

Multimed 2014; 18(4)**OCTUBRE-DICIEMBRE****REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA****Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática. Revision Bibliográfica.****Clinical and psychosocial aspects of rehabilitation in the traumatic spinal injury. Bibliographic Review.**

Josefina Robles Ortíz,¹ Yuveldris Ramona Saborit Oliva,² Mileisy Valiño García,³ Lianis Machado Moreno,⁴ Viurnis Milán Armero.⁵

1 Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma. E-mail: josefinar@grannet.grm.sld.cu

2 Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma.

3 Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma.

4 Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Policlínico Docente Bayamo Oeste. Bayamo. Granma.

5 Especialista de Primer Grado en Medicina Física y Rehabilitación. Asistente. Policlínico Docente Carlos M Ramírez. Santiago de Cuba.

RESUMEN

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos relevantes publicados sobre los factores clínicos y psicosociales de la lesión medular traumática, sin restricción de idiomas, durante el periodo enero - diciembre 2013 con el objetivo de identificar los factores clínicos y psicosociales de la lesión medular traumática. Las relaciones encontradas entre los factores socio demográficos, clínicos y contextuales con la

situación de discapacidad de las personas con lesión medular, indican la necesidad de implementar intervenciones en salud pública orientadas a disminuir su incidencia, prevenir las complicaciones asociadas y favorecer los procesos integrales de rehabilitación que propicien la inclusión social, La exploración clínica ayudará también a diferenciar aquellos síndromes en que la médula ha sido lesionada en la totalidad de su sección transversal, de otros síndromes en los cuales se ha dañado parcialmente y han quedado respetadas algunas vías ascendentes y descendentes. La lesión medular traumática reincide en pacientes jóvenes del sexo masculino con bajo nivel cultural, los accidentes automovilísticos son la principal causa, predominan las lesiones torácicas e incompletas, con graves secuelas de discapacidad, alteraciones psicológicas y económicas. Aunque no están todas las condiciones creadas para la existencia de un entorno social favorable en el proceso de rehabilitación e integración social de paciente lesionado medular.

Descriptores DeCS: TRAUMATISMOS DE LA MÉDULA ESPINAL; TRAUMATISMOS VERTEBRALES

ABSTRACT

It was performed a bibliographic search of the relevant published articles about the clinical and psychosocial factors of the traumatic medullar lesion, without language restriction, during the period January- December 2013, with the objective to identify the clinical and psychosocial factors of the traumatic medullar lesion. The relations found within the socio demographic, clinical and contextual factors with the disability situation of persons with medullar lesion, indicated the need to implement interventions in public health directed to diminish its incidence, preventing the associated complications and favoring the integral processes of rehabilitation that would bring about the social inclusion. The clinical exploration will also help to differentiate the syndromes, in which the medulla has been injured in the totality of the transversal section, other syndromes in which it has been partially injured and some ascendants and descendant ways that remained respected. The medullar traumatic injure was repeated in young male patients with low cultural level, the car accidents were the main cause, the thoracic and incomplete injures prevailed, with severe disability sequels, psychological and economic alterations. The conditions are not still created for the existence of a favorable social environment in the rehabilitation process and social integration of the medullar injured patient.

INTRODUCCIÓN

La lesión de la médula espinal (LME) resulta en significativas manifestaciones clínicas de incapacidades permanentes como la imposibilidad de caminar, generadas por insuficiencia parcial o total del funcionamiento de la médula espinal, proveniente de una lesión que afecta su integridad anatómica. Los cambios corporales y limitaciones de acciones funcionales, pertinentes al estado de deficiencia, provocan reacciones sociales y psicológicas diversas en la personalidad del individuo comprometido.¹

Resultados de estudios enfatizan la importancia del carácter integral de la rehabilitación para mejorar la calidad de vida; un concepto que se define como multidimensional, no obstante la "vuelta al mundo" después de una lesión medular siempre es un reto con todo lo que ello implica, estos pacientes muestran especial interés en que se les pueda facilitar el proceso de paso del centro rehabilitador a la vida cotidiana, preparándoles para el "mundo real", con un trabajo previo con los íntimos (familia, pareja y amigos) y ayudándoles a reconectar su pasado y su futuro.²

La expectativa de vida de las personas con lesión medular se ha venido incrementando en las últimas décadas gracias a los avances tecnológicos y científicos en aspectos de prevención, atención prehospitalaria y manejo de complicaciones en el tránscurso de la enfermedad que exige proveer a esta población de procesos de atención y rehabilitación multidimensionales, interdisciplinares e intersectoriales que trasciendan los aspectos funcionales y permitan alcanzar verdaderos procesos de inclusión social. De esta forma, la valoración de la situación de discapacidad en esta población debe incluir no sólo aspectos relativos a la condición de salud, sino los relacionados con el funcionamiento de las personas en su vida diaria y la posibilidad de seguir participando activamente en su medio.³

Un abordaje que involucre aspectos físicos, psicológicos y sociales asociados a esta condición de salud serviría de referencia para fijar políticas, programas y acciones, que trasciendan los enfoques tradicionales de carácter asistencial y terapéutico, a propuestas

más integradoras enfocadas a intervenir el funcionamiento del individuo como ser biopsicosocial ofreciéndole a la persona con lesión medular mayores oportunidades de incluirse de nuevo en su contexto sociocultural con el más alto nivel de independencia y autonomía posible.

De ahí la elección de realizar esta revisión que posibilita identificar los factores clínicos y psicosociales del paciente con lesión medular traumática para un enfoque integrador del tratamiento médico y rehabilitador y el medio familiar que determina una mejoría de las calidad de vida y la integración social.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos relevantes publicados sobre los factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática , sin restricción de idiomas, durante el periodo enero - diciembre 2013, utilizando las bases de datos Pudmed, Scielo Regional, Lilacs y en la biblioteca digital de rehabilitación. Los términos empleados para la búsqueda fueron los siguientes: lesión, medular, traumática.

Factores clínicos y psicosociales de la rehabilitación en la lesión medular traumática.

Las relaciones encontradas entre los elementos socio demográfico, clínico y contextual con la situación de discapacidad de las personas con lesión medular, indican la necesidad de implementar intervenciones en salud pública orientadas a disminuir su incidencia, prevenir las complicaciones asociadas y favorecer los procesos integrales de rehabilitación que propicien la inclusión social.⁴

Las fracturas de la columna cervical baja se encuentran entre las que exigen mayor demanda a la hora de plantear su tratamiento; suelen ocurrir en pacientes jóvenes a consecuencia de accidentes de tráfico, caídas de altura mientras trabajan o durante el desarrollo de actividades acuáticas. Sus consecuencias pueden ser muy relevantes, no sólo en términos económicos, sino y principalmente por las considerables secuelas que pueden conllevar.⁵

La Lesión Medular Aguda, es una enfermedad multidisciplinaria, en cuyo tratamiento debe existir una estrecha colaboración de médicos de urgencia, rehabilitadores, ortopédicos, intensivistas, esta colaboración ha dado lugar a un descenso significativo de la mortalidad, a pesar de la existencia de lesiones muy altas por encima de C7, otro factor para ello, es la concienciación de que el tratamiento hay que iniciarla cuando antes, intentando evitar o mitigar la aparición de fenómenos fisiopatológicos, capaces de aumentar secundariamente, la lesión inicial.⁶

Aunque no existe unanimidad acerca del tratamiento de las lesiones traumáticas que afectan a la columna cervical baja, la descompresión anterior unida al uso de injerto autólogo estructural y estabilización mediante sistema de placas auto estables es la mejor opción terapéutica para la mayoría de estas lesiones. Los abordajes combinados tienen escasas indicaciones y las técnicas posteriores se reservan para aquellas situaciones en las que la reducción cerrada o la reducción abierta por vía anterior no sean factibles. Un abordaje anatómico con menor hemorragia así como la posibilidad de una buena descompresión de las estructuras neurológicas, junto con una baja tasa de complicaciones y buenos resultados clínicos, constituyen los principales fundamentos para nuestra recomendación del uso de esta técnica.⁵

La exploración clínica nos ayudará también a diferenciar aquellos síndromes en que la médula ha sido lesionada en la totalidad de su sección transversal, de otros síndromes en los cuales se ha dañado parcialmente y han quedado respetadas algunas vías ascendentes y descendentes. Se habla entonces de síndromes medulares transversos y no transversos.⁷

Síndrome medular transverso: Sección total de la médula. Habrá afectación (total o parcial) de todas las funciones por debajo de la lesión.

Síndrome de hemisección medular (Brown-Sequard): Lesión de la mitad transversal de la médula, en el lado de la lesión: parálisis, anestesia profunda (artrocinética, vibratoria, dolor profundo) por lesión del haz piramidal y cordón posterior, arreflexia. En el lado contrario: alteración de la sensibilidad termoalgésica (lesión de la vía espinotalámica), anestesia en cinturón a nivel de la lesión.

Síndrome de la arteria espinal anterior: Se respeta la parte posterior de la médula, por lo tanto no se afectarán las sensibilidades profundas, habrá parálisis y anestesia termoalgésica.

Síndrome de Schneider (contusión centromedular): Es típica de pacientes ancianos con espondilosis, los osteofitos comprimen la médula, lesionando el área periependimaria, no hay fractura vertebral, ocurre en el raquis cervical por un mecanismo brusco de flexión-extensión, hay alteraciones sensitivas y esfinterianas, la tetraparesia es de predominio en miembros superiores.

Lesión de epicono (L2-L5): Parálisis y anestesia de L2 a S5, el reflejo aquileo está presente, vejiga neurógena central.

Lesión del cono (S1-S5): Parálisis y anestesia de S1 a S5 (en silla de montar). Está preservado el reflejo rotuliano, Vejiga neurógena periférica.

Síndrome de la cola de caballo: Es importante recordar que la médula termina a nivel L1, por lo que el resto del canal medular lo ocupa la llamada cola de caballo. Este tipo de lesión no es propiamente una lesión de la médula espinal, sino de las raíces L2 a S5 que conforman la cola de caballo hay Parálisis y anestesia en miembros inferiores. Afectación de reflejos patelares y aquileos además de vejiga neurógena periférica.

La clasificación ASIA (American Spinal Injury Association)⁸ ha sido desarrollada por la en conjunto con numerosas organizaciones médicas internacionales. Valora la función motora en cinco grupos musculares en cada extremidad dando un valor de cero a cinco según su fuerza, y la función sensitiva mediante la sensibilidad al pinchazo y al tacto en 28 dermatomas dando un valor de 0 a 2; si la sensibilidad está ausente (0), está disminuida (1), o es normal (2). Globalmente agrupa en cinco categorías funcionales a los pacientes con lesión medular.

La clasificación inicial y final de ASIA describe de la siguiente manera:

A = Completa. No se conserva función motora ni sensorial en los segmentos sacros S4-S5.

B = Incompleta. Se preserva función sensorial pero no motora por debajo del nivel neurológico e incluye segmentos sacros S4-S5.

C = Incompleta. Función motora preservada por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos clave tienen fuerza menor a 3.

D = Incompleta. Función motora preservada por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos clave tienen fuerza mayor a 3.

E = Función motora y sensorial normales.

La lesión medular traumática involucra mecanismos primario y secundario ⁹ el mecanismo primario involucra el impacto mecánico debido a la deformación local y a la transformación de energía que ocurre dentro de la médula espinal en el momento de la lesión, lo cual es irreversible (compresión por desplazamientos óseos, distracción, aceleración-desaceleración con laceración, trauma penetrante, etc.).

Dentro de las complicaciones de los LM se destacan: ³

Complicaciones respiratorias: La principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con lesión medular es el mal manejo de secreciones, las atelectasias y las infecciones. La inmunidad celular y humorar, el aclaramiento mucociliar y la tos son mecanismos de defensa pulmonar; la alteración de estos mecanismos y el tratamiento inoportuno son las razones principales de que las complicaciones pulmonares sean la principal causa de muerte, al menos en los primeros 5 años, de estos pacientes.

Alteraciones cardiovasculares: Las lesiones de la médula espinal cervical producen frecuentemente alteraciones cardiovasculares. Las arritmias: se presentan generalmente en las primeras dos semanas posteriores a la lesión.

Trombosis venosa: Las personas con lesiones de la médula espinal tienen un riesgo 3 veces mayor de sufrir trombosis venosa. El riesgo es bajo durante las primeras 72 horas, pero después se recomienda administrar un tratamiento anticoagulante como medida de prevención.

Los problemas para el control de esfínteres, la sepsis urinaria, el dolor neuropático y las alteraciones en la función sexual y reproductiva son también importantes y en cada paciente se deben utilizar las herramientas necesarias para optimizar cada una de estas funciones, ya que las secuelas dependerán realmente del manejo eficaz de todas estas complicaciones.

Úlceras por presión: Las úlceras de presión son áreas de la piel que se han abierto debido a la continua presión ejercida sobre la misma. Las personas con paraplejía y tetraplejía son vulnerables a sufrir úlceras por presión debido a que no pueden moverse. Estos pacientes deben ser cambiados de posición periódicamente.

Las úlceras por presión son, junto con las infecciones de orina, la complicación más frecuente en el lesionado medular. Se producen por un apoyo prolongado en las zonas de apoyo y salientes óseos que está favorecido por la pérdida de movilidad y sensibilidad consecuencia de la lesión medular.¹⁰

Las úlceras por presión o por decúbito se deben a una necrosis de la piel y tejido celular subcutáneo, como consecuencia de la presión ejercida por el peso del cuerpo sobre las zonas de apoyo, especialmente las que recubren las prominencias óseas.¹¹

En Riberao preto Brasil se realizó un estudio con el objetivo de caracterización clínica y evaluación de situaciones relacionadas con traumatismo raquimedular. Las lesiones predominaron en jóvenes varones, acometieron el nivel vertebral cervical y causaron lesión medular en 27% de los individuos, principalmente lesiones completas (57,7%). La principal etiología del traumatismo fueron accidentes de tránsito con autos y motos (52%). En las entrevistas, los pacientes relataron falta de atención, e incumplimiento de reglas de tránsito y normas de seguridad como principales causas del traumatismo. Muchos pacientes afirmaron no conocer el riesgo de las situaciones cuando ocurrieron los traumatismos y las consecuencias de fractura de columna y lesión medular.¹²

En un estudio realizado en sao pablo, Brasil, 72% de hombres y 28% de mujeres, hubo una prevalencia de edad de 21-30 años. El estado civil más frecuente fue casados (46.8%) y solteros (41.7%). El nivel de escolaridad fue educación primaria incompleta (57%) y completa (17,8%). Las causas fueron los accidentes de autos (38.9%) y las caídas (27,4%). La lesión más común fue la fractura por estallido (23,7%), la región más afectada fue la subaxial cervical (41.7%) y la transición lumbar torácica (30.5%). La lesión asociada más frecuente fue la cerebral traumática (LCT) (28.2%). El estado neurológico más encontrado en la admisión/alta fue ASIA-E. Hubo 25 muertes (7.8%), 76% de lesiones en la región cervical fueron estratificados como ASIA-A, y el 68% tuvo complicaciones respiratorias.¹³

La lesión de la médula espinal generalmente tiene el traumatismo como causa, origina serias molestias en el individuo, su familia, y sociedad, es un grave problema de salud pública. Aguiar da Silva G y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de investigar la ganancia funcional para personas con paraplejia traumática en participantes de un programa de rehabilitación, a través de la aplicación de la Escala de Medida de Independencia Funcional, con un análisis de 228 registros, la ganancia funcional promedio se produjo en todas las categorías de cuidado del cuerpo, control de esfínteres, traslado, caminar y escaleras. Se concluye que la rehabilitación promueve mejoras en la independencia funcional es fundamental para la recuperación y la independencia para las personas con lesión de la médula espinal.¹⁴

En un estudio realizado por Franzoi AC Y col en São Paulo Brasil en setenta pacientes (50 con LM traumática y 20 con LM no traumática). Instrumentos: Clasificación Funcional de la Marcha Modificada (CFMM), WISCI-II, Escala de Ashworth Modificada (EAM), Clasificación AIS, AIS LowerExtremitiesMuscle Score (AIS-LEMS). Se obtuvo como resultado que el promedio de la edad de los pacientes fue de 36 años, 72,9% hombres, tiempo promedio de lesión de 4,7 años; 38,6% A, 10% B, 22,8% C, 28,6% D; nivel de lesión de 32,8% cervical, 52,9% torácico y 14,3% lumbosacro. La causa más frecuente fue PAF 30%, accidente automovilístico con 18,6%. CFMM: CR 34,3% marcha terapéutica 20%, domiciliar 12.8%, comunitaria 32,9% WISCI-II: 7,5. AIS-LEMS: 13,4. El grupo de LM traumático era compuesto por pacientes más jóvenes y con mayor prevalencia de lesión completa.¹⁵

En un estudio cualitativo con eje teórico en el interaccionismo simbólico interpretativo de Norman Denzin que tuvo como objetivo comprender los significados de las experiencias vivenciadas por ser víctima de lesión medular en el contexto hospitalario y describir las narraciones en el ámbito de las experiencias vividas. Los sujetos de la investigación fueron siete pacientes víctimas de lesión medular traumática hospitalizados en la unidad de neurología do Instituto Dr. José Frota, localizado en Fortaleza - Ce. Se percibió la dificultad de enfrentar la situación y mantener el equilibrio, debido al rompimiento repentino del transcurso de sus vidas, las alteraciones orgánicas adquiridas que pasan a ser motivos de miedos, incertidumbres, incomodidad y amenaza a la vida que poseían junto a sus familias.¹⁶

En Venezuela se realizó un estudio con el objetivo de describir el comportamiento epidemiológico de las lesiones medulares traumáticas, donde el grupo de edades más

frecuente fue entre 15 y 25 años, con 24 pacientes (37,5 %), con predominio del sexo masculino, 54 pacientes para un 84,4 %. Las lesiones medulares completas prevalecieron en el 51,5 % de los pacientes, con niveles neurológicos dorsales el 46,9 % y lumbares 26,6 %. Las causas más frecuentes fueron las heridas por arma de fuego (50 %) y los accidentes automovilísticos (26,6 %), predominaron las complicaciones de piel con el 43,7 % y las somáticas 935,9 %. Se obtuvo una alta y positiva correlación entre el nivel de lesión y la presencia de úlceras por presión.¹⁷

César Granados Jrealizo un estudio para medir el nivel de independencia al aplicar el tratamiento de neurodesarrollo e índice Barthel encontró avances notables en las actividades cotidianas principalmente en subir y bajar escaleras y baño, un menor avance fue en alimentación y aseo. La existencia de pocos casos de pacientes cuadripléjicos completos permitió un mayor potencial para su recuperación y la estancia hospitalaria de 3 meses promedio, se obtuvieron cambios significativos a favor de la mayor funcionalidad en las actividades cotidianas en las personas con lesiones medulares con el Tratamiento del Neurodesarrollo.¹⁸

Las personas con lesión medular son en su mayoría, hombres jóvenes, con baja renta y baja escolaridad, las secuelas dejadas perjudican de forma significativa la capacidad para desempeñar algunas actividades en su cotidiano, principalmente, las que exigen de las funciones músculo-esqueléticas: transferirse, pasear y subir escaleras. Se confirma elevada prevalencia de incapacidad funcional, el grado fue identificado como leve. Además de suministrar subsidios epidemiológicos importantes para la planificación de las acciones en salud y enfermería, la contribución que el estudio trae para el conocimiento científico es indicar la necesidad de fortalecer las acciones de enfermería para el autocuidado de las personas con lesión medular y destacar la relación de estas con las cuestiones de orden social y demográfico.¹⁹

La lesión medular traumática ocasiona problemas de naturaleza física, psicosocial, emocional y económica, quiénes afectan no solamente el individuo que sufrió la lesión, también a su familia. Esos problemas aportan para una insatisfacción con la vida y consecuentemente para una disminución en la calidad de vida del día de paciente-cuidador. El cuidador, generalmente, no está listo para asumir todo el cuidado y las responsabilidades que le son exigidas. Él/ella si depara con una situación repentina y nueva y necesita ser debidamente listo para asumir tales responsabilidades.²⁰

El arreglo del individuo con lesión medular traumática y su cuidador para la alta hospitalario debe ser iniciado lo más precoz posible. El proceso de acogimiento, apoyo, aclaraciones de dudas son necesarios, para que el individuo y su cuidador puedan adquirir nuevos conocimientos y habilidades para adaptación a su nueva condición de vida. La red de apoyo y soporte social, el acceso a los centros de rehabilitación y a servicios de salud, con profesionales con conocimientos actualizados, para atender a estos pacientes y sus cuidadores son de extrema importancia, para minimizar complicaciones consecuentes de la lesión y la sobrecarga del cuidador.²⁰

Para valorar la calidad de vida del varón con lesión medular y conocer el estado de salud sexual se realizó un estudio en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo .El 97,8% de los participantes del estudio tienen interés para mantener relaciones sexuales; el 70% tiene pareja sexual estable; el 51% mantiene relaciones sexuales con regularidad. El 86% de la muestra refiere tener disfunción eréctil (DE) y el 71% anoeyaculación. El grupo que tiene DE puntúa significativamente menos en CDV sexual (p-valor t de Student 0,000) y en CDV general (p-valor t de Student 0,001). La muestra obtuvo en CDV general una media de 34,27 (DT: 2,8), en CDV social 20,16 (DT: 2,7), en CDV sexual 7,62 (DT: 2,7) y en CDV económica 7,71 (DT: 2,6). No existe relación significativa entre la CDV y la etiología, el grado, el tiempo de la LM.

Los participantes perciben una calidad de vida general buena, siendo la vida sexual el aspecto con el que refieren estar menos satisfechos. De hecho los que tienen disfunción eréctil están menos satisfechos en su vida general y en su vida sexual.²¹

Para la evaluación epidemiológica de pacientes con diagnóstico de lesión medular internados para rehabilitación en urgencias del Centro de Rehabilitación y Readaptación Dr. Henrique Santillo (CRER) en Goiânia, Goiás, fueron evaluados 208 pacientes, con predominio de sexo masculino (78.85%), edad promedio de 35.3 años. El déficit neurológico más relevante fue paraplejia (64.90%), siendo 54.33% clasificados como ASIA A (lesión completa) de acuerdo con la clasificación de la American Spinal Injury Association (ASIA). El tiempo promedio de una lesión a la admisión en el CRER fue de 129.7 días y media estancia en el hospital para la rehabilitación de estos pacientes fue de 44.9 días. La principal etiología de la lesión medular fue traumática, siendo 44.70% representados por accidente de tráfico. La complicación más común en la internación fue infección del tracto urinario.²²

Los datos epidemiológicos de pacientes con lesión medular admitidos para rehabilitación se mostraron en conformidad con aquellos ya descritos en la literatura, demostrando cada vez mayor importancia de la divulgación y realización de campañas de prevención del trauma raquimedular. También hay necesidad de remitir de forma precoz a estos pacientes al centro de rehabilitación, una vez que la gran mayoría son pacientes jóvenes, con secuelas neurológicas graves y altamente discapacitantes.²²

Es de capital importancia conocer la actividad, así como la participación de las personas con lesión medular, es necesario también identificar los factores ambientales que influyen en el proceso de reintegración. Analizar los factores contextuales: variables ambientales, la accesibilidad, el transporte, así como la actividad y participación; es competencia CIF o CIDDM-2 (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud).²³

La escolaridad determinó el área de ocupación mas no es un factor para una contratación al empleo regular, el desempleo de las personas con lesión medular se incrementó después de la lesión, subsecuentemente las oportunidades de conseguir un empleo regular se redujeron. La sustentación de la economía fue primordialmente a través del apoyo familiar.²³

En Moravia fue realizado un estudio en deportistas con lesión medular, que estuvieran rehabilitados o con terapia avanzada, con o sin pareja, entre los 18 a 65 años. Los principales aspectos a resaltar es que casi la totalidad de las personas encuestadas se encuentran sexualmente activas y consideran muy importante el tema de la sexualidad en el proceso de rehabilitación; sin embargo, existe un déficit de conocimiento en esta área. También se refleja una necesidad de información en temas específicos como los son: consejos para la genitalidad de las relaciones sexuales de pareja y expresión de sentimientos. Por tanto, se concluye a raíz de esta investigación que es menester el abordaje de la sexualidad en las personas con lesión medular, además es pertinente la intervención por parte del personal de enfermería para que con su conocimiento eduquen sobre sexualidad humana, en poblaciones a las que socialmente se les niega la expresión de la misma.²¹

Las declaraciones relatadas en este estudio presentaron las experiencias de personas que, a partir del comprometimiento por la lesión medular, pasan a convivir con una vida de elaboraciones y transformaciones cotidianas, pertinentes a las modificaciones

ocurridas en su cuerpo. Nuevos conceptos y significaciones pasan a ser construidos en las concepciones de estas personas con deficiencia, representados por los conocimientos populares, basados en su experiencia cotidiana con el uso de la silla de ruedas. Las categorías formuladas se caracterizaron por una trayectoria ascendente de convivencia entre las manifestaciones clínicas y la utilización de la silla de ruedas, asociada al apoyo de los familiares, aspectos psicosociales y culturales.²

Es necesario que las políticas públicas de atención a la persona con deficiencia sean constantemente perfeccionadas por las organizaciones gubernamentales, también que se haga efectivo el cumplimiento de la fiscalización por la sociedad en general, con el intuito de minimizar las diferencias sociales, el prejuicio y la discriminación. Este enfoque de políticas públicas de atención a la persona con deficiencia fortalece la práctica del concepto de inclusión social, una vez que la legislación tiende a equiparar los derechos, deberes y valores entre los ciudadanos en todas las instancias, y viabilizar que estas personas asuman sus papeles de autonomía personal en la sociedad, independientemente del uso de la silla de ruedas.³

CONCLUSIONES

La lesión medular traumática reincide en pacientes jóvenes del sexo masculino con bajo nivel cultural, los accidentes automovilísticos son la principal causa, predominan las lesiones torácicas e incompletas, con graves secuelas de discapacidad, alteraciones psicológicas y económicas. Aunque no están todas las condiciones creadas para la existencia de un entorno social favorable en el proceso de rehabilitación e integración social de paciente lesionado medular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fechio MB, Pacheco KMB, Kaihami HN, Alves VLR. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. Acta Fisiátrica. 2009; 1(16):38-42.
2. VIII. Gifre M, Del Valle A, Yuguero M, Gil A, Monreal P. La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la

vida Cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. Rev Athenea Digital [Internet]. 2010 [Citado 4 de abril 2013]; (18): 3-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53720000001>

3. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Lesiones medulares y discapacidad. Aquichan 2010;10(2):157-72.
4. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. Rev Hacia la Prom de la Salud 2011; 16(2): 52 – 67.
5. Cruz Conde R, Castel A, Sánchez FJ, Ríos B. Abordaje anterior para lesiones traumáticas de la columna cervical baja. Resultados a largo plazo. Rev Espcirortoptraumatol 2010; 54(1):3-12.
6. Gómez Soriano J, Taylor J. Espasticidad después de la lesión medular: revisión de los mecanismos fisiopatológicos, técnicas de diagnóstico y tratamientos fisioterapéuticos actuales. Fisioterapia 2010; 32(2):89–98.
7. Mosquera Soto TA. Trauma de Columna Cervical. [Internet]. 2008 [citado 10 octubre 2013]. Disponible en:
http://www.medicosecuador.com/librosecng/articuloss/2/trauma_columna_cervical.htm
8. Gómez Garrido A, González Viejo MA. Distribución de los pacientes con lesiones medulares agudas por grupos relacionados diagnósticos. Rehabilitación 2010; 44(3): 19-20.
9. Esclarín de Ruz A. Lesión medular y secuelas. Tesis Doctoral, Toledo Editorial Hospital Nacional de Parapléjicos. [Internet]. 2010 [citado 5 mayo 2013]. Disponible en:
http://www.aspam.org/pdf/publicaciones/LM_Aspam_Media.pdf
10. Aoma Millán M. Impacto del tratamiento con megadosis de corticoides en lesión medular aguda traumática en una unidad de críticos. Tesis doctoral, Granada, Editorial de la Universidad de Granada [Internet]. 2010 [citado 5 mayo 2013].

Disponible en: [http://www.drporta.com/resources/09-10-08\\$2520MANUAL\\$2520NEUROLOGICO_COORDINADORES\\$5B1\\$5D.pdf](http://www.drporta.com/resources/09-10-08$2520MANUAL$2520NEUROLOGICO_COORDINADORES$5B1$5D.pdf)

11. Vasconcelos Elaine Cristine Lemes Mateus de, Riberto Marcelo. Caracterização clínica e das situações de fratura da coluna vertebral no município de ribeirão preto, propostas para um programa de prevenção do trauma raquimedular. Coluna/Columna [serial on the Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 06] ; 10(1): 40-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512011000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000100007>.
12. Freitas Morais D, Ronaldo Spotti A, Isaac Cohen M, Eleodoro Mussi S, Simão de Melo Neto J, Antônio Tognola W. Perfil epidemiológico de pacientes con trauma espinal tratados en el hospital de tercer nivel. Rev Coluna/Columna 2013; 12 (2):149-52.
13. Aguiar da Silva G, Dornelles Schoeller S, Lima Gelbcke F, Figueiredo de Carvalho ZM, De Jesus Paula da Silva EM. Evaluación funcional de personas con lesión de la médula espinal: el uso de la escala de independencia funcional-MIF. Rev Texto contexto-enferm. Florianópolis 2012; 21(4): 929-36.
14. Franzoi AC, Baptista AL, Carvalho AM, Gonçalves W, Boari Rosa AC, Pinto A. Perfil funcional de locomoción en un grupo de pacientes con lesión medular atendidos en un centro de rehabilitación. RevColuna/Columna São Paulo 2009; 8(4):401-07.
15. Pereira de Albuquerque AL, Aires de Freitas CH, Bessa Jorge MS. Interpretando las experiencias de la hospitalización de pacientes con lesión medular. Rev Bras Enferm 2009; 62(4): 552-56.
16. Robles Ortiz J, González Roig JL, Saborit Oliva Y, Machado Moreno L, Jacas Prado D. Epidemiología de la lesión medular traumática Rev Cubana Medicina Física y Rehabilitación. [Internet]. 2012 [citado 20 Abril 2013]; 4(2): Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mfr/vol_4_2_12/mfr02212.htm
17. César Granados J. Cambios funcionales en las actividades cotidianas con el Tratamiento del Neurodesarrollo en personas con lesiones medulares en un instituto nacional de rehabilitación. Rev Med Hered. 2013; 24:293-297.

18. Coura Alexsandro Silva, França Inacia Sátiro Xavier de, Enders Bertha Cruz, Barbosa Mayara Lima, Souza Juliana Raquel Silva. Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos socio-demográficos en adultos con lesión medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [serial on the Internet]. 2012 Feb [cited 2014 Nov 06] ; 20(1): 84-92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100012>.
19. Nogueira PC, Nasbine Rabeh SA, Larcher Caliri MH, Spadoti Dantas RA, José Haas V. Sobrecarga del cuidado e impacto en la calidad de vida relacionada a la salud de los cuidadores de individuos con lesión medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 10 octubre 2013]; 20 (6):. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. Cobo Cuenca AI, Serrano Selva JP, De la Marta-Florence M. Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. *Rev Enfermería Clínica* 2012;22(4): 205-208.
21. Custódio Natália Ribeiro de Oliveira, Carneiro Maurício Rassi, Feres Caroline Campelo, Lima Gabriela Henrique Souza, Jubé Maria Raquel Ramos, Watanabe Leonardo Eizo. Lesão medular no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER-GO). Coluna/Columna [serial on the Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Nov 06] ; 8(3): 265-268. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512009000300005>.
22. Franco Chacón, Natalia y otros. Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular. *Rev. Enfermería Costa Rica* [Internet]. 2009 [citado 4 de abril 2013]; (16):. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769001>

23. Costa Viviane de Souza Pinho, Melo Marcia Regina Antonietto Costa, Garanhani Mara Lúcia, Fujisawa Dirce Shizuko. Representaciones sociales de la silla de ruedas para la persona con lesión de la médula espinal. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2014 Nov 06]; 18(4): 755-762. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400014>.

Recibido: 10 de septiembre del 2014.

Aprobado: 25 de septiembre del 2014.