

La Terapia
Ocupacional en el
tratamiento de un
paciente geriátrico
con hemiplejía
izquierda
institucionalizado
en una residencia.

TRABAJO DE FIN DE GRADO
RAQUEL CASTRO CARDIEL

DEFINICIÓN:

⁽¹⁾ Según M. Rebollo, la enfermedad cerebrovascular (ECV) es: "cualquier enfermedad del encéfalo, focal o difusa, transitoria o permanente, provocada por una alteración de la circulación cerebral. Esta alteración puede tener su etiopatogenia en un proceso patológico que afecte a los vasos sanguíneos, o bien, en un trastorno de la sangre circulante".

CLASIFICACIÓN:

⁽²⁾ Según la naturaleza de la lesión los ACV pueden ser:

- Hemorrágicos: son aquellos donde existe una extravasación de sangre intracranialmente como consecuencia de la rotura de un vaso.
- Isquémicos: son aquellos donde se produce una importante disminución del flujo sanguíneo cerebral, lo que da lugar a la necrosis tisular por daño neuronal irreversible (infarto cerebral).

EPIDEMIOLOGÍA:

El ACV es la entidad neurológica que provoca mayor número de ingresos hospitalarios y la tercera causa de mortalidad (10%) en los países industrializados. Tiene una prevalencia muy elevada (600-800 casos / 100.000 habitantes) suponiendo un grave problema socioeconómico, ya que el 50% de los afectados sufren secuelas que les impiden una integración social completa. La incidencia es de 124-323 / 100.000 / año, aumentando a partir de los 55 años de edad. Cada 10 años que pasan, las posibilidades de sufrirlo se doblan.

JUSTIFICACIÓN DEL TEMA:

Los accidentes vasculares cerebrales (ACV) constituyen la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiocirculatorias y de las neoplasias, y es la primera o una de las primeras causas de enfermedad grave duradera en las sociedades de tipo occidental. Aproximadamente, en nuestro país, 850.000 ancianos sufren esta afectación. Dados los datos anteriormente citados (número de población afectada), así como, las importantes secuelas físicas, el grave problema social que ocasionan y el considerable número de minusvalías que producen, es suficiente información para darnos cuenta de la problemática que genera esta enfermedad y de ahí que haya sido la elegida para mi trabajo.

Además de esto, existe una evidencia notable derivada de diversos estudios que indica que los patrones de uso afectan a la reorganización, por ello, hay una aceptación cada vez mayor de que hay una relación entre la reorganización cerebral y la recuperación funcional.

⁽³⁾ Las nuevas técnicas de imagen cerebral dejan claro que el sistema neurológico se remodela continuamente a lo largo de la vida y tras el daño mediante la experiencia y el aprendizaje en respuesta a la actividad y el comportamiento.

Hace más de medio siglo, Hebb, sugirió la posibilidad de que las conexiones corticales neuronales pudieran remodelarse por nuestra experiencia. Otro ejemplo, serían los estudios realizados por Pascual-Leone y Torres (1993), que reflejan los cambios en pacientes relacionados con el desarrollo de habilidades producidas por la práctica y el entrenamiento activos y repetitivos, y por la práctica continuada de la actividad.

- Teoría de la neuroplasticidad:

(4) "La Neuroplasticidad consiste en la habilidad del SNC para adaptarse, tanto en un sentido anatómico como funcional de su organización estructural, a las nuevas situaciones que aparecen como consecuencia de las lesiones cerebrales.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ACV:

(5) La Terapia Ocupacional es el arte y la ciencia de dirigir la respuesta del paciente en la realización de la actividad intencionada hacia objetivos específicos, previamente analizada y seleccionada en función de las necesidades del enfermo, incapacitado o marginado y con fines de evaluación, prevención, adiestramiento, reeducación, tratamiento y reinserción tendentes a conseguir el máximo grado de autonomía con el mínimo de alienación posible para conseguir una equilibrada adaptación al medio.

(6) El objetivo de la Terapia Ocupacional tras el daño cerebral va a ser el aprendizaje y entrenamiento de las habilidades y destrezas del paciente, así como el desarrollo de nuevas estrategias compensatorias para garantizar la mayor independencia funcional de la propia persona, teniendo en cuenta, las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas, relaciones interpersonales, actividades, roles y motivaciones, así como, el propio potencial de recuperación de la persona.

(7) Además, al ser una patología que puede aparecer en cualquier momento del desarrollo vital, unido a las variables individuales de cada persona y al territorio cerebral afectado, las manifestaciones clínicas de cada paciente serán diferentes y en consecuencia el tratamiento desde la Terapia Ocupacional variará de unas personas a otras.

VALORACIÓN:

Paciente de 81 años sufre un episodio de Ictus isquémico fronto temporal parietal derecho con evolución hemorrágica.

- Diagnóstico: Hemiplejía izquierda flácida completa residual.
- Valoración geriátrica: Casada, con dos hijos, vivía en su domicilio con su esposo. Cuando recibe el alta hospitalaria es trasladada a una residencia, donde comenzamos el tratamiento rehabilitador desde Terapia Ocupacional. La paciente presenta:

1. Aspectos físicos:

- Falta de control postural, de tronco y equilibrio.
- Pérdida de la marcha.
- Alteración de la sensibilidad y del esquema corporal.
- Heminegligencia.
- Flacidez.
- Síndrome de inmovilidad.
- Dependencia funcional para las AVD básicas, salvo la ingesta donde colabora.
- Incontinencia urinaria.

2. Aspectos cognitivos:

- Problemas de atención y memoria.
- Desorientación temporo – espacial.
- Fallos en praxis y relaciones espaciales.
- Falta de coordinación.

3. Aspectos psicológicos y sociales:

- Negación de presencia de incapacidades.
- Escasa motivación.
- Conducta impulsiva.
- Falta de relaciones sociales.
- Estado de ánimo depresivo.

OBJETIVOS:

1. Conseguir independencia en las transferencias.
2. Mejorar y adquirir control, simetría postural y equilibrio.
3. Mejorar la sensibilidad y el tono muscular en miembro superior e inferior, integrarlos en su esquema corporal y facilitar el movimiento.
4. Mejorar las capacidades cognitivas y la hminegligencia.
5. Ayudar a su adaptación y mejorar su estado depresivo.
6. Obtener la máxima autonomía posible en las AVD.

PLAN TERAPÉUTICO:

1. Movilidad en la cama:

- De decúbito supino a lateral: la paciente eleva los brazos, los dirige hacia un lado y la pierna sana pasa por encima de la hemipléjica, girando la pelvis y el tronco.
- ⁽⁸⁾ De decúbito supino a sedestación: lo mismo del ejercicio anterior a la vez que levanta la cabeza y el brazo contralateral al giro. Deja caer las piernas y se va incorporando.
- Desplazamiento lateral: la paciente desplaza la pelvis hacia arriba y lateralmente.
- ⁽⁹⁾ Pulsiones en decúbito: la paciente flexiona las rodillas y eleva la pelvis.

2. Control del tronco:

- ⁽¹⁰⁾ Báscula pélvica: la paciente bascula hacia delante con flexión de tronco y hacia atrás en extensión.
- Proyección del tronco hacia delante: sentada, la paciente desliza las manos por la mesa hacia delante hasta tocar la frente con la mesa y regresa a la posición inicial. También se pueden coger objetos a distintas alturas colocados en frente.



- Equilibrios laterales: la paciente apoya su mano hemipléjica en el banco y debe golpear un balón suspendido en el aire con su mano sana. Se puede variar el ejercicio colocando objetos en el lado izquierdo y transportarlos al lado sano.
- Inclinación del tronco con rotación: la paciente sentada tiene que coger un objeto situado enfrente con la mano sana y gira el tronco y lo deposita en el lado contrario.



3. Inicio de la bipedestación:

- La paciente debe despegar las nalgas de la silla trasladando el tronco hacia delante y apoyándose en los muslos de la TO. Posteriormente deberá ponerse de pie, bloqueando la rodilla hemipléjica y sujetándola por los codos la TO. También puede apoyarse en una silla o mesa colocada en frente variando las alturas desde las que se tenga que levantar.
- Una vez se afianza la bipedestación se pueden introducir desequilibrios y liberar las manos para realizar diferentes actividades con la mano sana y la hemipléjica puede estar apoyada en el hombro de la TO.



4. Tratamiento del miembro superior:

- ⁽¹¹⁾ Movimientos activos asistidos: en sedestación realizar desplazamientos de una pelota gimnástica con ambas manos entrelazadas.



- Movimientos deslizados: trazar círculos u "8" con la mano afectada y con una toalla colocada debajo. También dirigir el movimiento para tocar distintos objetos colocados en la mesa.
- Funciones de la mano: se estabiliza la muñeca en ligera extensión, se lleva el brazo hacia delante, la TO da un estímulo en los extensores de los dedos para soltar el objeto y regresa a la posición inicial. Se variarán los tamaños de los objetos y conforme recupere la actividad en el miembro afectado se incluirán actividades bimanuales necesarias para realizar las AVD.

- Estimulación sensitiva: se comenzarán las sesiones con movilización de la musculatura del brazo y de la mano y con una estimulación sensitiva con cepillos, esponjas, golpeteos, etc. (10 minutos). También se pueden utilizar objetos para que palpe de diferentes pesos, tamaños y densidades para favorecer la propiocepción y telas o fichas con diferentes texturas para estimular el tacto.

5. Tratamiento del miembro inferior:

- Descalza, con el pie afectado encima de una pelota tiene que rodar hacia delante con el talón y la rodilla a la vez se va extendiendo.
- Coger los dedos, traccionar un poco de ellos y aplicar estímulos para reducir la hipersensibilidad y facilitar el apoyo usando separadores de dedos, alfombrillas con distintas texturas e introducir la toalla después del aseo entre los dedos del pie para proporcionar estímulo de roce.
- Subir un pie a la rodilla contraria cogiéndose la pierna e inclinar el tronco haciendo una ligera rotación hacia ese lado.

6. Tratamiento de la heminegligencia:

Hay que hacer que el paciente se dirija hacia su lado afectado y para ello recibirá los estímulos por ese lado, incluso la disposición de su habitación. La realización de ejercicios, de láminas cognitivas, puzzles y presentación de objetos de la vida cotidiana se harán por el lado izquierdo. De esta manera también mejoraremos su integración y esquema corporal.

7. Tratamiento de las capacidades intelectuales:

- Orientación temporo-espacial y a la realidad: se comienza con la fecha, día de la semana, etc. y con la lectura del periódico donde se comentan las noticias.
- ⁽¹²⁾ Atención: para trabajar el enfoque visual, la movilidad de globos oculares y la capacidad de reacción.
- Memoria: se trabaja la memoria a corto y largo plazo, la visual, etc.
- ⁽¹³⁾ Percepción y praxis:
 - Dibujar líneas en distintas posiciones o figuras complejas y objetos de la vida cotidiana.
 - Cierre de figuras
 - Discriminación figura-fondo
 - Unir puntos o hacer el contorno de una figura.
 - Laberintos, etc.
- Esquema corporal:
 - Tocarse distintas partes del cuerpo
 - Completar cuerpos incompletos.
 - Imitar gestos y posturas.
 - Vestirse.

- Relaciones espaciales: describir la posición de un objeto o la situación del propio paciente.
- ⁽¹⁴⁾ Lenguaje y escritura: lectura y comprensión, listas de palabras, etc.
- Gnosias: reconocer diferentes objetos, tamaños, colores, letras, etc.

8. Tratamiento de la depresión:

⁽¹⁵⁾ El primer paso será conocer los intereses que tiene la paciente con el fin de generarle una mayor motivación o buscar nuevos que suplan en la medida de lo posible el abandono de los anteriores. También se debe elegir y graduar la actividad para que sea estimulante y exista un equilibrio entre su grado de dificultad y la capacidad del usuario.

- ⁽¹⁶⁾ Actividades grupales: talleres de discusión, videoforum y preparación de festividades.
 - Finalidad:
 - Participación y comunicación.
 - Relaciones sociales.
 - Dinámica grupal.
- Actividades individuales: talleres de manualidades, pintura.
 - Finalidad:
 - Expresión.
 - Creatividad.
 - Habilidades y destrezas.
- Actividades de trabajo corporal: relajación, psicomotricidad, gimnasia y expresión corporal.
 - Finalidad:
 - Desarrollo físico.
 - Interacción social.
 - Conciencia corporal.
 - Expresión de emociones.
- Otras: Risoterapia, Musicoterapia, etc.

Además de las actividades mencionadas cabe destacar la importancia de la familia, por ello, es necesario educar a la misma acerca de las habilidades y áreas de necesidad que tiene la paciente en cada momento. También debemos dar el apoyo necesario a la familia.

9. Adiestramiento en las AVD:

- ⁽¹⁷⁾ Bañarse / Ducharse: los baños están adaptados de forma que la paciente hará una transparencia lateral a la silla de ducha y llevará a cabo su aseo. Puede utilizar un cepillo largo para frotarse la espalda o las zonas que no alcanza.



(18)



- Higiene personal: se lavará en frente del lavabo sentada. Hay que controlar la temperatura del agua a través de la mano sana. Se debe insistir en la higiene oral ya que al haber un déficit de la sensibilidad no aprecia si quedan restos de alimentos en la boca.
- Vestirse:
 - Ponerse una chaqueta o camisa.
 - Introducir primero la mano afectada y subir la manga totalmente hasta el hombro.
 - Sujetar con la boca el cuello de la chaqueta y echar toda la prenda hacia atrás.
 - Coger con la mano sana la prenda e introducir el otro brazo y acabar de colocar la prenda y abotonar.



Secuencia del vestido.

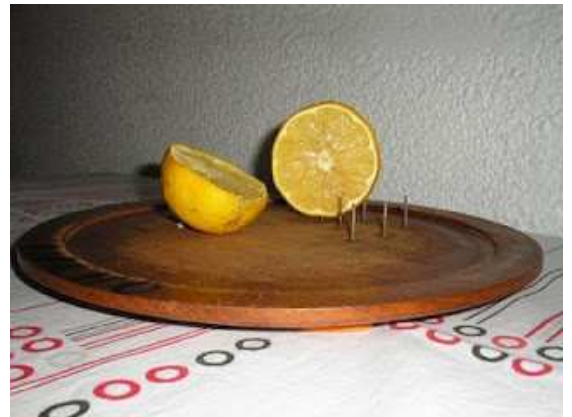


Secuencia del desvestido.

- Ponerse un pantalón o falda:
 - Introducir el pie afectado y después el sano y coger por la cinturilla e ir subiéndolo hasta los muslos.
 - Ayudar a ponerse de pie agarrando el pantalón y subir el pantalón, luego la cremallera y por ultimo abotonar.
- Calzarse y ponerse los calcetines: se le recomienda que utilice zapatillas con velcros y para colocárselos tiene que elevar un pie a la rodilla.
- Usar el servicio: se pueden utilizar algunas ayudas técnicas como: elevar el asiento, tablas de transferencia, asideros, etc.



- Comida: se le entrenará primero con filetes de plastilina, arroz, etc. Se pueden utilizar ayudas técnicas como: engrosadores de cubiertos, manteles antideslizantes, cortapizzas, etc. Se colocará todo en el lado afectado.



METODOLOGÍA

⁽¹⁹⁾ La metodología empleada sería un conjunto de técnicas variadas extraídas de:

1. El método Bobath: técnicas para influir sobre las alteraciones del tono muscular y del movimiento.
2. El método de facilitación neuromuscular propioceptiva del doctor Kabat: basado en la utilización de estímulos periféricos superficiales o profundos para estimular el SN con el fin de aumentar la fuerza y la coordinación muscular.
3. Método de facilitación de Margaret Rood: basado en estímulos sensoriales para conseguir una mejor respuesta muscular.
4. Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner, teniendo en cuenta la motivación, hábitos, patrones ocupacionales y repertorio de habilidades.

Algunas de las escalas utilizadas son:

- Índice de Katz (auto-cuidados).
- Escala de equilibrio de Berg.
- Índice de Barthel.
- Evolución motora de la hemiplejía.
- ⁽²⁰⁾ Escala de depresión geriátrica (GDS 30)
- Cuestionario de papeles y hábitos.
- Miniexamen cognoscitivo de Lobo.

EVOLUCIÓN

Desde su ingreso en la residencia hemos conseguido mejorar el control postural, siendo el adecuado para llevar a cabo los AVD básicas. Es independiente para el arreglo personal, ingesta y capaz de vestirse sola de cintura para arriba. Mejora el control urinario. Se mantiene en bipedestación con ayuda de una persona, pero todavía no se ha iniciado la marcha. Se sigue insistiendo y estimulando la normalización del tono muscular ya que sigue habiendo una flacidez en la extremidad superior afectada y va apareciendo algo de movimiento voluntario a nivel de hombro. Hasta la fecha hemos pasado de una valoración en el índice de Barthel de 10 al ingreso a 35 en la actualidad. Se muestra mucho más motivada y animada, pero le cuesta aceptar sus limitaciones. Esta más adaptada y socializada al entorno y es participe tanto ella como su marido de todas las actividades realizadas en el centro.

CONCLUSIONES.

- La familia es una parte muy importante en la evolución hacia la recuperación total de la persona.
- Debemos de enseñar y adiestrar a la persona para que adquiera nuevas habilidades y destrezas, pero siempre dejando que el paciente adquiera su propia manera de hacerlo.
- Cabe destacar la importancia de la colaboración del equipo multidisciplinar (fisioterapeuta, logopeda, medico rehabilitador, neuropsicólogo, etc.) ya que permite dar una mayor calidad asistencial y una mejor eficacia en el proceso de Rehabilitación.
- Hay que empatizar con el paciente para que se sienta comprendido y apoyado en todo momento.
- Es importante crear un ambiente de trabajo donde se favorezca la comunicación, la utilización de técnicas grupales, la creatividad, etc.
- El ejercicio rehabilitador continuo así como la estimulación y mantenimiento de las capacidades cognitivas influyen en el proceso de recuperación.
- Se debe animar al paciente a encontrar nuevos intereses y motivaciones que puedan sustituir a los anteriores o mantener los previos si se puede, ya que esto va a influir directamente en la adaptación a su nueva situación.
- Siempre se debe efectuar una reevaluación constante de la discapacidad en las etapas e ir adaptando el tratamiento al progreso del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Garzas Cejudo E. Accidentes cerebrovasculares: qué, cómo y por qué. 2ª ed. Jaén: Formación Alcalá, SL; 2003.
- (2) Máximo Bocanegra N, Pérez de Heredia Torres M, Gutiérrez Morote M. Atención en el Hogar de personas mayores: Manual de Terapia Ocupacional. Salamanca: Ediciones Témpera SA; 2004.
- (3) Carr J, Shepherd Rehabilitación de pacientes en el ictus: pautas de ejercicios y entrenamiento para optimizar las habilidades motoras. Madrid: Elsevier; 2004.
- (4) Chapinal Jiménez A. Involuciones en el anciano y otras disfunciones de origen neurológico: guía práctica para el entrenamiento de la independencia personal en terapia ocupacional. Barcelona: Masson; 2002.
- (5) Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. Zaragoza: Mira Editores, SA; 1997.
- (6) Sánchez A. Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. Rev TOG 2005; num. 2
- (7) Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Márquez G. Tratamiento de la extremidad superior en la hemiplejía desde Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2010 [18-03-2012]; 7(11): [24p] Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
- (8) Durante Molina P. y Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y Práctica. 2ª Edición. Barcelona: Masson; 2003.
- (9) Bobath B. Hemiplejia del adulto. Evaluación y tratamiento. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999.
- (10) Chapinal Jiménez A. Rehabilitación en hemiplejia, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano: entrenamiento de la independencia en Terapia Ocupacional. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
- (11) Davies P.M. Pasos a seguir: tratamiento integrado de pacientes con hemiplejia. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
- (12) Mayán Santos JM, Fernandez Prieto M. Mente activa: ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológico. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya SA); 2008.
- (13) Gómez Tolón J. Habilidades y destrezas en Terapia Ocupacional. Zaragoza: Mira Editores, SA; 2000.

- (14) Tárraga L, Boada M. Cuadernos de repaso: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada. Barcelona: Glosa SL; 2003.
- (15) Durante Molina P, Noya Arnaiz B, Moruno Miralles P. Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados. Barcelona: Masson, SA; 2000.
- (16) Durante Molina P, Noya Arnaiz B. Terapia Ocupacional en salud mental: principios y práctica. Barcelona: Masson, SA; 2003.
- (17) Moruno Miralles P, Romero Ayuso DM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson, SA; 2006.
- (18) IMSERSO. Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [Sede Web]. Madrid: IMSERSO; 7 de abril de 1989 [2006; acceso 23 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.ceapat.org/verIndex.do>
- (19) Florez García MT. Intervención para mejorar la función motora en el paciente con Ictus. Rehabilitación. Madrid; 2000.
- (20) Monforte Poto JA, Franco Martín MA, Conde López VJM. Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias. Madrid: Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2001.