



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Independencia funcional y calidad de vida a corto plazo en un joven parapléjico.

Autor/es

M^a Dolores Selva Marroquí

Tutor/a

Mercedes Miguela Bobadilla

Facultad de Ciencias de la Salud

2013

INDICE

	Págs
❖ RESUMEN – ABSTRACT	...3
❖ INTRODUCCION	...4-8
❖ OBJETIVOS	...8
❖ METODOLOGÍA	...9
➤ EVALUACIÓN INICAL	...10-12
➤ PLAN DE ACTUACIÓN DE T.O.	...12-14
❖ DESARROLLO	
➤ REEVALUACIÓN Y RESULTADOS	...14-15
➤ DISCUSIÓN	...15
❖ CONCLUSION	...16
❖ BIBLIOGRAFIA	...17-20
❖ ANEXOS	...21-40

RESUMEN

« Una lesión medular no sólo es traumática en el sentido médico; destruye toda una forma de vida, divide la historia de la persona en dos partes: antes y después » (1).

En el siguiente trabajo, nos planteamos constatar y demostrar los resultados obtenidos en una serie de artículos consultados sobre autonomía, independencia funcional y calidad de vida en el lesionado medular, referenciados en la bibliografía.

En este trabajo se demuestra el aumento de la autonomía ya calidad de vida de un joven parapléjico en la fase hospitalaria de tratamiento.

Como instrumentos de valoración se han utilizado: FIM adaptado, SCIMII y encuesta de salud SF-36.

Los resultados obtenidos son congruentes con lo referido en la bibliografía consultada.

Así mismo, se muestra la óptima satisfacción del paciente tras el tratamiento de terapia ocupacional.

INTRODUCCION

Se entiende por lesión medular cualquier alteración sobre la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de lesión.

La lesión medular puede dar lugar a:

- Pérdida de la movilidad y sensibilidad por debajo del nivel de lesión.
- Trastornos de la función vesical.
- Trastornos del tracto gastrointestinal.
- Trastornos de la función sexual.

Cuando la lesión se localiza a nivel dorsal o lumbo-sacro se van a ver afectadas las extremidades inferiores, a este tipo de afectación la denominamos **paraplejia** (2).

Las complicaciones médicas más comunes que podemos encontrarnos en la fase crónica de este tipo de lesión son:

- Hiperreflexia: reacción del sistema nervioso autónomo al incremento excesivo de estímulos, la cual puede incluir hipertensión, cambios en la frecuencia cardíaca, en el color de piel y sudoración profunda.
- Aumento de tono muscular, que puede causar contracturas, rigidez articular, espasmos y aparición de posturas anormales.
- Osteoporosis ó pérdida de masa ósea secundaria a la inmovilización, pudiendo dar lugar a fracturas patológicas por aplastamiento vertebral ó durante la rehabilitación.
- Infecciones del tracto urinario y litiasis renal.
- Dolor neuropático (a nivel de la lesión o inferior a ésta) provocando quemazón y sensación punzante de localización difusa (3).

En España, la incidencia de la lesión medular traumática es de 25 a 30 nuevos casos por millón de habitantes. Esto representa que cada año, 1.000 personas sufren una lesión en la médula espinal de esta etiología, siendo más de un 50% de los casos causados por accidente de tráfico (4).

Las posibilidades de recuperación varían en función del grado de afectación medular que describe la escala de ASIA¹ (Ver anexo I). Así, los pacientes que inicialmente presentan una lesión medular completa (ASIA A) tienen el peor pronóstico, sin apenas ningún tipo de recuperación neurológica.

Es muy importante tener en cuenta el estado psicológico y emocional del lesionado medular, ya que muchos de los fallecimientos de estos pacientes son debidos a situaciones de consumo de alcohol, adicción a drogas y suicidios (5).

El tratamiento rehabilitador se iniciará de forma gradual: comienza en la fase de inmovilización en cama, y continúa en el gimnasio, cuando el paciente ya es capaz de tolerar la sedestación.

En líneas generales, la fase inicial en decúbito (respetando la inmovilidad vertebral) comprende tratamiento postural y movilización articular. El periodo de sedestación precisa de una verticalización progresiva a través del plano inclinado y, posteriormente, la fase de sedestación propiamente dicha, que comprende la elección de silla de ruedas (adaptada a las demandas del paciente incluyendo cojín antiescaras) y su manejo (habilidades básicas y avanzadas).

Aunque muy pocos pacientes alcanzarán una marcha funcional, el logro de la bipedestación y la marcha con ayudas técnicas y ortesis sirve de objetivo terapéutico: retrasa la descalcificación, contribuye a la mejora de la espasticidad, a la efectividad del entrenamiento vesical e intestinal y mejora de la autoestima física, con lo que se logra una menor incidencia de depresión.

La marcha funcional dependerá fundamentalmente del nivel lesional, por ejemplo a partir de L4 con ayuda de órtesis bajas y muletas, podrá deambular,

¹American Spinal Injury Association. Ver Anexo I.

(no largos trayectos) y presentará cierta limitación para subir y bajar escaleras.

La preparación al alta contempla la prescripción de dispositivos y/o ayudas técnicas, orientación y atención psicosocial y adaptación del domicilio si el paciente lo precisa (6).

La persona con paraplejía tendrá que aprender a vivir con una grave discapacidad, por ello, la Terapia Ocupacional, como parte fundamental del equipo de Rehabilitación, comparte el objetivo común de reducir y/o compensar los déficits funcionales para que el paciente alcance el máximo grado de autonomía.

El Terapeuta Ocupacional facilitará su adaptación a los cambios biopsicosociales, a ese “después” de su historia vital para que logre conseguir el nivel deseado de control y competencia de su vida diaria e integración en la vida social.

La independencia funcional y la calidad de vida son dos conceptos íntimamente unidos, en los que centraré este trabajo como reflejo de dos puntos clave que debe guiar la terapia en este tipo de pacientes.

La bibliografía existente acerca de la calidad de vida en los lesionados medulares es relativamente aceptable, situándola como un referente de utilidad para la mejora de programas de rehabilitación integral, incluso después del alta hospitalaria:

En un estudio donde se evaluó la eficacia de la rehabilitación en lesiones medulares realizado por Brigitte Wirth et al, se obtuvieron unos resultados en los que pacientes con paraplejía completa mejoraron significativamente la

puntuación total del SCIMIII²(ver anexo II) el primer año de seguimiento, incluso tras el alta. Esto significaba un alto nivel de autonomía respecto a sus ABVD³ (7).

Un estudio descriptivo sobre cambios funcionales y calidad de vida realizado por Cushman y Hassett mediante encuestas por correo, concluyó que los lesionados medulares gozaban de una calidad de vida superior de lo que se puede observar a simple vista respecto a su físico (en silla de ruedas). También concluyó con la importancia que otorgan al mantenimiento de su independencia (8).

En otro estudio de tipo transversal realizado a través de cuestionarios, Kennedy et al, analizaron las necesidades actuales, la integración en la comunidad, el estado de ánimo, estrategias de afrontamiento, la independencia funcional y capacidad de gestión. Los resultados ponían de manifiesto que las necesidades que limitan su satisfacción personal se refieren a: nivel ocupación, relaciones sexuales y alivio del dolor (9).

Gifre y del Valle señalan la importancia de una rehabilitación integral. En un estudio cualitativo realizado mediante encuestas telefónicas buscaban identificar los factores más relevantes que contribuyen a mejorar la calidad de vida en lesionados medulares, siendo éstos: el entorno y la preparación para la vida real, así como el tratamiento integral junto con la familia (10).

Tamayo et al, en su estudio descriptivo mediante encuestas por correo, trataban de evaluar la independencia física tras 5 años de evolución. Los resultados obtenidos reflejan un adecuado grado de autonomía, constatando una mejoría respecto al alta hospitalaria (11).

A pesar de que la bibliografía consultada muestra resultados alentadores, no podemos obviar que esta discapacidad siempre condicionará los actos que realice el paciente parapléjico, teniéndose que adaptar a ciertas situaciones a las que se enfrente (12).

² Spinal Cord Injury Association. Asociación americana de lesión medular. Ver anexo II.

³ Actividades Básicas de la Vida diaria.

El **propósito** general de este TFG trata de comprobar en un caso real, tal como refiere la bibliografía consultada, que a pesar de la adversa situación a la que se enfrenta un Parapléjico, puede ser capaz de alcanzar una buena calidad de vida llevando a cabo una rehabilitación integral (terapia ocupacional, fisioterapia, psicólogo...) e individualizada (acorde a sus necesidades).

El paciente en el que se centra este trabajo, en la actualidad está ingresado en la unidad de lesionados medulares de un hospital general del sistema nacional de salud, dónde continúa llevando a cabo su tratamiento. Al alta hospitalaria y para su reinserción en la comunidad, el entrenamiento de terapia ocupacional continuará en el domicilio y entorno cotidiano de éste.

OBJETIVOS

Los **objetivos** que plantea este trabajo son:

- Profundizar en el conocimiento de la calidad de vida en pacientes parapléjicos.
- Mostrar los cambios en el grado de autonomía y calidad de vida a corto plazo (fase hospitalaria de tratamiento) en un caso real de paraplejia tras un tratamiento rehabilitador integral.
- Contrastar los resultados obtenidos con lo referido en la bibliografía.
- Conocer la satisfacción del paciente a su paso por Terapia Ocupacional.

METODOLOGÍA

La evidencia sobre calidad de vida en la que se basa este trabajo toma como pilar la encuesta de salud SF-36⁴(Ver anexo III) y para la valoración de la autonomía (procedimientos seguidos el HUMS) el FIM⁵(Ver anexo IV) y la SCIMII (13) (14)(15).

Así mismo, el abordaje del caso clínico real presentado está apoyado en el marco de trabajo para la TO y el modelo de la AOTA⁶ (16)(17)(18).

Datos clínicos

Se trata de un varón de 24 años de edad con paraplejía completa (ASIA A) secundaria a accidente de tráfico y nivel lesional D11. En la fase aguda requirió fijación vertebral quirúrgica. Una vez estabilizado, comenzaron con los injertos de piel para tratar las quemaduras de miembros inferiores, aún no resueltas.

Tras cinco meses de ingreso, se inicia la rehabilitación en el departamento de T.O., aunque persisten las quemaduras aún en proceso de cura.

Evaluación inicial

- Observación:

El paciente llega a Terapia Ocupacional en silla de ruedas autopropulsable. La sedestación es adecuada (con cojín tipo ROHO⁷). Muestra buen control de tronco y destreza con sus extremidades superiores.

⁴ Encuesta de salud SF-36, sobre calidad de vida.

⁵ Funcional Independence Measure. Medida de independencia funcional. Ver anexo IV.

⁶ Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

⁷ Diseño especial dividido en 4 secciones o cuadrantes mediante válvula "Isoflo" que permite calibrar la presión del aire de cada sección en forma independiente, logrando así efectos posturales y/o curativos en las zonas más afectadas del usuario.

- Entrevista:

En una entrevista semiestructurada, siguiendo el Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional, se obtiene información que se detalla en su perfil ocupacional (Anexo V).

Previo al accidente, comenta que disfrutaba de la vida plenamente (percepción subjetiva de su calidad de vida).

- Procedimientos de evaluación:

En el **FIM adaptado** a lesión medular (donde se valoran sólo las 13 actividades motoras, obviando las 5 cognitivas), obtiene una puntuación de 39/91. Para ampliar esta información, se realiza una nueva evaluación con otro instrumento elaborado específicamente para personas con lesiones medulares: **SCIMII**, en el que el paciente obtiene una puntuación de 40/100. (Información detallada en el anexo II-IV)

Se le administra el **cuestionario de salud SF-36**, en el que obtiene una puntuación de 88/100, donde 80 es la peor puntuación y 100 la satisfacción total. Estos bajos resultados se deben a su limitación para la realización de ABVDs y a su estado emocional.

- Análisis del desempeño ocupacional:

Áreas ocupacionales:

- *Autocuidados*: según se refleja en el FIM-SCIMII, donde menos puntuación obtiene, es en los apartados de autocuidado y movilidad: necesita asistencia en todas aquellas actividades que implican a miembros inferiores (ya sea mediante otra persona ó ayudas técnicas) y precisa sondaje para la incontinencia urinaria.
- *Trabajo y actividades productivas*: no podrá volver a desempeñar la profesión que realizaba antes del accidente (ganadero y agricultor), por lo que deberá buscar nuevos intereses y roles profesionales.

- *Actividades de ocio*: se plantea identificar nuevos intereses (rompe rotundamente con la idea de seguir con sus antiguas rutinas, desea cambiar su vida completamente).

Componentes del desempeño ocupacional:

- *Balance articular*: activo completo en miembros superiores y pasivo completo en miembros inferiores.
- *Balance muscular, según la Escala de Daniels⁸*: disminución de fuerza en extremidades inferiores (0/5), 5/5 en extremidades superiores (19).
- *Tono muscular*: en extremidades inferiores hay una disminución del tono, ocasionalmente aparecen espasmos.
- *Control postural*: en la silla de ruedas y ayudándose de las extremidades superiores si lo requiere, es capaz de:
 - Despegar el tronco del respaldo (flexión de tronco).
 - Realizar inclinaciones laterales.
 - Enderezarse desde una posición de flexión de tronco o inclinación lateral del mismo.
- *Tolerancia* buena al esfuerzo físico. Es capaz de autopropulsar la silla.
- *Sensibilidad*: ausencia por debajo del nivel de lesión. Tiene dolor neuropático⁹ en ambas piernas.
- *Aspectos psicosociales*: a lo largo de la entrevista y evaluación inicial, el paciente muestra una actitud positiva, comunicativa y participativa. Manifiesta las ganas de iniciar el tratamiento y ser completamente independiente. Tiene muy claro sus objetivos y las ganas de iniciar su nueva vida.

⁸Técnicas de Balance muscular.

⁹ Ver en complicaciones.

Contextos de ejecución

- *Aspectos temporales*: tras el alta hospitalaria desea practicar un deporte acuático y buscar trabajo (administrativo), por lo que no descarta volver a estudiar (formación profesional) para conseguirlo.
- *Entorno*: Actualmente se encuentra en la unidad de lesionados medulares del HUMS, posee una buena red de apoyo social compuesta por todos sus familiares y amigos. A su salida del hospital planea independizarse y vivir en la ciudad en un piso adaptado a sus necesidades.

Plan de tratamiento

« El objetivo primordial del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de lesionado medular (...) es enseñar a la persona a ser tan independiente como sea posible en todos los aspectos de las tareas ocupacionales. Como auxiliares para incrementarla están el conservar la gama de movimientos, aumentar la fuerza y la resistencia del paciente, la prevención de úlceras por decúbito, la aceptación de su imagen corporal, y el frenar la depresión y la negación dentro de los límites donde puedan manejarse » (20) .

- Objetivos terapéuticos:
 - Reeducar y adiestrar las AVDs deficitarias reflejadas en la valoración
 - Asesorar en la elección de silla de ruedas adaptada a sus necesidades y adiestrara en manejo.
 - Asesorar en la búsqueda de trabajo y nuevos intereses.
 - Reforzar la autoestima en cada etapa del tratamiento y durante cada sesión.

- Intervención de TO:

Durante tres meses de rehabilitación, las sesiones de terapia ocupacional fueron diarias en horario de mañanas, con una duración de 30 a 40 minutos.

- Fases de la intervención:

- Entrenamiento de AVDs: Primer mes.
 - Autocuidado (baño, vestido)
 - Control de esfínteres (sondaje intermitente entrenado en planta por el personal de enfermería)
 - Movilidad (en cama y transferencias)
- Manejo de silla de ruedas: Primer y segundo mes.
 - Habilidades básicas (transferencias y propulsión)
 - Habilidades avanzadas (manejo en distintas superficies, caídas y transferencias suelo-silla)
- Verticalización en Parapodium. A partir del tercer mes.
- Orientación y asesoramiento de adaptaciones en el hogar, trabajo y ayudas técnicas: Durante el tercer mes
 - Principalmente silla de ruedas, para lo que seguimos los criterios descritos por Casado López como preparación al alta (21).

Las limitaciones encontradas fueron debidas a las quemaduras que aún están siendo curadas y frenan su alta hospitalaria, así como la práctica de actividades acuáticas.

DESARROLLO

Reevaluación y Resultados

A los 4 meses el paciente se reevaluó con los mismo instrumentos utilizados al inicio (SCIMII y FIM):

- La puntuación obtenida en el FIM fue de 87/91 y en el SCIMII de 76/100: esto nos indica un aumento de su independencia y autonomía en un corto periodo de tiempo. Todas las actividades en las que se ven implicadas las extremidades inferiores están completamente controladas por el paciente sin ayuda de terceras personas. La continencia de esfínteres se realiza por drenaje externo que controla el mismo paciente.
- La puntuación obtenida en la SF-36 fue 92/100, lo que indica una mejora significativa en la calidad de vida tras su paso por rehabilitación. El incremento respecto a la evaluación inicial se debe a su estado emocional positivo para enfrentarse a este nuevo reto, al “después” de su historia, y a la independencia alcanzada en sus ABVD, principalmente en autocuidado: autónomo en el baño y vestido de miembro inferior, en el manejo de esfínteres e intestinos (drenaje externo) y en movilidad y/o transferencias.

Se facilita al paciente una encuesta de satisfacción para valorar la atención recibida en el departamento de terapia ocupacional. Se trata de una encuesta modificada procedente de la universidad de granada y que consta de 9 ítems relacionados con su satisfacción en el trato, servicio e información recibida y tiempo de espera entre otros.

Se obtuvo una puntuación de 8/8, dónde de 8 es la máxima satisfacción y 0 ninguna o nula satisfacción; lo que avala la calidad del servicio de terapia ocupacional (Anexo VI) (22).

- Discusión

Los datos que nos aporta la reevaluación, confirman la mejoría notable del paciente en su autonomía y calidad de vida a corto plazo. Por lo tanto, nuestros resultados son acordes con los que aparecen en la bibliografía consultada.

Sin embargo, este no debe ser el final del proceso; la participación del T.O. sigue siendo necesaria tras el alta hospitalaria para contribuir a que el lesionado medular alcance la integración en su nuevo entorno.

La bibliografía consultada refiere que la calidad de vida se mantiene e incluso puede aumentar incluso a largo plazo, por lo que sería interesante ampliar este estudio en un futuro.

CONCLUSIONES

Los pacientes parapléjicos son capaces de lograr un aceptable grado de independencia funcional que traducimos en calidad de vida para la persona.

Los resultados obtenidos en la reevaluación del caso práctico, demuestran una notable mejoría de su autonomía y calidad de vida a corto plazo (fase hospitalaria de tratamiento), tras la rehabilitación integral.

Los resultados obtenidos en este caso práctico son similares a los referidos en la bibliografía consultada.

La encuesta de satisfacción aporta información alentadora sobre la calidad de la atención recibida en el departamento de terapia ocupacional.

Dado que los resultados son positivos, deben servir no sólo para el conocimiento de la paraplejia en la actualidad, sino como aliciente para que los profesionales de la terapia ocupacional puedan mejorar su servicio prestado y continuar realizando estudios más profundos acerca de la intervención, independencia funcional y calidad de vida en el paciente parapléjico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morris, J. Capaces de vivir: experiencias de mujeres con lesión medular. Blocs2. Barcelona. Fundació Institut Guttmann. 1992.
2. Alcobendas, M. M. conceptos generales sobre el síndrome de lesión medular. En: Esclarín. A: Lesión medular. Enfoque multidisciplinar. Madrid. Panamericanamedica. 2009. Pág. 3-10.
3. Gallego Navas, R. et al. Complicaciones médicas más frecuentes. En: Rodriguez Fernandez, M^aI. Lsión Medular. Atención sociosanitaria. 2006. Jaen. Págs 61-72.
4. Morón S.: Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la mano de pacientes Tetraplégicos. TOG (A Coruña) [revista Internet]. 2007 [05-03-13]; (6): [22 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num6/pdfs/revision1.pdf>
5. Rios M. M. Clasificación, pronóstico y tratamiento de lesiones medulares. Hospital Clínic Universitat de Barcelona. [revista Internet]. [05-03-13]; (19). Disponible en: <http://elexpertoresponde.com/es/bloque-ii-columna-vertebral/19-clasificacion-pronostico-y-tratamiento-de-lesiones-medulares>
6. Alcaraz, R. M. Rehabilitación de la lesión medular. Esclarín. A: Lesión medular. Enfoque multidisciplinar. Madrid. Panamericanamedica. 2009. Pág. 37-47.
7. [Brigitte Wirth](#), et al. Changes in Activity After a Complete Spinal Cord Injury as Measured by the Spinal Cord Independence Measure II (SCIM II). *Neurorehabil Neural Repair* March/April 2008 22: 145-153. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17761810>

8. L. A. Cushman. J. Hassett. Spinal cord injury: 10 and 15 years after. *Paraplegia* (1992) **30**, 690–696. Disponible en: <http://www.nature.com/sc/journal/v44/n2/abs/3101787a.html>
9. P. Kennedy. Et al. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord* (2006) **44**, 95–10. Published online 30 August 2005. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16130026>
10. Gifre, Mariona; Del Valle, Arantza; Yuguero, Mercé; Gil, Ángel & Monreal, Pilar (2010). 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. *Athenea Digital*, 18, 3-15. Disponible en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/708>.
11. Tamayo Izquierdo. R. et al. Independencia física en pacientes parapléjicos. Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Rehabilitación (Madr) 2002;36(3):155-161. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/120/120v36n03a13031883pdf001.pdf>.
12. Bahena-Salgado Y. Bernal-Márquez JN. Calidad de vida de los pacientes con paraplejía secundaria a lesión vertebral traumática. Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas verdes. Acta Ortopédica Mexicana 2007; 21(1): Ene.-Feb: 3-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2007/or071b.pdf>

13. Horno Lourdes. A. et al. Análisis de calidad de vida en pacientes con lesión medular traumática mediante el empleo del cuestionario sf-36. Jornadas XXIX Nacionales Sep. Sevilla. 2012. Disponible en: http://www.sociedaddeparaplejia.com/descargas/comunicaciones/Comunicaciones_a_la_Primer_Ponencia_2012.pdf?PHPSESSID=0585fa11a9e426e9c06c8e7658291652
14. J. Vall, et al. Dolor neuropático central y su relación con la calidad de vida de una persona portadora de una lesión medular traumática. Revista de Neurología. 2006; 42 (9): 525-529.
15. I. Villarreal Salcedo, et al. Capítulo 29. Diagnóstico precoz de depresión en pacientes lesionados medulares: modos de afrontamiento y red de apoyo social. En: informes, estudios e investigación. ministerio de sanidad y consumo. Desarrollo de herramientas para evaluar el resultado de las tecnologías aplicadas al proceso rehabilitador. Barcelona. 2006. Pags 181-184.
16. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [14 abril 2013]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
17. Blesedell C, E. Cohn, E. Boyt S, B.A. Terapia ocupacional. 10ªEd. 2005. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

18. Méndez M, B. Bové P, P. Un caso clínico de lesión medular. En :Polonio Lopez, B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y practica. Madrid. Panamericanamedica. 2003. [págs. 115-13].
19. Hislop, HM, J. Daniel y Worthingam. Técnicas de balance muscular. 7ªEd. (2003).
20. Trombly, C.A. Lesion de la medular espinal. En: Trombly, C.A. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. 1991. Págs 496-518.
21. Casado Lopez, R.M. Sillas de ruedas para lesionados medulares. Rehabilitación. 1999; 33 (6): 414-417.
22. Encuesta de Satisfacción de Usuarios. Universidad de Granada. Disponible en: http://serviciodealumnos.ugr.es/pages/encuestas_satisfaccion/archivos/encuestasatisfaccionusuarios. Acceso del 10 de abril 2013.
23. Instrumentos de medida de la salud en el lesionado medular . Valoración de la deficiencia. En: Zarco P, MªJ. Echevarría R, C. Instrumentos de medida de la salud en el lesionado medular. 1999. Universidad de Sevilla. Pág 33-42.

ANEXO I. ASIA – The American Spinal Injury Association.

Para la valoración de la afectación neurológica, ASIA realiza la definición de lesión completa o incompleta, del nivel neurológico, tanto motor como sensitivo, e incluye la zona parcial de perseveración. Además, describe la escala motora, sensitiva y de deficiencias ASIA.

Tabla 1. Escala de clasificación de la lesión medular.

Lesión completa A	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
Lesión incompleta B	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión, que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
Lesión incompleta C	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
Lesión incompleta D	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico, y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
Normal E	Las funciones sensitiva y motora son normales.

Esta escala es una modificación de la original realizada por Frankel¹⁰, se utiliza para valorar el nivel de deficiencia en las personas con lesión medular. Este instrumento, diferencia la lesión completa de la incompleta, considerando la gravedad de la lesión en 5 niveles o categorías, desde la lesión completa, hasta la recuperación de la función motora y sensitiva a la normalidad (23).

¹⁰Frankel fue uno de los primeros en estandarizar la deficiencia en estos individuos, en un intento de clasificar y distinguir la lesión medular incompleta de la completa. Esta herramienta fue utilizada durante muchos años hasta su posterior modificación adaptada por la ASIA en 1989.

ANEXO II. SCIM III-SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE.

15-03-2013 04-10-2023

AUTOCUIDADO

1. ALIMENTACION: (cortar, abrir tapers, verter, llevar comida a la boca, sostener vasos con líquidos)

0.- Necesita vía parenteral, gastrostomía o asistencia completa para alimentación oral.

1.- Necesita asistencia parcial para comer y/o beber, o para llevar aparatos adaptados.

2.- Come de manera independiente; necesita adaptaciones o asistencia de otra persona sólo para cortar comida y/o verter y/o abrir tapers.

3.- Come y bebe de manera independiente; no requiere asistencia de otras personas ni adaptaciones.

2. BAÑO: (enjabonado, lavado, secado de cuerpo y cabeza, manipulación de grifos). A-hemicuerpo superior; B-hemicuerpo inferior.

A-0.- Requiere asistencia total.

1.- Requiere asistencia parcial.

2.- Se lava de manera independiente con adaptaciones o en un entorno específico (agarraderas, silla de baño)

3.- Se lava de manera independiente sin requerir adaptaciones ni ayudas específicas no comunes en individuos sanos.

B-0.- Requiere asistencia total.

1.- Requiere asistencia parcial.

2.- Se lava de manera independiente con adaptaciones o en un entorno específico (agarraderas, silla de baño)

3.- Se lava de manera independiente sin requerir adaptaciones ni ayudas específicas no comunes en individuos sanos.

3. VESTIDO: (ropa, zapatos, ortesis permanentes: vestirse, llevar y desvestirse) A-hemicuerpo superior; B-hemicuerpo inferior.

A-0.- Requiere asistencia total.

1.- Requiere asistencia parcial con ropa sin botones, cremalleras o lazos.

2.- Se viste de manera independiente con ropa sin botones, cremalleras o lazos; requiere adaptaciones y/o ayudas específicas.

3.- Se viste de manera independiente con ropa sin botones, cremalleras o lazos; no requiere adaptaciones o ayuda; necesita asistencia sólo para botones, cremalleras o lazos.

4.- Se viste de manera independiente cualquier tipo de ropa; no requiere adaptaciones o ayudas específicas.

B-0.- Requiere asistencia total.

1.- Requiere asistencia parcial con ropa sin botones, cremalleras o lazos.

2.- Se viste de manera independiente con ropa sin botones, cremalleras o lazos; requiere adaptaciones y/o ayudas específicas.

3.- Se viste de manera independiente con ropa sin botones, cremalleras y lazos sin ayuda; necesita asistencia o ayuda sólo para botones, cremalleras o lazos.

4.- Se viste de manera independiente cualquier tipo de ropa; no requiere adaptaciones o ayudas específicas.

4. ASEO PERSONAL (lavado de manos y cara, lavado de dientes, peinarse, afeitarse, aplicarse maquillaje)

0.- Requiere asistencia total.

1.- Requiere asistencia parcial

2.- Aseo personal independiente con adaptaciones.

3.- Aseo personal independiente sin adaptaciones.

SUBTOTAL 0-20) **20 - 12** //20

B.- RESPIRACION Y CONTROL DE ESFINTERES

5. RESPIRACION.

- 0 Requiere tubo traqueal y ventilación asistida de manera permanente o intermitente.
- 2 Respira de manera independiente con tubo traqueal; requiere oxígeno y mucha asistencia para toser y para el manejo del tubo traqueal.
- 4 Respira de manera independiente con tubo traqueal; requiere poca asistencia para toser y para manejo del tubo traqueal.
- 6 Respira de manera independiente sin tubo traqueal; requiere oxígeno, mucha asistencia para toser, mascarilla o bipap
- 8 Respira de manera independiente sin tubo traqueal; requiere poca asistencia o estimulación para toser.
- 10 Respira de manera independiente sin asistencia ni ayudas.

6.- CONTROL DE ESFINTERES; VEJIGA

- 0 Portador de S.V.P.
- 3 Residuo post-miccional mayor de 100 cc.; no sondajes regulares o cateterismos intermitentes asistidos.
- 8 Residuo post-miccional menor de 100 cc. o autocateterismos intermitentes; necesita asistencia para manejo de instrumentación para drenaje.
- 9 Autocateterismos intermitentes; utiliza material de drenaje externo; no necesita asistencia de otras personas.
- 11 Autocateterismos intermitentes; continente entre cateterismos; no utiliza instrumentos de drenaje externo.
- 13 Residuo post-miccional menor de 100 cc.; necesita sólo drenaje externo; no necesita asistencia de otras personas.
- 14 Residuo post-miccional menor de 100 cc.; continente, no precisa instrumentos de drenaje externo.

7.- CONTROL DE ESFINTERES; INTESTINO

- 0 Hábito deposicional irregular o muy baja frecuencia deposicional (menor de 1/72h)
- 5. Hábito deposicional regular, pero requiere asistencia (p. ej. para poner supositorio), accidentes (fugas, retenciones, etc.) poco frecuentes (menor que dos veces al mes)
- 8. Hábito deposicional regular, sin asistencia; accidentes (fugas, retenciones, etc.) poco frecuentes (menor que dos veces al mes).
- 10. Hábito deposicional regular, sin asistencia; sin accidentes (fugas, retenciones, etc.)

8.- USO DEL W.C. (higiene perineal, ajustar ropa antes y después, uso de compresas y/o pañales)

- 0.- Asistencia total

- 1.- Asistencia parcial; no puede limpiarse sola
- 2.- Asistencia parcial; se limpia de manera independiente
- 4.- Utiliza W.C. de manera independiente en todas las situaciones pero precisa adaptaciones (barras, etc.)
- 5.- Utiliza W.C. de manera independiente, no precisa ningún tipo de adaptaciones

SUBTOTAL (0-40): 35 -- 15 // 40

C.- MOVILIDAD (habitación y W.C.)

9.- MOVILIDAD EN CAMA Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS UPP

0.- Necesita asistencia para todas las actividades: Voltar en cama hemicuerpo superior, volter en cama hemicuerpo inferior, sentarse en cama, hacer pulsiones en silla de ruedas, con o sin adaptaciones, pero no con ayudas eléctricas.

2.- Practica una de las anteriores actividades sin ayuda.

4.- Practica 2-3 de las anteriores actividades sin ayuda.

6.- Practica toda la movilidad en cama y actividades preventivas de U.P.P. de manera independiente.

10.- TRANSFERENCIAS: Cama-silla de ruedas. (bloquear silla de ruedas, elevar apoyapiés, quitar, poner y ajustar reposa brazos, transferencias, elevar los pies).

0.- Requiere asistencia total.

1.- Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o adaptaciones (p. Ej. Tabla de deslizamiento)

2.- Independiente (o no requiere silla de ruedas).

11.- TRANSFERENCIAS: silla de ruedas- W.C.- bañera (si usa silla inodoro: transferencia a y desde silla; si usa silla de ruedas convencional: bloquear silla de ruedas, elevar apoyapiés, quitar, poner y ajustar reposa brazos, transferencias, elevar los pies).

0.- Requiere asistencia total.

1.- Necesita asistencia parcial y/o supervisión, y/o adaptaciones (p. Ej. agarraderas)

2.- Independiente (o no requiere silla de ruedas).

D.- MOVILIDAD (dentro y fuera de casa, cualquier terreno)

12.- DEAMBULACIÓN INTERIORES

0.- Requiere asistencia total

1.- Necesita silla eléctrica o asistencia parcial para manejo de silla de ruedas manual

2.- Se desplaza de manera independiente con silla de ruedas autopropulsable

3.- Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ortesis)

4.- Deambula en dos tiempos con andador o muletas (balanceo)

5.- Deambula con muletas o 2 bastones (en cuatro tiempos)

6.- Deambula con un bastón

7.- Precisa ortesis para la marcha

8.- Deambula sin ayudas

13.- DEAMBULACIÓN moderadas distancias (10-100 m.)

0.- Requiere asistencia total

1.- Necesita silla eléctrica o asistencia parcial para manejo de silla de ruedas manual

2.- Se desplaza de manera independiente con silla de ruedas autopropulsable

3.- Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ortesis)

4.- Deambula en dos tiempos con andador o muletas (balanceo)

5.- Deambula con muletas o 2 bastones (en cuatro tiempos)

6.- Deambula con un bastón

7.- Precisa ortesis para la marcha

8.- Deambula sin ayudas

14.- DEAMBULACIÓN EXTERIORES (más de 100 m.)

0.- Requiere asistencia total

1.- Necesita silla eléctrica o asistencia parcial para manejo de silla de ruedas manual

2.- Se desplaza de manera independiente con silla de ruedas autopropulsable

3.- Requiere supervisión mientras deambula (con o sin ortesis)

4.- Deambula en dos tiempos con andador o muletas (balanceo)

5.- Deambula con muletas o 2 bastones (en cuatro tiempos)

6.- Deambula con un bastón

7.- Precisa ortesis para la marcha

8.- Deambula sin ayudas

15.- ESCALERAS.-

0.- Incapaz de ascender o descender escaleras

1.- Ascende y desciende al menos 3 escalones con ayuda o supervisión de otra persona

2.- Ascende y desciende al menos 3 escalones con ayuda de barandilla y/o muletas o bastones

3.- Ascende y desciende al menos 3 escalones sin ayudas ni supervisión

16.- TRANSFERENCIAS: silla de ruedas - coche (accesibilidad al coche, bloquear silla, quitar apoyabrazos y reposapiés, transferencia a y desde coche, introducir y sacar silla del coche).-

0.- Requiere asistencia total

1.- Precisa asistencia parcial y/o supervisión y/o adaptaciones

2.- Independiente en transferencias; no requiere adaptaciones (o no precisa silla de ruedas).

17.- TRANSFERENCIAS: suelo - silla de ruedas.-

0.- Requiere asistencia

1.- Independiente para transferencias con o sin adaptaciones (o no requiere silla de ruedas).

SUBTOTAL (0-40): **21** - **13** //40

TOTAL SCIM SCORE (0 – 100): 76 --- 40

ANEXO III. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36, Versión español.

14-04-2013 04-10-2023

En general, usted diría que su salud es:

- 1 ☐ Excelente
- 2 ☐ Muy buena
- 3 ☐ Buena
- 4 ☐ Regular
- 5 ☐ Mala

¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año
- 3 ☐ Más o menos igual que hace un año
- 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año
- 5 ☐ Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco
- 3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

- 1 ☐ Sí, me limita mucho
- 2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 ☐ **Sí, me limita mucho**

2 ☐ Sí, me limita un poco

3 ☐ No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ **Sí**

2 ☐ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 ☐ **Sí**

2 ☐ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 ☐ **Sí**

2 ☐ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 ☐ **Sí**

2 ☐ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☐ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☒ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 ☐ Sí

2 ☒ No

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 ☒ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 ☐ No, ninguno

2 ☒ Sí, muy poco

3 ☐ Sí, un poco

4 ☐ Sí, moderado

5 ☐ Sí, mucho

6 ☐ Sí, muchísimo

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 ☒ Nada

2 ☐ Un poco

3 ☐ Regular

4 ☐ Bastante

5 ☐ Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

4 ☐ Algunas veces

5 ☐ Sólo alguna vez

6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 ☐ Siempre

2 ☐ Casi siempre

3 ☐ Muchas veces

- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Muchas veces
- 4 ☐ Algunas veces
- 5 ☐ Sólo alguna vez
- 6 ☐ Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 ☐ Siempre
- 2 ☐ Casi siempre
- 3 ☐ Algunas veces
- 4 ☐ Sólo alguna vez
- 5 ☐ Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☒ Totalmente falsa

Estoy tan sano como cualquiera.

1 ☒ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

Creo que mi salud va a empeorar.

1 ☐ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☒ Totalmente falsa

Mi salud es excelente.

1 ☒ Totalmente cierta

2 ☐ Bastante cierta

3 ☐ No lo sé

4 ☐ Bastante falsa

5 ☐ Totalmente falsa

ANEXO IV. MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – (M.I.F.)

N I V E L E S	7 Independencia total, sin demora y con seguridad.	SIN AYUDANTE
	6 Independencia modificada, con dispositivo.	SIN AYUDANTE
	DEPENDENCIA MODIFICADA	
	5 Supervisión	CON AYUDANTE
	4 Asistencia mínima (el sujeto hace el 75% o más)	CON AYUDANTE
	3 Asistencia moderada (el sujeto hace el 50% o más)	CON AYUDANTE
	DEPENDENCIA COMPLETA	
	2 Asistencia máxima (el sujeto hace el 25% o más)	CON AYUDANTE
	1 Asistencia total (el sujeto hace el 0% o algo más)	CON AYUDANTE

AUTOCAUIDADO	15-03-2013	04-10-2
ALTA		
A. Alimentación	7	7
B. Acicalamiento	7	7
C. Baño	7	3
D. Vestido parte superior	7	7
E. Vestido parte inferior	7	1
F. Aseo	7	7
CONTROL DE ESFINTERES		
A. Manejo de la vejiga	6	1
B. Manejo de los intestinos	6	1
MOVILIDAD/TRANSFERENCIAS		
A. Cama, silla, silla de ruedas	7	1
B. Inodoro	7	1
C. Bañera, ducha	7	1
LOCOMOCION		
A. Camina, silla de ruedas	6	1
B. Escaleras	6	1
TOTAL MIF MODIFICADO	87	-- 39
No dejar casillas en blanco, anotar 1 cuando el paciente, por riesgos, no pueda examinado.		

ANEXO V. Perfil Ocupacional

Nuestro paciente tiene 24 años, es natural de un pueblo de la provincia de Zaragoza, dónde convive con sus padres y un hermano menor. Su madre es ama de casa y su padre agricultor. Completó los estudios de E.S.O y 1º de Bachiller. Tras varias actividades laborales, actualmente era agricultor y ganadero autónomo. Una de sus prioridades era aumentar su explotación.

Un día cotidiano para él era levantarse a las 7 de la mañana, atender a las ovejas e ir al campo; después de comer tomaba café en el bar y volvía al campo o con las ovejas.

Al no haber muchas opciones en el pueblo, solía juntarse con los agricultores en el bar o cenas en Zaragoza.

En agosto de 2012, tras cenar un pueblo cercano que estaba en fiestas, sufrió un accidente de motocicleta.

A consecuencia de ello, sufrió una fractura vertebral con lesión medular D11 que requirió tratamiento quirúrgico, y quemaduras en miembros inferiores que han requerido injertos.

Permaneció en cama durante mes y medio.

El paciente se podría definir como una persona con mucha fuerza de voluntad, lo cual ha ayudado a acelerar el proceso de rehabilitación (iniciada en enero de 2013). En la actualidad, las quemaduras aun están siendo curadas, frenando su alta hospitalaria.

Las expectativas del paciente respecto a la Terapia Ocupacional eran y son aprender a vivir en su nueva situación y en todo tipo de entornos. Sus prioridades en estos momentos son: El deporte (le gustaría practicar remo) y buscar un trabajo adaptado a sus posibilidades, deseando que no requiera mucho esfuerzo y sea agradable para él.

En estos momentos es usuario de silla de ruedas autopropulsable, y desde el tercer mes de ingreso, disfruta de permisos de salida del hospital los fines de semana, lo cual aprovecha para visitar su pueblo.

Antes del accidente, el paciente conducía, por lo que será una prioridad adaptar el coche y su adiestramiento en las transferencias colle-silla

En proceso de fabricación se encuentran los bitutores, tras su entrenamiento con éstos y la resolución de sus quemaduras, será dado de alta.

El paciente refiere que no quiere volver a lo de "antes", es decir, estar todo el día en el bar..., desea ampliar sus fronteras de ocio y laborales. Quiere trasladarse del pueblo y vivir en la ciudad.

Tras su salida del hospital, buscará un piso adaptado a sus necesidades, tiene previsto aprender a nadar para poder realizar remo y, por último, buscará trabajo. No descarta en un futuro estudiar algo que pueda ayudarle a favorecer sus posibilidades laborales.

ANEXO VI. ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS.

15-03-2013

Desde el Servicio de Terapia Ocupacional del hospital general del servicio nacional de salud, queremos ofrecerle una atención de calidad; es por ello que deseamos contar con usted para conocer su opinión y ver cómo valora los distintos aspectos del servicio que ofrecemos.

1.- ¿Es el Servicio de Terapia Ocupacional con el que tiene contacto?

☐ **Sí** ☐ No ☐ No sabe/No contesta

2.- ¿Considera usted que las instalaciones son adecuadas para la prestación del servicio?

☐ **Sí** ☐ No ☐ No sabe/No contesta

3.- ¿Cuánto tiempo estuvo esperando para ser atendido?

☐ **0 a 10 minutos** ☐ 10 a 20 minutos ☐ 20 a 30 minutos ☐ Más de 30 minutos

4.- El tiempo de espera para ser atendido, ¿le pareció adecuado a las circunstancias?

☐ **Sí** ☐ No ☐ No sabe/No contesta

5.- ¿Está satisfecho con el trato recibido por el personal del Servicio?

☐ **Totalmente satisfecho** ☐ Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Poco satisfecho ☐ Nada satisfecho

6.- ¿Le informaron de manera clara y comprensible?

☐ **Sí** ☐ No ☐ No sabe/No contesta

7.- ¿Su solicitud ha sido atendida en un tiempo razonable?

☐ **Sí** ☐ No ☐ No sabe/No contesta

8.- De forma general, ¿se encuentra satisfecho/a con el servicio recibido?

☐ **Totalmente satisfecho** ☐ Muy satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Poco satisfecho ☐ Nada satisfecho

9.- Por último, ¿tiene alguna sugerencia de mejora para el Servicio? Por favor, indíquenosla:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. *Adaptación de la Encuesta de satisfacción de usuarios de la Universidad de Granada*