivencia) como su fin.

El estrés está compuesto por dos componentes: el distrés (estrés negativo) que nos bloquea delante de una situación, dificultando la respuesta a esta, y el estrés (estrés positivo), que nos motiva a responder satisfactoriamente a las situaciones planteadas por el entorno.

Desde el modelo cognitivo del estrés se defiende que las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones principales en las situaciones estresantes: por un lado, la resolución de problemas y, por otro, el control emocional.

La función de regulación emocional incluye los esfuerzos por modificar el malestar y gestionar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante para que no nos repercuta negativamente. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir clarificando y reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o potenciando la capacidad de observar la situación de una forma más amplia, atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno.

Es importante poder realizar evaluaciones multidimensionales que observen las respuestas conductuales y fisiológicas de la persona para poder comprobar su capacidad de afrontamiento. Esta información puede extraerse mediante diferentes fuentes: autoinformes, entrevista y observación, entre otras.

La depresión, es el indicador de adaptación más frecuente en psicología de la rehabilitación. También es el más utilizado en el estudio del afrontamiento de la lesión medular.

En el área de la salud, son múltiples las evidencias que refieren la importancia de las estrategias favorecedoras del control. Las estrategias centradas en la resolución de problemas y las estrategias cognitivas con alto componente de acción parecen ser de especial relevancia en el entorno rehabilitador, en la línea de los resultados encontrados en el afrontamiento de las enfermedades crónicas.

Por el contrario, el fatalismo, el escape y la evitación se relacionan con una mayor depresión y estrés percibido en las personas con discapacidad y una menor sensación de control de la situación. La búsqueda de información y el apego a la vida se relacionan con una mayor adaptación, mientras que la desesperación y el inconformismo van unidos a una mayor ansiedad.

La emoción puede deberse a la mayor influencia de las variables de personalidad, mientras que el afrontamiento centrado en el problema está más influenciado por factores situacionales.

El fuerte componente situacional de las estrategias de afrontamiento al señalar que en las situaciones de desafío se emplean principalmente las estrategias racionales, el pensamiento positivo, la fantasía, la auto-culpa, la contención, la autoadaptación y el sentido del humor. Las situaciones de amenaza se caracterizan por la presencia de fatalismo, el pensamiento desiderativo y la búsqueda de ayuda, mientras que, ante la pérdida, se ponen de manifiesto las creencias religiosas y la expresión de sentimientos.

Un factor que parece especialmente relevante, por sus claras implicaciones en el área de la salud y de la rehabilitación, es la posibilidad de modificar la situación. Así, hay evidencia de que ante situaciones percibidas como susceptibles de cambio, las personas utilizan más el afrontamiento centrado en el problema, mientras que ante aquellas situaciones que no permiten el cambio se utilizan más las estrategias centradas en la emoción y la revaloración cognitiva para minimizar la amenaza.

En relación con las características de la situación estresante, se reconoce el papel que juegan las experiencias similares previas, tanto de la persona como de sus seres cercanos. Se considera que la persona está más preparada para enfrentarse al estrés cuando ya ha tenido experiencias semejantes, siempre y cuando no se repitan en una sucesión bastante rápida e intensa, atribuyendo al afrontamiento eficaz un efecto protector o inoculador para futuras situaciones. También puede ocurrir, sin embargo, que la experiencia de situaciones estresantes previas produzca una sensibilización emocional y conlleve la utilización de estrategias de afrontamiento inadecuadas.



## **7** estrategias de afrontamiento generales para manejar la enfermedad

MINIMIZAR LA GRAVEDAD DE LA CRISIS

BUSCAR INFORMACIÓN

BUSCAR APOYO

APRENDER LOS PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

PLANTEARSE METAS ESPECÍFICAS

ANTICIPAR UNA VARIEDAD DE RESULTADOS POSIBLES

BUSCAR SIGNIFICADO

## Tareas relacionadas con la enfermedad

---

El manejo del dolor, de la discapacidad y de otros síntomas, el manejo de los estresores derivados del entorno hospitalario y los tratamientos, y el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales con el personal sanitario.

## Tareas generales

---

El mantenimiento del equilibrio emocional, de una autoimagen satisfactoria, del sentido de competencia personal y de las expectativas de control; el mantenimiento de las relaciones sociales con la familia y las amistades y la superación de la incertidumbre ante el futuro.

Una variable de especial interés en el estudio del afrontamiento en el área de la salud es el manejo de la información, la existencia de diferencias individuales en el afrontamiento de la información y de sus implicaciones sobre cuestiones clave, como qué información dar y cuándo comunicar. El conocimiento de la cantidad de información que un paciente prefiere recibir es de gran importancia para el equipo médico y ayuda a responder a las necesidades individuales de información. De ahí se deriva la relevancia de explorar las estrategias individuales de búsqueda o evitación de la información como herramientas para afrontar el estrés en los pacientes.

Aunque introducen la idea del estrés asociado a la discapacidad y la importancia de los factores ambientales y sociales para su adaptación, aplican una concepción del afrontamiento inadecuado y alejado de la concepción actualmente aceptada. Tres tipos de afrontamiento:

- 1) el engaño, caracterizado por estrategias como la represión, la proyección y el desplazamiento;
- 2) la sustitución, que incluye la compensación y la formación reactiva, y
- 3) la evitación que hace referencia a la utilización de la fantasía y la regresión.

## Técnicas de autocontrol emocional

---

La intervención psicológica puede tener por objetivos:

- Reestructurar las cogniciones distorsionadas y modificar los aspectos atencionales.
- Reducir la ansiedad y aumentar la percepción de control (relajación, biofeedback).
- Disminuir las conductas de dolor y aumentar las conductas incompatibles.
- Intervención familiar para disminuir las conductas contingentes que puedan reforzar el dolor.

Algunas de las técnicas que mejor funcionan con personas con lesión medular son:



### **Relajación progresiva:**

La respiración progresiva consiste en respirar a la vez que vamos tomando consciencia de los diferentes músculos que tenemos activados y tensados para ayudar a su distensión. Como su nombre expresa, la persona debe ir tensando y posteriormente destensando los diferentes grupos musculares (brazos, dedos de la mano, torso, cuello, músculos de la cara) para así alcanzar una mayor relajación.



### **Respiración:**

la respiración es una de las técnicas más universales y que mayor modificación y adaptación ofrece. Cuando la persona presenta un alto nivel de activación fisiológica, emocional o mental, puede desde realizar una simple respiración intentando alargar la inspiración y la expiración para conectar de una mejor forma con el momento y ayudar al cuerpo a relajarse. Así mismo, también podemos incluir tiempos para potenciar la capacidad de relajación (respirar en 3 tiempos, sostener el aire en 4 y soltar en 4) por ejemplo, y variar en función de la necesidad o la capacidad.

**Meditación:**

Las técnicas de meditación incorporan la respiración y centrar la atención como formas de relajar nuestra mente y eliminar el flujo de pensamientos diario que nos rodea. También nos ayuda a potenciar nuestra capacidad de gestión de emociones negativas, del estrés y el malestar.

**Imaginación:**

El entrenamiento en imaginación consiste en imaginar situaciones que nos generan malestar, dificultad, poder conectar con ellas para normalizarlas y/o imaginarnos cómo de una forma realista podemos resolverlas. Es una técnica que potencia la meditación y la exposición a situaciones potencialmente estresantes sin tener que exponernos de forma física.

**Detección del pensamiento:**

La detección de pensamientos es la capacidad de tomar consciencia de aquellos pensamientos que nos generan malestar (tristeza, bloqueos, ansiedad, de crítica o estrés, entre otros) para poder aprender a gestionarlos a través de seleccionar otros pensamientos más positivos para nosotros y evitar los negativos. Esta técnica requiere de la utilización previa de otras técnicas como la de refutar esos pensamientos previamente.

**Rechazo de ideas irracionales:**

El rechazo de ideas irracionales es una técnica muy ligada a otras técnicas cognitivas que consiste en detectar ideas irracionales (cuya expectativa, miedo, crítica o situación no es real, sino que se ha sobredimensionado en nuestra mente) y cuestionarlas objetivamente para así poder reconocerlas como irracionales y por tanto, no tomarlas como verídicas. Entender estos pensamientos como irracionales nos permitirá poder rechazarlos y construir pensamientos positivos alternativos, una capacidad que puede desarrollarse.

**Entrenamiento asertivo:**

La asertividad es la capacidad de expresar nuestra opinión, necesidades, emociones, sentimientos y pensamientos, respetándonos tanto a nosotros/as mismos/as como a las demás personas. Es decir, comunicarnos de forma no agresiva o defensiva, sino de forma tranquila y abierta. El entrenamiento asertivo permite a la persona aprender a potenciar su capacidad asertiva para poder mejorar sus situaciones comunicativas, disminuir estrés, ansiedad o miedo, a la vez que potenciar la relación con las personas.



# La sexualidad en las personas con lesión medular



**La relación lesión medular y sexualidad es un tema complejo que es necesario abordar desde una perspectiva multidisciplinar**

En la función sexual de las personas con lesión medular entran en juego numerosos factores, como por ejemplo:

- La sincronización de los componentes cerebrales.
- La integridad de las estructuras anatómicas de los órganos genitales.
- El componente psicológico presente en toda actividad sexual y afectiva.

## Afectación de la función sexual de la mujer

---

Una lesión en la médula espinal cambia muchas partes del cuerpo. Esto es especialmente cierto para aquellas partes del cuerpo que se encuentran en o por debajo del nivel de la lesión. Una lesión medular puede cambiar la forma en que funcionan su vejiga y sus intestinos. Es muy probable que su lesión medular también haya cambiado su función sexual. Esto puede significar cambios en la sensación y en la capacidad de lograr un orgasmo. Inicialmente, también hay cambios en su período menstrual, los cuales pueden conducir a preguntas sobre su capacidad para tener hijos y a sentir una gran incertidumbre o miedos

Tener relaciones sexuales después de una lesión en la médula espinal se parece mucho a tener relaciones por primera vez, nuevamente. Las personas que se acercan al sexo con una mente abierta y dispuestas a experimentar para averiguar qué funciona y qué no funciona después de su lesión, tienden a tener más éxito y a informar sobre más satisfacción.

Muchas partes de su cuerpo pueden sentirse bien y brindar una respuesta sexual placentera. Estas áreas del cuerpo se denominan zonas erógenas y no son sólo el área genital. Utilizar todos sus sentidos también puede resultar útil. En vez de concentrarse en lo que el cuerpo puede hacer o no, intente experimentar con todos sus sentidos.

Es posible que se necesite un período prolongado de juego previo antes del orgasmo, pero el orgasmo aún es posible. Se ha descubierto en estudios que el 52% de las mujeres con SCI pudieron lograr orgasmos. El orgasmo y la lubricación dependen del nivel de la lesión y de si la lesión es completa o incompleta.

Normalmente, su vagina se humedece para hacer que la relación sexual sea más fácil. Esto se conoce como lubricación. Sus senos también se volverán más sensibles y sus pezones se pondrán erectos. Después de una lesión en la médula espinal, es posible que su vagina se lubrique menos; a algunas mujeres les lleva más tiempo lograr que se produzca la lubricación. Se puede agregar lubricación usando un lubricante a base de agua que no contenga derivados de petróleo.

Algunos lubricantes a base de agua contienen glicerina, lo cual hace que tengan un sabor dulce pero a veces pueden producir infecciones vaginales por hongos.

Los lubricantes de silicona son otra opción, duran más y generalmente dan una sensación más natural, son menos pegajosos y pueden usarse con menos frecuencia. Los lubricantes de silicona no tienen buen sabor y no deben usarse con juguetes sexuales de silicona dado que pueden adherirse/pegarse a los juguetes. Ambas son opciones disponibles de venta libre. Usar un lubricante también ayudará a evitar la irritación de los tejidos vaginales.

No se recomiendan los lubricantes a base de aceite, como por ejemplo el aceite o la loción para bebés, dado que pueden causar infecciones vaginales por bacterias, infecciones en el tracto urinario y pueden hacer que los condones fallen.

Todos estos cambios en la función sexual dependen del nivel de su lesión y de cuán completa sea ésta. La función de cada persona es única y puede no adecuarse a las descripciones anteriores.

## Afectación de la función sexual del hombre

---

Las erecciones son una combinación de estimulación nerviosa (tacto) y de respuesta vascular (flujo sanguíneo).

Los cambios en la función sexual dependen del nivel de la lesión y de si la lesión es completa o incompleta. La función de cada persona se verá afectada de distinta forma, por eso es importante conocer los elementos básicos sobre cómo suceden las erecciones.

### Tipos de erecciones:

#### Psicógena:

Este tipo de erección puede provenir de visiones, sonidos o pensamientos que son excitantes. Para muchos hombres, después de una lesión medular, tener una erección con tan solo pensar en algo sexy puede no funcionar tan bien. Esto se debe a que el área de la médula espinal responsable de las erecciones psicogénicas se encuentra ubicada en la T11 y debajo. Con una SCI por encima de este nivel, el mensaje de su cerebro no puede llegar a la parte dañada de su médula espinal.

Para muchos hombres que podrían tener una erección psicogénica, el pene con frecuencia se vuelve más largo y lleno, pero es posible que no esté todavía lo suficientemente rígido para el acto sexual. Preste atención a qué es lo que causa que tenga una erección. Podría resultar útil en el futuro.

#### Reflexógena:

También se la llama erección espontánea o por reflejo. Este tipo de erección proviene de la estimulación o el contacto físico de su pene o de sus genitales. Tocar, acariciar o manipular el pene puede producir esta respuesta. La capacidad de tener una erección por reflejo es controlada por los nervios que se encuentran en la parte más baja de la médula espinal (S2-3-4). Las erecciones por reflejo provocadas por el tacto son posibles en la mayoría de los hombres con una lesión en T10 o por encima de la misma. Las erecciones psicógenas provocadas por pensamientos, visualizaciones o sonidos generalmente no son posibles.

Algunos hombres con lesión medular pueden notar una erección al cambiarse el catéter, al higienizar sus genitales o cuando se suben la ropa o suben las cobijas sobre su cuerpo. Esta estimulación del pene puede producir una erección aun cuando esa no sea la intención. Las erecciones por reflejo a veces pueden ser breves y pueden producirse en momentos inconvenientes.

#### Espontánea/nocturna:

Si alguna vez se ha despertado con una erección durante la noche o temprano por la mañana sin estimulación, ha tenido una erección espontánea. Esto puede ocurrir durante el sueño o cuando su vejiga está llena. En los hombres que no experimentan disfunción eréctil esto puede ocurrir 3-5 veces por noche, en promedio. Es posible que algunos hombres, después de una lesión medular, tengan erecciones espontáneas durante la noche y/o en la mañana. Dependiendo de cuánto dure la erección podrá determinar su utilidad para la actividad sexual.

Al igual que muchas otras funciones, la eyaculación se ve afectada por las SCI. El proceso de eyaculación es aún más complejo que una erección. Muy pocos hombres con una lesión medular completa tienen eyaculaciones.

Algunas veces, la lesión de la médula espinal evita que el cuello de la vejiga se cierre y el semen pasa a la vejiga en vez de salir por el pene; esto se denomina eyaculación retrógrada. La eyaculación retrógrada no provoca ningún daño y el semen sale junto con la orina.

Se desconoce su capacidad específica para tener un orgasmo después de una lesión medular, pero muchas personas informan que tienen alguna forma de orgasmo después de la lesión. Realmente queda en usted explorar y averiguar cómo se siente o cómo reacciona su cuerpo.

Existen muchas partes del cuerpo que pueden sentirse bien y brindar una respuesta sexual placentera. Estas áreas del cuerpo se denominan zonas erógenas y no son sólo el área genital. Utilizar todos sus sentidos también puede resultar útil. En vez de concentrarse en lo que el pene puede hacer o no, intente experimentar con todos sus sentidos.





# Diferencias en variables psicológicas según perspectiva de género en las personas con lesión medular



**La investigación científica se ha centrado preferentemente en el varón con lesión medular, en detrimento del estudio de las necesidades médicas y psicosociales de las mujeres con lesión medular**

La lesión medular es una de las discapacidades más graves que pueden afectar a la vida de una persona. Esta discapacidad afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque las tasas de incidencia son superiores en el caso de los varones; la proporción en cuanto a género se estima en 3.8/1, proporción que se reduce en los mayores de 50 años debido a la incidencia de lesiones no traumáticas con el paso del tiempo y al aumento de la edad.

Esta mayor tasa de incidencia y prevalencia en los varones es uno de los motivos por los cuales la investigación científica se ha centrado preferentemente en el varón con lesión, en detrimento del estudio de las necesidades médicas y psicosociales de las mujeres con lesión medular.

Este escaso interés científico contrasta con la relevancia y remarcada necesidad social y de una atención y perspectiva social y de trabajo que tenga en cuenta las necesidades específicas de las mujeres con discapacidad, generando un conflicto entre las necesidades no resueltas, su invisibilización y el enfoque masculino de los estudios.

Esta situación genera una doble discriminación a la que se enfrentan las mujeres con discapacidad física, en primer lugar, por el hecho de ser mujeres y, en segundo lugar, como personas con discapacidad.

La persistencia de mitos, estereotipos y falsas creencias, así como conductas y comportamientos paternales, sobreprotectores y limitantes (ya sea conscientemente o no) ejercidos desde una socialización patriarcal, genera en una sociedad consumista y patriarcal como la actual la proyección de una imagen más negativa y peyorativa de estas mujeres, quienes sufren la discriminación en sus propias pieles. Se las compara con otras mujeres sin discapacidad, como con sus pares con discapacidad varones, y se encuentran con ámbitos en los cuales su figura no está visibilizada, adaptada o con la propia y directa exclusión de ámbitos tan diversos como el social, laboral, educativo, sanitario, etc.

En función del nivel al que se encuentra la lesión de las mujeres en la médula espinal, hay estudios que encuentran diferencias en el estilo de afrontamiento de este, así como en la afectación traumática. Hay estudios que manifiestan que las mujeres que padecen de lesión medular a nivel cervical son las más extrovertidas y presentan niveles más bajos de angustia emocional. En la misma línea, otro estudio manifiesta que las mujeres con tetraplejía manifiestan menos sentimientos de estrés postraumático que aquellas con niveles más bajos de lesión.

Otro factor que ha sido estudiado en la bibliografía que se encuentra sobre mujer y lesión medular, es el año de adquisición de la lesión medular. Las mujeres que puntúan más alto en depresión son mujeres que adquieren la lesión medular después de los 30 años. Esto puede ser debido a que las mujeres más jóvenes encuentran más recursos para afrontar la nueva situación de discapacidad y, por tanto, presentan niveles más bajos de depresión que aquellas que adquieren la lesión medular con más de 30 años.

Dada la abundancia de falsos estereotipos y mitos relacionados con el tema, las mujeres con lesión medular no siguen un patrón fijo de adaptación y, por supuesto, no todas las consecuencias de la lesión implican una patología psicológica.

El estudio de las estrategias de afrontamiento desde la perspectiva de género también ha sido frecuentemente obviado, si bien es cierto que en los últimos años han aparecido varias publicaciones que evalúan el afrontamiento en mujeres con lesión medular.

Los resultados de estos trabajos muestran que las relaciones sociales establecidas antes de la lesión disminuyen y terminan desapareciendo, sin embargo, posteriormente las mujeres con lesión medular suelen desarrollar relaciones nuevas y gratificantes. Por otra parte, interesa destacar que en la mayoría de las investigaciones revisadas el afrontamiento personal resulta un predictor fundamental del ajuste psicológico, y se enfatiza su importancia en los tratamientos y programas de rehabilitación de las personas con lesión medular.



Estos estudios son planteados desde un pensamiento patriarcal centrado en el hombre (como ser racional, independiente y vinculado al espacio público) y que observa a la mujer (como ser emocional y cuidadora y vinculada al espacio privado) como un ser vulnerable. Así, los resultados plantean la enorme necesidad de la aplicación de la perspectiva de género en los estudios, en la sociedad y en campo de trabajo y atención al colectivo. La necesidad de visibilizar a la mujer con discapacidad física y su realidad (sus preocupaciones, sus necesidades, etc.) puesto que mantener la perspectiva actual (falocéntrica) sólo comporta el mantenimiento y continuación de la discriminación, invisibilización y desempoderamiento de la mujer.

Pese a que estos estereotipos de género relacionados con el colectivo de mujeres con discapacidad en general, y con las mujeres con lesión medular en particular, no cuentan con apoyo empírico, son ampliamente aceptados socialmente y generan lugar a situaciones de discriminación y exclusión. También plantean una gran dificultad, necesidad no resuelta y malestar entre las mujeres con discapacidad física y lesión medular.

Así mismo, también es importante clarificar, conocer y abordar los malestares que presentan los hombres al no conectar con los estereotipos masculinos, que tampoco tienen en cuenta la discapacidad física, estableciendo una normalidad que no encaja con la realidad diversa en la que vivimos.

Por ello, la atención a las personas con lesión medular debe tener en cuenta las diferentes realidades que viven hombres, mujeres y personas no binarias para poder abordar la situación de la persona de una forma más integral, transversal y poderle acompañar en su camino al bienestar. Pero para ello, necesitamos ver, escuchar y mentalizar la lesión medular, normalizarla e incluirla en los proyectos sociales, comunitarios, laborales y en el resto de los ámbitos. Romper con las desigualdades sociales y culturales, resignificar los conceptos y buscar nuevas formas de cumplir con los derechos de las personas con lesión medular (ONU, 2006).



# Bibliografía

## REVISIONES PERIÓDICAS DEL LESIONADO MEDULAR CRÓNICO: QUÉ SOLICITAR, CADA CUÁNTO, PARA QUÉ.

Casado López, R.M. (2020). Capítulo 35: Lesión medular crónica. En: En: Esclarín de Ruz, A., et al. Lesión medular. Enfoque multidisciplinario. (2nd ed.). Spain.

Klopach, E. T., Crimmins, E. M., Cole, S. W., Seeman, T. E., & Carroll, J. E. (2022). Social stressors associated with age-related T lymphocyte percentages in older US adults: Evidence from the US Health and Retirement Study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(25), e2202780119.

Daniel García-Ovejero, D., Arévalo-Martín, A., Díaz, D. & Álvarez-Mon M. (2022). Chapter 2: Characteristics of the Spinal Cord Injured Patient as a Host of Central Nervous System Implanted Biomaterials. In: López-Dolado, E., & Serrano, M.C. *Engineering Biomaterials for Neural Applications. Targeting Traumatic Brain and Spinal Cord Injuries*. (1st ed.). Springer. 33-56.

## ¿QUÉ AFECCIONES PUEDEN APARECER TRAS UNA LESIÓN MEDULAR EN LAS DIFERENTES ÁREAS O SISTEMAS DEL CUERPO HUMANO?

BaobabMarketing. (2022, 21 abril). Lesión medular: definición, casos clínicos y rehabilitación. Uner. <https://clinicauner.es/lesion-medular/>

Psicopatología en pacientes con lesión medular. (2016). *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, VI(2). [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/PP\\_y\\_lesion\\_medular.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/PP_y_lesion_medular.pdf)

Trastornos muscoesqueléticos | Discapnet. (2022). Discapnet. <https://www.discalpnet.es/salud/salud-laboral/enfermedades-laborales/trastornos-muscoesqueleticos>

C. Popa et al., «Vascular dysfunctions following spinal cord injury.», *J. Med. Life*, vol. 3, n.o 3, pp. 275-285, 2010.

C. R. West, A. Alyahya, I. Laher, y A. Krassioukov, «Peripheral vascular function in spinal cord injury: a systematic review.», *Spinal Cord*, vol. 51, n.o 1, pp. 10-19, ene. 2013, doi: 10.1038/sc.2012.136.

M. F. Di Prinzio et al., «[Risk factors for the development and recurrence of pressure ulcers in patients with spinal cord injury: A systematic review.]», *Rev. Fac. Cien. Med. Univ. Nac. Cordoba.*, vol. 76, n.o 4, pp. 242-256, dic. 2019, doi: 10.31053/1853.0605.v76.n4.24906.

S. L. Groah, M. Schladen, C. G. Pineda, y C.-H. J. Hsieh, «Prevention of Pressure Ulcers Among People With Spinal Cord Injury: A Systematic Review.», *PM R*, vol. 7, n.o 6, pp. 613-636, jun. 2015, doi: 10.1016/j.pmrj.2014.11.014.

- M. Vallès y F. Mearin, «[Intestinal alterations in patients with a medullary lesion].», *Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 35, n.o 5, pp. 330-336, may 2012, doi: 10.1016/j.gastrohep.2011.11.014.
- E. Ebert, «Gastrointestinal involvement in spinal cord injury: a clinical perspective.», *J. Gastrointestin. Liver Dis.*, vol. 21, n.o 1, pp. 75-82, mar. 2012.
- Y. A. Tuakli-Wosornu, E. Mashkovskiy, T. Ottesen, M. Gentry, D. Jensen, y N. Webborn, «Acute and Chronic Musculoskeletal Injury in Para Sport: A Critical Review.», *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.*, vol. 29, n.o 2, pp. 205-243, may 2018, doi: 10.1016/j.pmr.2018.01.014.
- F. Biering-Sørensen et al., «International spinal cord injury musculoskeletal basic data set.», *Spinal Cord*, vol. 50, n.o 11, pp. 797-802, nov. 2012, doi: 10.1038/sc.2012.102.
- J. M. Clark y D. M. Findlay, «Musculoskeletal Health in the Context of Spinal Cord Injury.», *Curr. Osteoporos. Rep.*, vol. 15, n.o 5, pp. 433-442, oct. 2017, doi: 10.1007/s11914-017-0400-1.
- N. B. Finnerup, «Neuropathic pain and spasticity: intricate consequences of spinal cord injury.», *Spinal Cord*, vol. 55, n.o 12, pp. 1046-1050, dic. 2017, doi: 10.1038/sc.2017.70.
- G. Schalow, «Coordination impairment between the somatic and parasympathetic nervous system divisions in the human sacral micturition centre following spinal cord injury.», *Electromyogr. Clin. Neurophysiol.*, vol. 49, n.o 8, pp. 337-367, 2009.
- A. E. Draghici y J. A. Taylor, «Baroreflex autonomic control in human spinal cord injury: Physiology, measurement, and potential alterations.», *Auton. Neurosci.*, vol. 209, pp. 37-42, ene. 2018, doi: 10.1016/j.autneu.2017.08.007.
- C. J. Mathias, «Orthostatic hypotension and paroxysmal hypertension in humans with high spinal cord injury.», *Prog. Brain Res.*, vol. 152, pp. 231-243, 2006, doi: 10.1016/S0079-6123(05)52015-6.
- F. Biering-Sørensen, T. Biering-Sørensen, N. Liu, L. Malmqvist, J. M. Wecht, y A. Krassioukov, «Alterations in cardiac autonomic control in spinal cord injury.», *Auton. Neurosci.*, vol. 209, pp. 4-18, ene. 2018, doi: 10.1016/j.autneu.2017.02.004.
- P. B. Mills, C. K. Fung, A. Travlos, y A. Krassioukov, «Nonpharmacologic management of orthostatic hypotension: a systematic review.», *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, vol. 96, n.o 2, pp. 366-375.e6, feb. 2015, doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.028.
- S. Hough, «Depression after spinal cord injury and medication: The journey continues.», *The journal of spinal cord medicine*, vol. 37, n.o 3. p. 246, may 2014, doi: 10.1179/2045772314Y.0000000207.
- Y. Li, T. Cao, R. M. Ritzel, J. He, A. I. Faden, y J. Wu, «Dementia, Depression, and Associated Brain Inflammatory Mechanisms after Spinal Cord Injury.», *Cells*, vol. 9, n.o 6, jun. 2020, doi: 10.3390/cells9061420.

D. J. Berlowitz, B. Wadsworth, y J. Ross, «Respiratory problems and management in people with spinal cord injury.», *Breathe* (Sheffield, England), vol. 12, n.o 4, pp. 328-340, dic. 2016, doi: 10.1183/20734735.012616.

M. S. Alexander, C. M. Aisen, S. M. Alexander, y M. L. Aisen, «Sexual concerns after Spinal Cord Injury: An update on management.», *NeuroRehabilitation*, vol. 41, n.o 2, pp. 343-357, 2017, doi: 10.3233/NRE-172202.

J. T. Stoffel, F. Van der Aa, D. Wittmann, S. Yande, y S. Elliott, «Fertility and sexuality in the spinal cord injury patient.», *World J. Urol.*, vol. 36, n.o 10, pp. 1577-1585, oct. 2018, doi: 10.1007/s00345-018-2347-y.

A. Krassioukov y S. Elliott, «Neural Control and Physiology of Sexual Function: Effect of Spinal Cord Injury.», *Top. Spinal Cord Inj. Rehabil.*, vol. 23, n.o 1, pp. 1-10, 2017, doi: 10.1310/sci2301-1.

E. M. Hagen, S. Faerstrand, J. M. Hoff, T. Rekan, y M. Gronning, «Cardiovascular and urological dysfunction in spinal cord injury.», *Acta Neurol. Scand. Suppl.*, n.o 191, pp. 71-78, 2011, doi: 10.1111/j.1600-0404.2011.01547.x.

R. Galeiras Vázquez, M. E. Ferreiro Velasco, M. Mourelo Fariña, A. Montoto Marqués, y S. Salvador de la Barrera, «Update on traumatic acute spinal cord injury. Part 1.», *Med. intensiva*, vol. 41, n.o 4, pp. 237-247, may 2017, doi: 10.1016/j.medin.2016.11.002.

M. Mourelo Fariña, S. Salvador de la Barrera, A. Montoto Marqués, M. E. Ferreiro Velasco, y R. Galeiras Vázquez, «Update on traumatic acute spinal cord injury. Part 2.», *Med. intensiva*, vol. 41, n.o 5, pp. 306-315, 2017, doi: 10.1016/j.medin.2016.10.014.

X. Sun, Z. B. Jones, X.-M. Chen, L. Zhou, K.-F. So, y Y. Ren, «Multiple organ dysfunction and systemic inflammation after spinal cord injury: a complex relationship.», *J. Neuroinflammation*, vol. 13, n.o 1, p. 260, oct. 2016, doi: 10.1186/s12974-016-0736-y.

## REHABILITACIÓN EN LESIÓN MEDULAR. FISIOTERAPIA

A. Gómez Garrido, *Lesión medular y repercusión en el sistema respiratorio*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2015.

C. M. Tse, A. E. Chisholm, T. Lam, y J. J. Eng, «A systematic review of the effectiveness of task-specific rehabilitation interventions for improving independent sitting and standing function in spinal cord injury.», *J. Spinal Cord Med.*, vol. 41, n.o 3, pp. 254-266, may 2018, doi: 10.1080/10790268.2017.1350340.

## EJERCICIOS/PAUTAS PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN.

European Pressure Ulcer, Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevención y tratamiento de lesiones / úlceras por presión. Guía de consulta rápida.* (edición en español). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA:2019 <https://ulceras.net/monografico/112/100/ulceras-por-presion-prevencion.html>

 **aspaym**



Federación Nacional ASPAYM

[www.ASPAYM.org](http://www.ASPAYM.org)

Teléfono: 91 232 91 29



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030



POR SOLIDARIDAD  
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL