

# EL USO DEL ENFOQUE COMPENSATORIO EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE CON UN DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: CASO CLÍNICO

## THE USE OF THE COMPENSATORY APPROACH TO THE CARE OF A PATIENT WITH A DIAGNOSTIC OF STROKE: CLINICAL CASE

**DeCS** accidente cerebrovascular, rehabilitación, terapia ocupacional.  
**MeSH** occupational therapy, rehabilitation, stroke.



### **Autores:**

**Dña. Aristela de Freitas Zanona.**

*Profesor de curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Sergipe – Brasil. Maestro en Educación Física de la Universidad Federal de Sergipe*  
E-Mail: [arisz\\_to@yahoo.com.br](mailto:arisz_to@yahoo.com.br)

**Dña. Edna Maria dos Santos Bispo.**

*Estudiante del cuarto período del curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Sergipe – Brasil*  
E-Mail: [edna\\_florzinha89@hotmail.com](mailto:edna_florzinha89@hotmail.com)

**D. José Clécio de Jesus Santana.**

*Estudiante del cuarto período del curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Sergipe – Brasil*  
E-Mail: [em.tecnico@yahoo.com.br](mailto:em.tecnico@yahoo.com.br)

**D. Rafael Souza Santos.**

*Estudiante del cuarto período del curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Sergipe – Brasil*  
E-Mail: [rafaelventure.com.br@gmail.com](mailto:rafaelventure.com.br@gmail.com)

**D. Raphael Fabricio de Souza.**

*Docente do curso de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe – Brasil. Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Paraná*  
E-Mail: [raphaelctba20@hotmail.com](mailto:raphaelctba20@hotmail.com)

### **Como citar este documento:**

De Freitas Zanona A, dos Santos Bispo EM, de Jesus Santana JC, Souza Santos R, Fabricio de Souza R. El uso del enfoque compensatorio en el cuidado de un paciente con un diagnóstico de accidente cerebrovascular: caso clínico. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 12(22): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso3.pdf>

## **I**ntroducción

El Accidente CerebroVascular es un episodio agudo y repentino causado por una enfermedad vascular origen arterial cerebral que puede ser un accidente cerebrovascular hemorrágico o isquémico. Los factores más comunes que predisponen a su aparición son la hipertensión, la diabetes, la inactividad física, la obesidad, entre otros <sup>(6, 8)</sup>. El Accidente Cerebro Vascular genera déficit en los aspectos motores, sensoriales y cognitivas del sujeto en función del lugar de entrega de las áreas focales de cerebro<sup>(6)</sup>. Tales deficiencias causan principalmente trastornos musculoesqueléticos, como la espasticidad, debilidad muscular, disminución de control de movimientos reflejos exacerbados, rango limitado de movimiento, postura anormal (que puede

## RESUMEN

**Objetivo** estudiar el uso de estrategias compensatorias en la atención al paciente con accidente cerebrovascular.

**Metodología** el informe será un solo caso de un paciente con secuelas de accidente cerebrovascular atendido en el período 28/10/2014 al 13/02/2015. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la medida funcional de la Independencia (MIF), en el que el paciente fue la puntuación inicial de 80, lo que indica la dependencia moderada.

**Resultado** después de la intervención, que consistió en el uso del enfoque compensatorio y la tecnología de asistencia, la revalorización mostró anotar 98, lo que confirma el avance de la independencia en el área de cuidado personal.

**Conclusión** la eficacia de este enfoque fue notable en la satisfacción del paciente y maximizar su funcionalidad, lo que indica que el uso de este modelo de servicio fue eficaz en sus resultados para el paciente.

## SUMMARY

**Objective** studying the use of compensatory strategies in care the patient with stroke.

**Methodology** the report will be a single case of a patient with sequelae of stroke treated in the period 28/10/2014 to 13/02/2015 the evaluation instruments used were the functional measure of independence (MIF) in which the patient was the initial score 80 that indicates moderate dependency.

**Result** after the speech that consisted in the use of the compensatory approach and assistive technology the reevaluation showed scoring 98, which confirm the advance of independence in the area of personal care.

**Conclusion** the effectiveness of this approach was remarkable in the patient satisfaction and maximizes its functionality, which indicates the use of this service model was effective in its results for the patient.

**Texto Recibido:** 24/04/2015

**Texto Aceptado:** 26/09/2015

**Texto Publicado:** 30/11/2015

**Fuente de financiamiento:** no hubo financiación.

sinérgicos, IV-espasticidad comienza a perder su intensidad, así como las sinergias y el movimiento intencional se evidencia, V- poca disociación y la selectividad de los movimientos, VI y VII de la espasticidad prácticamente ausente la restauración completa de la función motora. El curso de la recuperación es impredecible porque algunas personas recuperan completamente la función, mientras que otros no se recuperan función significativa<sup>(3,8)</sup>.

El pronóstico recuperación funcional de la extremidad superior afectada depende de varios factores, y en algunos casos, cuando el sujeto se mantiene

causar dolor) y en consecuencia, una posible incapacidad funcional<sup>(6, 8)</sup>. Así, el secuelas del Accidente Cerebro-Vascular causan un impacto significativo en el rendimiento de la persona en todas las zonas de ocupación: actividades de la vida diaria (AVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), la educación, el trabajo, el juego, el ocio, la participación social, el descanso y el sueño.

La recuperación funcional de la parte del cuerpo afectada se puede producir en siete fases: I- hipotonía inmediato, II-Principal de la aparición de la espasticidad, III- espasticidad es evidente y aparecen las primeras posturas

durante mucho tiempo la etapa flácida si la evidencia la falta de motilidad y sensibilidad<sup>(3)</sup>.

Si bien no hay retorno de la función motora y / o la integridad física hemipléjica superior sensible, debería alentarse al paciente a desarrollar la autonomía en las actividades diarias, incluso si que modifican el equipo o el medio ambiente.

En terapéutica después del accidente cerebrovascular, se utilizan varios modelos y enfoques. Los modelos conceptuales son representaciones de las teorías básico que subyace en la práctica, dibujando un marco de acción y combinar la teoría con la práctica; cada modelo está rodeado de enfoques, es decir, las técnicas propias que aplican la teoría en la práctica <sup>(4)</sup>.

Entre los modelos existentes en la práctica de la terapia ocupacional, se decidió en este caso por modelo con un enfoque en las técnicas compensatorias.

Las técnicas compensatorias son conocida como el uso de características que permiten que la persona con discapacidad para compensar sus discapacidades residuales mediante prótesis, los recursos para la vida diaria o adaptaciones ambientales<sup>(4)</sup>.

Si una persona pierde sus habilidades aprendidas, es necesario un período de reajuste, combinado con una formación y práctica de nuevos métodos y técnicas compensatorias. Un método de intervención dirigido a "encontrar formas de revisar el actual contexto o las demandas de la actividad para apoyar el desempeño en el medio natural, [incluyendo] técnicas compensatorias<sup>(5, 1)</sup>. Por lo tanto, este enfoque permite que el terapeuta ocupacional cambio el método, equipos e incluso el ambiente en el cual se está realizando la tarea con el fin de promover la autonomía. El objetivo de este estudio fue describir el uso de estrategias compensatorias en el cuidado de un paciente con secuelas de Accidente CerebroVascular.

## **METODOLOGÍA**

Esta investigación es un relato de experiencia del académicos del cuarto ciclo de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Sergipe (UFS) - Brasil, durante el Internado Rehabilitación Física Obligatorio Adulto, Condado de Lagarto en el Estado de Sergipe en el periodo comprendido entre el 28/10/2014 al 13/02/2015.

Se utilizó como muestra de esta investigación intervenciones con un solo paciente.

La variable investigada en este estudio fue la independencia funcional que consiste en tareas de cuidado personal (alimentación, vestirse, bañarse, higiene personal, control de esfínteres, usar el baño) movilidad (Descargas: Cama, Silla, Silla de ruedas , Aseo, Aseo, Bañera o ducha); locomoción; comunicación (comprensión y expresión); conocimiento social (interacción social, resolución de problemas de memoria).

El instrumento utilizado para medir esta variable fue la Medida de Independencia Funcional (MIF).

La MIF busca evaluar cuantitativamente la carga demandada por una persona de cuidado para la realización de una serie de tareas motoras y cognitivas de la vida diaria. Se puede dividir en dos áreas: el motor y cognitivo, y en estas áreas, se evalúa al individuo de acuerdo a la puntuación de "1" a "7", donde "1" significa que el paciente tiene necesidad total de la ayuda, "2" máxima asistencia; "3" ayuda moderada, "4" ayuda con contacto mínimo, "5" supervisión o preparación, "6" independencia modificada (uso de tecnología de asistencia, lenta o riesgo de seguridad) para "7" independencia completa. La suma indica que la puntuación entre 18-45, indica la dependencia completa, 46-99 independencia modificada y 100-126 indica la Independencia total. Su

aplicación puede hacerse a través de entrevistas o la observación directa durante la terapia.

## **EXPOSICIÓN DEL CASO**

J.S.R, de 55 años, casado, padre de dos hijos, agricultor, católica, diagnosticado con isquémica tipo de accidente cerebrovascular, recibido este diagnóstico durante más de dos años. Muestra la estructura del motor con hemiplejía (ausencia de movimiento y sensorial) de la mano dominante (derecha), dificultad para caminar, usa el bastón con cuatro soportes y presenta algunas deficiencias de los componentes cognitivos (como la atención, la secuenciación, categorización, memoria, cálculo y orientación espacial topográfico). El paciente se queja de la funcionalidad de la extremidad hemipléjica y el regreso de las actividades de la vida diaria. Paciente comenzó las sesiones y pronto se evaluó con el instrumento MIF que mostró una dependencia moderada de la condición del paciente, principalmente en los alimentos, la ropa, el baño, la higiene personal, la movilidad, la resolución de problemas y la memoria. La puntuación inicial de 80 indica la dependencia de un cuidador en la mayoría de las actividades de la vida diaria.

## **PREGUNTA PARA EL LECTOR**

*¿Cuáles son las estrategias utilizadas por el método de compensación en un paciente con secuelas de ictus para maximizar la independencia en las actividades cotidianas?*

## RESPUESTA

*¿Cuál crees que sería el perfil ocupacional para sus actividades de la vida diaria instrumentales y participación social empleando la CIF (19)?*

*¿Cuál crees que podrían ser las intervenciones utilizando el modelo de MOHO?*

*¿Cuál crees que sería el perfil ocupacional para sus actividades de la vida diaria instrumentales y participación social empleando la CIF (19)?*

El planteamiento de la compensación se utiliza en este caso se refiere a las acciones para cambiar la forma en que se realizan las tareas, así como cambiar los objetos utilizados y el entorno externo.

El modelo utilizado en este caso también es compatible con los principios de la literatura<sup>(4, 5, 6)</sup>, en el que los modelos y enfoques de tipo compensatorio buscan capacitar a la gente para compensar su discapacidad con el uso de prótesis y adaptaciones (tecnología de asistencia). Se utiliza principalmente cuando las capacidades del paciente son limitados o cuando se perdieron. Este enfoque permite a los individuos a vivir y trabajar con la capacidad restante. Así, el enfoque en el programa de tratamiento es en las capacidades y no a discapacidad. Su objetivo es ayudar al paciente a aprender cómo bordea o compensar las limitaciones físicas, cognitivas y percepción<sup>(6)</sup>.

En línea con las quejas del paciente y los resultados de la evaluación estandarizada utilizada, las acciones se estructura a partir de las áreas de las zonas de ocupación considerados problemas. Para la categorización de estas áreas, el documento: Proceso versión AOTA en portugués (2010) de dominio y, se utilizó.

Acciones durante el tratamiento se basaron en el nuevo documento AOTA (Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2010). Según este documento, el desempeño ocupacional se refiere a la capacidad del individuo para realizar las tareas correctamente y de manera satisfactoria el resultado de dinámica, el

contexto, el medio ambiente y la actividad del paciente. La evaluación de desempeño ocupacional implica analizar todos los elementos que lo componen: la ocupación de áreas, las características del cliente, habilidades rendimiento, estándares de desempeño, los contextos y entornos y demandas de la actividad<sup>(1)</sup>.

En el área de ocupación Actividades de la Vida Diaria (AVD): Durante las primeras visitas al paciente se le enseñó a atar los cordones de los zapatos y el manejo de los botones de la ropa utilizando ambas manos, sin embargo la extremidad hemipléjica superior se utilizó como soporte y apoyo durante la actividad, paciente tuvo éxito en todas las tareas. La estrategia para cambiar el método o la forma en la ocupación se lleva a cabo cumple el supuesto de compensatória enfoque.

Para la comida se hizo un cuchillo en el balance para cortar carne, además de capacitación para su uso. Para la taza, una taza con dos asas para que el paciente use ambas manos durante la adopción de la actividad. Para el baño en una espuma de adaptación se utilizó, pegado a la pared, para permitir que el paciente puede lavarse la espalda y el brazo no afectado; Se hizo un guante atoalhada con soporte para el jabón para facilitar el baño, además de un mango largo pincel de luz se añadió la actividad para facilitar la limpieza de la espalda y las extremidades inferiores, también fue guiado el uso de una silla de ducha para el paciente realizar la actividad más seguro.

Aún en la zona de AVD, específicamente en el cuidado personal, se hicieron dos ajustes: Adaptación de hilo dental, que consiste en un soporte para el alambre fue pegado y así prescindir de la utilización de ambas manos durante la ejecución de la tarea, y la adaptación cortaúñas, donde dos soportes de madera fueron fijadas para permitir que la unidad de corte con los pies.

Para la mayoría de las piezas de prendas de vestir se intercambiaron de piezas más grandes, pero estéticamente aceptable para el paciente, para facilitar la actividad. El método también ha cambiado, ya que la extrema dificultad de llevar a cabo la actividad en la posición de pie, el paciente fue remitido al estar sentado o apoyado en la pared. Correas fueron cosidas en los pantalones y la ropa interior para un fácil agarre. Se realizó un cable prensatelas (engrosada) para ayudar en la eliminación de los calcetines y zapatos.

Para la movilidad en la comunidad, las técnicas de balance se trabajaron para que el rendimiento de viajar en el autobús y en un terreno desigual fue maximizado, ya que la participación de un hemicuerpo interfiere con el desplazamiento del centro de gravedad, lo que genera una asimetría postural, pérdidas en reacciones de equilibrio y la protección en el lado afectado.

En cuanto al trabajo huella, el paciente que ya había trabajado con la agricultura y los animales, se fue a trabajar actividades supervisadas y planificación en vez de llevar a cabo las actividades. Incluso sin tener que regresar a la actividad origen, la reanudación de los trabajos de ocupación, aunque sea en un puesto diferente era esencial para la interacción social y la autoestima del paciente.

En cuanto a la participación social, se anima al paciente a volver a sus actividades sociales. Durante la intervención el paciente ganó más de las capacidades funcionales, sino también la confianza para reanudar las actividades sociales que eran importantes para ellos. Regresó a asistir a las actividades de la iglesia, y participar más eventos en su comunidad.

El terapeuta ocupacional tiene la función principal de ser un facilitador para un rendimiento óptimo en el trabajo, por lo que con el fin de que los pacientes regresen a sus papeles ocupacionales<sup>(2)</sup>. "La capacidad funcional, o la independencia operativa es la capacidad para cumplir con las acciones



requeridas en la vida diaria para mantener el cuerpo y sobrevivir manera independiente<sup>(2)</sup>"

La tecnología de asistencia se utilizó ampliamente durante el proceso de la terapia ocupacional. La tecnología de asistencia permite al cliente participar en tareas que son importantes, proporcionando un sentido de propósito a la vida. Las tecnologías de asistencia ayudan a proporcionar o ampliar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad y, por tanto, promover una mayor independencia<sup>(7)</sup>.

Después de la intervención, que consistió en el uso del enfoque compensatorio y la tecnología de asistencia, la revalorización mostró anotar 98 (MIF), lo que confirma el avance de la independencia en el área de cuidado personal.

El planteamiento de la compensación, ya que es un resultado a corto plazo de la intervención, se reunió con las expectativas de nuestros pacientes, correspondiendo así a sus deseos, que se repitieron cada servicio; y su satisfacción fortalecida y vinculada a las estrategias propuestas cada vez más.

## **CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta los resultados observados en el paciente y su satisfacción a cambio de hacer sus actividades de la vida diaria, se observa que el planteamiento de la compensación, a través del proceso de reaprendizaje, trae intrínsecamente de un aspecto motivador fuerte, lo que permite al terapeuta a utilizar otros enfoques con una mayor sensación del paciente. La velocidad del proceso y la concreción de los resultados avalan la terapia, dándole credibilidad también a sus familias, que ven en el corto plazo, una mayor independencia del paciente.

De esta manera, podemos destacar la importancia de este enfoque en los casos de pacientes hemipléjicos, frente a la disfunción como agente adoeedor, desde

que el hombre es un ser de naturaleza funcional, y la prevención de la realización de las actividades básicas de la vida diaria implica no sólo la tratamiento, sino también sus relaciones sociales.

Experiencia en el uso de este enfoque nos ha llevado a una constante investigación y aclara que mucha discusión adicional de este enfoque es necesario.

## Bibliografía

1. Carleto DGS, Souza AC, Silva M, Da Cruz DMC, Andrade VS. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo – 2.<sup>a</sup> Ed. Occupational therapy practice framework: domain & process. 2ND. Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba. 2010; 3(2): 57-147.
2. Couto FBD. Resiliência e capacidade funcional em idosos. Rev. Kairós, São Paulo. 2010; 7: 5-7.
3. Freitas ED. Manual prático de reeducação motora do membro superior na hemiplegia: fundamentado no método Brunnstrom. São Paulo: Memno; 2000.
4. Hagerdon R. Fundamentos para a prática em terapia ocupacional. São Paulo: Roca; 2003.
5. Hagedorn R. Ferramentas para a prática em Terapia Ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. São Paulo: Roca; 2007.
6. Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para a Disfunções Físicas. São Paulo: Roca; 2004.
7. PElosi MB. O papel do terapeuta ocupacional na tecnologia assistiva. Cad. Ter .Ocup. UFSCar. 2005; 13(1): 39-45.
8. Teixeira, IN. O envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; 13(2): 2171-2178