

 <p>HOSPITAL NACIONAL DE PARAPLÉJICOS Toledo</p> <p>Finca La Peraleda s/n 45071 Toledo Tel. 926 24 77 00 Fax. 926 24 77 45 www.infomedula.org</p>		<b>NOMBRE:</b> [REDACTED] <b>APELLIDOS:</b> [REDACTED] <b>DOMICILIO:</b> [REDACTED] <b>LOCALIDAD:</b> [REDACTED] <b>PROVINCIA:</b> [REDACTED] <b>C.P.:</b> [REDACTED]
	<b>INFORME</b>	
<b>Informe de Consulta Externa.</b>		

N.º H.ª CLINICA: [REDACTED] CIP: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] Años

Fecha Cita: 28/12/2012

Fecha Creación de informe: 28/01/2013

#### MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que acude desde su domicilio para revisión programada a los 2 años de su última consulta.

#### ANTECEDENTES PERSONALES

Hernia inguinal en infancia.

Accidente laboral [REDACTED] 2007 [REDACTED] con hemotórax, tetraparesia, fractura de C6- C7 con mielopatía contusiva C6- C7, TCE con pequeño hematoma subdural en hoz y tentorio y región frontotemporal izda, gran hematoma retroperitoneal, fractura de apófisis transversas L4 y L5, fractura del iliaco derecho, de ambos lados del sacro y rama isquiopubiana derecha mas diástasis de pubis en TAC pélvico, y fractura supracondílea de húmero derecho. Tratado con fijación cervical C6- C7 y estabilizador externo de pelvis tipo Hoffmann. En HNP se retiran ambas fijaciones en agosto 07 (la cervical es sustituida por movilización de la previa) y se realiza osteosíntesis del codo el 25/7/07 que se retira el 6/2/08. Tras la IQ del codo se objetiva lesión axonal de los principales troncos nerviosos de MSD.

No alergias medicamentosas conocidas.

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Desde su última revisión refiere la siguiente situación funcional:

Cardiorrespiratorio.- No refiere incidencias. Fumador.

Digestivo.- Refiere hábito intestinal 1- 2 veces en semana, con ayuda de supositorio ocasional. Rectorragia ocasional.

Urológico.- Realiza 2- 3 autocateterismos diarios (residuales de 250- 300 cc, máximo 600 cc), micción entre sondajes. No ITU clínicas. No tratamiento urológico.

Piel.- No alteraciones.

Dolor.- Refiere dolor mecánico en la espalda en forma de calambres.

Espasticidad.- Refiere espasmos muy frecuentes mayores en MII, sobre todo con las transferencias por la mañana, y en terreno irregular, no tratamiento. Interfiere sobre todo con transferencias. También refiere que en la cama se queda encogido. Había sido tratado durante la fase aguda con Lioresal y toxina botulínica ambos a dosis bajas.

Funcional.- Independiente para AVD y transferencias en medio adaptado. Desplazamiento en silla de ruedas manual autopropulsada. Bipedestación en silla bipedestadora, realiza ocasionalmente automovilizaciones de MMII, ha dejado de hacer fisioterapia en FLM. No trabajo.

### EXPLORACION FÍSICA

AC rítmica. AP: MVC, no alteraciones sobreañadidas.

Abdomen ocupado, no dolor, RHA disminuidos.

No signos de TVP. No edemas. Atrofia de musculatura intrínseca de MSD.

Balances articulares conservados excepto flexo de codo derecho 30°.

Tono normal aunque la espasticidad dinámica es tan constante que simula un tono de 3/4 en los antigravitatorios. ROT conservados. Clonus aquileos y espasmos en MMII de predominio extensor incluso espontáneos, reducibles sólo con maniobras. RCP extensores con signo de Babinski.

Sensibilidad táctil conservada hasta D4 con hipoestesia dudosa C5- D1 derecho.

Balances musculares.- MSD: normales excepto interóseos, lumbricales y ADM 3+/5. MSI: normales.

MID muy artefactado por espasticidad: psoas 3/5, cuádriceps 2+/5, isquiotibiales 1/5, tibial anterior 2+/5, tríceps 3/5, ELDG 4/5, glúteo medio 1+/5. MII mucho más artefactado por espasticidad: psoas 1+/5, cuádriceps 2/5, isquiotibiales 1/5, glúteo medio 1/5, tibial anterior y peroneos 0/5, ELDG 3+/5, tríceps 1+/5.

Movilidad analítica en manos correcta excepto pinza con 5° dedo de mano derecha dificultosa.

### EXPLORACION COMPLEMENTARIA

Hemograma.- Normal.

Bioquímica.- Normal.

Orina.- 15- 20 leucocitos/ campo, 10- 15 hematíes/ campo, nitritos+.

Urocultivo negativo.

### INTERCONSULTAS

Estudio urológico (24/01/2013)

Cistografía: Vejiga de 380 cc, de capacidad, con varios divertículos, sin reflujo vesico-ureteral, con moderada apertura del cuello vesical y residuo postmiccional.

Ecografía renal: Riñones de tamaño, forma y ecogenicidad normales.

URODINAMIA

Presión-Flujo

Fase de llenado

Volumen a la primera sensación:

540 ml

Capacidad vesical: 540 ml  
Contracciones involuntarias: SI  
Capacidad de la contracción: 540 ml  
Presión de la contracción: 13 cm H<sub>2</sub>O  
Con urgencia: SI  
Con incontinencia: SI  
Incontinencia de esfuerzo: NO  
Presión final de llenado: 5 cmH<sub>2</sub>O  
Presión-Flujo  
Fase Miccional  
Tipo de micción: NO SE OBJETIVA CONTRACCIÓN DEL DETRUSOR  
Prensa abdominal: NO  
Electromiografía perineal.- Actividad EMG llenado: SI. Reflejo tos: normal. Reflejo Bulbocavernoso: normal. Control voluntario: abolido. Actividad EMG micción: incremento intermitente

### DIAGNOSTICO

Sd. lesión medular transverso D4 ASIA C. TCE. Plexopatía braquial derecha distal.  
Hiperreflexia vesical con disinergia tipo 2.  
Intestino neurógeno.

### TRATAMIENTO

Dulco-laxo 2 comprimidos cada 48 horas.  
Lioresal 10 mg: 1 comprimido cada 8 horas.  
Rivotril 0.5 mg: 1 comprimido cada 12 horas; puede seguir aumentando según el efecto.

### RECOMENDACIONES

- Tomará una Dieta Mediterránea rica en residuos y baja en grasas, con una ingesta de líquidos entre 2 y 3 litros cada 24 horas. Se pondrá el supositorio o se hará el tacto rectal siempre a la misma hora.
- Medidas higiénico posturales enseñadas en hospital para evitar lesiones en piel. Cambios posturales en cama, pulsiones frecuentes en silla. Vigilar zonas de apoyo óseo para evitar escaras.
- Movilizaciones articulares, bipedestación y marcha diarias.
- Es conveniente que se haga sistemático y cultivo de orina una vez al mes. Aunque en el urocultivo se detecte crecimiento de gérmenes, sólo se tratará si presenta síntomas clínicos de infección urológica, fiebre, mal estar general, mal olor de la orina... La presencia de gérmenes en el urocultivo es lo habitual en el contexto de lesión medular, por lo que no se debe tratar con antibiótico. Precisa material de incontinencia urológica.
- Ante la aparición de una crisis de disreflexia se debe incorporar en primer lugar y realizar un sondaje extra para descartar retención urinaria y un tacto rectal para comprobar que la ampolla esté vacía. Si fueran sintomáticas o no cedieran debe acudir a su Servicio de Urgencias más cercano.
- Entregará este informe a su médico de Atención Primaria.