

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del trabajo: Terapia Ocupacional en la rehabilitación de Ictus agudo.

Autor: Benito Rojo, Patricia

Nº expediente: 508

Tutora: Sánchez Montero, Silvia

Departamento y Área: Departamento de patología y cirugía/ radiología y medicina física.

Curso académico: 2015 – 2016

Convocatoria de: Junio

INDICE

1. RESUMEN / <i>ABSTRACT</i>	3
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
3. METODOLOGÍA	6
A. DESCRIPCIÓN Y TIPOS DE ICTUS	6
B. SINTOMATOLOGÍA GENERAL	7
C. FACTORES DE RIESGO	7
D. RELACIÓN ENTRE LA LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN Y LA CLÍNICA DEL PACIENTE ...	8
E. TRATAMIENTO EN FASE AGUDA	8
F. DESARROLLO DE DOS CASOS CLÍNICOS REALES	15
4. RESULTADOS	20
5. DISCUSIÓN	20
6. CONCLUSIÓN	21
7. ANEXOS	22
ANEXO 1: EVALUACIÓN DETALLADA	22
ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	25
ANEXO 3: RESULTADOS DE LA REEVALUACIÓN	28
8. BIBLIOGRAFÍA	35

1. RESUMEN

El Ictus es un tema de gran prioridad a nivel sanitario social en España, debido a la gran incidencia que tiene. Con la mejora de los tratamientos se ha conseguido reducir la mortalidad por Ictus, pero muchos de los pacientes quedan con un alto grado de discapacidad que les dificulta/impide desempeñarse con normalidad en su vida diaria. Los Terapeutas Ocupacionales se encargan de que estos pacientes obtengan la máxima independencia en las actividades de la vida diaria (AVD's); para ello realizan un largo proceso de intervención, empezando por una exhaustiva valoración del paciente que les permita plantearse unos objetivos y un posterior tratamiento para su consecución.

Con este trabajo se pretende dar a conocer la figura del Terapeuta Ocupacional en esta área de la rehabilitación y su eficacia los pacientes agudos. Se exponen dos casos clínicos reales, muy diferentes entre sí (en características, lesión y cooperación en el tratamiento), a los cuales se les aplica la Terapia Ocupacional (TO) en su proceso de rehabilitación, con la finalidad de que se entienda mejor este proceso y su importancia para la recuperación funcional de los pacientes. Finalmente se exponen los resultados obtenidos con cada paciente, tras la intervención de la TO.

Palabras clave: *Ictus, Terapia Ocupacional, Rehabilitación, Equipo multidisciplinar.*

ABSTRACT

Nowadays the Stroke is an issue of high priority to health and social level in Spain, due to the significant impact that has. With the improvement of treatments has been reducing mortality from Stroke, but many patients are left with a high degree of disability which hinders them/ prevents play normally in their daily lives.

Occupational Therapists are responsible for these patients to get the maximum Independence in activities of daily living; so they made a long process of intervention,

starting with a thorough assessment of the patient allowing them to consider targets and a subsequent treatment to achieve.

This work intends to publicize the, unknown to some, figure of the Occupational Therapist in this área of rehabilitation. Presents two clinical cases real, very different among themselves (in features, injury and collaboration in the treatment), which applies the Occupational Therapy in the rehabilitation process, in order that they better understand this process and its importance for the functional recovery of patients. Finally presents the results obtained with each patient, after the intervention of Occupational Therapy.

Key Words: Stroke, Occupational therapy, Rehabilitation, Multidisciplinary equipment.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Actualmente en España, el Ictus es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, ocupa uno de los primeros lugares de importancia sanitaria y social. En nuestro país se producen 100.000 casos de Ictus al año.⁽³⁾ En los últimos años, la mortalidad por Ictus ha disminuido gracias a la mejora de los tratamientos y a la aplicación de medidas preventivas, pero el 30% de los supervivientes quedan con discapacidad tras el Ictus, lo que repercute en su calidad de vida y en su entorno familiar.⁽¹⁾

¿A qué llamamos Ictus?

Denominamos Ictus a un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función de una determinada región del cerebro. Puede producirse por una disminución importante del flujo sanguíneo que recibe el cerebro, Ictus Isquémico, (85% del total), o por la rotura de una arteria cerebral que sangra en el interior del cerebro, Ictus hemorrágico, es menos frecuente, pero su porcentaje de mortalidad es más elevado. También nos podemos encontrar pacientes que han sufrido un Ictus transitorio, que se produce cuando se detiene el flujo sanguíneo de una parte del cerebro durante un corto periodo de tiempo, sus síntomas suelen durar un par

de horas; el Ictus transitorio es una advertencia de que se puede presentar un ACV futuro si no se previene.

La sintomatología que pueden presentar los pacientes es muy variada y va a depender del área cerebral que se encuentre afectada, pero generalmente suele aparecer confusión, mareos, problemas de visión, pérdida de equilibrio y coordinación, entumecimiento de una parte del cuerpo, etc...⁽¹⁾ estos síntomas requieren de asistencia inmediata, para ello, hace muy poco tiempo que se ha incorporado, en muchos hospitales, un nuevo concepto asistencial de pacientes con Ictus en fase aguda, son las Unidades de Ictus; suelen estar coordinadas por un neurólogo y compuestas por un equipo multidisciplinar (*cardiólogos, médicos rehabilitadores, neuropsicólogos, fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, logopedas, personal de enfermería, etc.*), que se encargará de iniciar de forma precoz un tratamiento especializado e individualizado para conseguir que el paciente obtenga la máxima independencia en las actividades de la vida diaria (AVD's);⁽¹⁾ para ello es de vital importancia la combinación de las terapias físicas y motoras con las terapias ocupacionales y cognitivas. El éxito de la rehabilitación depende del inicio precoz del tratamiento (los primeros 6 meses son fundamentales para la posterior recuperación), la colaboración del paciente en las terapias, la coordinación del equipo multidisciplinar y la consonancia con la familia, ya que la finalidad de todo paciente es lograr la mayor readaptación personal en su vida cotidiana y en su entorno social y/o laboral.

JUSTIFICACIÓN → Hace poco más de 3 años, cuando me aventuré en el inicio de esta carrera, a penas conocía que era el Ictus, si que había oído hablar muchas veces de él, pero no sabía realmente cual era su significado y su repercusión en los pacientes. Pero hace aproximadamente un año que inicié mis primeras prácticas, que fueron en una unidad de Daño cerebral adquirido, donde conocí a los pacientes y a sus familiares y me di cuenta de lo importante que era mi intervención para que una vez fuera de la unidad esas personas pudiesen desenvolverse de forma “normal” en su vida real. Además sentí la necesidad de formarme en esta área, para que mi aportación sobre los pacientes fuera, además de necesaria,

óptima y satisfactoria. Por ello elegí realizar mi trabajo de fin de grado sobre este tema, con el fin de dar a conocer esta patología, su repercusión y sobretodo la intervención de la Terapia Ocupacional.

3. METODOLOGÍA

El objetivo de este trabajo es demostrar la efectividad de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación de pacientes con Ictus en fase aguda.

a. Descripción y tipos de ICTUS

Los Ictus suelen ser fenómenos agudos que se deben, sobretodo, a obstrucciones que impiden que la sangre fluya desde el corazón hasta el cerebro o viceversa.⁽²⁾ El síntoma más común es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de la fuerza muscular en los brazos, piernas y/o en la cara. Las causas más importantes de la producción de Ictus son la dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo del alcohol. Actualmente en España se diferencian tres tipos de Ictus; el Isquémico, el Hemorrágico y el Transitorio.

El Ictus **isquémico** ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro queda bloqueado por un coágulo de sangre. Puede ocurrir por la formación de un coágulo en una arteria estrecha (acv trombótico), o por que el coágulo se desprende y se traslada al cerebro (embolia cerebral).

Los Ictus **hemorrágicos** ocurren cuando un vaso sanguíneo del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro. También pueden ocurrir en personas que toman anticoagulantes, debido a que aumenta la presión arterial.

Es importante distinguir un Ictus de cuadros clínicos en los que también se produce una privación momentánea y reversible del aporte sanguíneo, sin desarrollarse un infarto cerebral, a este fenómeno se le llama **accidente isquémico transitorio** (AIT). Sus síntomas no duran más de 24 horas.⁽³⁾

b. Sintomatología general

Los síntomas que suelen aparecer tras un ACV dependen del área cerebral afectada, algunos de ellos son: *confusión, mareos, problemas de visión, pérdida de equilibrio, coordinación, problemas para caminar, debilidad muscular en cara, brazo o pierna, entumecimiento u hormigueo en una parte del cuerpo, problemas para hablar o entender a otros que están hablando...*⁽¹⁾

Los pacientes con Ictus agudo suelen iniciar los síntomas de forma súbita, más que progresiva, y la mayoría de ellos están despiertos, este dato es lo que los diferencia de una hemorragia cerebral. Clínicamente no existe diferencia entre los Ictus isquémicos y los hemorrágicos.

Es imposible prever “cuánta” recuperación puede alcanzar un paciente, el estudio comunitario “*Copenhagen Stroke Study*” muestra que el 95% de la recuperación se habrá logrado hacia el tercer mes, siendo en el primer mes y medio la recuperación más rápida (el 85%); entre el cuarto y sexto mes la recuperación es más lenta, y a partir del sexto mes a penas se nota, por lo que en éste momento se suele dar por estabilizado el cuadro.⁽⁴⁾

c. Factores de riesgo

Actualmente están bien documentados los más importantes factores de riesgo para el Ictus. Se clasifican en:

- I. Modificables: *hipertensión arterial, Cardiopatías, Tabaquismo, AIT's previos...*
- II. Potencialmente modificables: *Diabetes mellitus, Homocisteinemia, hipertrofia ventricular.*
- III. No modificables: *Edad, Sexo, Factores hereditarios, Raza/etnia, localización geográfica.*

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, por su alta prevalencia y su elevado potencial de riesgo para Ictus.⁽³⁾

d. Relación entre la localización de la lesión y la clínica del paciente

Según el hemisferio donde se localice la lesión, predominarán unos problemas u otros: si el hemisferio afectado es el izquierdo aparecerá hemiparesia/hemiplejia derecha y predominarán síntomas afásicos (dificultades del lenguaje, expresión y comprensión, mutismo o disminución de la fluencia verbal); cuando el hemisferio afectado es el derecho, habrá hemiparesia/hemiplejia izquierda, heminegligencia (espacial o atencional), anosognosia (ausencia de percepción del déficit) y pueden aparecer también problemas de expresión y comprensión del lenguaje.⁽⁵⁾ Cabe comentar que si el ictus ha sido cerebeloso predominarán los problemas en la coordinación y el equilibrio; si fue en el tronco cerebral se producirá una incapacidad funcional debido a las funciones controladas por éste; y por último, los ictus de afectación frontal suelen propiciar la aparición de síndromes frontales, que suponen una alteración de la conducta y la emoción (impulsividad, falta de autocontrol, irritabilidad, o síntomas apáticos como abulia, bradipsiquia, inhibición conductual abandono personal...), lo cual provoca una gran incapacidad del paciente.

e. Tratamiento en fase aguda

El Ictus es una urgencia neurológica. El desarrollo de tratamientos con estrecho margen terapéutico y la evidencia de que los resultados dependen del momento en que se inicie el tratamiento, obligan a coordinar los diferentes niveles asistenciales para asegurar el mínimo tiempo de respuesta, que permita la evaluación y el tratamiento en el medio hospitalario. Se ha mostrado que es de gran utilidad la implantación de las Unidades de Ictus, las cuales coordinan los diferentes servicios hospitalarios (neurólogos, cardiólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería...) para la mejor atención del paciente. Está demostrado que el ingreso en unidades especializadas en el tratamiento de los pacientes con Ictus (unidades de Ictus) en la fase aguda de la enfermedad, disminuye la mortalidad y las secuelas, ya que: reducen la demora en el inicio del tratamiento, realizan una evaluación completa del paciente, y permiten el tratamiento multidisciplinar inmediato, coordinado.⁽⁷⁾

Dentro del equipo multidisciplinar está la figura del Terapeuta Ocupacional (TO), que tiene como principal competencia trabajar sobre las AVD's, principalmente sobre aquellas más significativas para la persona, para favorecer su independencia en el momento que abandone la unidad hospitalaria. El TO iniciará su intervención evaluando al paciente. La evaluación está estructurada en distintas partes, para analizar de forma exhaustiva los problemas que presenta el paciente. A continuación se detallará un estándar de evaluación del TO.⁽⁸⁾

EVALUACIÓN OCUPACIONAL

Incluye la valoración del autocuidado, el trabajo, las actividades productivas, el juego y las actividades lúdicas, así como de los factores ambientales que influyen en el rendimiento; por tanto el propósito de la evaluación ocupacional debe incluir:

- Las **necesidades** del paciente para realizar ocupaciones específicas.
- Información descriptiva sobre el **nivel actual de funcionamiento** ocupacional del paciente y su satisfacción (*que puede realizar el paciente en este momento, que ayudas necesita en su vida diaria*).
- Listado de las **actividades prioritarias** del paciente.
- Listado de los **puntos fuertes** (*habilidades y capacidades conservadas, que se pueden usar en el tratamiento para mejorar funciones afectadas*).
- Listado con **los problemas** del paciente para realizar las AVD's y las AIVD's.

Por otro lado, la asociación americana de Terapeutas ocupacionales (AOTA 2008) indica que la evaluación debe incluir dos procesos:

- **Perfil ocupacional**, incluye la historia del paciente, sus experiencias, su patrón de actividades, intereses, valores, prioridades y necesidades.
- **Análisis del funcionamiento ocupacional** que permite identificar de forma específica los puntos fuertes y débiles del paciente, sus características y patrones, observando el rendimiento actual y relacionándolo con las demandas de la actividad y del entorno.

EVALUACIÓN SENSITIVA

La pérdida de sensibilidad en una mano, implica: afectación de la coordinación y de la capacidad manipulativa. Los pacientes intentan compensar este déficit, aumentando su atención y disminuyendo la velocidad de ejecución, entre otras estrategias.

Puntos a valorar:

1. Tacto ligero y presión superficial (*capacidad para sentir un toque ligero*).

Consiste en tocar la piel del paciente de una manera suave con un algodón, una textura suave o con la yema de los dedos; y que éste indique con “sí” o “no” cuando lo nota (si existiesen problemas de lenguaje se le pediría al sujeto que tocara con su mano contralateral la parte donde se le está tocando).

“*El test de monofilamentos*” de Semmes-Weinstein, permite controlar la cantidad de fuerza utilizada en la zona de aplicación.

2. Dolor (*capacidad de sentir dolor*).

El TO ha de presionar varias veces la zona que quiere evaluar con la parte roma de un alfiler, un clip o similar. A continuación se solicitará al paciente que identifique las presiones “dolorosas” y las “suaves”.

Es importante valorar el dolor a la movilidad articular, ya que podría relacionarse con alteraciones motoras.

3. Capacidad de discriminar variaciones de temperatura.

Serán necesarios dos tubos metálicos en los que se inserte, agua caliente en uno y agua fría en otro. El TO aplicará aleatoriamente los estímulos sobre la piel del paciente, y el sujeto identificará si el tubo está caliente o frío.

4. Evaluación táctil (*capacidad para localizar un toque*).

El Terapeuta aplicará estímulos sobre la piel del paciente, con la yema de sus dedos, y éste debe describir donde ha sido tocado. Durante la aplicación del estímulo, el paciente permanecerá con los ojos cerrados.

5. Discriminación de dos puntos (*capacidad de distinguir dos estímulos cuando éstos se presentan simultáneamente de la misma manera*).

Consiste en aplicar el mismo estímulo, a la misma presión, en dos puntos a la vez, a lo largo del eje longitudinal del centro de la zona testada. Para ello se puede utilizar un disco discriminador o un estesiómetro. El paciente nos indicará en cada momento si nota uno o dos estímulos.

6. Esterognosia

El paciente debe identificar diferentes objetos a través de la manipulación. La respuesta esperada es que el paciente describa las cualidades y características del objeto junto a su nombre.

7. Propiocepción (*capacidad para identificar la posición de los segmentos corporales en el espacio en ausencia de visión*).

El terapeuta irá colocando el brazo del paciente, de manera lenta y pasiva, en distintas posiciones y le solicitará que identifique la postura de su extremidad.

8. Cinestesia (*capacidad para percibir el movimiento*).

Este apartado es parecido al anterior, solo que el terapeuta moverá en distintas direcciones la extremidad, y luego será el paciente el que deberá describir el recorrido del movimiento.

EVALUACIÓN MOTORA

El paciente con DCA puede experimentar distintas alteraciones motoras, desde la completa inmovilidad de sus extremidades (hemiplejia, hemiparesia, monoplejia...), hasta déficits leves de coordinación manual que repercuten en la funcionalidad de la extremidad superior.

Puntos a valorar:

1. Tono muscular

- a. ***Hipotonía o flacidez:*** disminución del tono normal, falta de resistencia a la movilidad pasiva, incapacidad del músculo para soportar la fuerza de la gravedad y disminución/ausencia de los reflejos tendinosos. Suele aparecer en las fases iniciales tras el daño cerebral.

- b. Hipertonía o espasticidad:** aumento del tono muscular, hiperactividad refleja. Suele coexistir con rigidez y ataxia.

Para la evaluación del tono muscular es importante registrar la posición en la que el sujeto va a ser evaluado, se recomienda la sedestación para evaluar las extremidades superiores. Hay que sujetar la extremidad de proximal a distal y moverla suavemente para determinar la movilidad libre.

La escala modificada de Ashworth es la más utilizada por los Terapeutas Ocupacionales para evaluar el tono muscular.

2. Reflejos primitivos y observación de la postura

- a. Reflejo tónico cervical
- b. Reflejo tónico laberíntico
- c. Reacción al soporte positiva
- d. Reflejos de garra
- e. Alineación postural, nos ayuda a obtener información sobre la posible presencia de acortamientos musculares, equilibrio y control motor del paciente. Hay que observar la alineación de:
 - i. Cabeza
 - ii. Escápulas
 - iii. Tronco
 - iv. Pelvis
 - v. Extremidades

Y prestar atención a las asimetrías posturales entre ambos hemisferios.

3. Rango articular

Desde el ámbito de la TO, las medidas relacionadas con el rango articular del paciente neurológico han de basarse en parámetros funcionales, es decir, que el paciente realice movimientos articulares relacionados con las actividades de la vida diaria (AVD's).

El Fisioterapeuta será el encargado de realizar las mediciones exactas de los grados de amplitud de movimiento con uso del Goniómetro.

4. Evaluación del control postural

A través de la **observación** se valorará la capacidad del paciente para modificar o adquirir diferentes posiciones: prono, supino, lateral, sedestación...

Es frecuente utilizar la escala Tinneti y la prueba de alcance funcional para obtener datos objetivos.

5. Capacidad para ejecutar movimientos gruesos y activos en las extremidades superiores e inferiores, habilidad manual (coordinación) y capacidad para la deambulación.

- Prueba **dedo – nariz**: nos permite conocer si existen disimetrías.
- Prueba **dedo – nariz – dedo** aporta información sobre la presencia de temblor.
- La **disdiacocinesia** (alteración de movimientos alternantes rápidos) puede

explorarse pidiendo al paciente que golpee con la palma y dorso de la mano a la vez que prona y supina el antebrazo.

- Valoración de **movimientos voluntarios** destinados a un fin y el control gestual, ya que es frecuente la presencia de trastornos de la actividad motora gestual aprendida.

El TO debe tener una buena inspección visual del sujeto, lo cual aporta información relacionada con la presencia de atrofia muscular, disminución de la masa muscular, fuerza...

EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES PERCEPTIVAS

El DCA puede ser responsable de múltiples déficits perceptivos, los cuales suelen pasar desapercibidos debido a su carácter complejo. Los problemas de este tipo son más frecuentes en las lesiones del hemisferio derecho (Hier, Mondlock y Caplan, 1983; Gouvier y Cubic, 1991). Las alteraciones perceptivas tienen una gran repercusión en las AVD's y constituyen uno de los factores de mayor impacto para el mal pronóstico del proceso rehabilitador (Neistadt, 1994). A continuación se destacará, dada su frecuencia y relevancia en el ámbito de la TO, el Síndrome de negligencia.

El **Síndrome de negligencia**, se define como varios déficits relacionados, predominantemente lateralizados, de atención al usar y trabajar con el espacio que refleja la alteración de las diferentes áreas centrales que se encargan de la atención en el lado contralateral y el procesamiento de la información visoespacial (Heilman, Watson y Valenstein, 1993). La incidencia de este síndrome es elevada, sobretodo en las fases agudas de pacientes con Ictus, y su fisiopatología está relacionada con las alteraciones del sistema atencional.

Un ejemplo de prueba de evaluación es la basada en la copia de un modelo, en la que se solicita al paciente que copie un dibujo, y se observa, cuando hay afectación, la falta de detalles en el lado contralateral.

EVALUACIÓN COGNITIVA

Para la valoración del déficit cognitivo, desde el ámbito de la Terapia Ocupacional, tras el ictus existen diversas escalas, una de las más utilizadas es el MMSE (minimental o test de LOBO), el cual ofrece información de distintas áreas (*orientación personal y temporo-espacial, atención, lenguaje, cálculo, memoria, praxis...*).

Será el psicólogo o neuropsicólogo el que realice una evaluación más exhaustiva del nivel cognitivo del paciente.

EVALUACIÓN NEUROPSIQUIÁTRICA, AFECTIVA Y CONDUCTUAL

La asociación de síntomas y alteraciones conductuales es frecuente en pacientes que han sufrido un ICTUS. Existen diferentes escalas que evalúan de forma genérica estas alteraciones, por ejemplo el *inventario neuropsiquiátrico de Cummings et al (1994)*. Normalmente estas escalas las pasa un Neuropsiquiatra, que posteriormente enviará el informe a los demás profesionales.

Los aspectos a valorar son:

- **Ansiedad:** *escala Hamilton o Taylor para la ansiedad.*
- **Depresión:** *escala Hamilton de depresión o escala de depresión de Golberg.*

- **Riesgo de suicidio:** *escala de desesperanza de Beck.*
- **Trastornos neuropsiquiátricos de conducta:** *Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings et al.*⁽⁹⁾

f. desarrollo de dos casos clínicos reales

El campo de la intervención de la Terapia Ocupacional (TO) se centra en fomentar y/o favorecer la mejora funcional, especialmente en aquellas personas que tienen alterada la habilidad para realizar actividad necesaria para su vida diaria. La TO contribuye de manera específica a la realización de aquellas actividades significativas para el individuo, lo que implica favorecer las condiciones de seguridad e independencia para llevar a cabo las mismas, así como optimizar el desempeño ocupacional y, por lo tanto, la función.⁽¹⁰⁾

Como ya se ha descrito anteriormente la TO evalúa todas las capacidades del paciente, así como las actividades que realiza y sus ocupaciones personales; en función de las características de cada paciente tras la lesión cerebral, el terapeuta facilita y adapta la realización de tareas a través de la recuperación de habilidades, desarrollando estrategias compensatorias y/o ayudas externas que mejoren el desempeño de cada tarea, con el fin de lograr la autonomía personal del paciente en su vida diaria. Es por esto por lo que la Terapia Ocupacional se hace imprescindible en el proceso de rehabilitación, porque actúa de forma integral sobre los niveles de reeducación motora, rehabilitación cognitiva y relación del ser humano con su medio. Y ante esto, destacar que el campo de actuación más vinculado a la TO es, sin duda, la intervención en las AVD's.

A continuación se describen dos casos clínicos reales, en los cuales se incluye la Terapia Ocupacional en el proceso de rehabilitación:

Evaluación

BMM

Mujer de 56 años con Ictus Isquémico, sufrido el 21 de Febrero del 2016. Presenta afectación del hemisferio izquierdo. Recibe tratamiento rehabilitador en régimen de ingreso hospitalario.

CLÍNICA: tetraparesia de predominio derecho; afasia mixta de predominio motor.

OBSERVACIONES DEL TO: La paciente presenta una dependencia severa en las AVD's y en las AIVD's, con problemas en higiene personal y aseo, movilidad funcional y movilidad en la comunidad, rutina medicamentosa, manejo del entorno y dependiente en las actividades domésticas.

ALTERACIONES COGNITIVAS: Lenguaje, Atención, Memoria y Funciones ejecutivas.

JMR

Hombre de 48 años con Ictus hemorrágico, sufrido el 27 de Febrero del 2016.

Presenta afectación del hemisferio derecho. Recibe tratamiento rehabilitador en régimen de ingreso hospitalario.

CLINICA: Hemianopsia izquierda, paresia facial izquierda, hemiparesia izquierda, hemihipoestesia izquierda.

OBSERVACIONES DEL TO: Dependencia física y cognitiva en las AVD's y AIVD's. La mayoría de las AIVD's no las realizaba antes del accidente. Presenta problemas en aseo personal, baño/ducha, vestido, comida, movilidad funcional y en la comunidad, rutina medicamentosa y respuesta ante emergencias.

ALTERACIONES COGNITIVAS: Heminegligencia, Atención, Planificación, secuenciación y organización del comportamiento; y Razonamiento lógico.

(Véase ANEXO 1: evaluación detallada)

Objetivos para el tratamiento

BMM

La paciente refiere como necesidad volver a ser independiente en las actividades de autocuidado (lavado de dientes, peinado y ducha). Por lo que la prioridad del tratamiento es que la paciente recupere su independencia en estas actividades; para ello se plantean los siguientes objetivos:

- **Ser capaz de peinarse toda la cabeza sin ayuda en 10 sesiones.**

- **Aumentar la fuerza muscular del MSD a 5/5 en las Escala Daniels (ED).**
 - **Aumentar el rango articular del hombro afectado a 180° en abducción (abd).**
 - **Ser capaz de realizar la flexo-extensión de codo con el hombro en abd 180°.**
 - **Ser capaz de realizar una prensión cilíndrica palmar adecuada que permita adaptar el arco de la mano al mango del cepillo.**
- **Ser capaz de ducharse de forma independiente, siguiendo una secuencia lógica de lavado, en 12 sesiones.**
- **Ser capaz de identificar los utensilios necesarios para la ducha: esponja, gel y champú.**
 - **Ser capaz de enjabonarse todo el cuerpo con el producto adecuado.**
 - **Ser capaz de enjabonarse y lavarse la cabeza con el producto adecuado.**
 - **Ser capaz de aclararse todo el cuerpo y el pelo antes de salir de la ducha.**

JMR

El paciente no nos ha referido ninguna necesidad, puesto que ha día de hoy todas sus necesidades básicas están cubiertas, es su madre la que le ayuda a realizarlas (la madre comenta que no coopera en las ducha, vestido, higiene y aseo personal y trasferencias).

Desde el departamento de Terapia Ocupacional y Fisioterapia se ha determinado que las prioridades del tratamiento sean las siguientes:

- Que el paciente sea capaz de realizar las trasferencias (cama-SDR, SDR-inodoro y viceversa) de forma independiente y segura.

- Que el paciente sea capaz de realizar las actividades de autocuidado básicas (lavado de dientes, ducha, afeitado y vestido).

Para ello, desde el departamento de Terapia Ocupacional se establecen los siguientes objetivos:

- **Ser capaz de realizar las transferencias independientemente de forma segura, en 6 sesiones.**

- Aumentar la fuerza muscular del MSI a 3/5 (ED), para facilitar el paso de sedestación a bipedestación.
- Ser capaz de transferir el peso del cuerpo de una pierna a otra.
- Ser capaz de mantener el equilibrio en bipedestación durante 2min.

- **Ser capaz de lavarse los dientes independientemente, integrando ambos hemicuerpos en la actividad, en 8 sesiones.**

- Ser capaz de identificar los utensilios básicos para cepillarse los dientes: *cepillo, pasta y vaso*.
- Ser capaz de sujetar con la mano izquierda (afectada) el cepillo, y poner la pasta con la mano derecha.
- Ser capaz de cepillarse los dientes con la mano derecha durante dos minutos y realizar un adecuado enjuague bucal.

- **Ser capaz de integrar ambos hemicuerpos en la actividad del vestido, en 12 sesiones.**

- Ser capaz de cruzar la línea media con el brazo afectado.
- Ser capaz de integrar bilateralmente los miembros superiores (MMSS) para ponerse y quitarse la camiseta.

- Ser capaz de integrar bilateralmente los MMSS para ponerse/quitarse, abrochar /desabrochar la chaqueta (con cremallera).
- Ser capaz de integrar bilateralmente los MMSS para ponerse y quitarse los pantalones.
- Ser capaz de mantener el equilibrio en bipedestación para subirse/bajarse los pantalones.
- Ser capaz de integrar bilateralmente los MMSS para ponerse/quitarse los calcetines.
- Ser capaz de integrar bilateralmente los MMSS para abrochar/desabrochar los velcros de sus zapatos.

Formulación y desarrollo del plan de intervención

Los modelos que se utilizarán son: **Modelo de la Ocupación Humana** (MOHO), puesto que tiene en cuenta los intereses del paciente; **Modelo del control motor**, puesto que estamos ante un daño neurológico y se trabajarán componentes como la fuerza, los rangos articulares, el control postural, etc; y **el Marco de Trabajo de la AOTA**, que nos va a permitir desglosar las actividades y trabajar directamente sobre los componentes alterados.

El plan de intervención (para ambos pacientes) consta con un total de 12 sesiones, 3 sesiones de 1 hora a la semana para cada paciente, durante un mes.

(Véase ANEXO 2: cronograma de actividades)

Comentar qué:

- BMM presenta problemas para iniciar las actividades, y es la TO quien debe iniciarla y ponerle ejemplos para que ella continúe.
- Por otro lado JRM, el paciente coopera poco, quiere que se le haga, muestra poco interés por aprender a realizar las AVD's básicas por el mismo.

4. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos, tras un mes de intervención:

BMM: poco comunicativa, persiste la alteración de componentes del desempeño ocupacional cognitivos (atención, memoria, comprensión y fluidez verbal), que dificultan el desempeño de la mayoría de las tareas propuestas. Pobre destreza manual y bimanual, sobretodo la coordinación bimanual. Su actitud es colaboradora y se ve ligera mejoría en la iniciación de actividades automáticas.

JRM: persiste el edema en la mano izquierda, debido a que la mantiene mucho tiempo colgando a lo largo del cuerpo. Poca mejoría de sensibilidad y fuerza del MSI. Pero muestra mejoría en las actividades relacionadas con la integración viso-motora y la conciencia sensorial del MSafecto. Seguimos trabajando el esquema corporal, la conciencia del hemicuerpo afecto y los componentes perceptivo-cognitivos relacionados con las AVD's.

(Véase ANEXO 3: Resultados de la reevaluación)

(Véase ANEXO 4: Relación entre los objetivos propuestos y los objetivos conseguidos)

5. DISCUSIÓN

En este trabajo se destaca la intervención de la Terapia Ocupacional en Ictus, especialmente en dos pacientes en fase aguda de un DCA, donde está demostrado que el papel del TO es relevante, y muchas veces no se tiene en cuenta su figura en el proceso rehabilitador.⁽¹²⁾ La Terapia Ocupacional es la profesión sanitaria que se encarga de la funcionalidad de los pacientes, un punto fundamental para que las personas puedan desarrollar su vida de una forma “normal” tras haber sufrido una patología de este tipo.

En los casos expuestos se puede ver la intervención de la Terapia Ocupacional en un Ictus agudo. Se intenta hacer una comparativa de la predisposición del paciente a realizar las actividades propuestas según sea hombre o mujer, y se observa que el hombre es más reacio a realizarlas, mientras que la mujer intenta realizarlas siempre.

Los objetivos del tratamiento que no se han cumplido se debe al poco tiempo de intervención establecido, pero también cabe comentar que los objetivos son demasiado ambiciosos y no se ajustan a la realidad de la práctica; en futuros trabajos (teóricos o prácticos) los objetivos serán mas sencillos y concisos, y se trabajará conjuntamente con el equipo multidisciplinar para su consecución⁽¹¹⁾.

6. CONCLUSIÓN

Al inicio de este trabajo se propuso como objetivo probar la eficacia de la TO en la rehabilitación de pacientes con Ictus en fase aguda. Para ello se expusieron dos casos clínicos con dicha patología, para los cuales se establecieron unos objetivos y se sometieron a una intervención multidisciplinar con el fin de conseguirlos. Desde la TO se propusieron actividades de distinta índole, orientadas a recuperar la funcionalidad de los pacientes en las actividades diarias; y tras un mes de intervención se consiguió qué:

- La paciente **BMM** lograrse peinarse sola, aun presentando una pequeña limitación en la ABD de hombro (140°). Y que fuese capaz de realizar la ducha por sí sola, con supervisión.
- El paciente **JMR** mejora su equilibrio en bipedestación y su fuerza en el MSI (2/5), y ha logrado realizar de forma independiente, con supervisión, la actividad de lavado de dientes y cara integrando los MMSS. También, en la actividad del vestido, el paciente es capaz de ponerse/quitar la camiseta y la chaqueta.

Aunque durante la intervención no se hayan conseguido todos los objetivos, desde el punto de vista personal concluyo la intervención como satisfactoria, puesto a que a pesar del poco tiempo establecido se ha logrado que los pacientes den un paso más hacia su funcionalidad/independencia en las AVD's.

7. ANEXOS

ANEXO 1: EVALUACIÓN DETALLADA

La evaluación comenzará con una entrevista semiestructurada con cada uno de los pacientes (individualmente) y sus familiares, con la finalidad de extraer la máxima información posible sobre las necesidades e intereses del paciente, los problemas que presenta en su día a día, que actividades puede realizar, cuales no y donde necesita ayuda, y cuales son sus prioridades en el tratamiento.

A continuación se realizará una evaluación exhaustiva de los componentes y destrezas de ejecución de los pacientes, con el fin de establecer sus problemas y pautar los objetivos del tratamiento.

BMM	JMR
SITUACIÓN FAMILIAR <i>(ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA)</i>	
<p>Mujer de 56 años, divorciada con 3 hijos, que se ha vuelto a casar recientemente con un hombre bastante mas joven que ella. Los hijos están en contra de esa relación.</p> <p>Debido a la enfermedad de BMM, los hijos están muy pendientes de ella, y al mismo tiempo en guerra con su nuevo marido, puesto que BMM tiene una elevada pensión y piensan que el hombre se está aprovechando de ella.</p>	<p>Hombre de 48 años, casado actualmente, con dos hijos pequeños. Es empresario importante, de estatus social bastante alto.</p> <p>Debido a la enfermedad sufrida, la mujer se entera recientemente de que tiene una amante. No quiere hacerse cargo de él, se quiere divorciar...</p> <p>Actualmente es la madre de JMR la que le acompaña en el proceso de rehabilitación.</p>
EVALUACIÓN INICIAL	
Barthel: 55 puntos, Dependiente severa en las AVD's → ayuda para cortar la comida pero	Barthel: 20 puntos, Dependencia total en las AVD's → ayuda para cortar comida pero

<p>come sola, no realiza higiene personal y aseo, requiere ayudas para la deambulaci3n.</p> <p>Lawton y Brody: 0, m3xima dependencia. En este momento no realiza ninguna AIVD's.</p> <p>MMSE: Debido a la afasia, los ítems en los que se requiere el lenguaje no son evaluables, pero se le facilita a la paciente la opci3n de se1alar ante respuesta m3ltiple, es capaz de realizarlo. Mediante esta adaptaci3n, la puntuaci3n en el test es de 14 puntos, lo que nos indica que hay un deterioro cognitivo.</p>	<p>come solo, dependiente en aseo e higiene personal, uso del retrete y transferencias. Precisa SDR para su desplazamiento.</p> <p>Lawton y Brody: 0, m3xima dependencia, en este momento no realiza ninguna AIVD's.</p> <p>MMSE: la puntuaci3n es de 23. Nos indica que hay una sospecha de posible deterioro cognitivo, pero hay que indagar un poco m3s en este caso. Dificultades en el c3lculo, el recuerdo diferido, praxias y realizaci3n de orden con varios pasos.</p>
---	---

EVALUACI3N MOTORA

<p>Tono muscular: el tono est3 normalizado. Se obtiene una FM global 4+, bastante fuerza.</p> <p>Rangos articulares de MMSS en la realizaci3n de las AVD's: BA de hombros abducci3n en 90°, gran limitaci3n.</p> <p>Control postural: buen control de tronco en sedestaci3n, pero ligera flexi3n de tronco en la deambulaci3n.</p> <p>Coordinaci3n del movimiento: leve incoordinaci3n del movimiento con el MS derecho.</p> <p>Deambulaci3n: realiza deambulaci3n con ayuda de bast3n por falta de equilibrio. Presenta ligera flexi3n de tronco, pasos cortos</p>	<p>Tono muscular: Presenta hipotonía en los m3sculos faciales. Brazo izquierdo fl3cido, caído a lo largo del cuerpo. Presenta edema debido a que la mayor parte del tiempo tiene el brazo caído.</p> <p>BM 0/5</p> <p>Rangos articulares de MMSS en la realizaci3n de las AVD's: No hay limitaciones articulares, pero no hay movimiento activo en el MS izquierdo</p> <p>Control postural: Normal. Buen control de tronco. Flexi3n, extensi3n y lateralizaciones de columna normales (en sedestaci3n).</p> <p>Coordinaci3n del movimiento: tiene habilidades conservadas, pero no coopera.</p>
--	---

<p>y base de sustentación pequeña. Es capaz de subir y bajar escalones</p>	<p>Deambulaci3n: paciente acude en SDR no autopropulsada. Es capaz de permanecer de pie un par de segundos con bloqueo de rodillas.</p>
--	--

EVALUACI3N SENSITIVA

<p>Dolor: la paciente refiere dolor en las manos. <i>*Gran dificultad para evaluar la sensibilidad superficial y profunda, debido a que la paciente presenta dificultades en la comprensi3n.</i></p>	<p>Sensibilidad Superficial y Profunda: gravemente alterada. Propiocepci3n y Cinestesia: cinestesia gravemente alterada. Sensaci3n de amputaci3n del brazo. Cuando se concentra en el brazo consigue sentirlo un poco de forma imperfecta hasta el antebrazo.</p>
---	---

PERFIL NEUROPSICOL3GICO

<p>A partir del an3lisis de los resultados tras la revisi3n realizada, el perfil neuropsicol3gico se caracteriza por presentar:</p> <p>Alteraci3n cognitiva generalizada que afecta a dominios cognitivos relacionados con el lenguaje, atenci3n, memoria y funci3n ejecutiva, principalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteraci3n del lenguaje en expresi3n, producci3n del lenguaje autom3tico y espont3neo, denominaci3n y reconocimiento. Grave alteraci3n en la comprensi3n del lenguaje oral. 	<p>A partir del an3lisis de los resultados, el perfil neuropsicol3gico del paciente se caracteriza por presentar una alteraci3n cognitiva leve, observ3ndose alteraciones en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Heminegligencia Izquierda Atenci3n Mantenido, Selectiva y Alternante. Funci3n visuoconstructiva Memoria audioverbal Razonamiento abstracto Planificaci3n, secuenciaci3n y organizaci3n comportamental.
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Funciones ejecutivas: grave alteración en la generación de conceptos verbales, abstracción verbal y memoria de trabajo alterada. La secuenciación y organización temporal está normalizada. <p>-Nivel académico y formativo superior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velocidad de procesamiento de la información. <p>El paciente presenta un perfil de alteración cognitiva leve de tipo atencional, en la que se observan dificultades en tareas de memoria y funciones ejecutivas.</p> <p>-Nivel académico bajo, sin estudios. Empresario de agricultura.</p>
---	--

ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	LUNES	MIÉRCOLES	VIERNES
SEMANA 1 (14/3/16 a 18/3/16)	BMM: Movilizaciones pasivas/activas de hombro.	BMM: Activ. de prensiones Activ. de coger y lanzar objetos (sin peso).	BMM: Taller de AVD's.
	JRM Movilizaciones pasivas del MS afectado, y movilizaciones autoasistidas.	JRM Método Affolter para proporcionar al brazo afecto estímulos cinestésico táctiles (<i>texturas diferentes, pelotas de distinto tamaño, baños de contraste</i>)	JRM Realizar actividades de integración bilateral, donde el paciente sea quien realice el movimiento del brazo afecto. Realizar las actividades frente al espejo.

SEMANA 2 Cambio de días por festividad de semana santa. (lunes 21/3, martes 22/3 y miércoles 23/3)	BMM: Movilizaciones de hombro, diagonales KABAT en AVD's.	BMM: Secuenciación, planificación, iniciación y terminación de actividades.	BMM: Taller de AVD's.
	JRM Realizar actividades de secuenciación de AVD's con tarjetas de imagenes. Colocar las tarjetas en el lado izquierdo, para aumentar la atención en el lado afectado.	JRM Discriminación de texturas, tamaño de objetos, temperaturas, pesos... para mejorar la sensibilidad.	JRM Trabajar AVD's en la sala. El TO dirigirá el movimiento del brazo afecto hacia la línea media del cuerpo. Integración bilateral de los MMSS en las AVD's.
SEMANA 3 (4/4/16 al 8/4/16)	BMM: Moviliz. de hombro con pesos, diagonales KABAT en AVD's con peso.	BMM: Ejercicios isométricos y activ. de prensiones palmares cilíndricas.	BMM: Taller de AVD's.
	JRM Actividades bimanuales, cruce de la línea media con el MSafecto. Traslado de objetos con peso, desde el	JRM Actividades de prensión, motricidad fina, coordinación bimanual. Actividades de secuenciación.	JRM Trabajar AVD's en el entorno real del paciente, para favorecer la generalización del aprendizaje.

	lado afecto al lado sano.		
SEMANA 4 (11/4/16 al 15/4/16)	BMM: Activ. de coger objetos a distintas alturas, lanzar objetos con peso en distintas direcciones.	BMM: Coordinación bimanual en las AVD's.	BMM: Taller de AVD's.
	JRM Actividades con pinzas para aumentar la fuerza en las prensiones finas. Actividades de insertar para mejorar la motricidad fina. (todo con el lado afecto y actividades de coordinación bimanual).	JRM Actividades de propiocepción. Colocar el brazo afecto en una posición y pedir al paciente que describa la posición.	JRM Trabajar la AVD's en el entorno real.
SEMANA 5 (observación para la obtención de resultados) (18/4/16 al 22/4/16)	BMM <i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>	BMM <i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>	BMM <i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>
	JRM	JRM	JRM

	<i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>	<i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>	<i>Realización de AVD's alteradas en entorno real bajo supervisión</i>
--	--	--	--

*Todas las actividades que se realizan con JRM son asistidas, ya sea por el TO o autoasistidas por el mismo, ya que no tiene la fuerza suficiente en el MS afecto, para poder realizar los movimientos.

*Con BMM está el problema de la comprensión, que se consigue salvaguardar cuando se le hace una demostración de la actividad que debe realizar. Es capaz de realizarla tras ver el ejemplo.

ANEXO 3: RESULTADOS DE LA REEVALUACIÓN

BMM		JMR	
Evaluación inicial			
Barthel inicial: 55	Barthel final: 60. Mejora en aseo e higiene personal. Realiza la ducha con supervisión.	Barthel inicial: 20	Barthel final: 30. Mejora en el vestido y en el uso del retrete.
Lawton inicial: 0	Lawton final: 0. No realiza AIVD's por ingreso hospitalario.	Lawton inicial: 0	Lawton final: 0. No las realiza ni las realizaba antes de la lesión.
MMSE inicial: 14	MMSE final: 16 puntos. Se mantiene estable a nivel cognitivo.	MMSE inicial: 23	MMSE final: 24. Se mantiene a nivel cognitivo.
Evaluación motora			

Tono musc. (i): 4/5	Tono musc. (f): 5 en escala Daniels.	Tono musc. (i): 0/5	Tono musc. (f): 2/5 en escala Daniels.
RA de MMSS (i): limit. En abd de hombro 90°.	RA de MMSS (f): mejora la abd de hombro a 140°.	RA de MMSS (i): no hay limitación de RA, pero no hay movimiento activo del MSI.	RA de MMSS (f): Sin limitación, pero sin movimiento activo. Se consiguen movimientos autoasistidos.
Control postural (i): buen control de tronco en sedestación, flexión en la deambulaci3n.	Control postural (f): se mantiene igual; no se ha corregido la flexi3n de tronco en deambulaci3n.	Control postural (i): buen control postural en sedestaci3n.	Control postural (f): Bueno. Se mantiene
Coordinaci3n (i): incoordinaci3n del movimiento en MSD.	Coordinaci3n (f): ligera mejora en coordinaci3n del MSD, pero no aparece la coordinaci3n bimanual.	Coordinaci3n (i): no hay movimiento en MSI.	Coordinaci3n (f): poca colaboraci3n en el tratamiento.
Deambulaci3n (i): uso de bast3n, pasos cortos y base de sustentaci3n peque1a.	Deambulaci3n (f): se mantiene igual que en la evaluaci3n inicial.	Deambulaci3n (i): acude en SDR propulsada por otra persona.	Deambulaci3n (f): permanece su desplazamiento en SDR no autopropulsada, mejora el equilibrio y resistencia a este en bipedestaci3n.
Evaluaci3n Sensitiva			
Sensibilidad al inicio: la paciente refiere mucho dolor el las manos.	Sensibilidad actual: disminuye el dolor (de 8 en escala EVA a 5) en los MMSS.	Sensibilidad (i): alteraci3n de sensibilidad superficial y	Sensibilidad actual: leve mejoría en la sensibilidad superficial.

Muchas dificultades para la evaluación por incomprensión del lenguaje.	Permanecen las dificultades para la evaluación de la sensibilidad debido a los problemas de comprensión del lenguaje.	profunda. Sensación de amputación del brazo.	Mejora la consciencia de sensibilidad del MSI
--	---	--	---

ANEXO 4: RELACIÓN ENTRE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS Y LOS OBJETIVOS CONSEGUIDOS EN CADA PACIENTE.

BMM		
OBJETIVO	CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO
<p>1. Ser capaz de peinarse sin ayuda.</p> <p>a. Aumentar la fuerza muscular del MSD a 5/5.</p> <p>b. Aumentar el rango articular del MSD a 180° en ABD.</p> <p>c. Ser capaz de realizar flexo-</p>	<p>Sí.</p> <p>a. Conseguido</p> <p>c. Conseguido</p>	<p>b. Aumenta el RA a 140° de hombro en ABD.</p>

<p>extensión de codo en 180° de abd de hombro.</p> <p>d. Ser capaz de realizar prensión cilíndrica palmar.</p>	<p>d. Conseguido</p>	
<p>2. Ser capaz de ducharse de forma independiente, siguiendo secuencia lógica de lavado.</p> <p>a. Ser capaz de identificar esponja, champú y gel.</p> <p>b. Ser capaz de enjabonarse todo el cuerpo.</p> <p>c. Ser capaz de lavarse la cabeza.</p>	<p>Sí. La paciente realiza la ducha de forma independiente, aunque con supervisión.</p> <p>a. Conseguido.</p> <p>b. Conseguido. A veces necesita indicación verbal para iniciar la actividad.</p>	

d. Ser capaz de enjuaguarse antes de salir.	c. Conseguido. A veces necesita indicación verbal para el inicio de la actividad. d. Conseguido.	
---	---	--

JMR		
OBJETIVO	CONSEGUIDO	NO CONSEGUIDO
<p>1. Ser capaz de realizar las transferencias de forma segura.</p> <p>a. Aumentar la FM del MSI a 3/5.</p> <p>b. Ser capaz de transferir el peso del cuerpo de una pierna a otra.</p> <p>c. Ser capaz de mantener el equilibrio en bipedestación 2min.</p>		<p>No logrado. Necesita ayuda física para realizarlas, aunque si es capaz de ponerse en pie.</p> <p>a. Se consigue aumentar la FM a 2/5 en escala Daniels.</p> <p>b. El paciente se desestabiliza al pasar el peso de una pierna a otra por debilidad del MII.</p> <p>c. No es capaz de mantenerse en pie durante 2 minutos de forma segura.</p>

<p>2. Ser capaz de lavarse los dientes de forma independiente.</p> <p>a. Ser capaz de identificar los utensilios necesarios y su función.</p> <p>b. Ser capaz de sujetar el cepillo con el MSI mientras pone la pasta con el MSD.</p> <p>c. Ser capaz de cepillárselos con el MSD, y enjuagarse al terminar.</p>	<p>Sí se ha logrado.</p> <p>a. Identifica correctamente el cepillo, la pasta y el vaso y su función.</p> <p>b. Si sujeta el cepillo con la mano izquierda mientras pone la pasta.</p> <p>c. Se cepilla los dientes y se enjuaga. Se recomienda supervisión porque deja la actividad enseguida.</p>	<p>b. Se observa que la presa palmar es deficiente. Hay que seguir trabajándola.</p>
<p>3. Ser capaz de integrar bilateralmente los MMSS en el vestido.</p> <p>a. Ser capaz de cruzar la línea media del cuerpo con el MSI.</p>		<p>El paciente NO es independiente en el vestido, pero se logra que colabore en la actividad.</p> <p>a. No cruza la línea media con el MSI pero si lo hace con el derecho.</p>

<p>b. Integrar los MMSS para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ponerse/quitar la camiseta. - Abrochar/desabrochar cremallera. - Ponerse/quitar los pantalones y los calcetines. - Abrochar/desabrochar los velcros de sus zapatos. 	<p>b. Si es capaz de ponerse y quitarse una camiseta o una chaqueta.</p> <p>-Es capaz de abrochar y desabrochar el velcro de sus zapatos.</p>	<p>b. No es capaz de abrochar una cremallera, pero sí de subirla.</p> <p>Necesita ayuda para el vestido de los MMII porque se desestabiliza al agacharse.</p>
---	---	---



8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Arboix A, Álvarez – Sabín J, Soler L, en nombre del comité de redacción ad hoc del grupo de estudios de enfermedades cerebrovasculares de la SEN. *Ictus. Tipos etiológicos y criterios diagnósticos*. Neurología 2002. Disponible en: <http://www.ictussen.org/file3/capitulo1.pdf> (18 de Febrero de 2016).
- (2) Organización Mundial de la Salud (OMS). *El Accidente Cerebrovascular*. Disponible en: www.who.int/topics/cerebrovascular-accident/es/ (18 de Febrero de 2016).
- (3) Consejo internacional del sistema nacional de salud. *Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Política social (26 de Noviembre de 2008). Disponible en: www.msssi.gob.es/organización/sns/plancalidadesns/docs/estrategiaIctusSNS.pdf (25 de Febrero de 2016).
- (4) Arias Cuadrado A. Copenhagen Stroke: Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia clin*, 2009; 70(3): 25 – 40.
- (5) Blesedell Crepeau E, S. Cohn E, A. Boyt Schell B. *Willard and Spackman. Terapia Ocupacional*, (11ª Ed.). Madrid: Panamericana; 2011
- (6) C. Gil Núñez A, Egido JA, Larracochea J, Vila Nicolás, en nombre del grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la sociedad española de neurología. *Ictus ¿qué es, como se previene y se trata?* 2003. Disponible en: <http://www.ictussen.org/file3/El Ictus que es como previr&tratar.pdf> (13 de Abril de 2016).

- (7) Leciñana MA, Egado JA, Casado I, Ribó M, Dávalos A, Álvarez-Sabín J, et al. *Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo*. Neurología, 29(2), 102-122 (2014).
- (8) Sánchez Cabeza A, Fernández González S, de las Heras Mínguez G, Rodríguez Martín V, Romero Ayuso DM^a. Evaluación de la persona con Daño Cerebral Adquirido. En: Polonio López B. (ed.). *Terapia Ocupacional Aplicada al Daño Cerebral Adquirido*. Madrid: Panamericana; 2010. p125-179.
- (9) Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez Martín P. *Más de cien Escalas en Neurología* (2ªEd.). Madrid: Grupo Aula médica, 2008.
- (10) Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. 2ªEdición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal de internet]. 2010 [22 de Marzo de 2016]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- (11) Pérez Nellar J, Scherle Matamoros C, Roselló Silva H. *Unidad de Ictus agudo. Un nuevo concepto asistencial*. Rehabilitación, Vol.3, p.5. 2009; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol12_1_09/act02109.htm
- (12) Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Márquez G. *Tratamiento de la Extremidad Superior en la Hemiplejia desde la Terapia Ocupacional*. TOG (A Coruña) [revista de internet]. 2010 [9 de Abril de 2016]; 7(11): [24]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
- (13) Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza A. *Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido*. TOG (A Coruña) [revista de internet]. 2009 [22 de Febrero de 2016];

Vol.6,

supl4:

p.410-464.

Disponible

en:

<http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>

