

Caso clínico PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE AFECTO DE HEMIPLEJIA DERECHA: TRATAMIENTO REHABILITADOR CENTRADO EN FUNCIONALIDAD DE EXTREMIDAD SUPERIOR

PLAN OF INTERVENTION FROM OCCUPATIONAL THERAPY IN A PATIENT WITH RIGHT HEMIPLEGIA: TREATMENT REOUTFITTER CENTRED ON FUNCTIONALITY OF UPPER EXTREMITY

Autor

Yasmina Domínguez Ros^a, Mageda Elmacouti Bouhsain^b, Isabel Villarreal Salcedo^c, Rocío Cantín Cantín^d.



Resumen

Introducción: los tumores localizados en el Ángulo Pontocerebeloso suelen ser benignos, sin embargo, dada su ubicación, representan entidades de difícil tratamiento para lograr su extirpación o desvitalización sin producir secuelas importantes. Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 55 años de edad afecto de hemiplejia derecha secundaria a pluripatología (tumor ángulo pontocerebeloso y múltiples accidentes cerebrovasculares). **Métodos:** con el objetivo de fundamentar la intervención desde el punto de vista teórico y práctico, se exponen los marcos y el modelo de referencia utilizados de guía para la realización de la rehabilitación: Marco de referencia rehabilitador, Modelo de Ocupación Humana, Marco de referencia biomecánico. Para valorar la eficacia del tratamiento desde Terapia Ocupacional, se han utilizado cuatro tipos de evaluaciones, con el fin de tener una idea global sobre los déficits del paciente y poder fijar así los objetivos. Las evaluaciones utilizadas han sido las siguientes: Índice de Barthel, Índice de Lawton y Brody, Exploración Física (Daniels), Test Cochin de Funcionalidad de Manos. **Conclusiones:** desde Terapia Ocupacional se propone la realización de un plan de intervención con sus correspondientes objetivos a lograr en un periodo de 3 meses (enero 2017 - marzo 2017), este plan se centra fundamentalmente en mejoras del desempeño del paciente en la realización de las Actividades de la Vida Diaria. Se valora la funcionalidad del paciente pre-tratamiento de Terapia Ocupacional y se evalúan los resultados post-intervención para determinar la efectividad del programa de Terapia Ocupacional dentro del proceso rehabilitador.

DeCS Accidente Cerebrovascular; Ictus; Hemiplejia; Terapia Ocupacional; Extremidad Superior; Tratamiento; Rehabilitación. **Palabras clave** Tumor Ángulo Pontocerebeloso; Plan de intervención.

Summary

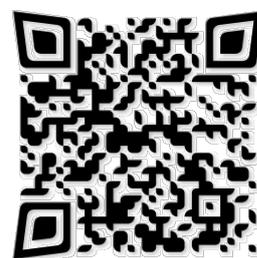
Introduction: the tumors located in the Angle Pontocerebeloso are in the habit of being benign, nevertheless, given their location, represent entities of difficult treatment to achieve their extirpation or desvitalización without producing important sequels. One presents the clinical case of a 55-year-old patient male of age affection of hemiplejia right secondary to pluripatología (tumor angle pontocerebeloso and multiple cerebro-vascular accidents). **Methods:** in order to base the intervention from a theoretical and practical point of view, the frameworks and the reference model used for rehabilitation are presented: rehabilitation framework, human occupation model, biomechanical framework. To evaluate the effectiveness of the treatment from Occupational Therapy, four types of evaluations have been used, in order to have a global idea about the patient's deficits and to be able to fix the objectives. The evaluations used were as follows: Barthel Index, Lawton and Brody Index, Physical Examination (Daniels), Cochin Hand Functional Test. **Conclusion:** from Occupational Therapy one proposes the accomplishment of a plan of intervention with his correspondent's objective to manage in a period of 3 months (January, 2017 - March, 2017), this plan centres fundamentally on improvements of the performance of the patient on the accomplishment of the Activities of the Daily Life. There is valued the functionality of Occupational Therapy's patient pre-treatment and the results evaluate post-intervention to determine the efficiency of Occupational Therapy's program inside the process reoutfitter.

MeSH Cerebro-vascular Accident; Stroke; Hemiplejia; Occupational Therapy; Upper extremity; Treatment; Rehabilitation. **Key words** Angle Pontocerebeloso Tumor; Plan of intervention.

Como citar este documento

Domínguez Ros Y, Elmacouti Bouhsain M, Villarreal Salcedo I, Cantín Cantín R. Plan de intervención desde terapia ocupacional en un paciente afecto de hemiplejia derecha: tratamiento rehabilitador centrado en funcionalidad de extremidad superior. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2017 [fecha de la consulta]; 14(26): 520-28. Disponible en: <http://www.revistatoq.com/num26/pdfs/caso3.pdf>

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



Texto recibido: 15/07/2017 Texto aceptado: 04/10/2017 Texto publicado: 30/11/2017

^aTerapeuta Ocupacional. E-mail de contacto: yasminadr@hotmail.com; ^bTerapeuta Ocupacional. E-mail de contacto: magdouline23@gmail.com; ^cDoctorada en Medicina y Cirugía. Médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física. E-mail de contacto: ivillarr@unizar.es; ^dTerapeuta ocupacional. E-mail de contacto: rociocantin@hotmail.com



Introducción

El paciente en el cual se basa esta intervención terapéutica sufrió 7 Accidentes Cerebro Vasculares (a partir de ahora ACV) como consecuencia de un tumor pontocerebeloso.

Los tumores en el Ángulo Pontocerebeloso son tumores ubicados en un área compleja en la base del cráneo, dentro de la fosa posterior, rodeados de nervios, vasos sanguíneos y tejido neural vital. Estos tumores en general son benignos, sin embargo, dada su ubicación, representan entidades de difícil tratamiento para lograr su extirpación o desvitalización sin producir secuelas importantes. Es una zona sumamente delicada al estar delimitada por estructuras vitales ⁽¹⁾.

Los síntomas son variables en tipo e intensidad. Generalmente aparece hipoacusia del lado correspondiente al tumor, que es lo primero que nota el paciente. En otras ocasiones, los pacientes permanecen asintomáticos durante bastante tiempo, cuando finalmente se realiza un estudio de imagen o de la función del octavo par, se pueden detectar tumores de gran tamaño, que han ido creciendo lentamente durante años ⁽¹⁾. Los tumores del Ángulo Pontocerebeloso constituyen alrededor del 10% de los tumores intracraneales (ver imagen 1)

Los neurocirujanos son los especialistas que se encargan de tratar a los pacientes portadores de estos tumores en caso de precisar intervención quirúrgica. En la evaluación y el tratamiento tienen un papel fundamental también otorrinolaringólogos especializados en algunos abordajes de la cirugía de estas áreas, neurólogos, neurofisiólogos y radio-terapeutas entre otros especialistas. Como en la mayoría de estos casos, médicos rehabilitadores, foniatras, logopedas, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales tienen un rol relevante en el tratamiento post-operatorio y en la recuperación de estos pacientes ⁽¹⁾.

Tumor	Porcentaje
Primarios	
<i>Benignos</i>	98
Schwannomas del VIII par	75-90
Meningiomas	5-13
Colesteatoma primario	3-6
Schwannomas del VII par y otros pares	1-2
<i>Malignos</i>	
Schwannomas malignos	1
sarcomas, gliomas	
Metastásicos	
Mama, riñón, pulmón, estómago, laringe, próstata y tiroides	1

Imagen 1 Tipos de tumores que pueden aparecer en el ángulo pontocerebeloso⁽²⁾

Como se ha nombrado anteriormente, el paciente a estudio presentó varios ACV, producidos por una disminución del aporte sanguíneo al cerebro, ya sea por la rotura de un vaso sanguíneo o por el taponamiento del mismo. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro sufrió hipoxemia, como consecuencia, las células nerviosas del área del cerebro afectada no recibieron oxígeno, originando una alteración en la función de la que es responsable ese área cerebral dañada. Los ACV constituyen la causa más frecuente de daño cerebral adquirido.

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS ⁽³⁾, los ACV son la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en personas adultas en los países desarrollados. Provocan limitaciones a todos los niveles afectando tanto a componentes físicos como cognitivos y psicosociales. Al ser una patología que puede aparecer en cualquier momento del desarrollo vital, unido a las variables individuales de cada persona y al territorio afectado, las manifestaciones clínicas en cada paciente serán diferentes ⁽⁴⁾.

Consecuentemente, las necesidades para el mantenimiento del rol ocupacional del paciente, así como las intervenciones de tratamiento desde terapia ocupacional variarán de unas personas a otras.

En el caso de este paciente, los ACV provocados por el tumor, desencadenaron una hemiplejía. La hemiplejía consiste en una alteración de un lado del cuerpo y produce una afectación motora y/o alteración de la sensibilidad de ese hemicuerpo. Con frecuencia, además de la parálisis, quedan disminuidas otras funciones, como la visión, la capacidad auditiva, el habla e incluso aspectos cognitivos y conductuales.



Como consecuencia el paciente ha presentado alteraciones motoras en las extremidades superior e inferior derechas, implicando estos déficits, una disminución en sus capacidades funcionales diarias. El objetivo de este trabajo se centra principalmente en el seguimiento del tratamiento desde terapia ocupacional y valorar la mejora funcional post-intervención terapéutica.

Este trabajo se justifica con el fin de demostrar la efectividad de un tratamiento individualizado y específico desde Terapia Ocupacional en un paciente afecto de hemiplejia en Extremidad Superior Derecha. En todos los niveles de intervención del ACV, la figura del terapeuta ocupacional desempeña un papel esencial, tanto en la actuación directa con el usuario, como en el asesoramiento y en el apoyo familiar o social.

La intervención ocupacional en este trabajo se dirige principalmente a las habilidades del desempeño sensitivomotoras y perceptivo-cognitivas, así como hacia la reeducación y el entrenamiento en las actividades de la vida diaria (a partir de ahora AVD), básicas e instrumentales; posteriormente se aconsejaría una intervención desde la Terapia Ocupacional más orientada hacia la integración social y laboral de la persona.

La Terapia Ocupacional interviene sobre la función, empleando procedimientos y actividades específicas para desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de funciones y actividades necesarias en la vida diaria, compensar las disfunciones y/o promover la salud y el bienestar. Las categorías de la función se clasifican como áreas del desempeño ocupacional (AVD básicas, instrumentales, descanso y sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación) y componentes del desempeño (motoras y praxis, sensoriales-perceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas, destrezas de comunicación y sociales).

El objetivo principal del plan de intervención realizado desde Terapia Ocupacional será mejorar la independencia en las actividades cotidianas del paciente, consiguiendo el máximo nivel posible de autonomía.

Método

Con el objetivo de fundamentar la intervención desde el punto de vista teórico y práctico, la Terapia Ocupacional ha desarrollado diversos marcos y modelos propios de la profesión. A continuación, se exponen los marcos y el modelo de referencia utilizados de guía para la realización de la rehabilitación:

- A. Marco de referencia rehabilitador.
El terapeuta ocupacional enseña al paciente a compensar su déficit mediante el uso de técnicas y/o equipos/tecnología adaptada, que incluyen la utilización de ortesis, productos de apoyo para la vida diaria o adaptaciones y modificaciones en el hogar y en el entorno. Los objetivos principales consisten en alcanzar la máxima independencia posible en las actividades diarias y en el desempeño de los roles vitales, así como la reinserción social y/o laboral ⁽⁵⁾.
- B. Modelo de ocupación humana (MOHO).
Los principios generales del MOHO son: la actividad humana necesaria para la vida, el ser humano como ser activo y la actividad espontánea e intrínseca del ser humano. El fin de la utilización de este modelo en la Terapia Ocupacional es proporcionar y/o facilitar un cambio en la vida del paciente, de modo que facilite la adaptación a sus circunstancias personales y contextuales.
- C. Marco de referencia Biomecánico.
Tiene como objetivo el incremento de la movilidad, de la fuerza muscular, de la estabilidad y la resistencia para la mejora de la función. El objetivo biomecánico medible es la flexión de articulación en la zona dañada ⁽⁶⁾.

Para valorar la eficacia del tratamiento desde Terapia Ocupacional, se han utilizado cuatro tipos de evaluaciones, cada una de ellas valora un ámbito diferente de la vida, con el fin de tener una idea global sobre los déficits del paciente y poder fijar así los objetivos para comenzar con el plan de intervención según estos, el paciente dio el Consentimiento Informado. Las evaluaciones utilizadas han sido las siguientes:

- Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice de Barthel.



- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Índice de Lawton y Brody.
- Balance Muscular: Exploración Física (Daniels).
- Test Cochin de Funcionalidad de Manos.

Exposición del caso

El paciente J.A.H de 55 años, padece una hemiplejía derecha como consecuencia de tumor pontocerebeloso (neurinoma del acústico) que dio lugar a varios ACV. La posición del paciente responde a patrón hipotónico de la extremidad superior derecha. Previamente al ACV, el paciente era ambidiestro, por lo que los ejercicios y actividades realizadas están enfocados a ganar fuerza en el miembro superior afectado y a potenciar las habilidades con la mano izquierda (sana) para ganar funcionalidad.

El paciente fue valorado con las evaluaciones nombradas anteriormente por primera vez en enero de 2017, una vez fijados los objetivos, se llevó a cabo el plan de intervención a lo largo de los tres meses siguientes y en marzo de 2017, el paciente fue reevaluado para comprobar así la evolución y eficacia del tratamiento desde Terapia Ocupacional.

Tras la realización de la primera evaluación, se procedió al análisis de las áreas en las que el paciente presentaba dificultades o déficits y se fijaron los siguientes objetivos en los que centrar el plan de intervención:

Objetivo principal (a largo plazo)

1. Mejorar independencia en las actividades cotidianas del paciente, consiguiendo el máximo nivel posible de autonomía.

Objetivos secundarios (a corto o medio plazo)

1. Mejorar la simetría postural tanto en sedestación como en bipedestación.
2. Integrar completamente en el esquema corporal el brazo afectado (derecho).
3. Regular el tono muscular y adquirir fuerza necesaria y dosificarla para recuperar funciones específicas de AVD.
4. Ganar fuerza y mejorar el agarre de las diferentes pinzas manuales, ganando habilidad manual con la mano pléjica.
5. Conseguir una adecuada proyección de la mano en el espacio.
6. Obtener la colaboración de la familia para continuar con los ejercicios y aprendizajes realizados en terapia en el domicilio

Pregunta al lector **¿Cuál ha sido el plan de intervención para J. A. H durante los 3 meses de tratamiento desde Terapia Ocupacional?**

¿Habrá logrado el paciente una mejora en cuanto a su nivel de autonomía y realización de ocupaciones?

Respuesta *¿Cuál ha sido el plan de intervención para J. A. H durante los 3 meses de tratamiento desde Terapia Ocupacional?*

Respuesta 1: Plan de Intervención.

En cuanto al Plan de intervención, debe plantearse de forma global sobre todas las áreas del mismo, centrándolo tanto en los problemas motores como en el reentrenamiento de AVD o en los posibles problemas perceptivos. Avanzando así de forma conjunta sobre todos los aspectos. Tampoco deben olvidarse los intereses y expectativas del paciente y sus familiares para adecuar el tratamiento en la medida de lo posible a los mismos.

Cada persona es única y por lo tanto la evaluación y tratamiento a llevar a cabo será diferente dependiendo de sus capacidades y déficits. No existen técnicas únicas, por lo que se deben conjugar todos los conocimientos de forma coherente y eficaz para poder atender las necesidades específicas de cada paciente.



La problemática que presenta el paciente hemipléjico es compleja, por este motivo, se debe planificar un programa terapéutico que permita subsanar las necesidades individuales del paciente, ayudándole a conseguir la máxima capacidad funcional. A continuación, se presentan las actividades en las que se ha basado la rehabilitación para alcanzar los objetivos planteados.

Actividades realizadas a lo largo del tratamiento:

1. Ejercicio preparatorio para la realización de actividades:

BAÑOS DE CONTRASTE: En los baños de contraste el paciente se sienta con una buena posición en la silla frente a la pila del agua caliente, ésta se llena de agua a 38 / 40°C y junto a ella se coloca en una mesa la pila con el agua fría que se encuentra a 10°C. A continuación, se cronometra el tiempo que debe estar la mano afectada en cada pila siguiendo la serie (ver figura 2).

○ Pila caliente: 2 min
○ Pila fría: 1 min
○ Pila caliente: 2 min
○ Pila fría: 1 min
○ Pila caliente: 3 min

Figura 2. Serie. (Elaboración propia, 2017).

Una vez realizados estos tiempos, con una toalla limpia el paciente se seca adecuadamente la mano para proceder a comenzar el resto de actividades.

Con esta actividad se busca: aumento del riego sanguíneo y estimulación de vasodilatación y vasoconstricción, reducción del edema y disminución de la rigidez y dolor previos a la rehabilitación, movilización y estimulación del SNA. Además de la limpieza de la mano para trabajar mejor con los materiales posteriormente.

2. Ejercicios para mejorar movilidad y fuerza en miembro superior derecho y ganar precisión y control en las distintas pinzas manuales.

PLANCHAS: el paciente se sienta con una correcta posición frente a la mesa. A continuación, se le pide la realización de una serie de movimientos con la mano afectada, realizando un agarre distinto dependiendo de la plancha. Primero con la plancha de puño realiza sobre la mesa círculos hacia ambos sentidos y después se le pide que ``dibuje una M`` en la mesa, tras varias repeticiones de este ejercicio se pasa a trabajar con la plancha que mantiene la mano en extensión y realiza las actividades anteriores, también repitiendo el movimiento un par de veces. Una vez que el paciente es capaz de realizar el ejercicio con la plancha sin problemas, se coloca peso en ésta (3.5kg) aumentando la dificultad progresivamente.

LIJADORA: el paciente se sienta con una buena alineación corporal frente a la lijadora, a continuación, se gradúa el peso de la lijadora dependiendo del usuario y con ambas manos se le pide que realice movimientos de subida y bajada, trabajando así flexo-extensión de codo y hombro, entre otros sistemas neuromusculares de miembro superior. Con esta actividad también se logra la inclusión del brazo afectado en el esquema corporal ya que se trata de una actividad bimanual.

CANICAS Y BOLAS DE METAL: el paciente se sienta con una buena posición frente a la mesa. Le pedimos que coja las canicas de tamaño medio mediante la realización de una pinza interdigital. A la hora de soltar las canicas sobre el cesto debe realizar un movimiento de prono-supinación, comienza el ejercicio cogiendo y soltando canicas de una en una y se aumenta la dificultad progresivamente.

MASA TERAPÉUTICA: el paciente se sienta con una adecuada posición frente a la mesa y mediante una presa digito palmar de garra va trabajando la masa. A continuación, se adhiere la masa en la mesa y el paciente debe realizar ``pellizcos`` a la masa con una pinza subterminal-subterminal, cambiando cada vez con un dedo distinto.

En este caso, se utiliza la masa terapéutica amarilla que tiene una resistencia media-alta para amasar y la masa terapéutica azul para la realización de los ``pellizcos``.

También se pueden realizar actividades combinando varios materiales, como introducir bolas de

metal en la masa y esconderlas, a continuación, el paciente debe ir con la mano afectada trabajando la masa y sacando las bolas, incluyendo de esta manera más objetivos en la actividad.

PINZAS: el paciente se sienta de manera correcta frente a la mesa. A continuación, se le pide que mediante la realización de una pinza subtermino-subterminal, vaya cogiendo las pinzas de la barra vertical y las deposite en la cesta. Posteriormente realiza la misma operación, pero recogiendo de la cesta y colocándolas en la barra vertical. El ejercicio debe realizarse cambiando de dedos, de forma que finalmente haya realizado la pinza con todos los dedos de la mano. Contamos con pinzas de diferentes resistencias y tamaños que vamos adaptando según la demanda del paciente. En este caso el paciente realiza el ejercicio con las pinzas verdes (las que mayor resistencia oponen).

ANILLAS DE METAL: el paciente se sienta adecuadamente. Se colocan en el borde de la mesa una serie de anillas de metal en fila y se le pide que vaya cogiéndolas con el dedo pulgar de tres en tres, las mantenga en la palma y vaya introduciéndolas en la hucha de una en una. Una vez finalizado el ejercicio con la mano afectada se le pide la realización del mismo con la otra para potenciar la disociación de dedos.

3. Ejercicios en bipedestación para mejorar movilidad y equilibrio:

DAMERO: el paciente se coloca en bipedestación frente al damero con una buena alineación corporal y se le pide que coja los palos de uno en uno con el brazo afectado, de arriba-abajo y de izquierda a derecha, fomentando así el rastreo visual ordenado. Con esta actividad se trabaja sobre todo elevación de hombro y equilibrio en bipedestación. Se trata de una actividad que tiene flexibilidad a la hora de graduar la dificultad. Por ejemplo, a la hora de coger el palo con la mano derecha se le pide que lo pase por detrás de la nuca o de la espalda y lo deposite de nuevo, incluyendo de esta forma la implicación de más sistemas neuromusculares en la actividad.

CUADRO CON CUERDA Y ESCALERA: el paciente se coloca en bipedestación frente al cuadro con una buena alineación corporal y se le pide que pase la cuerda de un extremo al otro del cuadro en escala, siendo cada vez mayor la altura. Con este ejercicio se trabaja sobre todo elevación de hombro.

4. Ejercicios para trabajar la autonomía y ganar funcionalidad en Actividades de la Vida Diaria:

ENTRENAMIENTO AVD VESTIDO (BOTONES, CREMALLERA Y LAZADAS): el objetivo de este ejercicio es observar la realización de estas actividades cotidianas por el paciente y en el caso de que tenga dificultades en su realización, analizar los déficits y buscar distintas alternativas para conseguir el éxito en su realización. La utilización de cuadros como los de la imagen en lugar de la realización de este tipo de ejercicio directamente en prendas del paciente, ayuda a que éste se frustre menos en la realización de la actividad ya que es una forma de trasladar la tarea a otro ámbito menos personal.

¿Habrá logrado el paciente una mejora en cuanto a su nivel de autonomía y realización de ocupaciones?

Respuesta 2: Resultados (Ver Tabla 1).

En el transcurso de los tres meses de tratamiento, se pueden apreciar cambios en tres de las valoraciones realizadas:

1. Índice de Barthel, engloba las diferentes áreas de las Actividades de la Vida Diaria. A lo largo del tratamiento el paciente ha subido de una dependencia leve (>65) a ser independiente (100). Estos cambios se han producido en las siguientes áreas:
 - Aseo, paciente comenzó necesitando ayuda o supervisión de su mujer en la realización de la actividad y actualmente es capaz de lavarse, entrar y salir del baño sin ayuda ni supervisión.
 - Arreglo, al comienzo del tratamiento el paciente necesitaba ayuda para afeitarse y que otra persona le proporcionara los instrumentos necesarios para su arreglo personal.



Actualmente es capaz de usar la maquinilla eléctrica y de seleccionar por él mismo los instrumentos necesarios.

- Deambulación, al comienzo del tratamiento el paciente deambulaba con apoyo físico o con ayuda técnica de un andador y actualmente puede caminar de manera independiente sin Ayudas Técnicas con supervisión. También ha aumentado su resistencia al cansancio, aguantando más tiempo en bipedestación.
- Subir y bajar escaleras, a diferencia del comienzo, actualmente ya no necesita ayuda o supervisión.

2. Lawton y Brody, engloba diferentes Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Aunque la puntuación inicial y final de esta

evaluación es la misma, han cambiado algunas subáreas dentro de las actividades generales que forman esta evaluación. Entre ellas ha mejorado la capacidad de usar el teléfono, ya que actualmente tiene una mayor destreza con la mano afectada. Tiene mayor independencia a la hora de ir de compras y han disminuido a nivel cognitivo mnésico los problemas en la toma de su medicación, respecto a la hora y las dosis correctas.

TABLA 2: Resultados de las valoraciones pre y post tratamiento.

VALORACIONES	INICIAL (ENERO 2017)	POST-TRATAMIENTO (MARZO 2017)
ÍNDICE DE BARTHEL	75/100 Dependencia Leve	100/100 Independiente
ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY	7/8	7/8
EXPLORACIÓN FÍSICA (DANIELS)	ABDUCCIÓN HOMBRO: 4/5 PINZAS: 4/5	ABDUCCIÓN HOMBRO: 5/5 PINZAS: 5/5
TEST COCHIN DE FUNCIONALIDAD DE MANOS	25/90	17/90

Elaboración propia, 2017.

3. Exploración física (Daniels), el paciente ha ganado fuerza y control general en todo el hemicuerpo afectado. Centrándonos en la extremidad superior derecha los cambios más significativos se aprecian en hombro aumentando la amplitud de rango articular y en la precisión y fuerza de las pinzas manuales.

4. Test Cochine de funcionalidad de manos, debido a la rehabilitación en las áreas anteriores, se aprecia una mejora en la funcionalidad de la mano derecha. Al comienzo del tratamiento el paciente tenía dificultades a la hora de coger objetos pesados con esta mano y de pelar fruta, estas dificultades se han visto solucionadas por el aumento de la fuerza y precisión. También tenía dificultades en abotonarse la camisa y atarse los zapatos, que se han ido solucionando con el aumento de la destreza manual.

Discusión

Gracias al trabajo coordinado por parte del médico rehabilitador, fisioterapia y terapia ocupacional, se ha conseguido obtener unos resultados favorables de acuerdo a las demandas planteadas por el paciente.

Los resultados obtenidos evidencian que los objetivos planteados desde Terapia Ocupacional con el fin de tratar y compensar los déficits para conseguir la máxima capacidad funcional se han logrado. Se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido desde que el paciente sufre esta patología, hasta el momento en el que comienza en la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" para ser valorado y rehabilitado de forma continua. Sin olvidar que, gracias a la plasticidad neuronal, la máxima recuperación funcional se logra en los primeros 6 meses⁽⁷⁾, pero no por ello hay que dejarla una vez transcurrido este tiempo, sino que debe prolongarse un mínimo de un año, para mantenerse de forma domiciliaria posteriormente.

Aunque, los principales avances en la recuperación del paciente ocurren durante los 6 primeros meses, luego, a medida que transcurre el tiempo, los resultados a obtener tienden a ser menores⁽⁷⁾. Algunos estudios evidencian que la mejoría funcional es mayor durante el primer mes después del ACV, se mantiene hasta el tercer mes, y va descendiendo a partir del sexto^(8, 9). Sin embargo,



después del año puede existir mejoría. Además, es importante señalar que un 10% de los pacientes con un ACV va a mejorar con o sin ningún tratamiento rehabilitador, otro 10% no lo hará, aunque se le apliquen diversos procedimientos y el 80% restante dependerá de una correcta intervención neurorehabilitadora ⁽¹⁰⁾.

En cuanto a las actividades específicas de la vida diaria y el tiempo requerido para su recuperación, los resultados obtenidos en esta intervención coinciden con lo planteado por diferentes autores⁽¹¹⁻¹³⁾, la marcha es generalmente lo primero en recuperar, y posteriormente el miembro superior afectado. Ello, además de tener una explicación fisiopatológica, también se debe a que para el paciente son elementos prioritarios en su recuperación ⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, es importante recalcar el apoyo emocional proporcionado por el entorno del paciente. Es, según diversos estudios ^(14, 15), un pilar indispensable

Conclusión

Es fundamental una evaluación previa que recoja la información necesaria para programar la intervención terapéutica más adecuada en relación a los problemas específicos del paciente.

La intervención desde Terapia Ocupacional es efectiva y eficaz para el paciente, ya que se ha podido apreciar una evolución positiva a lo largo de los tres meses, apreciable en la mejoría física y en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, por lo que se ha cumplido el objetivo general. El comienzo precoz del tratamiento y la realización prolongada en el tiempo ha sido determinante para la mejora funcional del paciente.

Serían necesarios más estudios, metodológicamente correctos, para ampliar la evidencia en torno al papel del Terapeuta Ocupacional en pacientes afectados de ACV.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a la doctora Isabel Villarreal y a la Terapeuta Ocupacional Rocío Cantín por el apoyo y buen asesoramiento a lo largo del trabajo, también agradecer la participación al paciente en el que se centra el artículo ya que sin él no habría sido posible.

Este artículo no cuenta con conflicto de intereses ni la investigación del mismo ha recibido financiación para su realización.

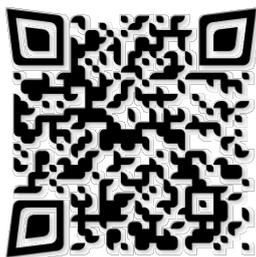
Referencias bibliográficas

1. Neuromed.cl. (2014). Neurología | Neurocirugía. Tumores del Ángulo Pontocerebeloso. Chile. [Internet] [Consulta el 24 Enero. 2017]. Disponible en: <http://www.neuromed.cl/articulo-tumores-del-angulo-ponto-cerebeloso.php>
2. Hernández Valencia G, Saynes Marín FJ, Mendizábal Guerra R. Enfermedad tumoral del ángulo pontocerebeloso. Casuística y tratamiento conjunto otorrinolaringológico y neuroquirúrgico. Medigraphic [Internet]. 2006 [Consulta el 28 Enero 2017]; 51. 135-143. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2006/aom063h.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. The atlas of heart disease and stroke. [Internet] [Consulta el 24 Enero. 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
4. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Márquez G. Tratamiento de la extremidad superior en la hemiplejía desde Terapia Ocupacional, TOG (A Coruña) [Internet]. 2010 [Consulta el 24 Enero 2017]; 7(11): [24p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
5. Fonseca Banco P, Traumatismo Craneoencefálico y Terapia Ocupacional: una revisión bibliográfica [Internet] A Coruña 2013 [Consulta el 12 Abril 2017] Disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/12509/FonsecaBlanco_Pablo_TFG_2014.pdf?sequence=2
6. Blog ATODA – Terapia Ocupacional [2013]. Terapia Ocupacional, algunos Modelos y Marcos de Referencia [Internet]. [Consulta el 2 de Mayo 2017]. Disponible en: <https://atodaalicante.wordpress.com/2013/05/20/algunos-marcos-de-referencia-en-terapia-ocupacional/>
7. Bayon M, Martínez J. Plasticidad cerebral inducida por algunas terapias aplicadas en el paciente con ictus. ISSUE. 2008; 42 (2): 86 -91.
8. Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin 2009; Vol.70 (3): 25-40.
9. Durà Mata MJ, Molleda Marzo M, García Almazán C, Mallol Badellino J, Calderón Padilla V. Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física 2011; 45(1): 18-23.



10. Estévez Perea A, Coll Costa J, Estévez Perera A. Satisfacción de pacientes hemipléjicos luego de un programa individualizado de ejercicios físicos.[Internet] Cuba; 2012 [Consulta el 27 Abril 2017] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi08111.htm
11. Ghika-Schmid, Van Melieg, Guex P, Bogousslauky J. Subjective experience and behavior in acute stroke: the Lausanne Emotion in Acute Stroke Study. Neurology. 2005; 52 (1):22-8.
12. Pang MY, Eng JJ, Dawson AS, McKay HA, Harris JE. A community based fitness and mobility exercise program for older adults with chronic stroke: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(10): 1667-74.
13. Goldstein LB, Adams R, Alberts MH, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, et al. Primary Prevention of Ischemic Stroke. A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. Stroke. 2006; 37 (6):1583-633
14. Duarte E, Alonso B, Fernández MJ. Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Rehabilitación (Madrid) 2010; 44 (1): 60 - 68.
15. Mehdizadeh M, Hassani Mehraban A, Zahediyanasab R. The Effect of Group-Based Occupational Therapy on Performance and Satisfaction of Stroke Survivors: Pilot Trail, Neuro-Occupational View [Internet]. Basic Clin Neurosci. 2017; 8(1): 69–76.

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor

