

## GMT20250411-123016\_Recording\_1760x900.mp4

[00:00:02] ¿Es ahora? Sí. Sip. Muy bien, entonces no estoy silenciado. No, no, no estoy silenciado. No, no estoy silenciado. De acuerdo. Mingalaba. Y muy buenas noches a todos. Soy Julie Ankersen, especialista en medicina de rehabilitación de Malasia y represento a la red asiática de médula espinal o lo que también se conoce como Iscon. Es un verdadero honor darles la bienvenida a todos ustedes a este importante seminario web, y en primer lugar me gustaría expresar nuestros más sinceros pensamientos y solidaridad con todos ustedes en Myanmar, que recientemente han sufrido un terremoto muy devastador, y somos conscientes de ello. Lo siento mucho por mi reloj. Y ustedes están enfrentando, muchos desafíos allí. Y queremos que sepan que no están solos. ¿Verdad? Y el webinar de hoy es más que un evento educativo, ¿verdad? Es el gesto de nuestro apoyo, una reunión de compañeros de todo el mundo que están aquí para compartir conocimientos, aliento y compasión. Esperamos que esta sesión de hoy no sólo mejore o les proporcione consejos prácticos o conocimientos sobre qué hacer con las personas con lesión medular, sino que también les sirva para recordarles que, ya saben, nosotros, la comunidad médica de toda la región, estamos con ustedes. Gracias y bienvenidos de nuevo a este seminario web. Primero a ti, Colin.

[00:01:37] Muchas gracias, Julia. Y yo soy Colin O'Connell. Soy un médico de rehabilitación en Canadá, y he tenido el placer de trabajar con este equipo con Eric y Julia y Fiona, eh, como parte de nuestra, eh, la pertenencia a la Sociedad Internacional de la médula espinal. Así que vamos a repasar de una manera muy breve, los algunos de los principios y áreas clave de trabajo para los pacientes que han tenido una lesión de la médula espinal. Pero también te vamos a proporcionar una serie de enlaces y el acceso a otros recursos, eh, que esperamos que puedas encontrar útil a medida que avanzas en este viaje. Um, uh, en, uh, la prestación de su atención a los pacientes. Uh, veo que alguien ya ha levantado la mano, así que no estoy seguro de si, um, ¿alguien quiere hacer una pregunta ahora o. Bien, bueno, tal vez vamos a seguir adelante. Uh, y vamos a dejar que el mundo fisio tipo de manejar. Manejar las manos.

[00:02:45] Era un alto, creo. Okay.

[00:02:48] Choca esos cinco tal vez.

[00:02:49] Vale. Sí.

[00:02:51] Muy bien. Así que vamos a empezar con lo que es en realidad una lesión de la médula espinal. Se trata de una lesión que afecta a la médula espinal, que está protegida por las vértebras de toda la columna vertebral. Y el traumatismo o lesión de la médula resulta en un deterioro o pérdida de la función sensorial, de las funciones autónomas y de la movilidad, lo que lleva a la parálisis. Y en los terremotos, las lesiones de la médula espinal son extremadamente comunes, y hemos visto en una serie de eventos en los últimos 20 años, un alto número de personas que han sufrido lesiones de la médula espinal y han sobrevivido a la etapa de rehabilitación. Lo que les presentamos es la experiencia que hemos adquirido de lo ocurrido en terremotos anteriores y de cómo tratar a los pacientes con lesiones medulares. También es muy importante reconocer que un terremoto no sólo causa nuevas lesiones en la médula espinal, sino que también afecta significativamente a las personas que viven en las comunidades y que ya tienen una lesión medular, y ustedes, como equipo de rehabilitación, también serán importantes en su recuperación de este suceso. Y esos problemas incluyen cosas como que han perdido sus casas, han sufrido daños o pérdidas en sus equipos, como sillas de ruedas o ayudas de adaptación. Pueden sufrir pérdidas en cuanto a los apoyos para el cuidado que tienen, o el acceso a las formas en que solían tener un ingreso.

[00:04:39] Y también porque los servicios sanitarios están ahora interrumpidos. La rehabilitación en la que podrían haber estado confiando ahora se ve interferida. Así que es importante que en sus enfoques de rehabilitación tengan en cuenta las nuevas lesiones y a los lesionados medulares que ahora se ven afectados por esta catástrofe. En rehabilitación, nos gusta pensar que nuestra respuesta a una catástrofe es un proceso continuo, que habría empezado con actividades de prevención y preparación para estar listos ante un suceso como un terremoto, y que luego pasaría a la respuesta y la recuperación. Estos seminarios web, y ahora mismo vamos a centrarnos en ese suceso que ha ocurrido y en esta respuesta, pero también en la recuperación en general, en los principios de la atención a las lesiones medulares en un terremoto y en la fase en la que nos encontramos ahora mismo, es probable que ya hayamos superado la fase de extricación, en la que intentamos sacar de ese lado de la catástrofe a la persona con una presunta lesión medular. El desastre y proporcionar que el triaje

inicial que muy en primer lugar. evaluación médica y una atención de emergencia uh típicamente que. Se han hecho dentro de uh, recursos limitados y también estás ahora. En un lugar donde parte de esa atención médica o quirúrgica inicial ya puede haber sido proporcionada. Así que vamos a centrarnos en esta sesión realmente en la rehabilitación funcional temprana y la evaluación.

[00:06:21] Pero esto también empieza a dar paso a la capacidad de proporcionar apoyo emocional y social al paciente y a su familia. Y hay que empezar a pensar en las necesidades a largo plazo, porque una lesión medular es, para muchos, una lesión para toda la vida, y empezar a pensar y planificar cómo se va a integrar a esas personas de nuevo en la comunidad y también a buscar en los equipos. Uh, y quién puede convertirse en esos expertos en médula espinal para apoyar estas, uh, nuevas necesidades de los individuos, ya que usted está mirando, no sólo a los individuos que han tenido una lesión de médula espinal, también debe estar en esta etapa, tratando de obtener una evaluación de cuántas personas y qué gravedad de las lesiones y dónde están en su comunidad. Así que es de esperar que tenga o desarrolle una evaluación específica de la médula espinal muy fácil de usar o listas de comprobación e intente hacerse una idea y una evaluación, una estimación de cuántas personas está tratando con lesiones de la médula espinal y cuáles son sus características. ¿Cuántas personas con paraplejia? ¿Cuántas personas con tetraplejia? ¿Dónde están? Y eso te ayudará en tu planificación. Porque una de las cosas que es muy importante en la lesión de la médula espinal es porque es un tipo muy alto de habilidades, de enfoque para los pacientes. Quieres ser capaz de cohorte de los pacientes en los sitios, los sitios de rehabilitación que se van a designar como los centros de excelencia o los centros de especialización.

[00:08:11] Y eso te permitirá introducir la formación y la tutoría, incluso si tus recursos son algo limitados tanto a corto como a largo plazo, y te permitirá construir realmente esas redes y la coordinación de la atención para aquellos que van a tener una lesión medular. También permite que los pacientes y sus familias formen esa red tan importante. Es importante reconocer que con una lesión medular, su evaluación inicial probablemente incluirá tanto su examen físico como su examen radiológico. Es muy importante que el diagnóstico y la evaluación no se basen únicamente en las imágenes. La imagen que te estoy mostrando aquí muestra dos de los mismos grupos de huesos que están involucrados, el mismo compromiso. Usted puede ver de la columna

vertebral de la médula espinal en sí. Si ves aquí pero puede tener dos resultados muy diferentes. Algunas personas pueden tener lo que se llama una lesión completa, lo que significa que no hay función motora o sensorial por debajo del nivel de la lesión, en cuyo caso, con toda probabilidad, requerirán el uso de una silla de ruedas para la movilidad. Algunos individuos pueden tener una lesión incompleta con alguna función motora o sensorial por debajo del nivel, y pueden tener tipos variables de movilidad. Por lo tanto, parte de la evaluación consiste en realizar un examen neurológico completo para ayudar a determinar la gravedad de la lesión y el nivel.

[00:09:53] En general, las lesiones que se producen a nivel cervical, a nivel cervical alto, pueden provocar una afectación esencialmente del cuello hacia abajo. Pero las lesiones a nivel cervical inferior afectarán básicamente a los brazos y el tórax hacia abajo, variando en función del nivel real en el que se produzca la lesión. En una lesión torácica, nos encontramos más bien en un nivel de paraplejia. Y luego, en las lesiones lumbares bajas y sacras, puede haber debilidad variable y pérdidas sensoriales que afecten a partes de las extremidades inferiores. La exploración incluye una evaluación neurológica. Vas a observar su función motora, su potencia, su sensibilidad y sus reflejos. Ahora, en una situación de terremoto, indudablemente los individuos con lesiones medulares también habrán tenido otras lesiones que podrían incluir lesiones internas, traumatismos craneales o faciales, lesiones por aplastamiento y fracturas de huesos largos. Lo ideal sería tener acceso a imágenes, pero no siempre es así. Así que confíe en su examen físico y trátelo como si sospechara una lesión medular por la debilidad y los cambios sensoriales. Trátelo como tal incluso en ausencia de imágenes. Pero un TAC combinado con radiografías simples puede ayudarle a identificar esos niveles medulares. Pero lo ideal, si tienes acceso u oportunidad, es que una resonancia magnética te ayude a identificar dónde están los huesos que se han visto afectados, si hay traumatismo en los tejidos blandos, y luego guiarte en la estabilización de la columna.

[00:11:48] Existe una evaluación estándar para la lesión medular. Se llama Estándares Internacionales para la Clasificación Neurológica de la Lesión Medular. Y consiste en probar la fuerza en grupos musculares clave en los brazos y las piernas, y probar la sensibilidad con toques ligeros y pinchazos a través de áreas sensoriales clave. Los materiales que le vamos a proporcionar tienen enlaces donde puede obtener los detalles con guías paso a paso sobre cómo hacer esta evaluación, así como una

calculadora en línea donde puede poner sus valores y le dará el informe final. Este es el sistema de clasificación que se utiliza en todo el mundo para definir una lesión medular. Nos permite definir lo que se llama el nivel neurológico. Así que el nivel de la columna vertebral que se ve afectada, así como la gravedad de la lesión, lo completo que la lesión es, que le puede dar alguna información sobre el pronóstico acerca de qué tipo de movilidad que pueden esperar. Al final, se obtiene una puntuación que se define como el nivel de la lesión, el nivel neurológico, por ejemplo, el nivel cervical siete, definido por una escala de deterioro. Y llamamos a esto el Asia, la American Spinal Injury Association Impairment Scale. Y se clasifica entre A, B, C, D y E que nos dice nuestra gravedad de la lesión.

[00:13:29] Es importante que esta evaluación haya sido realizada por alguien que entienda de lesiones medulares, que sea capaz, tras la evaluación, de explicar al paciente y a su familia cuál es su diagnóstico. Esté preparado para responder a preguntas como ¿Volveré a caminar? ¿Podré volver a casa y ser capaz de temprar su respuesta y su educación, de forma comprensiva? Usted no quiere dar falsas esperanzas, pero tampoco quiere disminuir o extinguir toda esperanza. Así que puedes explicarles, por ejemplo, que puede que necesiten usar más una silla de ruedas para moverse, pero que tu equipo estará ahí para apoyarles mientras avanzan. Ahora vamos a hablar de algunos de los síntomas y áreas médicas más importantes. El primero que quiero mencionar es el dolor. Hay una idea preconcebida de que las personas que han tenido parálisis no pueden tener dolor, pero esto no es cierto. Es importante que pregunte por el dolor a todos sus pacientes. Pueden tener dolor neuropático, que suele ser dolor ardiente, dolor agudo, dolor eléctrico. O pueden tener dolor nociceptivo derivado de una lesión o compromiso de los huesos, los músculos, los órganos internos. Y una vez evaluado el dolor, también hay que tratarlo. Es muy importante. Y ahora vamos a pasar a Fiona Stephenson que va a presentar en.

[00:15:09] Hola Estoy encantado de estar con ustedes hoy para darles una muy breve visión general de la vejiga, el intestino y la piel de gestión. Um, para nuestros pacientes con lesión medular después de los terremotos. Ahora es realmente importante darse cuenta de que todas estas tres cosas vejiga, intestino y cuidado de la piel están interrelacionados. Um, y por supuesto, la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal en última instancia, causar daño a la integridad de la piel. Y esto realmente, realmente dificultará la rehabilitación. Y por supuesto, hay que evitarlo. Quiero decir, puede

causar meses y meses y meses de hospitalización. Uh, y ningún paciente en rehabilitación o con sospecha de lesión medular debe ser cateterizado. Uh, normalmente decimos para una mujer una talla 12. Para hombre talla 14. Y, um, asegúrese de que el catéter está en drenaje libre. Cambia la bolsa del catéter cada semana. Um, obviamente cambiar el catéter si está bloqueado, si hay infección del tracto urinario. Um, o, según el consejo, um, en la empresa de catéter, que es entre 4 y 6 semanas. En última instancia, el estándar de oro es apuntar a intermitente Mischaracterisation. Pero en las etapas agudas inmediatas, es muy importante asegurarse de que nuestros pacientes están teniendo al menos tres litros de líquido al día cuando cateterizado, porque esto reduce el riesgo de deshidratación, infecciones del tracto urinario, pero también, um, profunda, profunda trombo embolia y embolia pulmonar. La clave aquí es la posición segura del catéter para hombres y mujeres. Para una mujer, sería fijar el catéter al muslo, asegurándose de que está bien sujeto.

[00:17:06] Y para un hombre asegurarse de que el catéter está seguro en el abdomen. Y puedes ver aquí la posición del pene, lo que intentas evitar es que la sonda no tire del cuello de la vejiga, lo que puede ser causa de una lesión por presión. Asegúrate de que no está en el suelo. Asegúrate de tener una higiene muy, muy buena, que todas las conexiones estén limpias, etc. etc. para detener el riesgo de infección. En última instancia, nuestro objetivo es el cateterismo intermitente e hicimos un estudio en Haití, de tres y cuatro años, con un seguimiento de siete años, y descubrimos que, utilizando catéteres durante un mes, el mismo catéter durante un mes, porque obviamente los recursos eran muy limitados allí, nos aseguramos de que el catéter se comprueba para asegurarnos de que está realmente limpio, se limpia con agua potable y jabón, se enjuaga con agua potable y se deja secar en una bolsa de algodón. Muy, muy importante. Um, y esto es lo que una bolsa de algodón parece. Um, y, uh, nuestros pacientes pueden, um, llegar a hacer estos en realidad, como parte de su rehabilitación. El objetivo es de 4 a 6 sondajes cada hora, si es posible. Pero algunos consejos. Asegúrese de que su paciente está bebiendo líquidos durante todo el día. Um, mucho más en los países cálidos y beber más por la mañana que por la tarde y por la noche.

[00:18:48] Cateterizar una hora después de meterse en la cama debido a la diuresis y el encharcamiento en la parte inferior de las piernas. Y cuando el paciente esté en la cama, asegúrate de que tiene el equipo de cateterización a mano. La vitamina C puede

cambiar el pH de la orina. Um, y es muy importante controlar cuánto está bebiendo. ¿Es demasiado o demasiado poco? ¿Bebes mucho por la mañana o demasiado por la tarde? Y es importante que el sistema esté muy, muy limpio. Si crees que hay una infección, haz que tu paciente beba mucho más. Obviamente, como se mencionó, el uso de un solo catéter, um, siempre que sea posible. Pero después de una emergencia, como un terremoto en países con recursos limitados, esto no es posible. Algo muy importante es asegurarse de que la sonda se retira lentamente de la vejiga, porque así nos aseguramos de que la vejiga se vacía por completo y no quedan restos o unos 100 mililitros en la vejiga, que pueden acumularse y aumentar el riesgo de infección. Y este es un enfoque de equipo. El manejo de la piel es muy, muy importante. Uh, y el movimiento seguro es vital porque lo que queremos hacer es proteger la médula espinal y mantener esa alineación espinal.

[00:20:24] Si puedes conseguir algunas hojas de diapositivas, son muy, muy útiles. Como se puede ver aquí, se trata de un rollo de cinco hombres, un rollo de registro y se puede ver donde todas las enfermeras están de pie. Y aquí de nuevo esto es uh, con las enfermeras, um, girando al paciente hacia el lado izquierdo. Y esto es realmente útil para, uh, hacer el cuidado intestinal. En la posición lateral izquierda, sino también para cualquier otro, eh, procedimiento. Comprobación de la piel. Cuidado de la vejiga. Reposicionamiento del intestino. Por supuesto, las evaluaciones médicas, fisioterapia y terapia ocupacional y así sucesivamente. Así que es muy útil para planificar su programa de reposicionamiento cuando se trata de cuidado intestinal. Es muy importante establecer esto en la fase aguda. Hay riesgos. No sabemos si el intestino suena o no. El intestino estará flácido en la, um, en la fase de shock espinal. Um, y nuestro paciente puede realmente necesitar una sonda nasogástrica debido a su pobre motilidad colónica, tiempo de tránsito intestinal muy prolongado. Así que estos pacientes están en riesgo. Y si hay mucha acumulación, esto puede causar entablillamiento diafragmático, que afectará a la respiración. Con nuestros pacientes con lesión medular, como regla general se podría decir que tienen dos tipos de reflejo intestinal y un reflejo. Pero como ya he mencionado, todos los pacientes, tendrán un intestino flácido en la fase de shock medular. Y esto significa que requieren cuidado intestinal diario por evacuación manual.

[00:22:04] Así que eso es realmente importante. Y lo que estamos buscando es un tipo tres a tipo cuatro heces. Como pueden ver aquí, está bien formado, como una

salchicha. Con, um, evacuación manual que es diaria. Como he mencionado, este es un diagrama de flujo que está en el sitio web de Elearn Sci, en el módulo del consumidor, y muestra cómo proporcionar una evacuación manual. Y eso es para el intestino flácido. Así que eso sería um, por lo general um por debajo de uh T12 alrededor de T12 L2, hay un intestino espástico o reflejo y esto es por encima de la T12 L2. Um y aquí es donde tienes ese espasmo. Um, y lo que usted puede hacer es um, una vez que el shock espinal se ha resuelto y si hay un guiño anal notado, entonces usted puede ser capaz de empezar y hacer la estimulación digital, que es donde usted estimula el músculo en el alrededor del ano. Um, y hacer eso, uh, todos los días. Y entonces usted puede disminuir a cada 2 a 3 días. Y de nuevo, todo esto está en los modelos de e learn CI. El posicionamiento seguro y el manejo de la piel es extremadamente importante. Um reduce el riesgo de infección, osteomielitis, infección del tracto urinario, depresión, infecciones torácicas, y en última instancia el riesgo de muerte. Para otros factores de riesgo, por supuesto tenemos pérdida de déficit motor pérdida de déficit sensorial. Hay reducción de la perfusión cutánea, disminución del tono vascular y disminución de la presión capilar.

[00:23:55] También existe el riesgo de desnutrición, anemia, hipoproteinemia, deficiencia de vitaminas, etc. Y con la presión prolongada existe el riesgo de lesiones por presión. Y con la presión prolongada existe el riesgo de lesiones por presión. Um, y ciertamente um hay dolor, hay espasticidad, tejido cicatricial, presión previa, lesión. Todas estas cosas van de la mano con las lesiones de la médula espinal. Así que es muy, muy importante asegurarse de que el paciente está bien posicionado. Y esta es la posición perfecta. Se llama la inclinación de 30 grados. Y literalmente nuestro paciente está en 30 grados con una almohada doblada detrás de la espalda, dos almohadas debajo de la pierna superior, una almohada debajo de la pierna inferior. Y usted verá que todos los promontorios óseos son aliviados de la presión. También hay una almohada junto a los pies, y eso ayuda a reducir el riesgo de pie caído. Con prevención, educación, hidratación, buena nutrición, con buen manejo de vejiga e intestino, apoyo psicológico quita el riesgo de factores. Elimina las úlceras por presión, las lesiones por presión. Tendrás la piel intacta. Hay muchos sitios diferentes a los que puedes acudir en línea. Por favor, vaya a eLearning. Org. Hay muchos módulos gratuitos para cada miembro del equipo multidisciplinar. También hay directrices sobre el riesgo de úlceras por presión. Um, y también hay un montón de información sobre PSI. Muchas gracias por su atención y les deseo todo lo mejor.

[00:25:49] Gracias. Eric.

[00:25:49] Sí, es mi turno. Gracias. Um, mi, uh, dos temas que seguirán aquí cubrirá la cuestión de la rehabilitación temprana. Así que la movilización de rehabilitación temprana, la provisión de terapia y productos de asistencia. Uh, después de, uh, después de, um, una lesión temprana. Um, mi nombre es Eric. Soy fisioterapeuta y trabajo para Humanity and Inclusion y Médicos Sin Fronteras en sus programas de traumatología y apoyo a la práctica de traumatología en conflictos y desastres. Así que, uh, por supuesto, la norma de oro aquí que se ha publicado hasta ahora por la O.M.S., que se puede encontrar en el enlace aquí abajo son las normas técnicas mínimas y recomendaciones para la médula espinal Gestión de lesiones en situaciones de emergencia, que abarcó un período muy largo de preparación que se remonta a principios de los años 20 decenas. Y, uh, donde, uh, hace unos meses, hace unas semanas, esto fue publicado. Y creo que mi, uh, recomendaciones aquí y los elementos de um, de la información vendrá y se derivan realmente de esto, um, de estas normas técnicas mínimas que se pueden encontrar en el sitio web, uh, en este enlace aquí abajo. Siguiendo. Ahora, lo que es muy importante es, y lo que uh, Colleen mencionó también en su introducción es, por supuesto, la evaluación, uh, la primera evaluación que Colleen mencionó, uh, la clasificación internacional uh para las condiciones neurológicas para la lesión de la médula espinal, uh, es muy importante. Ahora, sabiendo que en ciertas circunstancias donde se trabaja, uh, este, uh, examen es bastante largo, hay una alternativa que se llama la máxima, que es, de hecho, un utiliza la misma, uh, formas de medir.

[00:27:26] Pero, uh, es más simplificado porque usted va a ir a menos, um, menos medidas y menos, um, cosas a, uh, a, a, para medir. Así que significa que uh, clasificación también puede, uh, ganar más tiempo. Pero, por supuesto, esto también reduce la información, pero ayuda al menos a iniciar la recuperación temprana de la rehabilitación y a confirmar también que se trata de una persona con lesión medular. Una segunda medida es, por supuesto, una medida funcional sobre cómo se van a medir los cambios, los cambios funcionales del paciente durante su ingreso, ya sea en los primeros días después de una lesión o a medio y largo plazo. Y para ello está la medida de independencia de la lesión medular, la versión tres. Es un conjunto de puntuaciones que van a mirar el autocuidado, la respiración, el manejo de los

esfínteres, la movilidad dentro y fuera de casa. Uh, tiene, por supuesto, un componente interdisciplinario. Sí. Porque hablamos de la gestión de esfínteres movilidad que, eh, los presentadores anteriores ya han planteado. Um, pero también ayuda con la planificación de la atención. E incluso se puede comunicar muy fácilmente en los resultados de estas puntuaciones, eh, con su paciente y el cuidador para ver cómo los cambios se están produciendo en su recuperación después de la lesión. Y por supuesto, muy importante a medio y largo plazo, es cuando, por supuesto, todas las medidas preventivas que se han mencionado aquí antes, um, todavía tienen algunos desafíos o no funcionan debido al entorno específico en el que el paciente está viviendo o la distancia o la cercanía a su, uh, a su institución de atención significa que usted tiene que mirar el mapa de un riesgo.

[00:29:03] ¿Cuál es el riesgo del paciente si se va a casa de nuevo a su entorno, ya sea de alta a veces demasiado pronto en muchas condiciones. Um, y entonces usted tiene que mirar lo que sería el riesgo de que usted tiene que centrarse en, ya sea informar al paciente al respecto y tener que buscar la atención específica de referencia o no, pero también tal vez hacer una planificación en la que ese paciente tal vez tiene menos riesgos, eh, que usted va a conseguir que usted va a identificar con esta escala. Pero mira cómo estos riesgos pueden ser abordados por la educación del paciente, por un lado, pero también puede ser abordado por, um, um, una cita que usted puede que usted puede planificar con suficiente antelación porque tal vez en el alta algunos riesgos no se sentirá por el paciente, pero sólo van a desarrollar en el medio y el largo plazo. Y eso es lo que se llama la medida de complicaciones secundarias para la lesión de la médula espinal. Se va a enumerar uh 16 problemas de salud que se sabe que son comunes a decir, um, y luego el paciente será interrogado acerca de estos puntos de salud, uh, en una, en una tasa para saber si es importante para él o no.

[00:30:08] Y entonces usted puede obtener un mapa de los riesgos, incluso si tiene la complicación o si la complicación no está todavía presente, de modo que usted puede entonces anticipar lo que será el seguimiento de las necesidades de ese paciente a continuación. Um, los diez temas en términos de la rehabilitación temprana, uh, que debe ser abordado y donde los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y en otra medida, otros miembros del equipo están contribuyendo a es toda la lista aquí de la la digamos que los puntos que están impactando, uh, la, la persona lesionada medular. Uh, puede ir desde, por supuesto, una lesión vertebral la forma en que el, la forma en

que su columna se ha gestionado, uh, el estado de shock espinal, la disreflexia autonómica muy importante que también puede ser, uh, desarrollado en el medio y el largo plazo, puede no ser con los primeros pacientes. La hipotensión postural muy importante en las primeras semanas de, de recuperación, ya sabes, para ser monitoreados. Los riesgos de trombosis venosa profunda con embolia pulmonar que también se puede prevenir con todas las diferentes medidas que fueron, eh, que se mencionaron antes de la vejiga disfunción intestinal, úlceras por presión, eh, que eh, mi colega eh, también ha sido ya eh, ha presentado. Y, por supuesto, la angustia psicosocial y los resultados funcionales y, en menor medida, la osificación heterotópica en el curso en el que, ya sabes, estos factores de riesgo, eh, existen, pero la fisioterapia y la rehabilitación temprana trabajará en esto.

[00:31:30] Ahora bien, la fase de rehabilitación temprana se basa en el hecho de que necesitas disponer de personal que pueda apoyar al paciente y estabilizarlo, pero también manipularlo en un entorno seguro. Y Fiona. Bien, ella, um, ella, ella puso ya adelante algunos, uh, las manipulaciones que usted hace con el paciente cuando usted quiere entregarlo con seguridad y, por supuesto, para manejarlo también de un lugar a otro en su institución del cuidado, más ancho de su cama. Um, a, uh, a la sala de fisioterapia o a la esquina de fisioterapia. Y, por supuesto, estos riesgos de manipulación segura, por supuesto, que aumentan con, eh, ya sea el, el hecho de que el paciente no ha sido, eh, gestionado todavía, eh, quirúrgicamente para asegurarse de que su columna vertebral es estable. Um, pero también ver cómo ese paciente, si se mueve, también puede trabajar ya en la prevención de, eh, de sus complicaciones. Otra fase muy importante en la movilización temprana es ejercicios activos y pasivos, así como el posicionamiento, eh, sabiendo que, eh, tienen que ser más o menos prescrito, eh, o permitido por el, por el equipo médico para asegurarse de que no hay factores de riesgo y que conocen los factores de riesgo. Entonces mejor, incluso en un paciente inmóvil, eh, para después de una lesión medular, ciertos ejercicios pueden ser permitidos, pero depende del nivel de la lesión y la orientación del equipo médico.

[00:32:49] Um, para los pacientes que pueden sentarse fuera de la cama, uh, por supuesto, entonces hay que buscar el equipo apropiado como una silla, una silla de ruedas que tiene que incluir ya las medidas de alivio de presión, ya sabes, y el apoyo postural que es necesario para un paciente con lesión medular para que pueda utilizar estos dispositivos con mucha seguridad. Um, una vez que el paciente es capaz de

movilizarse, el nivel de integridad de la lesión medular determinará el tipo de transferencia a utilizar y el tipo de tecnología de asistencia que se necesitará. A continuación, um, en lo que respecta a las actividades de la vida diaria AVD, la tecnología de asistencia, los productos de movilidad y los soportes ortopédicos, um, la atención se centra, por supuesto, en conducir al autocuidado óptimo lo antes posible para el paciente y su entorno. También es importante que usted tiene una prescripción adecuada para asegurarse de que el disponible, um, la herramienta disponible y el equipo que usted le da es relevante para ese paciente. Y para que pueda supervisar también con medidas funcionales sobre cómo ese equipo va a cambiar ya la movilidad del paciente. Siempre tiene que ir acompañado de instrucciones educativas e indicaciones sobre cómo utilizar ese equipo correctamente, con seguridad, pero también con información sobre el mantenimiento. Y sabemos que en el caso de las sillas de ruedas esta es una cuestión clave. La provisión de paquetes que deben fomentar en las actividades de la vida diaria y la mejora se centran en, así, el A6 y los ocho paquetes, lo que significa que van desde uh muletas uh que van desde um um puerta de plataformas para las personas que tienen cierta movilidad.

[00:34:26] Pero por supuesto aquí en la lesión de la médula espinal tiene que ver principalmente con tablas de transferencia, sillas de baño y sillas de ruedas, por supuesto, y que necesitan estar disponibles, así como los productos absorbentes para la incontinencia y también una solución segura para la evacuación de la vejiga. Así que eso sería más el enfoque en cómo los productos de asistencia se proporcionará entonces. Por supuesto, la movilidad segura está siempre relacionada, como he dicho antes, con las sillas de ruedas, pero también con un asiento y un cojín e incluso un colchón especial. Ya sabes, si el paciente tiene que, tiene que acostarse en su, en su entorno también. Y, por supuesto, los cambios ambientales, ya sabes, que hay que hacer y que hay que reflexionar sobre el paciente cuando se va a casa. También hay que ver cómo se puede ayudar al cuidador con equipamiento específico como una ducha, una silla de baño, bragas de cama, orinales y catedrales para asegurar que los cambios ambientales razonables y las actividades de la vida diaria puedan continuar una vez que el paciente sea dado de alta del hospital. A continuación, los resultados funcionales Creo que aquí um, voy a ser un poco más específico sobre qué tipo de movilidad a esperar en esa fase de rehabilitación temprana, de acuerdo con todos los niveles de lesión que mi que mi colega Colleen ya explicó antes de la próxima movilidad para c1-c6.

[00:35:53] Ahora, por supuesto, en su entorno, creo que en los terremotos donde vemos que por desgracia las lesiones de alto nivel entre C1 y C3 tienen un muy, muy bajo, um, vamos a desafortunado oportunidad de, uh, para salir con vida de, uh, de extricación como tal. Así que digamos que nos fijamos más en, eh, cómo funcionalmente el C4 hasta C6, eh, los pacientes que tienen que tendrá un muy limitado, eh, el resultado en términos de movilidad. Uh, pero todavía debe centrarse en cómo una dependencia de la zona de silla de ruedas tendría que ser planificado desde el, desde el principio, cómo los asistentes necesitan ser entrenados para las transferencias, sobre todo que, uh, mi colega Fiona ya explicó cómo la prevención de úlceras por presión en la silla de ruedas debe ser priorizada por el ejercicio con los movimientos en los que el paciente es más autosuficiente en la forma de hacer que la prevención y, por supuesto, los ejercicios de respiración, porque sabemos que los músculos pulmonares se verá muy afectada en este nivel de lesiones. Y donde, por supuesto, el riesgo de infección pulmonar es alto. La fisioterapia y el programa de ejercicios deben centrarse en este aspecto. Por supuesto, las soluciones de movilidad de las extremidades superiores con ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria tendrán que anticiparse muy, muy pronto en el proceso de rehabilitación. Pero en una situación de emergencia, sabemos que este panorama de formar primero a los cuidadores, ver cómo la función respiratoria necesita ser estabilizada tanto como sea posible con fisioterapia, y cómo anticipamos qué movilidad sería posible para las extremidades superiores, tendrá que ser considerado para este nivel de lesión de los pacientes.

[00:37:28] A continuación, el otro nivel, que se convierte entonces más funcional diría yo porque entre C7 y T1 ya sea completa o incompleta lesión. Sabemos que la función del miembro superior se conservará, lo que significa que ofrece un montón de posibilidades sobre cómo los pacientes pueden, um, puede ser mucho más responsable de su propia movilidad. Pero con el fortalecimiento, por supuesto, la función de la extremidad superior y la conservación del tríceps braquial significa que él puede empujar hacia arriba por sí mismo, lo que significa que toda la prevención en términos de um, en términos de úlceras por presión y los asientos, eh, puede ser, eh, puede ser operado y enseñado al paciente por sí mismo. Sus ejercicios, las transferencias también puede ser posible. Por supuesto, el paciente tendrá que desarrollar muchas habilidades de equilibrio y coordinación. Pero con la terapia

ocupacional adecuada y los servicios de fisioterapia, el paciente puede muy rápidamente ser puesto en un programa de ejercicios donde se puede trabajar hacia esa independencia para sus transferencias. Uh, en la apuesta, uh, por supuesto, y el posicionamiento, sino también para, um, poner estos ejercicios ya en cuestiones prácticas, tales como para abordar e ir al baño y hacer todas las transferencias, uh, por sí mismo sobre una base diaria, de la silla de ruedas a la silla o en otras posiciones.

[00:38:42] A continuación, para los resultados torácicos, por supuesto, sabemos que hay control de las extremidades superiores. Así que también tiene ya el control abdominal, lo que significa que para los objetivos funcionales en, en y con adaptaciones razonables para el medio ambiente en el futuro, que el paciente tiene muy, muy buenos resultados, ya sabes, a ser bastante independiente y ser capaz de vivir con bastante independencia para sus tareas diarias. Por supuesto, también existe el riesgo de lesiones en la T6, donde la disreflexia autonómica debe ser vigilada porque puede tener consecuencias en la situación y la calidad de vida del paciente. Pero um, la movilidad con silla de ruedas y ser mantenido con mesas de pie uh, y a veces en, en puntos donde también ya sea una elección entre un manual, uh propulsado silla de ruedas y una silla de ruedas eléctrica puede dar que el paciente mucha autonomía. Uh, y también, uh, aspectos de, uh, la formación profesional y la reintegración profesional sigue siendo posible. Pero por supuesto aquí es la silla de ruedas herramienta que sería muy importante para proporcionar independencia para su para su movilidad al aire libre también. A continuación, las lesiones inferiores que quedan aquí como vemos bien aquí, por supuesto, la si la persona está bien entrenado, la lesión en sí funcionalmente no tendrá un impacto significativo en las AVD. Pero siempre que haya algunos cambios ambientales que se deben hacer para que el paciente, la marcha funcional o la marcha de la comunidad debe ser estimulado y dejando, a continuación, la silla de ruedas disponible para largas distancias y también para el proceso de envejecimiento, por supuesto, um, la gestión ortopédica, por supuesto, es necesario con um con aparatos ortopédicos, ya sabes, que será capaz de ayudar a la persona con ciertos niveles de la marcha y la marcha independiente, tal vez con la ayuda de un palo o tal.

[00:40:29] Y el deporte y el ocio deberían formar parte de ello. El programa de PT, ya sabes, para mantener su su función en el medio y el largo plazo. Siguiendo. Um, ahora, cuando, uh, los profesionales, ya sabes, están siendo confrontados aquí con una

ingesta de lesión de la médula espinal, ya sea en una sala de trauma general después de después de una lesión de este tipo o después de, um, después de un desastre o una gestión de víctimas en masa. Por supuesto, es importante centrarse en lo que es, eh, con los medios disponibles y la afluencia de los pacientes y el tiempo que tiene por paciente y por miembro de la familia de ese paciente que usted necesita para planificar su cuidado con bastante cuidado. Y aquí, este es un ejemplo que utiliza la humanidad en la inclusión. Y tal vez en mi segunda presentación, voy a hablar un poco más en detalle sobre cómo esto llegó a una parte. Um, es cómo vas a planificar tu objetivo general en el mapa en cinco seis primeras sesiones, y donde vas a centrarte más en un programa de educación para asegurarte de que el paciente ha visto o el y el cuidador han visto los diferentes aspectos de la atención y la lista de control que tienen que pasar más personalmente, mientras que el otro aspecto del seguimiento entonces tendrá que ser mirado después de que una escala de riesgo haya sido identificada como diciendo no, este es el mapa de riesgo de ese paciente y donde tenemos que centrarnos en su, uh, en sus objetivos a largo plazo.

[00:41:45] Pero yo diría que el programa en los cinco seis primeras sesiones son muy esenciales, ya sabes, para cubrir todos estos riesgos diferentes, eh, y centrarse en las prioridades del paciente en términos de, eh, su movilidad básica, eh, cómo preservarlo de, eh, la, los riesgos de la piel, eh, problemas, eh, sino también para anticipar o muy rápidamente ya la movilidad. Pero esto, por supuesto, en estos cinco, cuatro sesiones, es importante que el cuidador está siempre presente y el lado del paciente para que la transferencia de know how se puede hacer muy temprano, por lo que al menos la primera parte de mi, eh, mi presentación en la movilización de rehabilitación temprana, um, mi segunda parte de la presentación es uno que va más directamente en la experiencia que tuvimos con la humanidad y la inclusión. Desde 2016 hasta 2021. En una iniciativa propia de un hospital seguro. Y creo que las personas que asistan desde Myanmar probablemente hayan oído hablar de estos programas en Mandalay y Yangon, donde una iniciativa de hospital seguro era todo un programa que preparaba al hospital para una posible afluencia masiva de víctimas.

[00:42:54] Um, esto se había hecho para, digamos, más, eh, para los equipos que estaban relacionados con la ambulancia para, eh, conseguir, eh, la atención pre-hospitalaria y tener los pacientes de forma segura ir a un hospital. También hubo ejercicios que se planificaron, ya sabes, para ver cómo una simulación y cómo una

resolución de problemas podría ser configurado una vez que no habría por desgracia, en un, en un, en una situación real. Siguiendo. Um, el también las fuentes de esa información ya venían entonces de, uh, el manual de rehabilitación temprana, vamos a ver. O sus precursores y por supuesto, bueno, lo que también se puede encontrar hoy en día en las normas técnicas mínimas y recomendaciones sobre la lesión de la médula espinal y las fuentes que usted sabe están en el enlace en el medio. Ahora, ¿qué es relevante para los recientes acontecimientos en Myanmar? Bueno, por supuesto, es tener una actualización periódica sobre el contexto relativo a las necesidades de SSI desde el inicio del terremoto. Así que ahora estamos casi dos semanas después, eh, después del inicio. Y creemos que probablemente ya hay pacientes con lesiones medulares identificados, ya sea en una sala de traumatología general o bajo tratamiento, pero quizá no en el lugar adecuado donde deberían estar. Y este es el primer reto sobre cómo identificarlos y cohortarlos.

[00:44:04] Ese sería el primer consejo después de dos semanas de lo que sabemos. Um, ¿dónde están los pacientes con sospecha de SSI y la cohorte de fracturados? Ahora, por supuesto, si terminan en una sala de trauma y traumatología ortopédica y son vistos como una fractura, como tal, una fractura de la de la columna de la columna vertebral, debe haber una vigilancia porque cualquier fractura que usted sabe de la de la de la de la columna significa que puede haber un riesgo de lesión de la médula espinal. Y es por lo tanto que las evaluaciones el. Las evaluaciones neurológicas son muy importantes que se hagan regularmente. Y si esa evaluación neurológica cambiar entre la primera ingesta después de una fractura y hay una evolución, bueno, entonces todos tenemos que estar seguros de que todas las precauciones y la prevención se está tomando. Por supuesto, las posibles necesidades de los heridos tras el terremoto es que, como ha dicho Colleen, las personas que ya vivían con una lesión medular antes del terremoto podrían tener que enfrentarse a la ruptura del sistema que les rodea, En un hospital en el que se va a trabajar con enfermedades crónicas, es muy importante hacer un triaje claro de las opciones que se tienen y, sin embargo, dar la información correcta a los pacientes que vienen a buscar atención.

[00:45:22] Sí. Siguiendo. Ahora, ¿están cohorte en otros programas de extensión y cómo encontrarlos. Ahora sabemos que cuando hay una cuando hay una respuesta post-terremoto en términos de necesidades básicas, bueno, tal vez hay algunas personas con lesión de la médula espinal que tienen necesidades específicas porque

tal vez no recibieron la lesión del terremoto, pero todavía tienen que tener un seguimiento. ¿Y cómo superan los pacientes crónicos los retos con los recursos que les quedan? Y aquí también, bueno, la planificación que hice en mi presentación anterior también puede ayudar ya sea con el mapa de tener un cuestionario de riesgo para ver lo que el riesgo de que el paciente tiene en realidad y cómo vas a hacer frente a estos riesgos, pero no cobrar de más. Por supuesto, el cuidado de los pacientes que están en la fase aguda de hoy. Sí. Siguiendo. Ahora en Myanmar, establecimos un proceso entre 2016 y 2019 con, uh, todo, uh, enfoque interdisciplinario, uh, que llamamos fue un intento de un proceso de orientación nacional para Myanmar. Y lo llamamos las directrices multidisciplinarias de gestión de víctimas en masa, el consenso para la atención de lesiones de la médula espinal en que hicimos en Yangon a continuación. Ahora bien, esto se hizo a través de un taller de tres días con todas las partes interesadas en el Hospital General de Yangon en 2017, creo. Uh, que era muy original porque teníamos uh, los equipos médicos, uh, cirujanos, uh, que estaban presentes, uh, departamentos de enfermería estaban presentes, socios médicos estaban presentes.

[00:46:52] La rehabilitación también estuvo presente, así como los agentes psicosociales. Además, también fue muy importante en esta iniciativa invitar a las organizaciones de personas con discapacidad para que ofrecieran soluciones sobre los cuidados a medio y largo plazo para las personas con lesión medular. Durante estos tres días, todos los grupos se dividieron en grupos de trabajo temáticos en los que presentaron las directrices existentes, tal y como se recogían en las diferentes referencias y manuales anteriores, y cómo podrían traducirse más a un aspecto local y a los recursos locales disponibles en Myanmar. En Yangon y en Mandalay, y en qué se diferencian y cómo cerrar esa brecha, pero al menos en el panel de expertos de los contribuyentes Sai podría venir después de estos tres días con toda una lista de propuestas finales para la orientación, pero sobre la base de los recursos existentes que estaban disponibles en el en el país. Pero también para ver qué recursos o qué circuitos hay que reforzar, sobre todo para asegurarse de que la atención que se prestaba en ese momento se ajustaba a ciertas normas y mejoras, pero también para ver cómo estaba preparada Myanmar para responder a la gestión de un gran número de víctimas.

[00:48:10] El índice le mostrará todos los temas que se trataron aquí. Siguiendo. Ahora, el hallazgo y la necesidad sobre las necesidades locales de Sai Care Sick después de esto. Este taller y el proceso de la revisión. Um, decidimos también que habría una pequeña investigación, como una especie de informe para, para producir un informe para saber cuál es el perfil de las personas que viven con lesión de la médula espinal en Myanmar. Durante dos años estudiamos una cohorte de unos 50 pacientes con lesiones medulares en Mandalay y Yangon, con un seguimiento de 18 meses. Y creo que esta información podría ser importante para saber cuáles serían las prioridades para usted, para la anticipación, para las necesidades de las personas con lesión de la médula espinal en los próximos meses. Um, fue datos descriptivos que se recogieron en el que se utilizó la, la, la clasificación, la Clasificación Internacional de la lesión de la médula espinal, así como una medida funcional, el árbol de habilidades y la calidad de vida, eh, cuestionario, así de los pacientes. El aspecto de la recuperación se centró principalmente en las mejoras significativas que pudimos observar durante estos 18 meses en la movilidad básica en la cama y el aumento de la independencia en el aseo y la alimentación de los pacientes, mientras que los resultados de la marcha mejoraron ligeramente y seguían siendo un reto. Pero, por supuesto, cuando se habla de lesión medular en general, la marcha no alcanzó, digamos, los resultados óptimos debido al nivel de las lesiones que había en la cohorte.

[00:49:34] Y por otro lado, había una gran necesidad de estudiar el suministro adecuado de sillas de ruedas. Uh, y por supuesto, los cambios ambientales razonables que se necesitaban, eh, en la vivienda de la, de los pacientes. Pero lo que era más importante, lo que descubrimos cuando preguntamos a los pacientes, eran los cambios en la calidad de vida de los que informaban y en los que la salud física, cuando los pacientes eran atendidos en un centro u hospital, sentían que su salud física estaba mejorando porque podían ver el progreso. Pero, por otro lado, el bienestar psicológico necesitaba mucha más atención y mucho más refuerzo en la atención, el apoyo psicosocial y el asesoramiento. Y, por supuesto, vimos que porque en la cohorte y esto es tal vez diferente, la participación de las mujeres, una cohorte que fue 5050. Y lo vemos en Myanmar en general. Quiero decir, la, la, cuando nos fijamos en el plano internacional, hablamos de 15 a 10% de las mujeres lesión de la médula espinal en la cohorte. En Myanmar, esto fue un poco más alto. Y debido a situaciones ocupacionales específicas, como el tráfico y el uso de motocicletas, las mujeres estaban más expuestas a las lesiones medulares que en otros países. Y aquí vimos que el

seguimiento psicosocial de las mujeres y las necesidades especiales de las mujeres necesitaban una atención muy especial en el seguimiento a medio y largo plazo.

[00:50:52] Así que eso es algo que también hay que prever en cuanto a los factores de riesgo en el futuro. Ahora bien, la aplicación de los cuidados y la capacidad de seguimiento del personal sanitario parecen responder a las necesidades de los pacientes. Así que hemos visto que en Myanmar la capacidad está disponible. Y las áreas en el campo de la movilidad, estimulación, entrenamiento de la marcha, vejiga e intestino necesitan centrarse más en la independencia con las herramientas que se han explicado en las presentaciones anteriores. A continuación. Cómo utilizar bien la guía. Esta fue, digamos, una iniciativa nacional. Y se basó, por supuesto, en la experiencia del personal formado, principalmente en OT y PT y otros también. Y hubo un ejercicio de simulación que se hizo más tarde en el Hospital General de Mandalay. Se llevó a cabo, por supuesto, para ver cómo se gestionaban los heridos en masa, pero también cómo aislar los factores de riesgo de las personas con lesión medular. Y, por supuesto, esperamos que el recuerdo de esta guía nacional pueda ayudar a los actores que están presentes ahora en Mandalay a utilizar y aprovechar estos recursos, porque es algo que ya estaba basado a nivel nacional y ya existía una capacidad. A continuación.

[00:52:13] Hablemos. Creo que estamos.

[00:52:15] Listos para las preguntas y el debate. Sólo quería dejaros con un, ya sabéis, el enfoque de rehabilitación para la gestión de cualquier enfermedad e incluir la lesión medular es que nuestro objetivo general es tratar de maximizar la función, minimizar la discapacidad y mejorar la calidad de vida de un individuo. Y para todos nuestros pacientes medulares, creo que el aspecto de la rehabilitación va a ser muy importante para su recuperación y su vuelta a la comunidad. Uh, estos son algunos de los recursos que nos mencionaron, uh, hoy. Y estos son los enlaces a los mismos. Y todos estos estarán disponibles también en un, en un PDF. Con esto abro la diapositiva. Y uh, podemos traer uh, Julia espalda y ciertamente abrirlo a las preguntas. No estoy seguro de si yo, yo no estoy viendo ninguna pregunta en el chat o las manos levantadas.

[00:53:31] Hay uno.

[00:53:32] Oh, allá vamos. Sí.

[00:53:34] En las preguntas y respuestas.

[00:53:36] Sí. ¿Y qué? Sí. Adelante Julia.

[00:53:39] Así que la pregunta es qué nivel de lesión medular es común.

[00:53:43] Mhm.

[00:53:46] Sí.

[00:53:46] Así que en, en um en los terremotos típicamente lo que vemos es un nivel torácico de la lesión es la más común. Uh, parte de esa razón es porque los que han tenido los niveles cervicales de las lesiones, si se trata de alta cervical a menudo en una situación de terremoto. Uh, no sobreviven a la extracción y el transporte, uh, debido a la abrumadora, uh, las necesidades que están sucediendo en ese desastre. Um, los niveles torácicos de lesión y tienden a ser más comunes porque a menudo es especialmente torácica inferior, porque los órganos internos son generalmente, uh, protegido bastante bien y, uh, les da una mejor ventaja de supervivencia.

[00:54:45] Aquí hay otra pregunta. Uh, ¿qué es el A-10? Oh, creo.

[00:54:53] Eso es para mí. Lo siento.

[00:54:55] De acuerdo. De acuerdo. De acuerdo.

[00:54:56] Sí. Estos son los paquetes de tecnología de asistencia donde es una lista. Creo que en Ucrania, hubo una prueba realizada en, eh, situaciones específicas de víctimas en masa, y luego se vieron cuáles son las principales ayudas para la movilidad que se necesitan para las personas, eh, con eh, con lesiones en general. Y el 8680 diez significa que 86 es una lista de seis específicos básicos, eh, dispositivos que van desde muletas, eh, muletas canadienses, etc muletas auxiliares, eh, silla de ruedas, por supuesto. Uh, y um, productos para la transferencia que se necesitan que están realmente relacionados con lo que se necesita en un primer espacio. Ya sabes, cuando

hay una emergencia temprana y luego el 810 es, por supuesto, los seis elementos básicos más uno adicional, pero con un enfoque muy grande en el autocuidado, uh, productos absorbentes para, uh, para, uh, la gestión de la vejiga. Sí. Y creo que si usted quiere ver cómo, um, las necesidades deben ser identificadas, especialmente por los financiadores en el futuro. Si. Uh, si usted se relaciona con estos 86 y 8010, uh, son realmente conocidos internacionalmente por hacer una diferencia también para las personas con lesión de la médula espinal en el proceso temprano de la atención. Sí. Y usted puede encontrar que también en el sitio web de la OMS. Y debido a los módulos que le puede dar una definición muy específica de lo que el dispositivo es, cómo enseñar a los trabajadores de la salud cómo utilizar correctamente y prescribir directamente en que en ese entorno. Sí.

[00:56:21] Excelente.

[00:56:21] Yo tenía la misma pregunta, Eric.

[00:56:23] Sí. Es jerga técnica. Lo siento. Sí. Pero sé que la gente, los Pts y OTS, bueno, probablemente saben bien ahora de lo que estoy hablando más o menos. Si van a la página web de la O.M.S. en los módulos Tap. Sí.

[00:56:36] Super. Y no sé.

[00:56:41] Si hay alguna otra pregunta o algún comentario. Um. No.

[00:56:49] Vale.

[00:56:50] Um, yo tenía sólo dos, dos diapositivas más para mostrar rápidamente si, uh, yo, si tuviéramos tiempo extra y fue y Eric había traído esto a colación que, um, hemos hablado mucho acerca de la recuperación temprana y la respuesta temprana, pero sin duda, um, en una lesión de la médula espinal, en particular, la recuperación es una cosa de por vida. Así que es muy importante empezar a considerar cómo esas personas van a volver a casa, cómo van a ser manejados a largo plazo en la comunidad y encontrar sus medios de vida y sus vocaciones. Y por eso es importante empezar a pensar en ello ahora, aunque sea en la fase inicial, y empezar a considerar esas redes de personas y cómo se va a implicar quizás a los mentores y a las personas

con lesión medular como parte de ese equipo de apoyo y educación. Y, por supuesto, a pesar de lo horribles que son estos desastres, a veces pueden ser una oportunidad para reunir los recursos y las habilidades para la lesión medular y permitirle avanzar para tener una lesión medular más sólida. La programación intencionada apoya a las personas que viven con una lesión medular. Como Sociedad Internacional de Médula Espinal y como Red Asiática de Médula Espinal, estamos a su disposición. Y nos complace poder ofrecerles en cualquier momento más formación, apoyo y tutoría, si así lo desean.

[00:58:29] Y sobre todo Colleen, como usted ha mencionado, eh, estas oportunidades para un mayor desarrollo, incluso cuando en 2017, en Myanmar, estábamos hablando de la preparación para la gestión de víctimas en masa. La reflexión sobre la lesión de la médula espinal llegó muy, muy rápidamente. Esto significa que ya hay un buen nivel de concienciación en la sociedad médica y física de Myanmar sobre cuáles son las necesidades de las lesiones medulares, porque ya se identificó en esa fase de preparación como un punto débil de preocupación que las lesiones medulares eran siempre una cadena débil en el proceso de atención, pero también en el futuro a medio y largo plazo para las personas con lesiones medulares. Creo que ese proceso de aprendizaje, ya está bastante presente en Myanmar. Pero, por supuesto, tenemos que ver cómo son las condiciones actuales, porque sabemos que, eh, bueno, estos inicios pueden ser muy masivos en la infraestructura, en el personal, eh, y también en las otras prioridades que probablemente tendrán también en este, en este contexto. Sí.

[00:59:31] Excelente. Gracias, Julia. Julia, ¿algunas palabras finales?

[00:59:37] Muy bien. Okay. Gracias por. Sí, quiero decir gracias, Colin, Eric y también Fiona para el, el webinar y nuestro colega en Myanmar. Quiero decir, tenemos que soy de Malasia. Así que quiero decir, y tenemos médico de rehabilitación que son de Myanmar trabajando en Malasia. Así que lo siento por ti. Y en todo caso, porque no tengo ningún problema de tiempo con todos ustedes. Estamos en el mismo o tal vez 1,5 horas antes, pero creo que está bien. Así que si hay algo que nosotros desde Malasia o desde Escon o desde la Costa Este podamos hacer por ustedes, por favor, pónganse en contacto. Y sí, estaré más que feliz de echar una mano. Y creo que, um. Quiero decir, no tengo experiencia personal con, con, quiero decir, la gestión de la lesión de la médula espinal en caso de desastre y, pero creo que algunos de los, el, el

concepto sigue siendo aplicable de todos modos en cualquier condición. Así que será un placer compartir lo que sabemos con ustedes. Gracias, chicos.

[01:00:49] Sí.

[01:00:50] Gracias a todos. Buenas noches.

[01:00:53] Sí. Buenas noches.

[01:00:54] Sí.