



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**“PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL
PARA EL ENTRENAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE
LA VIDA DIARIA EN PACIENTE CON DEMENCIA VASCULAR EN
UN CENTRO DE DÍA”**

“OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION PLAN FOR TRAINING THE
BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN A PATIENT WITH VASCULAR
DEMENTIA IN A DAY CARE CENTER”

Autor/a

Sara Gracia Zalba

Director

Estela Calatayud Sanz

Cotutora: Carmela Carballo Soteras

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso Académico 2020/2021

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	3
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	4
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS GENERALES	7
METODOLOGÍA.....	7
A) HERRAMIENTAS Y VARIABLES DE RESULTADO.....	7
B) PERFIL DEL PACIENTE.....	8
C) ASPECTOS ETICOS	11
D) PLAN DE INTERVENCIÓN	11
DESARROLLO-RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIÓN.....	25
BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	31

RESUMEN

La demencia vascular es una enfermedad resultante de lesiones vasculares o de etiologías circulatorias que se caracteriza por el deterioro cognitivo y funcional de la persona.

El propósito general de este trabajo es analizar el efecto de una intervención de Terapia Ocupacional basada en el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria en un paciente afecto de demencia vascular.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación inicial del paciente, se ha realizado una valoración de las capacidades cognitivas mediante el MEC-35 y una valoración de las actividades básicas de la vida diaria a través del Índice de Barthel.

La intervención se abordó teniendo en cuenta el Modelo Cognitivo, y el Modelo de Ocupación Humana, propios de la Terapia Ocupacional.

El plan de intervención se llevará a cabo 2 días por semana, con sesiones de 50/60 minutos, durante un total de 5 semanas, en el que se realizarán actividades de estimulación cognitiva y entrenamiento directo de las actividades básicas de la vida diaria.

El plan de trabajo ha sido interrumpido antes de su finalización, a causa de una intervención quirúrgica a la que se somete el paciente, que ha derivado en un empeoramiento a nivel cognitivo y funcional, y que impide reflejar mejoras a nivel cuantitativo.

A pesar de no obtener resultados positivos a nivel cuantitativo, a través de la intervención desde Terapia Ocupacional, observamos mejoras a nivel cualitativo que han mejorado la satisfacción personal del paciente.

ABSTRACT

Vascular dementia is a disease resulting from vascular lesions or circulatory etiologies characterized by cognitive and functional impairment.

The overall purpose of this study is to analyze the effect of an Occupational Therapy intervention based on training in basic activities of daily living in a patient with vascular dementia.

In order to carry out the initial evaluation process of the patient, an assessment of cognitive abilities was made using the MEC-35 and an appreciation of basic activities of daily living through the Barthel Index.

The intervention was approached considering the Cognitive Model and the Human Occupation Model, both specific to Occupational Therapy.

The intervention plan will be carried out 2 days per week, with sessions of 50/60 minutes, for a total of 5 weeks, using cognitive stimulation activities and direct training of basic activities of daily living.

The work plan was interrupted due to a surgical intervention suffered by the patient, which resulted in a decline at a cognitive and functional level, which impeded to reflect improvements at a quantitative level.

Despite not obtaining positive results at a quantitative level, through the intervention from Occupational Therapy, we managed to make the patient more independent in some of the ABVD and, therefore, we achieved greater personal satisfaction.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AVD	Actividades de la vida diaria
OMS	Organización Mundial de la Salud
DV	Demencia Vascular
EA	Enfermedad de Alzheimer
ACV	Accidente Cerebro Vascular
ABVD	Actividades Básicas de la vida diaria
DCL	Deterioro cognitivo leve
AIVD	Actividades Instrumentales de la vida diaria
TO	Terapia Ocupacional
MEC-35	Mini examen cognoscitivo de Lobo
MOHO	Modelo de Ocupación Humana
POCD	Disfunción Cognitiva postoperatoria
RC	Reserva Cognitiva
PIA	Plan Individualizado de Atención

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Nº	Título	Página
Tabla 1	Informe médico de patologías asociadas	11
Tabla 2	Nivel cognitivo global y por dominios del paciente	12
Tabla 3	Nivel de desempeño funcional del paciente en las ABVD	12
Tabla 4	Orden de sesiones de intervención	14
Figura 1	Cronograma del proceso de intervención	15
Tabla 5	Desarrollo de actividades y objetivos del plan de intervención	15-19
Figura 2	Imágenes sobre la actividad de alimentación	20
Figura 3	Imágenes sobre la actividad del vestido	20
Tabla 6	Comparación de resultados del MEC	21
Tabla 7	Comparación de resultados del índice de Barthel	22
Gráfica 1	Comparación de resultados iniciales y finales	23

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida en la población, está relacionado con el incremento de las enfermedades que aparecen en edades avanzadas, algunas de las cuales pueden afectar significativamente en la calidad de vida de las personas (1).

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas sufren cambios como consecuencia del envejecimiento normal del cerebro. En algunos casos, estos cambios pueden interpretarse con la presencia de déficits cognitivos o pérdida de memoria, que interfieren en las actividades de la vida diaria (AVD) y que en ocasiones son precursores de una enfermedad demencial (2,3).

La demencia es un síndrome caracterizado por la pérdida de memoria y de otras funciones mentales superiores, así como alteraciones de la conducta y la personalidad, que afecta a la capacidad para realizar las AVD (3,4).

La prevalencia de esta patología aumenta marcadamente con la edad y, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que a nivel mundial afecta a unas 50 millones de personas (5).

La demencia vascular (DV) es la segunda forma más común de demencia, siendo la más frecuente la enfermedad de Alzheimer (EA) (6). Incluye aquellos casos que resultan de lesiones vasculares o de etiologías circulatorias y se caracteriza por un deterioro intelectual en los tres primeros meses después del Accidente Cerebro Vascular (ACV), dificultades en la marcha con aumento de la frecuencia de las caídas y predominio de déficit cognitivo subcortical (7,8). Su frecuencia es del 10-20% del total de las demencias y es más habitual en varones (7).

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son aquellas que responden a las necesidades fundamentales del individuo, orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo, que incluyen la alimentación, higiene y arreglo personal, uso del inodoro, ducha, control de esfínteres, vestido y movilidad funcional. Debido a las alteraciones fisiológicas producidas a lo largo del envejecimiento, las personas mayores tienen un mayor riesgo de perder funcionalidad, lo cual puede dificultar la ejecución de las ABVD de forma

independiente (9). Uno de los criterios fundamentales que diferencia el deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, es el grado de afectación de la funcionalidad. Según la DSM-V, las personas con DCL, tienen dificultades en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), mientras que en la demencia aparecen alteraciones en la ejecución de las ABVD (10).

La estimulación cognitiva en las demencias se basa en promover la plasticidad y la capacidad de aprendizaje que aún se posee en la vejez y así mantener las capacidades cognitivas durante el mayor tiempo posible (11).

En la realización de cualquier tarea cotidiana están implicados múltiples procesos mentales, por lo que, el incremento de las funciones cognitivas, favorece la autonomía en la realización de las ABVD (12).

Existen estudios que demuestran que la forma de intervención más eficaz en la demencia es aquella que combina el tratamiento farmacológico con el no farmacológico. El tratamiento no farmacológico tiene efectos positivos ya que contribuye en la mejora de la calidad de vida de estas personas y de sus familiares y/o cuidadores, además de retrasar la progresión de la disfuncionalidad (13).

La Terapia Ocupacional (TO) es considerada una parte esencial del tratamiento no farmacológico en el abordaje de las demencias (14). El objetivo principal de La TO es promocionar la salud y el bienestar a través de la ocupación, para mejorar la calidad de vida (15).

Desde esta disciplina, se trabaja junto a las personas con demencia para enlentecer el deterioro y mantener y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectadas que interfieren en su independencia, con la finalidad de maximizar su autonomía (16,17).

Los Centros de Día para personas mayores son lugares que proporcionan atención especializada e individualizada con una finalidad preventiva y/o rehabilitadora, llevada a cabo por profesionales de diferentes disciplinas, entre ellas la TO. El objetivo principal de estos recursos es mantener y/o recuperar la autonomía en las actividades diarias de la persona para

favorecer su permanencia en el medio familiar y comunitario evitando la institucionalización (18).

El propósito general de este trabajo es analizar el efecto de una intervención de TO basada en la estimulación cognitiva y el entrenamiento de las ABVD en un paciente afecto de demencia vascular.

El recurso donde se llevará a cabo la intervención es el Centro de Día Vitalia al que el paciente acude diariamente y donde recibe otros tipos de intervenciones complementarias.

OBJETIVOS GENERALES

El objetivo general que se pretenden alcanzar con el presente trabajo es:

- Analizar el efecto de una intervención de TO basada en la estimulación cognitiva y el entrenamiento de las ABVD en un paciente afecto de demencia vascular.

METODOLOGÍA

A) HERRAMIENTAS Y VARIABLES DE RESULTADO

Para llevar a cabo el proceso de evaluación inicial del paciente, se ha realizado una valoración de las capacidades cognitivas mediante el MEC-35 (mini examen cognoscitivo de Lobo) y una valoración de las ABVD a través del Índice de Barthel.

El MEC-35 (*ANEXO 1*) es una herramienta de screening muy utilizada en la detección del deterioro cognitivo que explora de manera rápida y estandarizada algunas de las funciones cognitivas: orientación temporo-espacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias. Su puntuación va de 0-35 puntos considerándose un menor déficit cognitivo cuanto mayor rango de puntuación exista (19). El MEC-35 presenta una sensibilidad del 84,6%, y una especificidad del 82% (20).

El índice de Barthel (*ANEXO 2*), es un instrumento basado en la observación que mide la capacidad de la persona para la realización de algunas de las

ABVD como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso del retrete, traslados sillón-cama, deambulación y subir y bajar escaleras. Esta herramienta permite obtener una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). El índice de Barthel presenta una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% (21).

Posteriormente, se realizó una entrevista personal con el paciente, para conocer su historia de vida y sus intereses pasados y actuales. Para ello, se utilizó el Listado de Intereses del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) (ANEXO 3).

B) PERFIL DEL PACIENTE

B.1 HISTORIA DE VIDA

J.H es un varón de 80 años, viudo, nacido en Zaragoza, lugar en el que ha vivido siempre. Tiene cuatro hermanos, tres de ellos son chicos, y la única chica murió joven de forma súbita.

Afirma que tuvo una infancia feliz, en la que pasaba mucho tiempo con sus amigos, sobre todo jugando al fútbol.

Fue al colegio Marianistas de Zaragoza y, posteriormente, estudió derecho en la Universidad de Zaragoza. Aunque considera que es un trabajo muy duro de ejercer, siempre se ha dedicado a ello. Su nivel ocupacional a nivel mental siempre ha sido alto y sabía hablar varios idiomas.

Asegura que en su adolescencia no ligaba mucho con las chicas y solamente tuvo tres o cuatro novias formales. Con la última de ellas, se casó a los 29 años. Comenzó entonces una nueva etapa de su vida en la que fue muy feliz y tuvo cuatro hijos, tres chicas y un chico.

Durante su vida, ha viajado a muchos lugares fuera de España, y uno de los que más le gustó fue Buenos Aires. Además, siempre ha veraneado con su familia en la playa de Comarruga, en Tarragona, donde tenía una casa.

Una de sus mayores aficiones siempre ha sido ver los partidos del Real Zaragoza, bien sea en el estadio de la Romareda o por la televisión.

Además, refleja interés en actividades como jugar a las cartas, escuchar música clásica, leer el periódico...

Su mujer murió cuando tenía 70 años, todavía la recuerda con mucho cariño.

Actualmente solamente una de sus hijas vive en Zaragoza, el resto residen en Kenia, Bélgica y Canarias. Debido a ello, y tras ser diagnosticado de demencia vascular al poco tiempo de sufrir un ACV isquémico, comenzó a vivir con una cuidadora.

Desde Junio del año 2019, acude al Centro de Día Vitalia todas las mañanas donde realiza sesiones de Terapia Ocupacional y Fisioterapia.

B.2 EVALUACIÓN INICIAL

El paciente tiene un diagnóstico principal de DV desde el año 2016, y presenta otras patologías asociadas que pueden verse en la tabla 1 y de forma más completa en el (ANEXO 4) y (ANEXO 5).

Tabla 1. Informe médico de patologías asociadas

Diagnóstico principal año 2016	Demencia Vascolar
Patologías asociadas	Fibrilación auricular
	Cardiopatía Hipertensiva
	Hipercolestemia
	Síndrome prostático
	Depresión

Como se muestra en la tabla 2, la puntuación obtenida en el MEC-35 es de 26 puntos, lo que demostraría, según este test, ausencia de deterioro cognitivo (20).

Los dominios más afectados son la orientación espacial, la memoria a corto plazo y la construcción; De forma más leve, el cálculo y la orientación temporal.

Tabla 2. Nivel cognitivo global y por dominios del paciente.

MEC	26/35
Orientación temporal	4/5
Orientación espacial	3/5
Memoria de fijación	3/3
Cálculo	4/5
Atención	3/3
Memoria a corto plazo	0/3
Lenguaje	6/6
Construcción	3/5

El nivel de desempeño funcional en las ABVD, queda reflejado en la tabla 3. El resultado de esta evaluación es de 55/100 lo que sería indicativo de un grado de dependencia moderado (21).

La persona es totalmente dependiente para el lavado y el arreglo personal. Las actividades para las que precisa ayuda y/o supervisión son la comida, vestido, realización de transferencias, deambulación y subir y bajar escaleras. Para utilizar el retrete es totalmente autónomo.

Tabla 3. Nivel de desempeño funcional del paciente en las ABVD.

BARTHEL	55/100
Comida	5
Lavado	0
Vestido	5
Arreglo	0
Deposición	5
Micción	5
Ir al retrete	10
Transferencia	10
Deambulación	10
Subir y bajar escaleras	5

C) ASPECTOS ETICOS

Se guardaron las normas de protección de datos de carácter personal. Se informó a todos los participantes de los objetivos del estudio y firmaron el consentimiento informado. Este estudio siguió las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki (52.a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre del 2000) 32, las normas de buena práctica clínica, y cumpliendo la legislación vigente (22).

D) PLAN DE INTERVENCIÓN

El tratamiento se aborda según el Modelo Cognitivo, y el MOHO, propios de la Terapia Ocupacional. Se plantean actividades de dos tipos:

- Actividades para estimular algunas de las funciones mentales con la finalidad de observar mejoras en la funcionalidad de las ABVD.
- Actividades donde se trabajan de forma directa estas ABVD.

El objetivo específico que se pretende lograr es:

- Potenciar las habilidades y/o enseñar distintas estrategias compensatorias con el fin de capacitar a la persona a desarrollar las ABVD de la forma más independiente y autónoma posible.

La intervención se lleva a cabo teniendo en cuenta los intereses de la persona, de este modo, algunas de las actividades se realizan con música clásica de fondo y en el vestido se incluyen corbatas, propias de su profesión y el equipaje del Real Zaragoza.

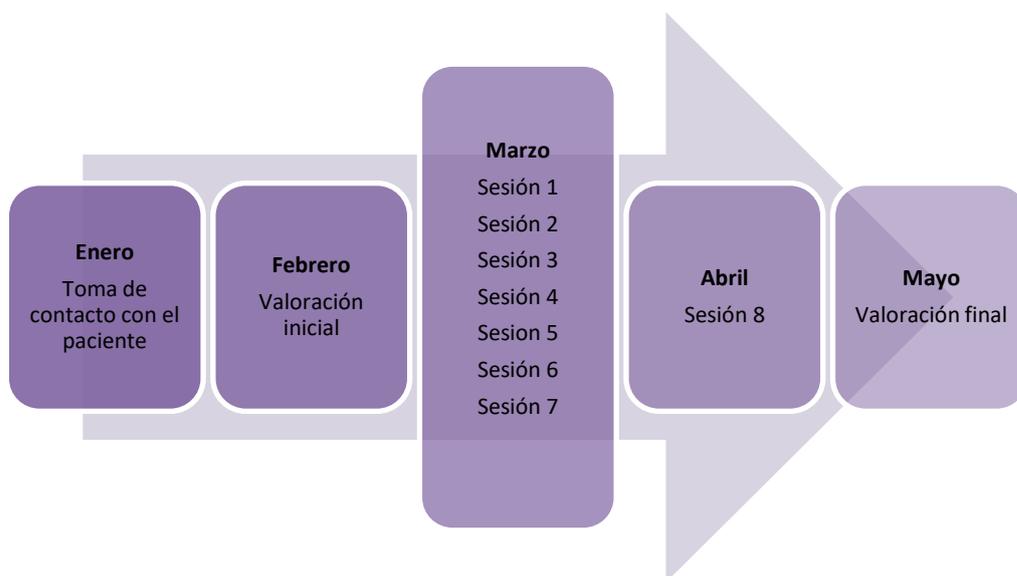
Se confeccionaron 10 sesiones prácticas de 50/60 minutos aproximadamente, para ser realizadas dos días por semana en una de las salas del Centro de Día, de acuerdo al orden que podemos observar en la tabla 4.

Tabla 4. Orden de sesiones de intervención.

<i>Nº sesión</i>	<i>Actividad trabajada</i>	<i>Modalidad de intervención</i>
<i>Sesión 1º</i>	Comida	Programa de estimulación cognitiva
<i>Sesión 2º</i>	Vestido	Programa de estimulación cognitiva
<i>Sesión 3º</i>	Arreglo personal y lavado	Programa de estimulación cognitiva
<i>Sesión 4º</i>	Transferencias	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 5º</i>	Comida	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 6º</i>	Vestido	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 7º</i>	Arreglo personal y lavado	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 8º</i>	Transferencias	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 9º</i>	Comida	Entrenamiento directo de ABVD
<i>Sesión 10º</i>	Vestido	Entrenamiento directo de ABVD

El plan de trabajo transcurrió según se muestra en el siguiente el cronograma:

Figura 1. Cronograma del proceso de intervención.



A continuación, se presentan las actividades que se llevaron a cabo con el paciente y los objetivos planteados para cada una de ellas.

Tabla 5. Desarrollo de actividades y objetivos del plan de intervención.

Actividades básicas de la vida diaria	Intervención	Objetivos
<p>Comida (Ver figura 2)</p>	<p>Programa de estimulación cognitiva: actividad en la que se muestran imágenes de diferentes alimentos, sobre los que hay que indicar el cubierto que se utiliza para comer cada uno de ellos.</p> <p>Entrenamiento directo: simular alimentación. Uso de plastilina para trabajar la acción de cortar con el cuchillo y pinchar con el tenedor, echar agua en un vaso, coger arroz crudo con la cuchara etc.</p>	<p>Mejorar la orientación y desplazamiento de los cubiertos respecto a los alimentos.</p> <p>Trabajar la presión adecuada para cada cubierto.</p>

<p>Lavado</p>	<p>Programa de estimulación cognitiva: actividad consistente en realizar un listado con los objetos y materiales necesarios para ducharnos, además de los pasos a seguir al realizar la tarea.</p> <p>Entrenamiento directo: simular lavado: en el baño del Centro de Día trabajamos la secuencia de pasos a seguir para realizar la actividad. De manera inicial se le pide a la persona que verbalice las acciones que va a ir realizando, para finalmente hacerlo sin refuerzo verbal.</p>	<p>Habituarse a la secuencia de pasos a seguir en la ducha.</p>
<p>Vestido (Ver figura 3)</p>	<p>Programa de estimulación cognitiva: vestido de un muñeco. Se preparan varios conjuntos de ropa. La actividad comienza con el reconocimiento y denominación de las distintas partes del cuerpo y de las prendas de vestir. A partir de ahí, se recortan las prendas y se colocan en la parte del cuerpo del muñeco correspondiente. Además, hay que identificar si falta alguna prenda de ropa en cada conjunto y en qué época del año se utilizan.</p> <p>Entrenamiento directo: se trabaja el vestido y desvestido sobre él mismo (poner y quitar la chaqueta, atar los cordones, subir cremalleras, abotonar...)</p>	<p>Entrenar la orientación de la ropa respecto al cuerpo.</p> <p>Interiorizar la secuencia de pasos para vestirse.</p>

<p>Arreglo personal</p>	<p>Programa de estimulación cognitiva: actividad en la que el paciente debe asociar cada objeto y material que se le muestra a su actividad de arreglo personal correspondiente.</p> <p>Entrenamiento directo: lavado de manos, lavado de cara, lavado de dientes y simular afeitado.</p>	<p>Favorecer el conocimiento de los instrumentos requeridos para la ejecución de cada tarea.</p> <p>Entrenar la secuencia de pasos de cada tarea integrando los objetos necesarios para cada una de ellas.</p>
<p>Micción y deposición</p>	<p>Se establece una rutina en la que cada 2 horas la persona debe ir al baño.</p>	<p>Establecer hábitos y rutinas de micción y deposición para evitar episodios de incontinencia.</p>
<p>Uso del retrete</p>	<p>Trabajo de simulación del uso del retrete en el baño del Centro de Día.</p>	<p>Mantener las destrezas necesarias para utilizar el retrete de manera autónoma.</p>

<p>Transferencia</p>	<p>Entrenamiento directo en el que se enseña a la persona los pasos para levantarse de la silla de forma segura:</p> <p>1º desplazar el glúteo hacia afuera.</p> <p>2º realizar un correcto apoyo de los pies sobre el suelo.</p> <p>3º Meter la zona abdominal hacia adentro.</p> <p>4º Colocar las manos sobre un punto de apoyo, en el caso de que lo haya (mesa, por ejemplo).</p> <p>5º Realizar la acción de levantarse.</p>	<p>Desarrollar las estrategias necesarias para realizar las transferencias de forma segura.</p>
<p>Deambulaci3n</p>	<p>Trabajo en colaboraci3n con Fisioterapia. La persona, en su horario de Fisioterapia (1 hora, 2 d3as semanales), dedica un per3odo de tiempo aproximado de 10 minutos a caminar por el pasillo del Centro de D3a en supervisi3n de un profesional. Para favorecer que la marcha sea lo m3s normalizada posible, se establece un ritmo (1, 2; 1,2...) que la persona debe seguir verbaliz3ndolo en voz alta.</p>	<p>Establecer pautas para favorecer una marcha lo m3s normalizada posible.</p>

<p>Subir y bajar escalones</p>	<p>Trabajo en colaboración con Fisioterapia. Se entrena la subida y bajada de escaleras con apoyo de barandilla en la sala de Fisioterapia.</p>	<p>Entrenar la subida y bajada de escaleras para que esta sea lo más segura fluida posible.</p>
---------------------------------------	---	---

El uso del retrete es una actividad a la que no se le dedica ninguna sesión completa, ya que es independiente para ello. Sin embargo, se trabaja de forma ocasional en alguna de las sesiones y diariamente en el Centro de Día con la Terapeuta Ocupacional y/u otros profesionales, para mantener las destrezas necesarias para ello y prevenir posibles dificultades.

Además, para trabajar la memoria a corto plazo, al finalizar cada sesión la persona debe recordar y verbalizar lo que ha realizado.

Figura 2. Imágenes sobre la actividad de alimentación



Como vemos en estas imágenes, para llevar a cabo la actividad de entrenamiento de la alimentación se hizo uso de plastilina que simulaba la comida. Además, se utilizaron otros materiales como: platos, cubiertos y vasos reales para entrenar esta ABVD de la forma más similar a la realidad.

Figura 3. Imágenes sobre la actividad del vestido



Estas imágenes muestran la actividad planteada para trabajar el vestido a través de la estimulación cognitiva. Como podemos observar, dentro de los materiales proporcionados para esta actividad, hay una serie de prendas de vestir que el paciente debe reconocer y colocarlas sobre la parte correspondiente del cuerpo, sobreponiendo unas piezas sobre otras.

DESARROLLO-RESULTADOS

Transcurridas 8 de las 10 sesiones del tratamiento, el 9 de abril, el paciente se somete a una intervención dental con anestesia, por la cual permanece varias semanas sin asistir al Centro de Día. Tras regresar, se detecta un empeoramiento a nivel cognitivo y de nuevo, se observa que a nivel funcional no puede realizar algunas de las actividades diarias.

Tras este suceso, desde TO se volvió a evaluar por segunda vez el MEC-35 y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 6. Comparación de resultados del MEC.

MEC INICIAL	26/35	MEC FINAL	12/35
Orientación temporal	4/5	Orientación temporal	0/5
Orientación espacial	3/5	Orientación espacial	1/5
Memoria de fijación	3/3	Memoria de fijación	3/3
Cálculo	4/5	Cálculo	1/5
Atención	3/3	Atención	0/3
Memoria a corto plazo	0/3	Memoria a corto plazo	0/3
Lenguaje	6/6	Lenguaje	4/6
Construcción	3/5	Construcción	3/5

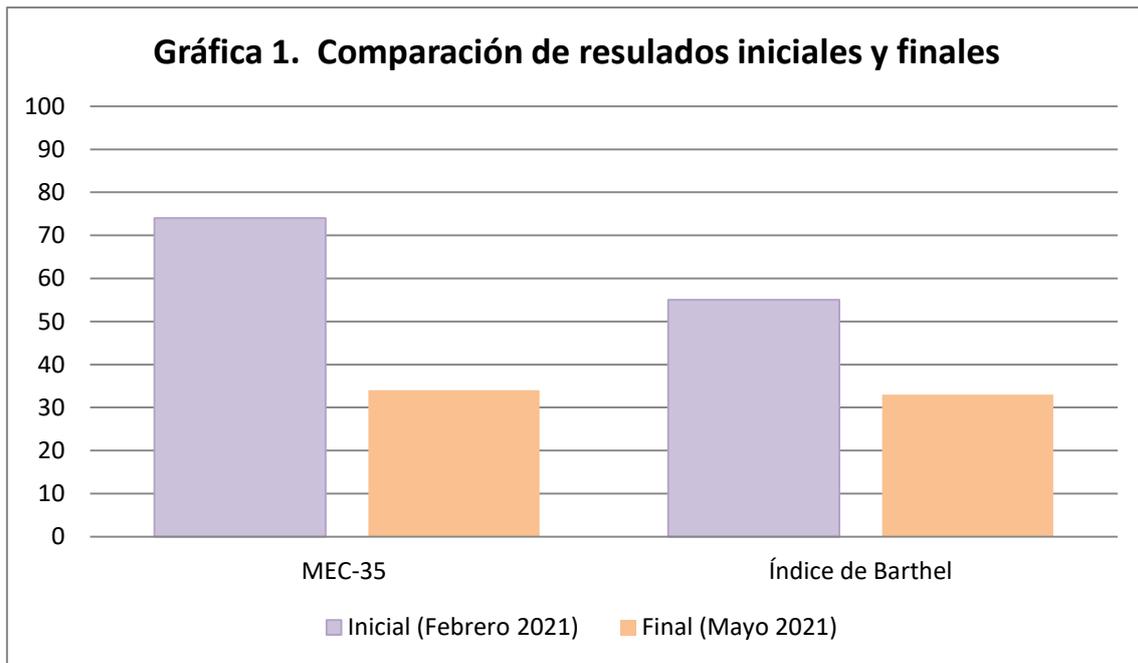
Como muestra la tabla 6, los resultados del nuevo MEC-35 (ANEXO 6) indican que la persona tiene un deterioro cognitivo grave, y las áreas en las que hay un empeoramiento son la orientación temporal, orientación espacial, cálculo, atención y lenguaje, manteniéndose en el resto de áreas con la misma puntuación.

Tabla 7. Comparación de resultados del índice de Barthel.

BARTHEL INICIAL	55/100	BARHTEL FINAL	30/90
Comida	5	Comida	5
Lavado	0	Lavado	0
Vestido	5	Vestido	5
Arreglo	0	Arreglo	0
Deposición	5	Deposición	5
Micción	5	Micción	5
Ir al retrete	10	Ir al retrete	5
Transferencia	10	Transferencia	5
Deambulaci3n	10	Deambulaci3n	0
Subir y bajar escaleras	5	Subir y bajar escaleras	-

Como se observa en la tabla 7, el resultado del índice de Barthel (*ANEXO 7*) es de 30/90 lo que sería indicativo de un grado de dependencia grave. La puntuaci3n ha disminuido 25 puntos y las áreas donde se detecta un empeoramiento y el paciente es totalmente dependiente son: ir al retrete, realizar transferencias y deambulaci3n.

A continuaci3n se incluye una gráfrica que refleja la comparativa de los resultados de las evaluaciones iniciales y finales.



A pesar de no obtener resultados positivos a nivel cuantitativo, durante las 8 primeras sesiones planteadas desde TO, se observaron algunas mejoras a nivel cualitativo:

En la comida, se detectó que tras repetir varios ejercicios en los que había que seleccionar el cubierto correcto, la persona no presentaba dificultades para decidir cuál debía utilizar ante cada alimento. Además, el entrenamiento con plastilina, logró que mejorara su precisión a la hora de cortar con cuchillo, sobre todo, ya que era una de las acciones que antes no era capaz de realizar. Sin embargo, continuaba necesitando ayuda para pelar la fruta. Estas mejoras pude observarlas de forma directa a la hora de la comida en el Centro de Día.

En la práctica del lavado, la persona conseguía preparar todos los objetos y materiales necesarios para ducharse, pero a la hora de simular la actividad, olvidaba lavar algunas zonas de su cuerpo. Sería importante seguir trabajando reiteradamente este aspecto, para lograr que realice la actividad de manera más autónoma, a pesar de que prefiere que haya una persona que lo supervise, ya que se siente más seguro.

Tras dedicar una sesión completa a la realización de actividades de praxis del vestido, la persona consiguió identificar dónde colocar cada prenda de

vestir adecuadamente. En la práctica, el vestido del miembro superior mejoró considerablemente, siendo capaz de ponerse la chaqueta con soltura y abotonarla de manera correcta. Se hizo mucho hincapié en la forma de vestir del paciente, teniendo en cuenta su historia de vida y sus ocupaciones (al dedicar toda su vida a ser abogado, estaba acostumbrado a utilizar traje y zapato de vestir, lo cual se ha considerado importante mantener desde TO). En cuanto al miembro inferior, también se observaron avances, pero todavía existían dificultades para atarse los cordones, por lo que se debe continuar trabajando este aspecto en la sala de TO. Mientras tanto, se recomienda a la familia que intente hacer uso de zapatos castellanos sin cordones, para facilitar la actividad y que el paciente pueda realizarla de manera autónoma, favoreciendo su satisfacción personal y su identidad propia, adecuada al trabajo desarrollado a lo largo de su vida.

En el arreglo personal, logró realizar de manera independiente y sin supervisión el lavado de manos, lavado de cara y lavado de dientes, aunque continuaba necesitando una mínima ayuda en el afeitado.

En cuanto a la micción y deposición, desde que se implementó el hábito de ir cada 2 horas al baño, no ocurrieron episodios de incontinencia, aunque es cierto que, no eran muy habituales en este paciente.

Tras el acontecimiento que interrumpió nuestro tratamiento, y en base a los nuevos resultados obtenidos en las evaluaciones, comenzaría el proceso de adaptación de las actividades planteadas con anterioridad.

El nuevo plan de trabajo consistiría en mantener las ABVD continuando con las actividades realizadas hasta el momento. El empeoramiento a nivel físico hace que sea necesario el uso de silla de ruedas, por lo que se adaptarían las actividades a la posición de sedestación. Por tanto, se plantea una propuesta de un nuevo Plan Individualizado de Atención (PIA) desde TO y en colaboración con Fisioterapia para trabajar la deambulación y las transferencias. A medida que mejore a nivel cognitivo, y considerando su evolución de la enfermedad, se plantearía el uso de una silla eléctrica para favorecer su autonomía, teniendo muy presente que cuenta con un cuidador principal y dispone de recursos económicos.

DISCUSIÓN

A pesar de que el paciente presenta un diagnóstico de DV, la evaluación inicial obtenida en el MEC-35 es alta y no indicativa de deterioro cognitivo. Tiene un nivel de estudios superiores, su nivel ocupacional a nivel mental ha sido alto y hablaba varios idiomas; estas situaciones podrían haber incrementado su capacidad de reserva cognitiva (RC). La RC es un mecanismo protector que se centra en la habilidad del cerebro para tolerar cambios que se producen durante el envejecimiento. Esto sugiere que, existen casos en los que se puede mantener el funcionamiento cognitivo ante patologías cerebrales (23).

Al inicio de la evaluación, observamos que la persona conservaba la memoria de fijación, atención y lenguaje. A pesar de ello, al tratarse de un caso de DV, el paciente tenía muy mermada la orientación espacial y temporal, la construcción y la memoria a corto plazo, frecuentes en esta patología (24).

En referencia a las ABVD, tenía mayores dificultades para el lavado y el arreglo personal, aunque también precisaba ayuda para la comida, vestido, realización de transferencias, deambulación y subir y bajar escaleras.

Cabe destacar que este paciente a lo largo de su vida, ha tenido un trabajo muy sedentario y entre sus intereses tampoco se incluye la realización de actividades deportivas. Esto puede estar relacionado con la presencia de un menor nivel en las ABVD (25).

Durante todo este proceso de intervención, a nivel cualitativo, se detectaron mejoras en los aspectos cognitivos, como mejoras en la praxis, mejor orientación temporo-espacial...y avances en el desempeño de las ABVD, destacando una mayor autonomía en la comida, vestido y arreglo personal, entre otras.

Tras la intervención a la que se somete el paciente, transcurridas 8 sesiones de tratamiento, sufre un empeoramiento evidente que se refleja a nivel cognitivo y funcional.

La disfunción cognitiva a corto o largo plazo tras la anestesia se conoce como disfunción cognitiva postoperatoria (POCD), y su incidencia en personas mayores es especialmente destacada. Estudios clínicos demuestran que las regiones cerebrales implicadas en la POCD incluyen el hipocampo, la ínsula, el tálamo y el cerebelo, y que afecta al aprendizaje, la memoria, el procesamiento de la información y la función cognitiva (26).

La persona ha disminuido su puntuación en el cálculo, y en relación con la DV, también se observa un empeoramiento en la orientación temporal, orientación espacial, atención y lenguaje (24).

No obstante, durante las primeras sesiones, el paciente no solo ha obtenido mejoras a nivel cualitativo sino que también ha aumentado su satisfacción personal, al considerarse más autónomo y volver a realizar actividades que no era capaz de llevar a cabo.

En la DV, pueden existir episodios de empeoramiento más bruscos, pero con posibilidad de una mayor recuperación que en otros tipos de demencia. Por ello, desde el equipo multidisciplinar formado por TO y Fisioterapia, se plantea un PIA con nuevas adaptaciones (24).

CONCLUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran que numerosas capacidades cognitivas y funcionales se ven mermadas por la DV.

A pesar de no obtener resultados positivos a nivel cuantitativo, a través de la intervención desde TO, logramos conseguir que el paciente fuera más independiente en algunas de las ABVD y, por tanto, alcanzamos una mayor satisfacción personal.

No debemos olvidar que pueden existir acontecimientos (patologías, intervenciones etc.) que repercutan en nuestro tratamiento haciendo que la persona regrese al punto de partida. En ese sentido, el hecho de no obtener resultados positivos, no debe considerarse un fracaso, sino una etapa más del proceso de TO.

Tras el suceso ocurrido, causante del empeoramiento tanto cognitivo como funcional, sería necesario más tiempo de intervención para poder llevar a cabo unas nuevas actividades ajustadas a las capacidades actuales del individuo. Además, sería beneficioso que se entrenaran estas actividades más días a la semana e incluso hacer partícipe a la familia y/o cuidadora para que, desde casa, se trabajaran estos aspectos, contribuyendo así a la motivación y adherencia del paciente en su tratamiento, con la finalidad de que continúe realizando de forma independiente las actividades que son importantes para él.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puig Vela J.M, Adell Aparicio M.C, Prat Marín A, Oromí Durich, J. El envejecimiento poblacional como problema sanitario. Med. Integr [Internet] 2000 [Consultado 20 Feb 2021]; 36 (5). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-10022227>
2. Jara Madrigal M. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Revista Cúpula [Internet] 2007 [Consultado 20 Feb 2021]; 22 (2). Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
3. Muñoz Pérez M.J, Espinosa Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. Rev Mex Neuroci. [Internet] 2016 [Consultado 21 Feb 2021]; 17 (6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn166h.pdf>
4. Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cub. Salud Pública [Internet] 2008 [Consultado 21 Feb 2021]; 34 (3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n3/1-12/es>
5. Tasas de demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2020 [citado 21 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#>
6. Román G. Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular. Rev NNN [Internet] 2012 [Consultado 21 Feb 2021]; 12 (1). Disponible en: http://www.nptherapies.org/es/images/f/ff/Demencia_Vascular_y_DCV.pdf

7. Díez Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. Rev Neurol. [Internet] 2001 [Consultado 21 Feb 2021]; 33 (5). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf
8. Barba R, Martínez-Espinosa S, Rodríguez-García E, Pondal M, Vivancos J, Del Ser T. Poststroke Dementia: clinical features and risk factors. Stroke [Internet] 2000 [Consultado 22 Feb 2021]; 31 (7): 1494-501. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/01.STR.31.7.1494>
9. Carmona, Torres JM, Rodríguez, Borrego MA, Laredo, Aguilera JA, López, Soto PJ, Santacruz, Salas E, Cobo-Cuenca AI. Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. PLoS One [Internet] 2019 [Consultado 9 Abr 2021]; 14(7). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220157>
10. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. Washington DC: Editorial Médica Panamericana; 2014.
11. López C, Sánchez J L, Martín J. Análisis exploratorio de la influencia de la reserva cognitiva sobre el beneficio de la terapia de estimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer esporádica de inicio tardío. Rev Neurol [Internet] 2020 [Consultado 20 May 2021]; 16;70(8):271-281. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2019420>

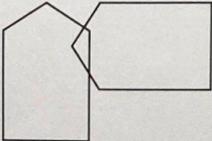
12. Fernández Rodríguez E J, Sánchez Gómez C, Monroy Pérez M L, Barbero Iglesias F J, Calvo Arenillas J I. Estudio aleatorizado de un programa de entrenamiento de cognición cotidiana frente a estimulación cognitiva tradicional en adultos mayores. *Gerokomos* [Internet] 2018 [Consultado 20 May 2021]; 29(2):65-71. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00065.pdf>
13. Matilla-Mora R, Martínez-Piédrola RM, Fernández Huete J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* [Internet] 2016 [Consultado 25 Feb 2021]; 51 (6): 349-356. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X15002085>
14. Pérez de Heredia-Torres M, Cuadrado-Pérez ML. Terapia Ocupacional en Neurología. *Rev Neurol.* [Internet] 2002 [Consultado 25 Feb 2021]; 35 (4): 366-372. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2001522>
15. Berrueta Maeztu LM, Ojer Ibiricu MJ, Trébol Urra A. Terapia Ocupacional en geriatría y gerontología. *TOG* [Internet] 2009 [Consultado 2 Mar 2021]; 6 (4): 215-258. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/gerontologia.pd>
16. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Olde-Rikkert MGM. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* [Internet] 2006 [Consultado 4 Mar 2021]; 333. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/333/7580/1196.full.pdf>

17. Gajardo J, Aravena J. ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias? Rev Chil Neuro-psiquiatr. [Internet] 2016 [Consultado 4 Mar 2021]; 54 (3). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v54n3/art08.pdf>
18. Arrazola FJ. Centros de día: atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo [Internet] Guipuzkoa: Departamento de Servicios Sociales; 2003 [Consultado 9 Abr 2021]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/leturia-centrosdedia-01.pdf>
19. Calero García MD, Navarro-González E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo [Internet] 2006 [Consultado 17 Abr 2021]; 17 (2): 187-202. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/101863.pdf>
20. Lorente Aznar T, Olivera Pueyo FJ, Benabarre Ciria S, Rodríguez torrente M, Solans Aisa B, Giménez Baratech AC. Rendimiento diagnóstico de los test cognitivos aplicados desde atención primaria Concordancia y validez de los test de cribado. Aten Primaria [Internet] 2010 [Consultado 18 Abr 2021];42(4):226-232. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656709005265?token=B04F4038C48A535C27B16688A46784F40506F27C9890FA429155E33D7F4A7C70AA56DFEA703B177155E7971CCBFBF19A&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210525134813>
21. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública [Internet] 1997 [Consultado 20 Abr 2021]; 71(2): 127-137. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

22. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: Asociación Médica Mundial; 2015 [consultado 2017]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3.33>
23. Toloza Ramírez D, Martella D. Reserva cognitiva y demencias: limitaciones del efecto protector en el envejecimiento y el deterioro cognitivo. Rev Med Chile [Internet] 2019 [Consultado 20 Abr 2021]; 147: 1594-1612. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n12/0717-6163-rmc-147-12-1594.pdf>
24. Iadecola et al. Deterioro cognitivo vascular y demencia. JACC. [Internet] 2019 [Consultado 25 May 2021]; 73 (25). Disponible en: <https://jacc.elsevier.es/es-pdf-XX735109720002560>
25. Gracia Rebled AC, Santabárbara Serrano J, López Antón R, Tomás Aznar C, Marcos Aragüés G. Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2016 [Consultado 26 May 2021]; 90(21). Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e50001.pdf>
26. X, Lin, et al. The potential mechanism of postoperative cognitive dysfunction in older people. Exp Gerontol [Internet] 2019 [Consultado 15 May 2020]; 130: 110791. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0531556519305017?token=4DAAEEF1729D52625B088BFCAA36FD4A06F8276AB3A1FE027C9E46E6BF7AF157D0327694C66DBF8658120331EA4CFA94&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210518183539>

ANEXOS

ANEXO 1. MEC-35 inicial

	PUNTOS
ORIENTACIÓN	
"Dígame el día <u>26</u> Fecha <u>Lunes</u> Mes <u>dic</u> Estación <u>Invierno</u> Año <u>2020</u>"	..... <u>4</u>.....(5)
"Dígame el Hospital (o lugar) <u>El centro</u> Planta <u>2º</u> Ciudad <u>Logroño</u> Provincia <u>La Rioja</u> Nación <u>España</u>"	..... <u>3</u>.....(5)
FIJACIÓN	
"Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda).....	..... <u>3</u>.....(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Si tiene 30 ptas y me va dando de 3 en 3. <u>27-30-27-24-21-18-15-12-9</u> ¿Cuántas le van quedando?".....	..... <u>4</u>.....(5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás"..... <u>2-9-5</u>.....	..... <u>3</u>.....(3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"..... <u>/</u>.....	..... <u>0</u>.....(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj.....	..... <u>2</u>.....(2)
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".....	..... <u>1</u>.....(1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un Gato?"..... <u>animales</u> <u>colores</u>.....	..... <u>2</u>.....(2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa".....	..... <u>2</u> (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS..... <u>1</u>.....	..... <u>1</u> (1)
"Escriba una frase".....	..... <u>1</u>.....(1)
"Copie este dibujo":	..... <u>0</u> (1)
(Un punto cada respuesta correcta) Nivel de Conciencia (Marcar): Alerta, Obnubilación, Éstupor, Coma	PUNTUACIÓN TOTAL <u>26</u>.....(35)

ANEXO 2. Índice de Barthel inicial

 Centros de día, centros de vida	INDICE DE BARTHEL	MOD. 15
--	--------------------------	---------

NOMBRE Y APELLIDOS:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
FECHA:		
COMIDA:		
10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
LAVADO (BAÑO)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
VESTIDO		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
ARREGLO		
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
DEPOSICIÓN		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
MICCIÓN		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal ...).	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	

no sabe donde va a caer cosa

IR AL RETRETE		
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
TRANSFERENCIA (TRASLADO CAMA/SILLÓN)		
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
DEAMBULACIÓN		
15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
0	Dependiente.	
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos.
		Puntuación Total: 55

ANEXO 3. Listado de intereses

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO
Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre _____

Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería			X			X		X		X
Coser			X			X		X		X
Jugar Naipes	X				X					
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros						X		X		X
Participar en Actividades Religiosas		X			X			X		X
Escuchar Radio	X			X			X		X	
Caminar	X				X		X		X	
Reparar Autos										
Escribir	X				X		X		X	
Bailar			X		X			X		X
Jugar Golf			X		X			X		X
Jugar (Ver) Fútbol	X			X			X		X	
Escuchar Música Popular	X			X			X		X	
Armar Puzzles	X				X			X		X
Celebrar días Festivos		X			X			X		X
Ver Películas	X			X			X		X	
Escuchar Música Clásica	X			X			X		X	
Asistir a Charlas/Conferencias			X			X		X		X
Nadar		X			X		X		X	
Jugar Bolos		X			X			X		X
Ir de Visita		X			X			X		X
Arreglar Ropa			X			X		X		X
Jugar Damas/Ajedrez			X			X		X		X
Hacer Asado			X			X		X		X
Leer	X				X		X		X	
Viajar	X				X			X		X
Ir a Fiestas			X			X		X		X
Practicar Artes Marciales			X			X		X		X
Limpiar la Casa			X			X		X		X
Jugar con Juegos Armables			X			X		X		X

Ver Televisión	X			X		X		X	
Ir a Conciertos			X		X		X		X
Hacer Cerámica			X		X		X		X
Cuidar Mascotas			X		X		X		X
Acampar			X		X		X		X
Lavar/ Planchar			X		X		X		X
Participar en Política			X		X		X		X
Jugar Juegos de Mesa	X				X		X		X
Decorar Interiores			X		X		X		X
Pertenecer a un Club	X			X		X		X	
Cantar			X		X		X		X
Ser Scout			X		X		X		X
Ver vitrinas o Escaparates/ Comprar Ropa			X		X		X		X
Ir a la Peluquería (salón de belleza)		X			X		X		X
Andar en Bicicleta		X			X		X		X
Ver un Deporte	X			X		X		X	
Observar Aves			X		X		X		X
Ir a Carreras de autos			X		X		X		X
Arreglar la Casa			X		X		X		X
Hacer Ejercicios			X		X		X		X
Cazar			X		X		X		X
Trabajar en Carpintería			X		X		X		X
Jugar Pool			X		X		X		X
Conducir Vehículo		X			X		X		X
Cuidar niños			X		X		X		X
Jugar Tennis			X		X		X		X
Cocinar			X		X		X		X
Jugar Basketball			X		X		X		X
Estudiar Historia			X		X		X		X
Coleccionar									
Pescar			X		X		X		X
Estudiar Ciencia			X		X		X		X
Realizar Marroquinería			X		X		X		X
Ir de compras		X			X		X		X
Sacar Fotografías	X				X		X		X
Pintar			X		X		X		X
Otros.....									

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1981).
Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT, 1983.

ANEXO 4. Informe médico de cabecera

Fecha de primera consulta: 26/5/2016

Paciente controlado en esta consulta por un Deterioro cognitivo multifocal, con predominio de afectación fronto subcortical, asociado a enfermedad cerebro vascular isquémica (ECVI), con leucoencefalopatía isquémica. Hipertensión arterial, posiblemente relacionada con lo anterior. Moderada elevación de la Homocisteína en sangre, e hipercolesterolemia, en el que destaca una notable elevación de la CPK (muy probable efecto adverso de Crestor). Sospecha no confirmada de proceso neurodegenerativo, ni en el perfil clínico ni en el estudio espectroscópico.

(en todos estos casos, la vigilancia de posible evolución a EA la mantenemos en todos los controles).

Con un adecuado ajuste terapéutico se ha mantenido, desde 2016 hasta la fecha, estable en su situación, predominando los fallos de atención y concentración, y también de lenguaje.

En relación con su situación, ya la RM de 2016 mostró la existencia de una encefalopatía hipóxico-isquémica, por lo que se le planteó incorporar al tratamiento una dosis baja de Adiro (Adiro 100, 1 en comida), que toleró perfectamente.

Sin embargo, desde finales de enero de 2019 su situación ha empeorado, en el sentido de estar más parado, menos alerta, más obnubilado, más "abstraído" y fatigarse mucho más fácilmente.

Esta evolución, más que hacer pensar en un proceso neurodegenerativo o metabólico, sugería más la existencia de un empeoramiento en su situación cerebrovascular o en sus factores de riesgo vascular. De hecho, con esta hipótesis diagnóstica, la anamnesis ha evidenciado la existencia de descompensaciones en la TA y la exploración física la presencia de una taquiarritmia.

Por este motivo, inicialmente se le sugirió a Francisco Javier:

- Realización de un estudio de RM cerebral y AngioRM.
- Analítica general que incluya como mínimo hemograma, bioquímica, metabolismo del hierro, tiroides, hepático, renal, homocisteína, Lipoproteína A, b12, folato, y vitamina D.
- Iniciar tratamiento, hasta la valoración cardiológica, con bisoprolol 2.5 mg (1/2 al acostarse).
- someterse a una valoración cardiológica

Evolución y procedimientos

Tras el mencionado informe fue atendido en Urgencias, al evidenciarse descompensaciones en la tensión arterial y taquiarritmias. Se pautó bisoprolol en primer lugar y se remitió a urgencias, tras ser valorado en su Centro de Salud, evidenciándose la existencia de ACXFA, no objetivada previamente, y que probablemente coincidió con la época reciente de mayor agitación y malestar general.

En urgencias fue explorado, confirmándose por ECG la presencia de una ACXFA, así como elongación y ateromatosis aórtica, y signos de broncopatía crónica.

Según comenta en consulta la hija del paciente, en la valoración realizada en abril de 2019 presentaba:

- Mayor grado de desorientación y obnubilación.
- Desequilibrios y caídas.
- Episodios de mareo, con sensación de atontamiento.
- A veces sensación de "desvanecimiento" con pérdida de fuerza, él lo describe diciendo que es "como si se le

enrojecen las piernas".

- Parece que estaba un poco más mareado después de las comidas.
- Dormía bien.
- NO era capaz de recordar cosas, o parece todo el día como si estuviera "depletado".
- Se fatigaba fácilmente al caminar ("como si me faltara el aire")

Al parecer después de ser valorado en Urgencias fue remitido a Cardiología, donde se le reemplazó Sintrom por Xarelto, 1 cp al día (desconocen si de 15 o 20 mg). Al parecer desde Cardiología les dieron un informe (pendiente de recibir). No podemos valorar en este momento, por tanto, si se ha planteado cardioversión química, eléctrica, o no se ha planteado.

Además de la analítica de urgencias le hicieron otro análisis, cuyo resultado ha mostrado una hipercolesterolemia. Ahora el paciente está mejor, más despejado, aunque sigue notándose muy cansado y desarrolla un escaso nivel de actividad.

Comentario:

Además del deterioro cognitivo, rápidamente progresivo, objetivado en esas fechas, hay datos indudables para pensar que el deterioro funcional cardíaco sufrido en las últimas semanas tiene mucho que ver con sus mareos, su deterioro en el rendimiento, su inestabilidad, sus caídas, y sus episodios de Drop-attack. Sería interesante conocer el planteamiento respecto a una posible cardioversión que se le haya hecho desde Cardiología, pues ya en la analítica de urgencias aparecían datos inequívocamente indicativos de Insuficiencia Cardíaca (pro-BNP 1882)

Por nuestra parte solicitamos un estudio de RM cerebral y Angio RM (+protocolo de perfusión/difusión) para diagnóstico de un posible evento vascular sobreañadido, así como un estudio EEG cuantificado y valoración neuropsicológica

El resultado de las pruebas complementarias ha sido:

E.E.G.:

-De fondo algo lento, con escasa abundancia de ritmo alfa y pobre reactividad cortical, en el que aparece una mayor lentificación de los ritmos a nivel de regiones medias de la convexidad de hemisferios derecho, donde los grafocentros theta adquieren un discreto carácter focal, que apenas se modifica ante la hiperventilación, pero que no es capaz de bloquearse ante la estimulación luminosa intermitente ni ante la apertura de párpados.

INFORME NEUROPSICOLÓGICO

Los resultados de la exploración ponen de manifiesto la existencia de un deterioro moderado de su funcionamiento cognitivo caracterizado por desorientación temporal (parcial), entorpecimiento en la velocidad de procesamiento, agnosia visual, descenso de la fluidez verbal, deterioro moderado de su memoria episódica con afectación de la fase de consolidación, acalculia, apraxia constructiva bidimensional, praxias gestuales bilaterales alteradas y disfunción ejecutiva. Los déficits correlacionan con un perfil de deterioro CÓRTICO-SUBCORTICAL de predominio FRONTOTEMPOROPARIETAL preponderancia izquierda (síndrome amnésico temporal-hipocámpal).

RESONANCIA MAGNÉTICA CRANEAL:

- Pequeños accidentes vasculares isquémicos silvianos profundos bilaterales sugestivos de leucoencefalopatía desmielinizante isquémica.
- Infarto lacunar o mielólisis centro pontina.
- Angioresonancia cerebral compatible con aterosclerosis.

Valoración diagnóstica y terapéutica:

Los datos clínicos y paraclínicos de la evolución de Francisco Javier sugieren mantener el tratamiento con Ebixa que sigue, pero intentar mejorar su situación vascular cerebral, en primer lugar con un reajuste de tratamiento para su arteriopatía y mejorar el déficit cognitivo secundario a la misma, pero en segundo lugar, y de manera muy importante, intentar valorar la posibilidad de un tratamiento que mejore su funcionalismo cardíaco, incluyendo, si su especialista de referencia lo considera factible, y dado lo reciente de su inicio, la posibilidad de tratamiento específico de su ACxFA como ya se ha indicado. Quedamos por tanto a expensas de lo que determine su cardiólogo.

Desde un punto de vista del tratamiento farmacológico, nuestro consejo es:

- Actol 5 mg, 1 en desayuno, a días alternos.
- Brintellix, 20 mg, 1 en desayuno
- Co-diovan, 1 en desayuno (la dosis que esté tomando actualmente 160/12.5 o 320/12.5) (*)
- Carduran 4 mg, 1 en desayuno.
- Lerzam 10 mg, 1 en desayuno. (*)

- Elix 20 mg, 1 en comida.
- Xarelto 20 mg, 1 en comida.
- Ideocalm, suspender.
- Simvastatina 20 mg, 1 en cena.
- Bisoprolol 2.5 mg, 1/2 al acostarse
- **TEBOFORTAN 240 MG, 1/2 en desayuno; al cabo de 2 semanas pasar a 1/2 en desayuno y 1/2 en comida.**

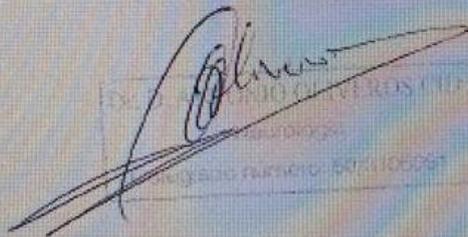
Observaciones:

Salvo por las indicaciones del presente informe, el resto de medicación no referida en el mismo no cambia.

(*) Co-diovan contiene Valsartán + hidroclorotiazida, y Lerzam contiene amlodipino. Por este motivo, a criterio de su cardiólogo, nuestra sugerencia es reemplazar ambos fármacos por una sola toma de EXFORTE HCT 10/160/12.5

Se recomienda nueva valoración con el resultado de los estudios complementarios indicados, o antes si la situación clínica lo aconseja.

En caso de cualquier tipo de duda, aclaración o comentarios al respecto puede ponerse en contacto con esta consulta a través del servicio de recepción / citaciones de Policlínica Sagasta (Tf 664014581), por FAX (976227936) o en el correo electrónico neurologia.oliveros@gmail.com



The image shows a handwritten signature in blue ink over a rectangular stamp. The stamp contains the text: "DR. OLIVEROS", "Neurología", and "C.I.F. número: 507110509".

ANEXO 5. Valoración inicial Centro de Día

TERAPEUTA OCUPACIONAL	AUXILIAR
<p>Principales problemas: Deterioro moderado de su funcionamiento cognitivo, caracterizado por desorientación temporal (parcial), enlentecimiento en velocidad de procesamiento, agnosia visual, descenso de la fluidez verbal, deterioro moderado de su memoria episódica, con afectación de la fase de consolidación, acalculia, apraxia constructiva bidimensional, praxias gestuales bimanuales alteradas y disfunción ejecutiva. Perfil de deterioro cortico-subcortical de predominio frontotemporoparietal.</p>	<p>Principales problemas: Usuario de 77 años de edad. Deterioro cognitivo de origen vascular HBP. Independiente en las actividades de su vida diaria aunque supervisado y controlado por la familia(en este caso los hijos) , en las necesidades de su vida diaria.</p>
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el rendimiento cognitivo el mayor tiempo posible, estimulando todas las funciones mentales superiores. - Preservar capacidades motoras, gruesas y finas. - Potenciar la socialización y relaciones interpersonales. <p>Barthel: 95 / 100 (13/06/2019)</p> <p>Lawton: 4 / 8 (13/06/2019)</p>	<p>Objetivos:</p> <p>Mantener, reforzar y ejercitar su movilidad mediante la gimnasia grupal diaria con el fisioterapeuta.</p> <p>Trabajar y estimular su deterioro cognitivo mediante fichas adaptadas a su nivel y posibilidades cognitivas en los talleres con la terapeuta ocupacional siguiendo el metodo Hoffmann.</p> <p>Reforzar su autonomía en todas las actividades de su vida diaria con apoyo de las auxiliares.</p>

<p>Tratamiento: Se propone la siguiente intervención consistente en actividades incluidas en los programas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitiva: tareas a nivel grupal e individual de estimulación de funciones mentales superiores (atención, memoria, lenguaje, cálculo, praxias, gnosias y funciones ejecutivas). - Laborterapia: actividades creativas que implican la utilización de las manos. - Terapia funcional: tareas de entrenamiento de pinzas digitales y destreza (laberintos, coser, enhebrar, tuercas y tornillos, bolas, botones y formas engarzables, etc.) - Ludoterapia: sesiones grupales de juego y ocio. 	<p>Plan de cuidados: Los mismos que los objetivos descritos anteriormente.</p>
--	---

MÉDICO	FISIOTERAPIA
<p>Principales diagnósticos y problemas: Usuario de 77 años de edad diagnosticado de demencia vascular, ACxFA, HVI, síndrome prostático y depresión, que acude a nuestro Centro para realizar terapia de estimulación cognitiva. Conforme llega la hora de salir, se muestra inquieto, pero en general, mantiene una buena actitud. Refiere molestias inespecíficas en la espalda.</p> <p>Pfeiffer: 2 / 10 (21/06/2019) Escala de Incapacidad Física: 1 / 5 (21/06/2019) Escala de Incapacidad Mental: 1 / 5 (21/06/2019)</p>	<p>Valoración inicial: HTA Tabaquismo Fibrilación Auricular persistente (clínica de disnea de esfuerzo, cursa con mareos) Deterioro cognitivo de probable origen vascular Mareos Ortostáticos (levantarse cama, sofá...). Independiente para ABVD</p> <p>Exploración: Miembros Superiores: Conserva rango completo de movimiento en todos los planos (flex-ext, abd-add y rotaciones).</p> <p>Valoración muscular 3-4 realiza movimiento casi completo con resistencia moderada. Presión eficaz en ambas manos Sensibilidad táctil, vibratoria y propioceptiva normal</p> <p>Miembros Inferiores: No hay diferencias apenas entre ambas extremidades inferiores, conserva rango de movilidad completo y funcional. Deambulación autónoma sin necesidad de ayuda auxiliar.</p> <p>Valoración muscular 3-4 realiza movimiento casi completo con resistencia moderada.</p> <p>Sensibilidad táctil, vibratoria y propioceptiva normal</p> <p>Tinetti: 19 / 28 (28/06/2019)</p>

 MÉTODO HOFFMANN		VALORACIÓN GERIÁTRICA INICIAL	
Apellidos <u>Hernández Puértolas</u>		Nombre <u>Javier</u> Fecha <u>28/06/20</u>	
<p>Síndromes geriátricos: Demencia vascular.</p>	<p>Objetivos: Mantener/mejorar la autonomía del paciente. Estimular participación en las actividades grupales realizadas en el centro. Lograr la confianza y cooperación del paciente. Conseguir buenas relaciones con usuarios y profesionales del cent</p>	<p>Objetivos: Realizar terapia de estimulación cognitiva y fisioterapia grupal. Control de sus patologías.</p>	<p>Tratamiento: Gimnasia grupal diaria Trabajo físico activo</p>

ANEXO 6. MEC-35 final

ORIENTACIÓN	PUNTOS
"Dígame el día... Fecha... Mes... Estación... Año..."	0 (5)
"Dígame el Hospital (o lugar) Malaga / Provincia Malaga / Nación España / Planta / Ciudad"	1 (5)
FIJACIÓN	
"Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda).....	3 (3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO 27, /	
"Si tiene 30 ptas y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántas le van quedando?"	1 (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás".....	1 (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?"	1 (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj.....	2 (2)
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".....	1 (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un Gato?".....	1 (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" <i>No se cubra 2º orden</i>	2 (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS.....	1 (1)
"Escriba una frase".....	1 (1)
"Copie este dibujo": 	1 (1)
(Un punto cada respuesta correcta) Nivel de Conciencia (Marcar): Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma	
PUNTUACIÓN TOTAL	12 (35)

ANEXO 7. Índice de Barthel final

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		30
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO 8. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducido por Sara Gracia Zalba, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud.

La meta de este Trabajo de Fin de Grado es evaluar el efecto de la puesta en marcha de un plan de intervención desde terapia ocupacional sobre el entrenamiento en las actividades básicas de la vida diaria en un paciente con deterioro cognitivo moderado.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además el investigador/estudiante podrá participar como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por SARA GRACIA. He sido informado de que la meta de este estudio

es EVALUAR EL EFECTO DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TO SOBRE EL ENTRENAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente ___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono 689438509.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono 689438509.

Nombre del Participante

Fecha 27-11-2020

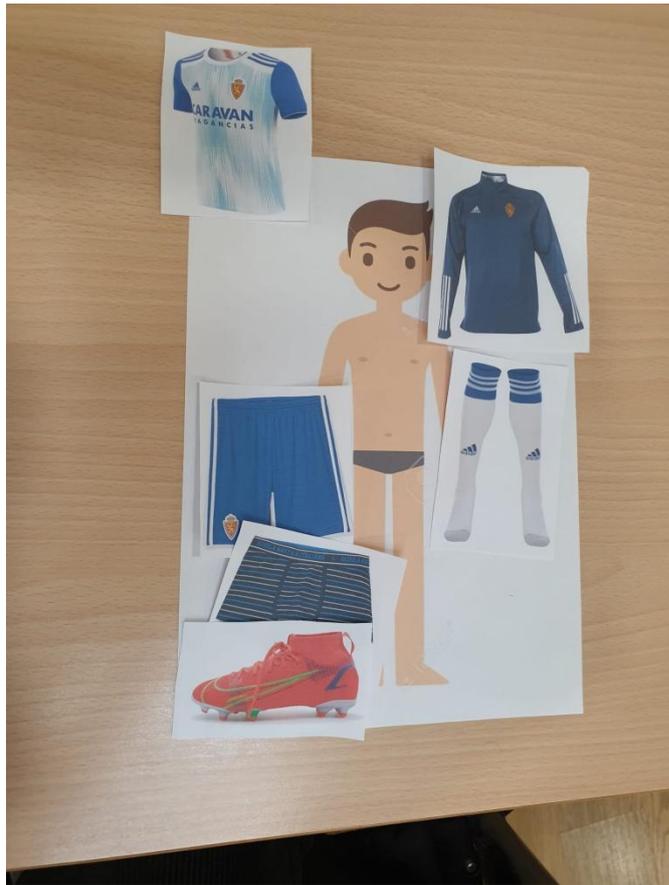
FRANCISCO JAVIER HERNÁNDEZ PUERTOLAS

Firma del Participante

Fdo. 

ANEXO 9. Imágenes sobre las actividades







¿QUÉ UTILIZAMOS PARA CEPILLARNOS LOS
DIENTES?



¿QUÉ UTILIZAMOS PARA AFEITARNOS?



¿QUÉ UTILIZAMOS PARA SECARNOS LAS MANOS?



¿QUÉ UTILIZAMOS PARA PEINARNOS?



¿QUÉ UTILIZAMOS PARA LAVARNOS LAS MANOS?

