



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULTADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

GRAO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Curso académico 2012 -2013

TRABALLO DE FIN DE GRAO

**Análisis de las transferencias en usuarios con
lesión medular ingresados en la Unidad de
Lesionados Medulares del Complejo
Hospitalario Universitario de A Coruña**

María García Vilariño

Junio 2013

Directores del Trabajo Fin de Grado:

Carmen Hervás del Valle

Jesús Luis Saleta Canosa

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN	7
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
3.1. JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL	14
3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	14
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSIÓN.....	21
7. AGRADECIMIENTOS.....	26
8. BIBLIOGRAFÍA	27
9. APÉNDICES.....	30

1. RESUMEN

Objetivo: El objetivo principal del estudio es determinar la prevalencia de las transferencias logradas tras un programa de entrenamiento con usuarios con lesión medular durante la fase aguda de la enfermedad.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo mediante una investigación cuantitativa. La muestra del estudio está formada por todos los usuarios que acuden a tratamiento en el servicio de Terapia Ocupacional de la Unidad de Lesionados Medulares en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Resultados: La mayoría de los usuarios que sufren una lesión medular son hombres. La edad media de la población estudiada es de 46,9 años. En cuanto a la procedencia, la mayoría de los usuarios residen en la provincia de A Coruña.

En relación con la etiología de la lesión medular, los accidentes de tráfico y las caídas siguen siendo las causas más frecuentes. Existe relación entre la edad y la etiología, a mayor edad aumenta el número de lesiones por caídas, a menor edad la causa principal de la lesión son los accidentes.

En cuanto al tipo y nivel de la lesión son mayoritarias las lesiones incompletas y las lesiones cervicales.

El 40% de los usuarios estudiados son dependientes en la realización de la transferencia, de los cuales el 70% necesitan ayuda.

Del total de la muestra, el 20% presentan sobrepeso y el 16% deterioro cognitivo. Además, el 28% necesitan del uso del producto de apoyo para realizar la transferencia.

Conclusiones: El 40% de los usuarios con lesión medular son dependientes en la realización de la transferencia. Además la mayoría de ellos necesitan del producto de apoyo para la realización de la misma.

El número de usuarios dependientes para la realización de esas transferencias se incrementa a medida que asciende el nivel de la lesión medular.

ABSTRACT

Objective: The main objective of the study is to determine the prevalence of transfers achieved following a training program with users with spinal cord injury during the acute phase of the disease.

Methodology: This was a descriptive study using a quantitative research. The study sample consists of all users who come to treatment at the Occupational Therapy Spinal Injuries Unit at the Hospital Universitario de A Coruña.

Results: Most of the users who suffer a spinal cord injury are men. The average age of the study population is 46.9 years. As for the origin, the majority of users residing in the province of A Coruña.

Regarding the etiology of spinal cord injury, traffic accidents and falls remain the most common causes. There is a relationship between age and etiology, the older the number of injuries from falls, the younger the leading cause of injury are accidents.

As for the type and level of injury are principally incomplete injuries and whiplash injuries.

The 40% of users surveyed are dependent on the completion of the transfer, of which 70% need help.

Of the total sample, 20% are overweight and 16% cognitive impairment. In addition, 28% product use need support to make the transfer.

Conclusions: 40% of users with spinal cord injury are dependent on the completion of the transfer. In addition most of them need support product for performing the same.

The number of dependent users to perform such transfers increases as you move up the level of spinal cord injury.

INTRODUCCIÓN

La lesión medular (LM) es una patología estudiada desde la antigüedad. La primera documentación disponible sobre la LM se halla en el papiro quirúrgico de Edwin Smith, que se calcula fue escrito entre los años 3000 y 2500 a.C, donde se describe a un hombre con el cuello roto que presentaba parálisis en las cuatro extremidades con musculatura atrófica, abolición de la sensibilidad, priapismo y vejiga retencionista con goteo continuo.

En ese momento no existía ningún tratamiento médico para la lesión medular por lo que era considerada como una “dolencia para no tratar”. Este criterio se aplicó durante años.

Al comienzo de la Primera Guerra Mundial, la falta de prevención y control de las complicaciones de la lesión medular (infecciones urinarias y úlceras por presión) eran las principales causas de muerte.

Los mayores avances en la atención a la LM no llegaron hasta la Segunda Guerra Mundial; de la mano de Guttman, considerado el padre de la “paraplegiología moderna”. Pionero, en Europa, en el manejo científico de la LM y en la disminución de sus complicaciones; establece las bases para la concepción de la *rehabilitación integral* de los lesionados medulares, reconociendo la importancia de los factores psicológicos.

La LM es considerada como un trauma que irrumpe en todos los aspectos de la vida, disminuyendo las capacidades físicas y limitando a la persona a la hora de llevar a cabo sus ocupaciones. “Una lesión medular no es traumática sólo en el sentido médico, destruye toda una forma de vida, divide la historia de una persona en dos partes: antes y después del proceso” Morris (1992)¹.

Las consecuencias derivadas de la lesión medular no afectan exclusivamente a las personas que se ven involucradas de forma directa, sino que su alcance se extiende sobre sus familiares, siendo el cónyuge el más afectado por la situación⁸.

En este caso la familia es entendida como una interrelación entre miembros. El cambio que se produce en un miembro, directamente genera cambios en los demás miembros, un claro ejemplo de ello, es la modificación de los roles de los familiares cuando se produce una situación de estas características.

Desde el punto de vista psicológico, existen mecanismos que se accionan tras hechos traumáticos en la vida de las personas, que les permiten adaptarse a la nueva situación. En el caso de la lesión medular, iniciar una nueva vida con restricciones importantes en la esfera del movimiento; así como en las demás esferas vitales.

En lo referente a la etiología de las lesiones medulares, estas pueden ser de origen congénito (espina bífida), traumático o causas médicas (tumores, enfermedades vasculares, etc.). Aproximadamente entre el 70-80 % de los casos son de origen traumático.

Las principales causas que originan lesiones traumáticas son: los accidentes de tráfico (incluye también los atropellos), las caídas casuales y los accidentes laborales y deportivos. En menor medida se encuentran las zambullidas e intentos de autolisis².

En Galicia, el 80 % de los ingresos que se realizan en la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) son de origen traumático. Los accidentes de tráfico siguen siendo la causa más frecuente (42,6%) seguidos de cerca por las caídas casuales en el hogar o en la calle (34,1%)³.

Las lesiones por causas médicas forman el 20 %. La etiología más frecuente es la tumoral (26,3%) y la isquémica (19,2%), seguida de la

patología degenerativa (14,1%), inflamatoria (9,4%), malformaciones vasculares (8%) e infecciones (7,5%)³, datos del año 2006.

La lesión medular se puede producir a cualquier edad, raramente en niños. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres 4/1.

En cuanto al género la causa más frecuente de lesión medular en los hombres son los accidentes de tráfico mientras que en las mujeres son las caídas. Si se tiene en cuenta la edad, las personas menores de 60 años sufren más accidentes de tráfico, mientras que los mayores de 60 años son más propensos a sufrir caídas³.

En relación al tipo y nivel de la lesión, en la actualidad, son más frecuentes las lesiones incompletas, que tienen mejor pronóstico y las tetraplejías que dependiendo del nivel al que se produzcan tendrán mayores limitaciones en cuanto a la funcionalidad.

La incidencia se considera como el número de casos nuevos de una enfermedad por habitantes en un período de tiempo. La incidencia global en España se estima entre 12 y 20 casos/millón de habitantes, siendo el 80% de etiología traumática³. En Galicia la incidencia de la lesión medular traumática es mayor 22 casos/millón de habitantes, lo que la sitúa en cifras similares a las de otros países europeos.

La práctica clínica diaria acerca al terapeuta ocupacional al lesionado medular, de forma directa durante la fase aguda. Dentro del proceso de rehabilitación de las personas con LM, el quehacer profesional del terapeuta ocupacional se basa en el aporte de conocimientos para el desarrollo de habilidades y técnicas compensatorias, y en la implementación, en caso necesario, de productos de apoyo con el fin de favorecer la independencia y la funcionalidad. Por lo tanto, desde Terapia Ocupacional se busca conseguir la máxima autonomía, facilitando la reincorporación de la persona con lesión medular a su vida diaria.

Una de las principales consecuencias derivadas de la lesión medular, es la limitación a nivel de movilidad. Esto hace necesario que estas personas dependan, en mayor o menor medida, de una tercera persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Dentro de estas actividades se incluyen también las transferencias, denominadas por la CIF¹ como “transferir el cuerpo” que significa moverse estando sentado o tumbado en la cama, de un asiento a otro, en el mismo o diferente nivel, así como moverse desde la silla de ruedas a la cama. También se denomina transferencia: moverse de la silla de ruedas a otro asiento, como el asiento del inodoro o incluso moverse al asiento de un vehículo¹⁵. Por tanto, su aprendizaje y posterior entrenamiento es un punto clave dentro del proceso rehabilitador durante la fase aguda.

A la hora de iniciar la intervención desde terapia ocupacional, el terapeuta establece objetivos a corto plazo, según las características de la lesión (tipo y nivel), los cuales varían a lo largo de todo el proceso.

Para el entrenamiento en las transferencias, es necesario tener en cuenta las capacidades físicas de la persona (resistencia, fuerza, tolerancia al esfuerzo), aspectos que han de ser trabajados antes del inicio de las transferencias.

Dicho entrenamiento no comienza hasta que el usuario tenga las capacidades requeridas para el mismo, es decir, un buen equilibrio de tronco, la fuerza suficiente en los brazos para pulsarse y la resistencia para mantener el cuerpo elevado mientras realiza el desplazamiento lateral.

En relación con el nivel funcional, la mayoría de las personas con una lesión dorsal y lumbar son independientes en las transferencias^{10,13}. En cambio si el nivel de lesión es cervical, la cosa varía. Cuando las lesiones son altas (C1 – C5) las personas son dependientes, las personas

¹ C.I.F. : Clasificación Internacional del Funcionamiento

con un nivel C6 pueden realizar la transferencia pero requieren mucha ayuda física y producto de apoyo (tabla) y si las lesiones cervicales son bajas (C7-C8) los usuarios pueden llegar a ser independientes en la realización de transferencias.

El lograr realizar la transferencia de forma independiente, confiere un mayor grado de autonomía para la persona con LM; al mismo tiempo que le aporta libertad e independencia a la hora de tomar sus propias decisiones. Un ejemplo de ello, cuando la persona es autónoma en la realización de la transferencia, puede decidir cuando quiere levantarse y acostarse, ir al servicio ya que no depende ni necesita la ayuda de una tercera persona.

Por todo lo comentado con anterioridad, las transferencias son un aspecto importante dentro de la recuperación de una persona con LM, y del que apenas existe investigación, por lo que se considera de especial relevancia profundizar sobre este tema con el fin de generar conocimiento científico acerca de la prevalencia de las transferencias efectivas tras su aprendizaje y posterior entrenamiento, así como conocer aquellos factores que influyen en la no realización de las transferencias en pacientes con lesión medular durante la fase aguda.

El objetivo principal del estudio es determinar la prevalencia de las transferencias logradas tras un programa de entrenamiento con usuarios con lesión medular durante la fase aguda de la enfermedad. Como objetivos secundarios: conocer los factores que influyen en la consecución de no realizar las transferencias, describir las causas de las lesiones medulares, identificar la provincia de procedencia de los pacientes con lesión medular y por último conocer si existe implicación por parte de la familia en el tratamiento del lesionado medular.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de prevalencia. La población de estudio está constituida por pacientes con lesión medular que requieren ingreso hospitalario.

El estudio ha sido realizado en la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), y ha tenido una duración de tres meses, comenzando en el mes de enero del 2013 y finalizando en el mes de marzo del mismo año. Se estudiaron todos los pacientes que estaban ingresados en la unidad durante el periodo de estudio.

En la tabla 1 se muestran los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la selección de la muestra.

Tabla 1. Criterios de selección de la muestra.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	▪ Estar ingresado en la ULM del CHUAC
	▪ Que la LM sea el motivo de ingreso
	▪ Encontrarse en la fase aguda de la enfermedad (menos de 18 meses de evolución)
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	▪ Estar en situación de aislamiento
	▪ Sufrir fractura en alguna de las cuatro extremidades
	▪ Estar conectado a un respirador
	▪ Presentar discapacidad visual

Las variables que fueron estudiadas son: independencia en la realización de la transferencia (independiente, dependiente), tipos de transferencia dependiente (con ayuda, con supervisión, no la hace) edad, sexo (hombre, mujer), tipo de lesión (completa, incompleta) nivel de la lesión (cervical, dorsal, lumbar), etiología (accidente de tráfico que incluye cualquier accidente en la vía pública como atropellos o accidentes en bicicleta, caída casual, hematoma intramedular, traumatismo, isquémica, autólisis, infarto medular), procedencia del usuario (A Coruña, Lugo, Ourense, Pontevedra, otros), tiempo de evolución desde el momento en el que se produce la lesión, tiempo de estancia hospitalaria desde el ingreso en la ULM, uso de productos de apoyo-tabla (sí, no) sobrepeso obtenido del historial clínico (sí, no), deterioro cognitivo sacado de la historia clínica (sí, no) y apoyo familiar (sí, no, lo tiene pero no lo quiere) datos recogidos a través de la observación directa y de la participación y colaboración por parte de la familia en el tratamiento.

3.1. JUSTIFICACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Se han estudiado un total de 25 pacientes, tamaño muestral suficiente para estimar la prevalencia de transferencias con una precisión del 20% y una confianza del 95%.

3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Inicialmente se realiza un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se presentan como valores absolutos y porcentajes con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Las variables cuantitativas se presentan como media, desviación estándar (\pm DE) y valores máximos y mínimos.

Para la comparación de variables cualitativas se ha hecho un test del chi – cuadrado, test exacto de Fisher o análisis de tendencia lineal, según procediese. Para la comparación de dos medias se ha realizado un t- test o test de Mann_Whitney, según procediese, previa comprobación de la normalidad con la prueba de Kolmogoron Smirnov. Por último, para la comparación de más de 2 medias se ha llevado a cabo un test de Kruskal-Wallis.

Los datos fueron analizados con los paquetes estadísticos SPSS 19.0 y Epi Info 6.0.

4. RESULTADOS

Se han estudiado un total de 25 usuarios con lesión medular cuya media de edad fue de 46,9 (DE±19,4) años. El usuario de menor edad tenía 16 años y el de mayor edad 81 años. El 50% de los usuarios tenía menos de 49 años. La mayoría de los usuarios eran hombres como se observa en el Gráfico 1.

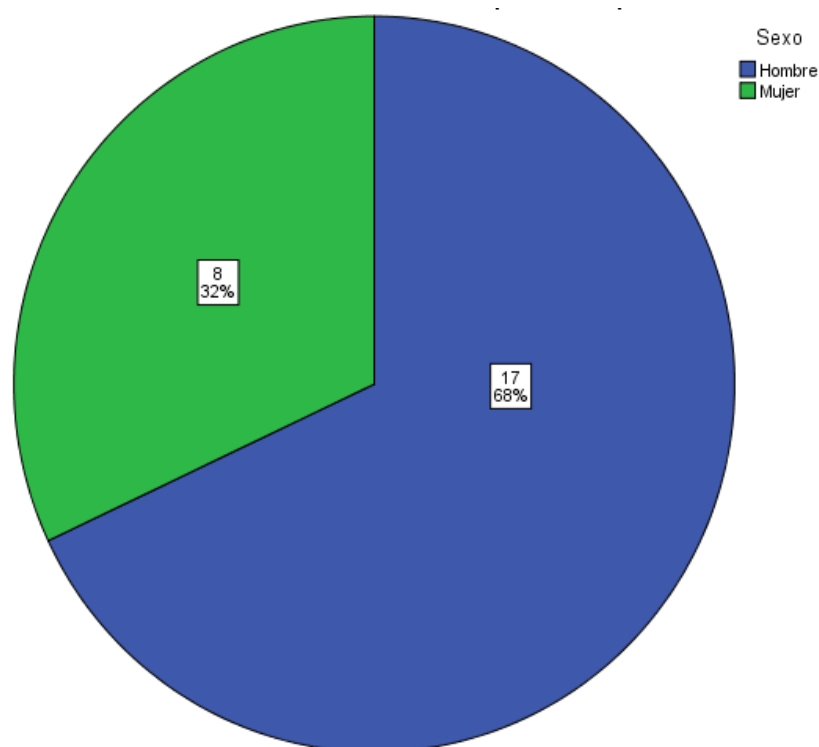


Gráfico 1. Distribución de los usuarios por sexo

El tipo, el nivel de lesión medular y su etiología se muestran en la tabla 2, en la que se puede observar que el tipo de lesión más frecuente es la incompleta y el nivel de la lesión más habitual es el cervical. Los accidentes y las caídas son la causa más frecuente.

Tabla 2. Tipo, nivel y etiología de la lesión.

	N	%	IC 95%	
			INF	SUP
Tipo de lesión				
Completa	6	24	9.4	45.1
Incompleta	19	76	54.9	90.6
Nivel de la lesión				
Cervical	13	52	31.3	72.2
Dorsal	7	28	12.1	49.4
Lumbar	5	20	6.8	40.7
Etiología				
Accidente	10	40	21.1	61.3
Caída	10	40	21.1	61.3
Hematoma intramedular	1	4	0.1	20.4
Autolisis	1	4	0.1	20.4
Isquémica	1	4	0.1	20.4
Espondilitis	1	4	0.1	20.4
Infarto medular	1	4	0.1	20.4

En el gráfico 2 se presenta la procedencia de los usuarios según la provincia de residencia. Como era de esperar, la mayoría proceden de la provincia de A Coruña.

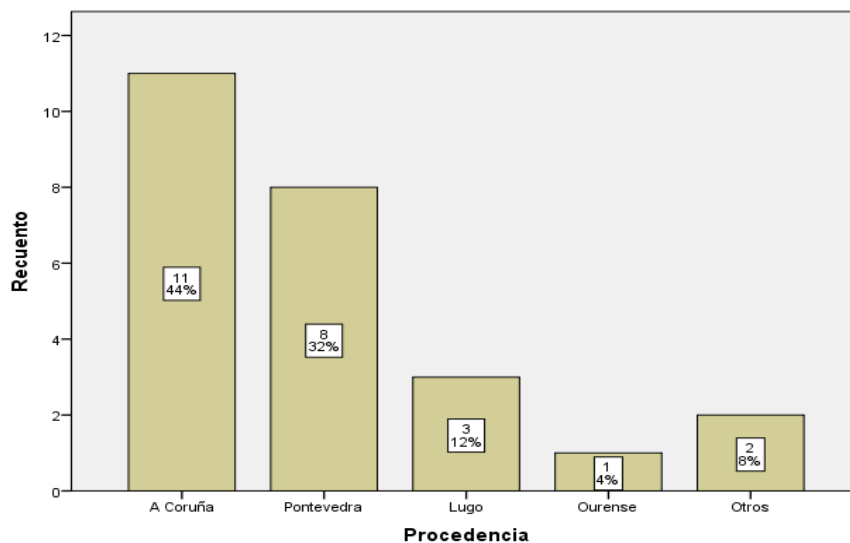


Gráfico 2. Procedencia de los usuarios según provincia de residencia.

Diez usuarios (40%) son dependientes para la realización de la transferencia. El tipo de transferencia se muestra en el Gráfico 3. La mayoría de los usuarios dependientes (70%) necesitan la ayuda de otra persona para la realización de la transferencia.

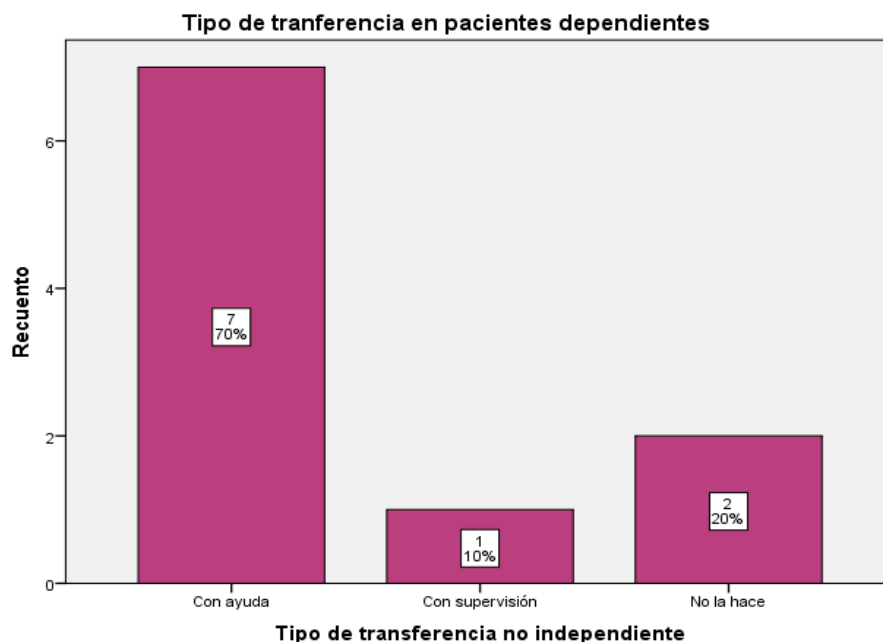


Gráfico 3. Tipo de transferencia no independiente.

En la tabla 3, se observa la relación del tipo de transferencia con distintas variables: tipo y nivel de lesión, sobrepeso y deterioro cognitivo. Es importante destacar que a medida que asciende el nivel de la lesión aumenta el porcentaje de los usuarios dependientes en la realización de la transferencia.

Tabla 3. Relación del tipo de transferencias con distintas variables.

	TRANSFERENCIA				IC 95%			
	<u>Dependiente</u>		<u>Independiente</u>		OR	INF	SUP	p
	N	%	N	%				
Tipo de lesión								
Completa	5	83.3	1	16.7	24	1.04	411.4	0.023
Incompleta	5	26.3	14	73.7				
Nivel de la lesión								
Cervical	8	61.5	5	38.5				0.015
Dorsal	2	28.6	5	71.4				
Lumbar	0	0	5	100				
Sobrepeso								
Sí	2	40	3	60	1	0.1	10.4	1
No	8	40	12	60				
Deterioro cognitivo								
Sí	3	75	1	25	6	0.4	182.8	0.267
No	7	33.3	14	66.7				

En los gráficos 4 y 5 se presentan los tiempos de estancia hospitalaria y de evolución de la lesión, respectivamente. Ambos tiempos son muy similares. No se objetivó una relación del tiempo de estancia hospitalaria con el nivel de lesión medular ($p= 0,071$) ni con el tipo de lesión ($p= 0,069$).

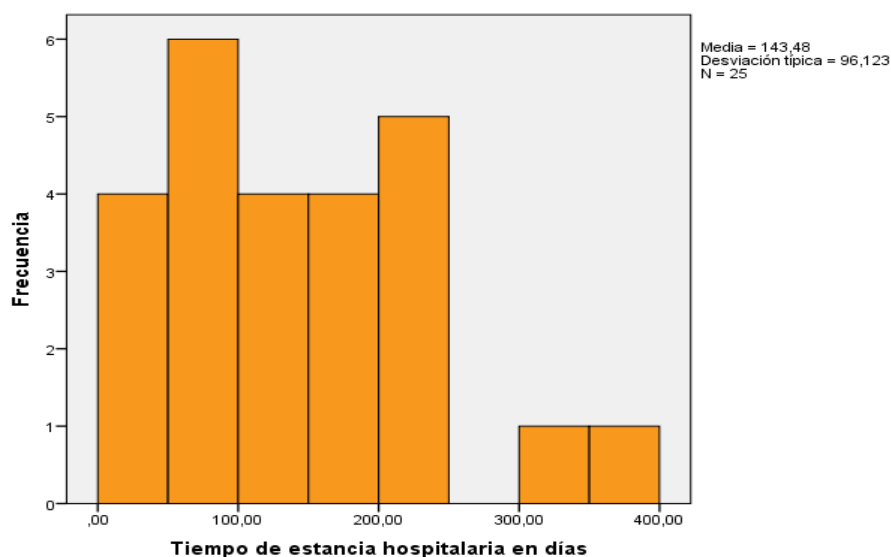


Gráfico 4. Tiempo de estancia hospitalaria en días

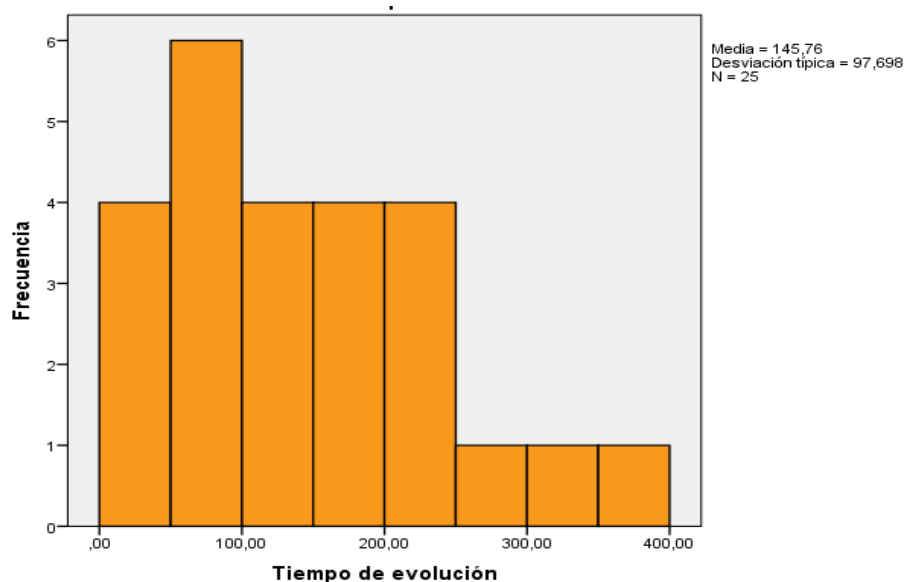


Gráfico 5. Tiempo de evolución en días

Siete (28%) de los usuarios precisan del producto de apoyo para la realización de la transferencia, siendo todos ellos dependientes. El sobrepeso estaba presente en 5 (20%) de los casos y el deterioro cognitivo en 4 (16%).

En cuanto al apoyo que los usuarios recibían por parte de la familia mientras permanecían ingresados en el hospital, 21 (84%) lo tenían y 2 (8%) lo tenían pero no lo querían.

Existe una relación entre la edad de los usuarios y la etiología de la lesión medular (accidente/caída). Los usuarios cuya causa de la lesión fue una caída tienen, por término medio, 23 años más que los pacientes que sufrieron un accidente, tabla 4, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,004$). No se encontró relación ($p=1$) entre sexo y etiología (accidente/caída).

Tabla 4. Relación entre edad y etiología (Accidente/Caída)

	EDAD			IC 95%		P
	\bar{X}	DE	DIF	INF	SUP	
Accidente	35.2	19.9	23	8.3	37	0.004
Caída	58.1	18				

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación ha permitido conocer los perfiles de los usuarios estudiados, que acuden al departamento de terapia ocupacional de la Unidad de Lesionados Medulares del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña; así como determinar la prevalencia de las transferencias logradas, tras un programa de entrenamiento con estos usuarios durante la fase aguda de la enfermedad.

En relación con el objetivo principal del estudio, los hallazgos muestran que el 40% de los usuarios estudiados son dependientes en la realización de las transferencias, de los cuales el 70% requieren de la ayuda de otra persona para la realización de la misma.

El estudio constata que, el sobrepeso y el deterioro cognitivo no se pueden considerar como factores de riesgo para la no consecución de las transferencias.

Entre las características demográficas de los usuarios estudiados, se observa que el 68% de los participantes pertenecen al género masculino frente al 32% que corresponde a mujeres. Diferentes estudios afirman que existe una mayor incidencia de la lesión medular en hombres^{2,4,8,10} con una razón 4:1 respecto a las mujeres, lo que concuerda con los resultados obtenidos en este estudio; aunque en este caso el número de hombres que sufre una lesión medular es el doble que el número de mujeres.

La edad media de los usuarios participantes en este estudio es de 46.9 años. Según los resultados de otros estudios donde la media de edad se establece aproximadamente en 35 años, se puede afirmar que

actualmente las personas que sufren una lesión medular tienen más años, lo que puede ser consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Acercas de la procedencia de los usuarios, destacar que la mayoría pertenecen a la Comunidad Autónoma de Galicia, excepto dos personas (8%). En cuanto al análisis por provincias decir que tres cuartas partes de la población estudiada residen en las provincias de A Coruña y Pontevedra con 44% y 32% respectivamente.

Cabe mencionar que la etiología predominante de la lesión medular, es la de origen traumático². Son numerosos los estudios que muestran que las causas más frecuentes de lesión medular continúan siendo los accidentes de tráfico y las caídas^{2-7,10}. Como se observa en el presente estudio ambas causas presentan mayor incidencia.

Aunque existe una relación entre la etiología de la lesión medular y el sexo en la bibliografía³, en este estudio no se ha podido analizar si esta relación es estadísticamente significativa debido al bajo tamaño muestral, principal limitación de este estudio.

Por otro lado, sí se ha podido demostrar que existe una relación entre la etiología de la lesión medular y la edad. Los usuarios cuya causa de la lesión fue una caída tienen, por término medio, 23 años más que los usuarios que sufrieron un accidente; siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En relación con el tipo y nivel de la lesión, en este estudio se muestra que la mayoría de los usuarios presentan una lesión incompleta, es decir que existe preservación de la función motora y/o sensitiva por debajo del nivel de la lesión. El nivel más frecuente de lesión en la población estudiada es el cervical.

Según los datos obtenidos en este estudio, se puede afirmar que tanto el tipo como el nivel de la lesión son factores que influyen en el tipo de transferencia. El 83% de los usuarios dependientes en la realización

de las transferencias presentan una lesión completa, en comparación con el 73% de los usuarios independientes que tienen una lesión incompleta. En este sentido, los pacientes con lesión medular completa tiene hasta 24 veces más riesgo de ser dependientes en la realización de transferencias que aquellos que tienen una lesión medular incompleta (OR=24).

En cuanto al nivel cabe destacar que a medida que asciende el nivel de la lesión aumenta el porcentaje de los usuarios dependientes en la realización de las transferencias.

Otro resultado de gran interés que se muestra en el estudio es que todos los usuarios que necesitan del uso de producto son dependientes en la realización de la transferencia.

El estudio muestra que los tiempos de evolución y de estancia hospitalaria son similares. En el caso de los usuarios de la provincia de A Coruña los tiempos son iguales, en los demás casos varían en un par de días, que es el tiempo que se tarda en realizar el traslado desde los hospitales a la Unidad de Lesionados Medulares de A Coruña. No se puede demostrar una relación del tiempo de estancia hospitalaria con el tipo de lesión medular ni con el nivel de lesión.

El 84% de los usuarios estudiados en el presente estudio tienen apoyo por parte de la familia que colabora, en la medida de lo que puede, en el tratamiento recibido durante la estancia hospitalaria. Este es un aspecto muy importante a tener en cuenta a la hora del alta hospitalaria.

En la comunidad los problemas y necesidades de las personas con lesión medular van a ser diferentes con el paso del tiempo, por lo que es clave el papel de la familia en esta fase, para facilitar la aceptación y afrontar las consecuencias derivadas de la lesión, generando la máxima calidad de vida posible.

La bibliografía revisada acerca de las transferencias en personas con lesión medular es escasa, lo que limita la comparabilidad de los resultados de nuestro estudio.

6. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados de este estudio se puede afirmar que la población más afectada por la lesión medular es principalmente del sexo masculino. En cuanto a la edad, en este estudio se observa que la lesión medular se produce en personas menores de 50 años.

En relación a la etiología se constata que el porcentaje de las lesiones medulares causadas por un accidente como por caída es el mismo. Cabe destacar que las personas que tienen lesiones medulares como consecuencia de caídas tienen, por término medio, 23 años más que los usuarios que sufren lesiones derivadas de accidentes.

En cuanto al tipo y nivel de la lesión, según los resultados obtenidos en este estudio, son más frecuentes las lesiones incompletas, y el nivel el cervical.

Los factores como el sobrepeso y el deterioro cognitivo no son predominantes en la población estudiada, ya que están presentes en pocos usuarios.

En cuanto al tiempo de evolución y de estancia hospitalaria no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

La mayoría de los usuarios estudiados son independientes en la realización de las transferencias (60%). Se puede afirmar que los usuarios que necesitan del uso del producto de apoyo son todos dependientes en la realización de las transferencias.

Finalmente, se concluye que cuanto más alto sea el nivel de la lesión mayor será la dependencia y la necesidad de otra persona para realizar las transferencias así como para llevar a cabo las actividades cotidianas.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis tutores del trabajo Carmen Hervás del Valle y Jesús Luis Saleta Canosa por hacer posible la realización de este estudio. Gracias por su dedicación, tiempo y paciencia que han tenido conmigo.

Agradecer también a mis compañeros y demás profesores por resolver todas las dudas que me han surgido durante la elaboración de este estudio.

Y por último, agradecer profundamente a mi familia, mis amigos y todas las personas que me han demostrado su apoyo incondicional durante todo el proceso, animándome y motivándome en los momentos de flaqueza.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Polonio López, B. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2003.
2. Barnés Domínguez J.A., Bender del Busto J.E., Araujo Suárez F, Zamora Pérez F, Hernández González E, Rodríguez M.L. La lesión medular traumática. Rev Mex Neuroci 2003; 4(1):21-25
3. Planificación sanitaria de la atención al lesionado medular: modelos organizativos. Santiago de Compostela: Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS; 2008.
4. Bender del Busto J.E, Hernández González E, Prida Reinaldo M, Araujo Suárez F, Zamora Pérez F. Caracterización clínica de pacientes con lesión medular traumática. Rev Mex Neuroci. 2002; 3 (3):135-142.
5. Mazaira J, Labanda F, Romero J, García M.E., Gambarruta C, Sánchez A, Alcaraz M.A., Arroyo O, Esclarín A, Arzoz T, Artime C, Labarta C. Epidemiología de la lesión medular y otros aspectos. Rehabilitación (Madrid) 1998, 32(6):365-372.
6. Pérez R, Martín del Campo S, Renán S, Durán Ortiz S. Aspectos epidemiológicos de la lesión medular de la población del Centro Nacional de Rehabilitación. Rev Mex de Medicina Física y Rehabilitación 2008; 20:74-82.
7. López B, Anaya Vallejo S, Rodríguez Cabrera R, Palapa García Leobardo R. Estudio clínico-epidemiológico de pacientes con lesiones de la columna vertebral por heridas de bala atendidos en un hospital de referencia de seguridad social. Rev Mex Ortop Traum 2000; 14(1): Ene-Feb: 44-47.

8. Rincón Díaz M.A, Restrepo de Giraldo L. Rol de la pareja en el proceso de rehabilitación de personas con discapacidad física por situaciones de guerra. *Pensamiento Psicológico* 2010; 7(14):19-40.
9. Mira Melgarejo, R... [et al.]. Intervención desde Terapia Ocupacional en el paciente con lesión medular. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2008 [fecha de consulta 21-12-2012]; 461-464. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num1/suple1.htm>
10. Romero Ganuza F.J., Mazaira Álvarez J. El paciente con lesión medular en el medio extrahospitalario. *Atenc. Primaria* 2001;27:127-136.
11. Bahena - Salgado Y, Bernal – Márquez J.N., Calidad de vida de los pacientes con paraplejía secundaria a lesión vertebral traumática. *Acta Ortopédica Mexicana* 2007; 21(1):3-7.
12. Jiménez Herrera B.L., Serrano Miranda A.T., Enríquez Sandoval M. Evaluación de la calidad de vida en lesionados medulares. *Acta Ortopédica Mexicana* 2004; 18(2):Mar-Abr 54-60
13. 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. *Athenea Digital* 2010; núm.18:3-15.
14. Henao – Lema C.P., Pérez - Parra J.E. Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquíchan. Colombia*. 2010.

- 15.Silva C.A., Sátiro XdF I., Cruz E.B., Lima B.M., Silva S.J.R..Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos socio-demográficos en adultos con lesión medular. Rev Latino- Am Enfermagen 2012 [fecha de consulta 30 de abril del 2013];20(1).

- 16.Varios autores. Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

- 17.Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. BOE núm.298.

- 18.Ley 14/1986, General de Sanidad. Art.10. BOE núm.102.

9. APÉNDICES

Apéndices 1. Aspectos éticos

Todas las investigaciones, principalmente en las que participan seres humanos, deben abordar las consideraciones éticas. La ética es el conjunto de los principios de la conducta correcta.

Para la práctica de la Terapia Ocupacional existen tres documentos, de especial relevancia en el ámbito ético, que son los siguientes:

1. El Código de Ética de Terapia Ocupacional aprobado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en el año 2000.
2. El Código de Ética de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) del año 1992, revisado en el 2004.
3. Las Normas de práctica para el ejercicio profesional del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) en el año 1991.

El objetivo de estos códigos es asegurar a la población que los miembros de nuestra profesión mantienen normas de conductas adecuadas, porque como terapeutas ocupacionales, al igual que otros profesionales de la salud, tenemos privilegios que no están permitidos a personas no profesionales como puede ser el acceso a determinadas informaciones (historial clínico, informes...).

Entre los principios básicos se encuentran:

- **Principio de No maleficencia:** “no hacer daño”. Los terapeutas ocupacionales tomarán las precauciones necesarias para evitar infligir o producir daño a los receptores de los servicios.

- **Principio de Beneficencia:** “hacer el bien”. Los terapeutas ocupacionales deben mostrar interés por el bienestar de los receptores, con el fin último de hacerles el bien.

- **Principio de Justicia:** “casos iguales requieren tratamientos iguales”. En el ámbito de la asistencia sanitaria no debe existir discriminación por criterios económicos, sociales, religiosos, etc.

Otras normas de acción derivadas de este principio son:

- **Confidencialidad:** La identidad e intimidad del receptor de los servicios deben ser protegida en todo momento.

 - **Veracidad:** Decir siempre la verdad.
- El terapeuta ocupacional tiene una responsabilidad ética, no sólo con el usuario receptor de los servicios, sino también con la sociedad, con la institución para que la trabaja y con los demás profesionales, respondiendo correctamente como se espera de él.

Apéndices 2. Petición de consentimiento al responsable de la unidad

**ANÁLISIS DE LAS TRANSFERENCIAS EN USUARIOS CON LESIÓN
MEDULAR QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN
LA UNIDAD DE LESIONADOS MEDULARES DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA**

Dña. María García Vilariño con DNI: 47404179Y alumna de 4º de grado en Terapia Ocupacional de la Universidad de A Coruña.

Solicito:

El consentimiento para realizar una investigación para el Trabajo de Fin de Grado cuya finalidad es conocer la prevalencia de las transferencias logradas en los pacientes con lesión medular que acuden al servicio de terapia ocupacional en la Unidad de Lesionados Medulares del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

El consentimiento del responsable de la unidad Dr. Antonio Rodríguez Sotillo y utilizar los datos requeridos para poder llevarlo a cabo.

Se trata de un estudio descriptivo para determinar la prevalencia de las transferencias logradas en usuarios con lesión medular de la Unidad de Lesionados Medulares del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Dicho estudio se llevará a cabo durante los meses de enero, febrero y marzo.

La recogida de datos se realizará manteniendo el anonimato de lo/las usuarios/as utilizados según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal. Los datos que se van a utilizar son la edad, fecha de nacimiento, diagnóstico, etiología, fecha de la lesión, fecha del ingreso en la unidad, procedencia (provincia) y utilización de producto de apoyo.

Firma del investigador

Firma del responsable de la unidad