



Trabajo Fin de Grado

Intervención desde Terapia Ocupacional en un caso clínico de hemiplejia a consecuencia de un ictus hemorrágico

Occupational Therapy intervention in a clinical case of hemiplegia as a consequence of hemorrhagic stroke

Autor/es

Silvia Pérez Pérez

Director/es

María Teresa Jiménez Bernadó

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Metodología	6
Desarrollo.....	22
Conclusiones	27
Bibliografía.....	28
Anexos.....	31

Resumen

Introducción: el Accidente Cerebro Vascular (ACV) o ictus supone una gran tasa de morbilidad y discapacidad en nuestro país. El objetivo desde Terapia Ocupacional en esta área es capacitar a las personas que han sufrido un ACV para que puedan volver a desempeñar sus Actividades de la Vida Diaria (AVD) de la forma más autónoma y funcional posible.

Metodología: El caso clínico que se presenta en este trabajo es de un paciente el cual ha sufrido un ACV hemorrágico. A consecuencia de esto presenta una hemiplejia en el lado izquierdo impidiéndole el desempeño autónomo de sus AVD básicas e instrumentales. La rehabilitación se llevó a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y la intervención se desarrolló teniendo en cuenta el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), el Modelo Cinesiológico-Biomecánico y el Modelo Neuromotriz.

Desarrollo: hubo una clara mejoría en el estado funcional del paciente la cual se demostró a través de las siguientes evaluaciones: Medida de Independencia Funcional (FIM), el Índice de Barthel (IB) y la Escala de Lawton y Brody.

Conclusiones: se demuestra la importancia de la intervención desde Terapia Ocupacional para la mejoría de la independencia funcional en pacientes que han sufrido un ACV.

Palabras Clave: Accidente Cerebro Vascular, ictus, ACV hemorrágico, hemiplejia, Terapia Ocupacional, Actividades de la Vida Diaria, desempeño ocupacional.

Introducción

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Accidente Cerebro Vascular (ACV) o ictus como “*síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración*” (1).

El ACV es la 3^a causa de muerte en el mundo occidental y la 1^a causa de discapacidad en adultos. Esta morbilidad y discapacidad supone en Europa un impacto relevante y una importante carga socioeconómica. Ha habido una disminución de la incidencia y la mortalidad gracias a las mejoras en la prevención, el control de los factores de riesgos y los tratamientos en fases agudas (2).

En España actualmente podemos encontrar 150 casos por cada 100.000 habitantes al año. El riesgo de padecer un ictus es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, la mortalidad es mayor en las mujeres. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2020 hubo 25.817 defunciones, de las cuales el 56,4% eran mujeres (2,3).

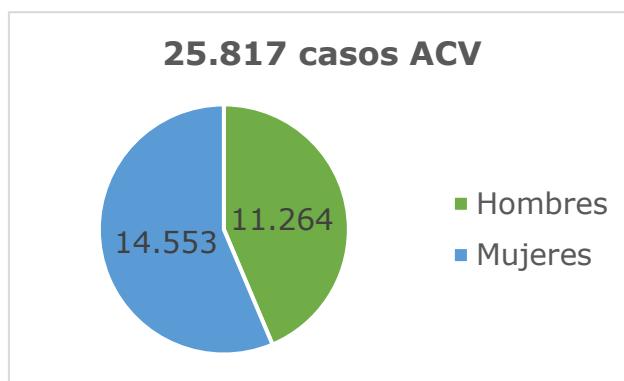


Gráfico 1. Casos de ACV en España en el año 2020.

Los ACV se puede clasificar en 2 tipos, isquémico o hemorrágico, en este trabajo nos vamos a centrar más en el ACV de tipo hemorrágico.

- **ACV isquémico:** el 85% del total de los ACV son de causa isquémica. Aparece por la obstrucción de los vasos arteriales que irrigan el cerebro, lo cual causa un descenso del flujo sanguíneo cerebral (4).

- **ACV hemorrágico**: el 15% restante son de tipo hemorrágico, causado por la extravasación de sangre por la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso produciendo la acumulación de la sangre en el tejido nervioso (2).

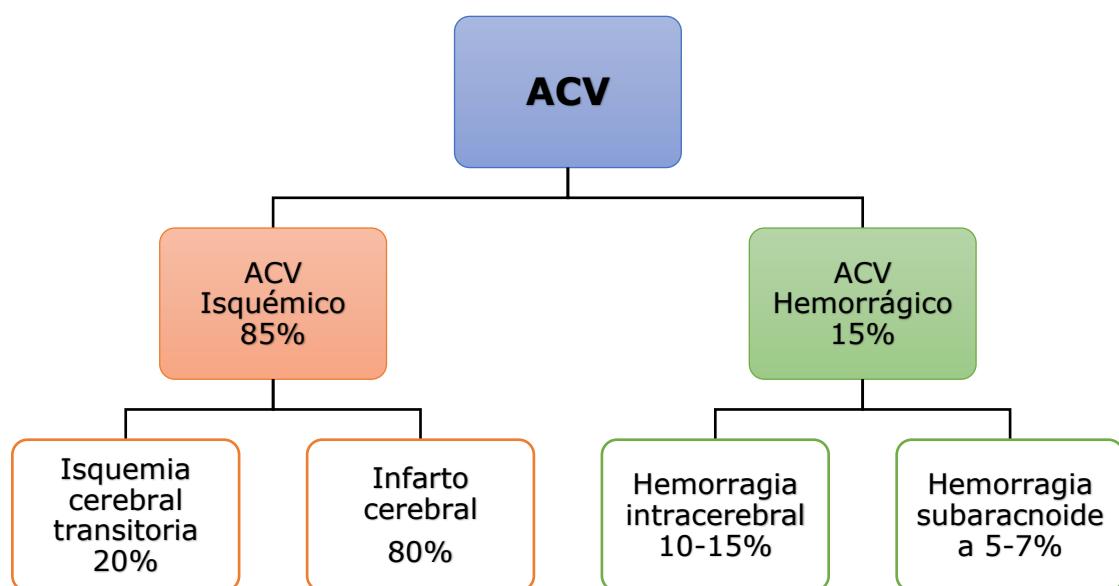
Dependiendo de donde se localice la hemorragia se pueden distinguir 2 tipos:

- Hemorragia intracerebral (HIC): a su vez pueden dividirse en intraparenquimatoso o intraventricular dependiendo de la localización de la acumulación de sangre dentro del cerebro. La hemorragia intraparenquimatoso es la que se produce la extravasación de la sangre dentro del parénquima cerebral.

Tiene una gran morbilidad, solo el 38% consigue sobrevivir, por ello es muy importante un diagnóstico y tratamiento precoz ya que el 30% de los supervivientes pueden conseguir una gran independencia a los tres meses del ACV (2,5,6).

- Hemorragia subaracnoidea (HSA): se da por la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo, generalmente por la rotura de un aneurisma.

También tiene una alta morbilidad, el 45% de las personas fallece. La mitad de los que sobreviven evolucionan con secuelas generalmente irreversibles (5).



La clínica de ambos tipos de ACV suele tener un comienzo muy similar: dificultad para hablar, parálisis o adormecimiento de la cara, parálisis de las extremidades, problemas de visión (unilateral o bilateral), dolor de cabeza y problemas en la marcha. Un tipo de sintomatología común en los ACV hemorrágicos es la aparición súbita de cefalea muy severa junto a fuertes mareos, náuseas y vómitos, debidos al aumento de la presión intracranial (PIC) (2,5).

La afectación puede variar en dependencia del área que se ha visto afectada puesto que cada una de estas áreas tiene funciones determinadas. La patología se puede especificar por el área afectada en cuestión. Los trastornos derivados del ACV se pueden clasificar trastornos sensitivo-motores, perceptivos, cognitivos-afectivos, de la comunicación, de la deglución, problemas psicosociales, funcionales y ocupacionales (2,7).

El tratamiento de rehabilitación va a depender de la clínica que presente y la afectación; será muy importante que comience lo más pronto posible una vez el paciente este estabilizado. En base a las áreas afectadas se establecerán los objetivos y la intervención adecuada (8).

JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Cuando una persona sufre una afectación de tipo neurológico va a haber cambio en sus roles y en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). La Terapia Ocupacional es la profesión sociosanitaria que se encarga de identificar los problemas que presenta tras el accidente, los cuales le impiden el desempeño autónomo de sus ocupaciones.

El objetivo general de Terapia Ocupacional va a ser capacitar a la persona para que pueda participar de forma autónoma en el desempeño de sus AVDs. De forma paralela conseguimos que a través de esta participación se promueva la salud y el bienestar de aquellas personas que sufren una discapacidad o están en riesgo de sufrirla (7, 9, 10).

PROPÓSITO DEL TRABAJO

El propósito de este trabajo de fin de grado es demostrar la importancia que tiene el papel de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación de un paciente el cual ha sufrido un ACV y se han visto afectadas sus actividades de la vida diaria por la disfunción motora causada por esta enfermedad. A través de la intervención individualizada se han plasmado unos objetivos consensuados con el paciente para lograr que alcance el máximo nivel de funcionalidad y su autonomía en las AVD.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL RECURSO

La rehabilitación se llevó a cabo en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (HUMS). El hospital cuenta con el Servicio de Rehabilitación y Medicina Física donde los pacientes ingresados en cualquier servicio hospitalario pueden ser atendidos. Además del departamento de Terapia Ocupacional también se encuentran los departamentos de fisioterapia y logopedia que se van a encargar de trabajar en conjunto para lograr una rehabilitación eficaz de los pacientes.

Recurso

El servicio de Terapia Ocupacional cuenta con una gran sala de tratamiento multiusos donde se realizan las intervenciones de rehabilitación general. Los/los terapeutas ocupacionales se dividen en dos turnos, uno de mañana y otro de tarde, en total trabajan 10 terapeutas (6 de mañana y 4 de tarde).

El paciente acudía a Terapia Ocupacional de lunes a viernes dos veces al día, una por la mañana y otra por la tarde, cada sesión de 45 minutos de duración, además de acudir a servicios de fisioterapia, electroterapia e hidroterapia.

Objetivos

OBJETIVOS GENERALES

- Demostrar la eficacia y efectividad que tiene la Terapia Ocupacional en la recuperación de la autonomía e independencia funcional del miembro superior hemipléjico por secuelas de accidente cerebrovascular.

- Facilitar el desempeño y ejecución de las actividades de la vida diaria y fomentar la independencia en el hogar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimular la aparición de movilidad proximal voluntaria de hombro y codo izquierdo.
- Aumentar y fortalecer la musculatura intrínseca y extrínseca de la mano izquierda, para mejorar la destreza de la praxis fina.
- Conseguir mayor autonomía en el vestido de la parte inferior.
- Mejorar el equilibrio en sedestación y bipedestación para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Metodología

CASO CLÍNICO

R.S es un varón de 55 años. Antes de padecer la lesión era independiente y trabajaba en PSA. Vive con su mujer y su hijo de 2 años en un piso con ascensor. Hoy en día R.S no tiene intención de volver a trabajar ya que con un hijo de dos años quiere poder disfrutar de verle crecer y estar con él si las circunstancias son favorables y se lo permiten.

Desde el año 2018 caminaba con bastón debido a una coxalgia de cadera izquierda de la cual fue intervenido y le colocaron una prótesis total de cadera. En el mes de junio de 2021 fue reintervenido. Este dato posteriormente será relevante y para tener en cuenta debido a que presenta cierta limitación en la movilidad de esa cadera.

El 18 de octubre, a las 17:50h presentó un mareo con cefalea brusca, seguido de una hemiplejia izquierda. Se activó el código ictus a las 18:15h. Ingresó en el HUMS y tras 3 días en la UCI fue trasladado a la planta de rehabilitación.

En urgencias se le realizó una valoración: Escala de Coma Glasgow (GCS) 4-5-6 (4 de 4 en apertura ocular, 5 de 5 en respuesta verbal y 6 de 6 en respuesta motora) (11), no alteración del lenguaje, PICNR (pupilas isocóricas y normoreactivas), paresia facial inferior izquierda y dudosa hemianopsia homónima izquierda. Hemiplejia izquierda espástica con hemihipoestesia. Respuesta cutánea plantar (RCP) izquierda extensora.

En el TC craneal mostró un hematoma profundo parieto-temporal izquierdo. En la angio-TC no se observaron lesiones subyacentes.

Su diagnóstico final: Hemorragia cerebral intraparenquimatosa.

Actualmente presenta una hemiplejia izquierda con afección de los miembros superior e inferior.

A lo largo de toda su estancia en el HUMS realizó una rehabilitación multidisciplinar, acudiendo a los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, electroestimulación e hidroterapia.

Evolución

En un primer momento ambos miembros izquierdos presentaban flacidez además de ausencia de movimiento voluntario tanto a nivel proximal como a nivel distal, por lo que al comienzo de la rehabilitación no era autónomo para realizar las AVDs.

Tres semanas después de la hemorragia apareció un ligero movimiento en el miembro superior, concretamente en la parte distal (con el pulgar izquierdo consiguió realizar movimientos de oposición, apertura y cierre). En su lugar, a nivel proximal, tanto el hombro como el codo seguían sin movimiento voluntario.

En cuanto al miembro inferior izquierdo, el movimiento comenzó con la abducción y aducción de cadera en sedestación. Desde fisioterapia se encargaron de trabajar la marcha con ayuda de barras paralelas, fomentando mucho el gesto de lanzamiento de la pierna izquierda a la hora de dar el paso y el bloqueo posterior de la rodilla izquierda al dar el paso derecho.

ESCALAS REALIZADAS, PUNTUACIÓN Y DATOS RELEVANTES

Se realizó una evaluación observacional los primeros días, a la par que fuimos recogiendo información de su historial clínico. En esos momentos se le entregó el consentimiento informado el cual él aceptó (Anexo I).

El plan de tratamiento desde Terapia Ocupacional se llevó a cabo en 3 fases:

- 1) Fase de evaluación
- 2) Fase de intervención
- 3) Fase de reevaluación

Cronograma

	Fase de evaluación	Fase de intervención	Fase de reevaluación
Meses	Octubre Enero	Octubre Noviembre Diciembre Enero	Diciembre Febrero

Las evaluaciones tuvieron lugar en 3 etapas: al comienzo de su ingreso en la unidad, dos meses después de su ingreso (a “mitad” de intervención) y 4 meses después de su ingreso (al alta).

Evaluaciones al ingreso	Evaluaciones a “mitad” de intervención	Evaluaciones al alta
- FIM - Índice de Barthel - Escala de Lawton y Brody*	- FIM - Índice de Barthel	- FIM - Índice de Barthel - Escala de Lawton y Brody

Fase de evaluación

Escalas utilizadas:

- Medida de Independencia Funcional (Anexo II).
- Índice de Barthel (Anexos III y IV).
- Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria (Anexos V y VI).

La fase de evaluación tuvo lugar por parte del HUMS en el mes de octubre cuando R.S ingresó, a excepción de la evaluación con la **Escala de Lawton y Brody** que se realizó en el mes de enero cuando el paciente pudo regresar unos días a su casa por la festividad de navidad.

Al consultar la historia clínica de R.S en ella aparecían dos evaluaciones que habían sido realizadas al comienzo de su ingreso, el **Índice de Barthel** (IB) y la **Medida de Independencia Funcional** (FIM) así que se decidió centrar la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente en estas dos escalas puesto que aportaba la información desde su primer día en el hospital.

- Evaluaciones al ingreso

El día que ingresó en UCI fue evaluado con la **FIM**, obteniendo una puntuación total de 22 puntos sobre 126, 13 puntos en la parte motora y 9 puntos en la parte cognitiva. En esos momentos el paciente era totalmente dependiente en todas las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Tras salir de la UCI e ingresar en planta se le evaluó con el **Índice de Barthel**, obteniendo una puntuación total de 5 puntos sobre 100 (dependencia severa).

* En cuanto a la evaluación con la **Escala de Lawton y Brody** a pesar de haber tenido lugar en el mes de enero se considera una primera evaluación. Este periodo coincidió con las navidades por lo que R.S obtuvo una plaza en el hospital de día, lo que significa que durante el día acudía a la rehabilitación como de costumbre, pero por la noche volvía a casa. Fue buen momento para comenzar a evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de las cuales R.S comentó que previamente era muy participativo en las

tareas del hogar y en muchas ocasiones él era el encargado de realizar las comidas, hacer la compra, hacer la colada, etc. Obtuvo una puntuación de 5 puntos sobre 8. Algunas de las actividades que no realizaba, como preparación de comida y lavado de ropa no había tenido oportunidad de desempeñarlas puesto que su mujer era la encargada de hacerlo y por precaución preferían que no lo intentase.

Observaciones

- **Medida de Independencia Funcional**

Evaluación al ingreso	
Puntuación	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Parte motora: 13 ptos - Parte cognitiva: 9 ptos <p>Total: 22 ptos / 126 ptos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En la parte motora saco un 1 en todos los ítems, necesidad de una asistencia total. - En la parte cognitiva obtuvo una puntuación mayor de 1 en los ítems de expresión, interacción social y memoria.

- **Índice de Barthel**

Evaluación al ingreso	
Puntuación	Observaciones
5 ptos/100 ptos	<p><u>Dependencia severa.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda en: comida, lavado, vestido, arreglo, deposición, micción, uso de WC y transferencias. - Es incapaz de deambular y subir y bajar escaleras.

- **Escala de Lawton y Brody**

Evaluación a “mitad” de intervención	
Puntuación	Observaciones
5 ptos / 8 ptos	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ir acompañado para hacer la compra (0 puntos). - Es capaz de preparar comidas si se le proporcionan los ingredientes (0 puntos). - Cuidado de la casa, realiza tareas ligeras como poner y quitar la mesa (1 punto). - Todo el lavado de ropa lo realiza otro (0 puntos), esta actividad no la ha intentado realizar aún. - Viaja en transporte público y acompañado (1 punto). - Realiza compras, pero necesita ayuda en compras grandes (1 punto). - En el resto obtuvo la puntuación máxima.

MODELOS DE INTERVENCIÓN

La intervención de Terapia Ocupacional se ha realizado partiendo de la base de los siguientes modelos:

- Modelo de Ocupación Humana (MOHO)

Este modelo está relacionado con la motivación del paciente hacia sus ocupaciones diarias. Fue diseñado para poder utilizarlo en pacientes que hayan sufrido una alteración que les ha afectado al desempeño de sus roles ocupacionales. Parte del proceso terapéutico de este trabajo va a estar enfocado en el MOHO, puesto que este modelo defiende la práctica centrada en la ocupación, además de tener en cuenta las preferencias y experiencias

del paciente a la hora de desarrollar unos objetivos de tratamiento con significado y así mantener la motivación y la adherencia al tratamiento (12).

Los conceptos básicos de la ocupación humana descritos en el MOHO son los siguientes:

- Volición: La motivación por participar en las ocupaciones, teniendo en cuenta los pensamientos y sentimientos acerca de uno mismo y sobre las actividades que realiza en su día a día. Todos estos pensamientos y sentimientos se dan en la persona a través del paso del tiempo, es decir, la volición es un proceso continuo.
- Habitación: Los patrones en la vida de la persona afianzados a consecuencia de las rutinas y la repetición de diferentes comportamientos.
- Capacidad de desempeño: Las capacidades o habilidades motoras, cognitivas y de comunicación con las que la persona desempeña sus ocupaciones, interactúa y se organiza en el medio.

Además de los 3 componentes nombrados anteriormente, este modelo recoge un concepto más del cual la ocupación está íntimamente ligada:

- Ambiente: La ocupación se ve influenciada por el ambiente donde se desempeña, esto se conoce como impacto ambiental. Esto puede suponer una capacitación o una limitación en la persona (12).
- Modelo Cinesiológico-Biomecánico

Desde la perspectiva de este modelo la realización y selección de las actividades se llevan a cabo en función a los aspectos cinesiológicos y biomecánicos del paciente, además de que estas deben guardar interés hacia los objetivos que se han propuesto (13).

- Modelo de Neuromotriz

El modelo neuromotriz explica los rasgos que van a ser necesarios para tener un control central del movimiento (de las destrezas motrices generales, pero sobre todo de la destreza manipulativa). Estos rasgos son los que van a adaptar el movimiento que se realiza hacia el medio, además de tener en cuenta la terapia como una actividad propositiva (13).

INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

La intervención desde Terapia Ocupacional comenzó cuando consideraron que R.S había conseguido estabilizarse y fue valorado por su médico rehabilitador. En torno a la segunda semana desde su ingreso en el hospital comenzaron a subir desde el servicio de Terapia Ocupacional a su habitación para comenzar la rehabilitación en un entorno seguro y dar pautas a sus familiares acerca de las movilizaciones y transferencias. En su habitación en primer lugar se practicó el volteo en la cama y la incorporación hasta sedestación para conseguir cierta autonomía.

Días después bajó al servicio de rehabilitación para comenzar con la intervención. Las sesiones tenían lugar en la sala de Terapia Ocupacional de lunes a viernes, 45 minutos al día. En las primeras sesiones tuvieron lugar las valoraciones observacionales para determinar el estado de R.S. En ese momento su brazo izquierdo estaba totalmente flácido y sin tono muscular, al igual que su pierna izquierda. A nivel cognitivo no presentaba ninguna alteración.

El plan de intervención se llevó a cabo tras observar las escalas que le habían pasado días antes y compararlas con su estado actual. Se detectaron las áreas y habilidades más afectadas de cara a realizar todas las actividades de la vida diaria de la manera más autónoma posible. Realizamos una entrevista con el paciente donde nos expuso cuales eran sus prioridades de cara a la rehabilitación. Con la obtención de toda esta información se trazó el perfil ocupacional del paciente el cual nos da a los profesionales de la Terapia Ocupacional una visión global de la historia y las experiencias ocupacionales que ha tenido con anterioridad al accidente.

La última edición del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA) destaca la necesidad de utilizar este enfoque centrado en el cliente por la relevancia que tiene a la hora de recopilar datos acerca del paciente, los cuales él considera que son importantes y significativos en su vida diaria y por lo tanto deberían formar parte de la intervención (14).

Los objetivos específicos expuestos en el apartado de objetivos se trazaron en base a lo obtenido en las evaluaciones, los intereses del paciente y nuestra opinión profesional de los déficits funcionales que padecía.

A continuación, se expone el plan de intervención y las actividades realizadas en base a los objetivos específicos.

1^{er} OBJETIVO:

Estimular la aparición de movilidad proximal voluntaria de hombro y codo izquierdo.

Déficit funcional:

Imposibilidad de realizar un movimiento voluntario controlado con las articulaciones del hombro y codo de manera no compensada con el resto del cuerpo.

Actividades realizadas:

1^a actividad (Imágenes 1 y 2)

El paciente se sienta en buena posición frente a la mesa y apoya la mano y el antebrazo sobre un soporte con ruedas. La actividad consiste en trazar semicírculos sobre la mesa, yendo desde abducción de hombro y extensión de codo hasta aducción de hombro y flexión de codo y viceversa. Al principio el terapeuta ayuda a dirigir el movimiento para que no aparezca ningún bloqueo (15).

Posteriormente esta actividad se realizó sin ayuda del soporte y apoyando el brazo sobre una toalla.



Imagen 1. Elaboración propia. 2021.



Imagen 2. Elaboración propia. 2021.

2ª actividad (Imágenes 3 y 4)

El paciente se coloca sentado frente a la mesa en una buena posición para comenzar la actividad. Con el brazo pléjico coje los conos uno por uno para introducirlos sobre una estructura con una barra vertical. Las primeras veces requería ayuda de la terapeuta que coloca su mano bajo su codo para quitarle el peso de la extremidad y acompañarle en el movimiento, además de sujetar y estabilizar la articulación del hombro para evitar que realzase movimientos compensatorios.



Imagen 3. Elaboración propia. 2021.



Imagen 4. Elaboración propia. 2021.

2º OBJETIVO:

Aumentar y fortalecer la musculatura intrínseca y extrínseca de la mano izquierda, para mejorar la destreza de la praxis fina.

Déficit funcional:

Mala destreza manipulativa y debilidad.

Actividades realizadas:

3ª actividad (Imágenes 5 y 6)

El paciente se coloca bien sentado frente a la mesa para comenzar la actividad. Consiste en, con su mano pléjica, insertar clavos en un tajo de madera agujereado, realizando una pinza termino-terminal e intercalando los dedos (comenzando desde el índice hasta el meñique).



Imagen 5. Elaboración propia. 2021.



Imagen 6. Elaboración propia. 2021.

4^a actividad (Imágenes 7 y 8)

La siguiente actividad consiste en coger unas bolas de un tamaño medio realizando pinzas latero-laterales, de forma que estas queden intercaladas en los dedos. Con el antebrazo en pronación coge las bolas y mientras las sujetas va colocando el antebrazo en supinación para soltar las canicas dentro de un recipiente. Esta actividad resulta muy importante para fortalecer la musculatura intrínseca de la mano, concretamente los interóseos y lumbricales (15).

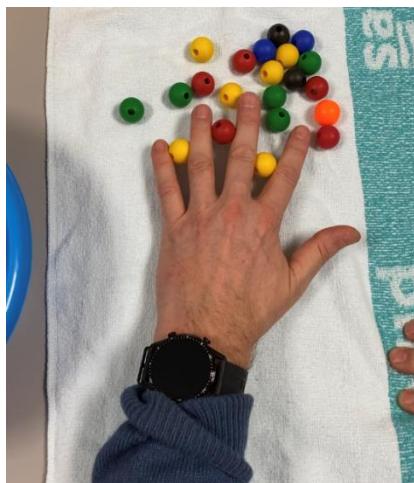


Imagen 7. Elaboración propia. 2021.



Imagen 8. Elaboración propia. 2021.

5^a actividad (Imágenes 9 y 10)

Con una buena postura de sedestación el paciente realiza a siguiente actividad bimanual de costura. Con ambas manos va enhebrando unas bolas en un cordón, de manera que, primero con la mano pléjica coje la bola y la enhebra en el cordón. Una vez enhebrada, la mano sana pasa a sujetar la bola (manteniéndola siempre en su plano medio) y con la mano pléjica sujeta la punta del cordón y estira de él desplazando su brazo hacia abducción de hombro y extensión de codo para conseguir un amplio rango articular de todo el miembro superior (16).



Imagen 9. Elaboración propia. 2021.

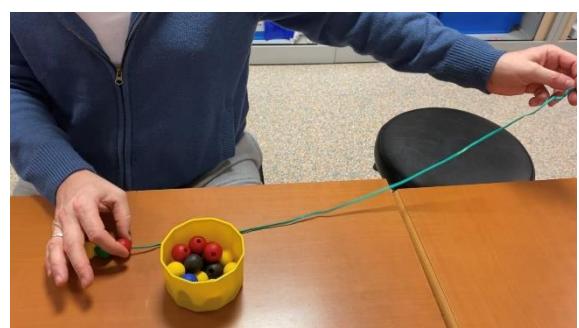


Imagen 10. Elaboración propia. 2021.

3^{er} OBJETIVO:

Conseguir mayor autonomía en el vestido de la parte inferior.

Déficit funcional:

Incapacidad de vestirse la parte inferior debido a la debilidad del hemicuerpo izquierdo además de la limitación y restricción de la movilidad de la cadera por uso de una prótesis total.

Actividades realizadas:

6^a actividad

La primera actividad que se practicó para el vestido de la parte inferior comenzó desde decúbito supino en una cama del hospital y con el pantalón del pijama (se trata de una prenda ancha y bastante elástica, recomendable para comenzar con la práctica ya que facilita la actividad).

El paciente coloca su pierna sana ligeramente flexionada y con el pie apoyado en la cama para que intente colocar el tobillo de su pierna plégica sobre la rodilla de la otra. Una vez alcanzada esta posición inserta el caño del pantalón en el pie (17).

Es incapaz de alcanzar la posición mencionada debido a la imposibilidad de flexionar la cadera tantos grados, además de no ser capaz de sujetar la pierna en esa posición a la vez que con una mano inserta el caño del pantalón.

Este método quedó descartado.

7^a actividad

La siguiente actividad para fomentar la independencia en el vestido de la parte inferior se probó desde sedestación en la cama del hospital.

Se practicó el vestido de manera que apoye la pierna plégica sobre un taburete no muy elevado, para evitar la flexión excesiva de cadera.

Se insiste al paciente en la importancia de la preparación de la actividad, colocando en un lugar accesible las prendas de ropa y enrollando el caño del pantalón correspondiente de la pierna plégica, puesto que esto le facilitará la actividad.

Con ambas manos de forma activo-asistida sujeta su pierna por debajo del hueco poplíteo para elevarla y apoyar la planta del pie en el taburete.

A continuación, inicia el vestido metiendo el caño del pantalón por la punta del pie y poco a poco ir subiéndolo hasta mitad del muslo. Una vez llegado a esta altura comienza a vestir la otra pierna de igual forma.

Por último, con ayuda del bastón se coloca de pie, intentando evitar que se le caiga la prenda y termina de colocarse el pantalón.

Observaciones: Es necesaria la ayuda de otra persona para que sujete el taburete ya que con el peso de la pierna este se desplaza hacia delante y

el pie cae al suelo, además de vigilar al paciente por una posible caída al tener que inclinar el tronco hacia delante y colocarse de pie.

4º OBJETIVO:

Mejorar el equilibrio en sedestación y bipedestación para el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Déficit funcional:

Mal control postural en sedestación y bipedestación.

Actividades realizadas:

8ª actividad

Desde sedestación sobre una estructura inestable trabajamos el desequilibrio. En este caso en una de las camas de hospital la terapeuta le aplica ligeros golpes sobre el tronco en diferentes direcciones para desestabilizar la posición y que busque el equilibrio evitando que apoye los brazos sobre ninguna superficie.

9ª actividad

Desde sedestación y con ayuda de la terapeuta para mantener la posición de trabajo, apoya la mano plégica sobre una silla situada a menor altura que su asiento, de manera que el codo queda totalmente en extensión para conseguir echar todo el peso posible sobre el brazo plégico.

La actividad consiste en mantener esa posición mientras, con el brazo sano, coge cubos situados a diferentes alturas. De esta forma está realizando inclinaciones en los diferentes planos y rotaciones del tronco mientras apoya su peso en su hemicuerpo afectado.

10^a actividad (Imágenes 11, 12 y 13)

La actividad consiste en coger con el brazo pléjico de uno en uno los conos situados en un taburete en su lado izquierdo para a continuación meterlos por la estructura de barra vertical.

Una vez colocados todos en la estructura con el mismo brazo los saca uno por uno y los coloca en un taburete situado esta vez en su lado derecho, teniendo que realizar una inclinación de tronco mayor.



Imagen 11. Elaboración propia.
2021.



Imagen 12. Elaboración propia.
2021.



Imagen 13. Elaboración propia.
2021.

11^a actividad

El paciente se coloca en bipedestación frente a la espaldera, con las rodillas en total extensión reparte por igual su peso en ambas piernas.

En esta posición la terapeuta vigila para que no se produzca la flexión involuntaria de la rodilla izquierda. El paciente se agarra a la espaldera y la actividad consiste en darle ligeros golpes en hombros y caderas para que realice cambios de peso en las piernas y busque el equilibrio de forma que trabaje la estabilidad de las caderas y el fortalecimiento de estas junto con los miembros inferiores al percibir los cambios de peso.

12^a actividad (Imágenes 14 y 15)

El paciente se coloca en bipedestación frente a la mesa de trabajo y con una silla detrás para prevenir el riesgo de caída. La actividad consiste en que coja con su brazo plégico las anillas para colocarlas en una estructura con barras horizontales, tanto por su lado izquierdo como por su lado derecho. Además, ha de ir intercalando diferentes pinzas bidigitales comenzando desde el índice hasta el meñique.



Imagen 14. Elaboración propia.
2021.



Imagen 15. Elaboración propia.
2021.

13^a actividad (Imágenes 16 y 17)

El paciente se coloca en bipedestación frente a la mesa de trabajo. La actividad comienza con el paciente colocando su brazo plégico apoyado sobre la mesa de forma que esté totalmente extendido para echar el peso de su cuerpo sobre este. Realiza la actividad con el brazo sano y con ayuda de la terapeuta para mantener la extensión del brazo y evitar que se caiga. Consiste en coger conos con el brazo sano y colocarlos uno a uno sobre una estructura con barra vertical situada a su lado izquierdo y a cierta distancia para así inclinar el cuerpo hacia el lado del brazo apoyado y echar su peso sobre este.

La segunda parte del ejercicio consiste en pasar los conos colocados anteriormente hacia otra barra vertical situada en su lado derecho y a bastante distancia, para de nuevo inclinar el tronco y buscar una correcta

alineación del tronco con respecto los miembros inferiores para evitar la caída.



Imagen 16. Elaboración propia. 2021.



Imagen 17. Elaboración propia. 2021.

Desarrollo

PROCESO DE REEVALUACIÓN Y EXPOSICIÓN DE DATOS

La reevaluación tuvo lugar en dos momentos, en diciembre (a “mitad” de intervención) y en febrero (al alta).

Este proceso se llevó a cabo al comenzar las prácticas externas en el HUMS, cuando R.S llevaba aproximadamente dos meses ingresado y recibiendo rehabilitación. Se volvió a reevaluar su estado con la FIM y el Índice de Barthel, además de la Escala de Lawton y Brody una vez R.S tuvo permisos para volver a su hogar.

Hubiese sido interesante poder evaluarle con otro tipo de pruebas para llevar un seguimiento más contrastado de su evolución, pero debido a circunstancias relacionadas con la COVID-19 hubo varias semanas en las que no pudimos estar personalmente con el paciente por lo que no hubo tiempo suficiente de realizar evaluaciones diferentes a las ya obtenidas desde un principio.

- Evaluaciones a “mitad” de intervención.

En la **FIM** obtuvo una puntuación de 71 puntos en la parte motora y 35 puntos en la cognitiva, siendo esta última la máxima puntuación posible; un total de 106 puntos.

En el **Índice de Barthel** obtuvo una puntuación de 70 (dependencia moderada).

- Evaluaciones al alta.

El mes de febrero recibió el alta hospitalaria, pero seguía acudiendo a los servicios de rehabilitación en horario de externos. Se volvió a reevaluar de nuevo con las 3 escalas para obtener el resultado final y ver el resultado de toda la intervención.

En la **FIM** obtuvo una puntuación total de 118 puntos sobre 126.

En el **Índice de Barthel** obtuvo una puntuación de 90 puntos sobre 100 (incapacidad ligera).

En la **Escala de Lawton y Brody** obtuvo una puntuación de 6 puntos sobre 8.

Observaciones

- **Medida de Independencia Funcional**

Evaluación a “mitad” de intervención	
Puntuación	Observaciones
<ul style="list-style-type: none">- Parte motora: 71 ptos- Parte cognitiva: 35 ptos <p>Total: 106 ptos/ 126 ptos</p>	<ul style="list-style-type: none">- Las áreas más afectadas y con menor puntuación: baño, vestido mitad inferior y locomoción en escaleras.- El área en la que necesita supervisión: transferencia a la ducha.- Las áreas en las que necesita más tiempo para realizarlas: comida, vestido mitad superior y locomoción.- En la parte cognitiva tuvo la puntuación máxima.

Evaluación al alta	
Puntuación	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Parte motora: 83 ptos - Parte cognitiva: 35 ptos <p>Total: 118 ptos/ 126 ptos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La única área más afectada es la locomoción en escaleras, con una puntuación de 2 (asistencia máxima para subir y bajar 4-6 escalones). - Las áreas que necesita más tiempo o ayuda para el desempeño son: el vestido de la parte inferior y la transferencia a la ducha.

En el siguiente gráfico (Gráfico 2) podemos comprobar que ha habido una evolución muy positiva. A nivel cognitivo desde la primera reevaluación consiguió la máxima puntuación y a nivel motor hay mucha diferencia con la primera evaluación, pero en las 2 reevaluaciones se mantuvo más o menos estable, con una diferencia de 12 puntos. Por lo que podemos concluir que el paciente tuvo una muy buena evolución.

Según un estudio realizado por Paolinelli C G et al. en el cual determinan el nivel de confiabilidad de este instrumento en la práctica de la Terapia Ocupacional, concluyen que la FIM tiene un adecuado nivel de concordancia para valorar la evolución de pacientes con algún tipo de discapacidad que han pasado por un servicio hospitalario durante un periodo de tiempo (18).

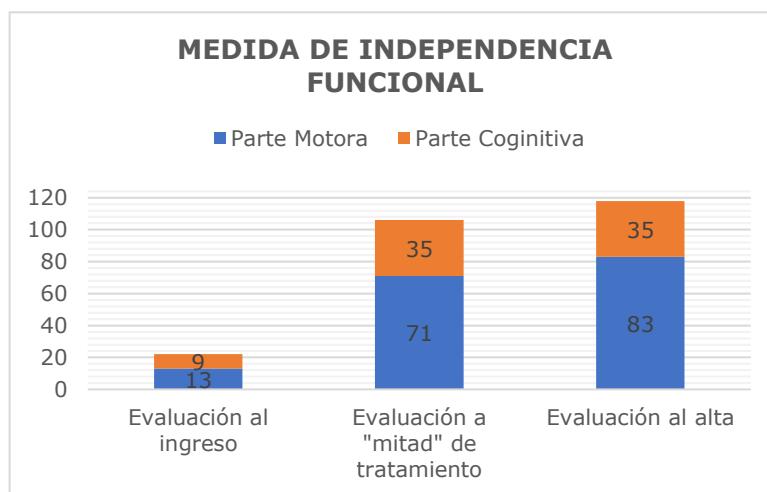


Gráfico 2. Resultados evaluación FIM.

- **Índice de Barthel**

Evaluación a "mitad" de intervención	
Puntuación	Observaciones
70 ptos/100 ptos	<u>Dependencia moderada.</u> <ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda en: transferencias, deambulación y subir y bajar escaleras. - Capaz de deambular con ayuda de un bastón y supervisión, ya que tiende a tropezar por falta de movilidad del miembro inferior pléjico.
Evaluación al alta	
Puntuación	Observaciones
90 ptos / 100 ptos	<u>Dependencia ligera.</u> <ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda en el vestido de la parte inferior. Puede ser capaz de realizarlo de forma autónoma, pero requiere mucho tiempo, sobre todo el ponerse el calcetín y la zapatilla en la pierna pléjica. - Necesita ayuda en subir y bajar escaleras. Es capaz de subir y bajar unos 4 o 5 escalones, pero siempre con ayuda de una persona entrenada.

Al igual que la anterior evaluación observamos en el gráfico (Gráfico 3) la diferencia entre la primera vez que R.S fue valorado y las posteriores reevaluaciones. Pasó de una dependencia severa a una dependencia ligera en un periodo de aproximadamente 5 meses y con una gran autonomía en la mayoría de sus AVD básicas.

El Índice de Barthel también se considera en el ámbito sanitario y de la rehabilitación un instrumento de medida de la discapacidad física fiable y sencillo de utilizar e interpretar. Un estudio realizado por Cid-Ruzafa J y

Damián-Moreno J recomiendan la complementación con otras escalas para obtener una valoración más amplia del estado de los pacientes (19).

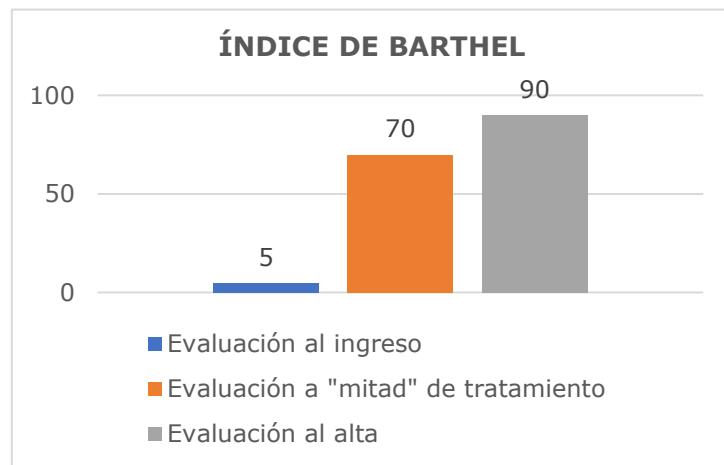


Gráfico 3. Resultados evaluación IB.

- **Escala de Lawton y Brody**

Evaluación al alta	
Puntuación	Observaciones
6 ptos / 8 ptos	- Tuvo una mejoría en la preparación de comida, obteniendo 1 punto.

Desde un primer momento obtuvo muy buena puntuación ya que fue evaluado tras haber pasado meses de su ACV, pasó de una puntuación de 5 a 6 puntos, con la principal diferencia es que la primera vez que se evaluó esta escala no había tenido la oportunidad en su hogar de realizar muchas AVD instrumentales por la negativa de su mujer a dejarle participar en ciertas actividades por prevención.

Conclusiones

1. Con la exposición de este trabajo se demuestra que la intervención desde Terapia Ocupacional, junto con el equipo interdisciplinar de rehabilitación ha supuesto en el paciente una mejora en la destreza y movilidad del miembro superior afecto, lo que le ha llevado a una evolución positiva en su independencia funcional.
2. Podemos afirmar que se han conseguido los objetivos específicos propuestos gracias al plan de intervención y las actividades realizadas. La autonomía en el vestido de la parte inferior fue lo más complicado de trabajar, puesto que presentaba una limitación de la movilidad en la cadera, pero con las estrategias propuestas conseguimos que fuese capaz de realizar un adecuado vestido con la mínima ayuda posible.
3. La presencia de figura del terapeuta ocupacional en el equipo interdisciplinar es fundamental para capacitar al individuo en el desempeño autónomo de sus AVD básicas e instrumentales. A pesar de haber una evidencia clara de este hecho sigue siendo muy frecuente no encontrar a un terapeuta en ámbito del daño cerebral adquirido (20,21).
4. Por último, hay que destacar la importancia de comenzar el proceso de rehabilitación en pacientes con daño cerebral adquirido lo antes posible, puesto que la recuperación de la funcionalidad perdida es más rápida durante los 3 primeros meses tras el accidente (se recupera aproximadamente el 80% del total que se va a poder recuperar), los meses posteriores la recuperación será más lenta (22,23).

Bibliografía

1. Moyano A. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Rev Hosp Clín Univ Chile* [Internet]. 2010; 21: 348-55. [cited 2022 Apr 11]. Available from: https://www.academia.edu/37727415/Accidente_cerebrovascular_desde_mirada_rehabilitador.
2. Hernández Rodríguez M, Cabrera García C. Plan de tratamiento conservador en el ictus. Fase aguda vs fase subaguda [Trabajo de fin de grado en Internet]. [Tenerife]: Universidad de la Laguna; 2020. [cited 2022 Apr 12]; Available from: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/20872>
3. INEbase. Notas de prensa. Defunciones según causa de muerte. Año 2020. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2022. [cited 2022 Apr 11]. Available from: https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf.
4. Canchos Ccahuay M A. Factores relacionados a accidentes cerebrovascular en pacientes atendidos por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza-2018 [Tesis doctoral en Internet]. [Lima]: Universidad de Perú; 2019. [cited 2022 Apr 11]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633903>.
5. Arauz A, Ruiz-Franco A. Enfermedad vascular cerebral. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2012; 55(3):11-21. [cited 2022 Apr 11]; Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003&lng=es&nrm=iso&tlang=es
6. Fuentes B, Ruiz Ares G, Díez Tejedor E. Protocolo de tratamiento del ictus hemorrágico agudo. *Medicine* [Internet]. 2015; 11(71):4288-4291. [cited 2022 Apr 11]; Available from: <https://www.medicineonline.es/es-protocolo-tratamiento-del-ictus-hemorragico-articulo-S0304541219300083>
7. Torres Ávila I. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. *TOG (A Coruña)* [Internet]. 2014; 11(19): [25p.].3. [cited 2022 Apr 12]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4710575>
8. Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin* [Internet]. 2009; 70 (3): 25-40. [cited 2022 Apr 11]; Available from: <https://dialnet-unirioja.es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=4208262>

9. Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional en disfunciones físicas. 1º edición. España: Editorial síntesis, S.A; 2015.
10. Hernandez Molina L. Terapia Ocupacional para la independencia de las actividades de la vida diaria en accidentes cerebrovascular. TOG (A Coruña) [Internet]. 2013; 10(17): [31 p.]. [cited 2022 Apr 14]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4273455>
11. Muñana-Rodríguez J.E, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enferm. univ [Internet]. 2014; 11(1): 24-35. [cited 2022 May 16]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000100005&lang=es.
12. Kielhofner, G. Los conceptos básicos de la ocupación humana. En: Kielhofner, G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación. 4ª edición. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011. p. 11-23.
13. Gómez Tolón, J. Modelos de enfoque organicista. En: Gómez Tolón, J. Fundamentos metodológicos de la Terapia Ocupacional. 1ª edición. España: MIRA Editores; 1997. p. 63-89.
14. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4th ed. American Occupational Therapy; 2020.
15. Chapinal, A. Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. 2ª edición. España: Elsevier Doyma, S.L; 2005.
16. Gómez Tolón, J. Destreza manipulativa. En: Gómez Tolón, J. Habilidades y destrezas en terapia ocupacional. 1ª edición. España: MIRA Editores; 2000. p. 17-40.
17. Romero Ayuso, D. Mª. Técnicas de intervención en las actividades de la vida diaria. En: Polonio López, B. Romero Ayuso, D. Mª. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. 1ª edición. Madrid: Editorial médica panamericana, S.A; 2010. p. 333-352.
18. Paolinelli G C, González H P, Doniez S ME, Donoso D T, Salinas R V. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación.: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. Revista médica de Chile [Internet]. 2001;129(1):23-31. [cited 2022 May 5]; Available from:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004

19. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 1997; 71: 127-137. [cited 2022 May 5]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5275061>.
20. Sánchez Cabeza Á. Terapia Ocupacional basada en la evidencia para la rehabilitación del Daño Cerebral Adquirido. *TOG* (A Coruña) [Internet]. 2013; 10(8): 40-53 [Internet]. [cited 2022 May 14]. Available from: <https://dialnet-unirioja.es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=4641369>
21. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza Á. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. *TOG* (A Coruña) [Internet]. 2009; 6(4): 410-464. [cited 2022 May 14]; Available from: <https://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>
22. Pedro Tarés P, Polonio López B. Un caso clínico de accidente cerebrovascular. En: Polonio López B. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. 1^a edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A; 2004. p. 99-113.
23. Petrusviciene D, Krisciunas A. Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2008;44(3):216-24. [cited 2022 May 7]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18413989/>

Anexos

ANEXO I

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 conducida por _____, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es _____

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ 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 _____.
He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

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 a _____ al teléfono _____.

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 a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

ANEXO II

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

1-COMIDA:	2-ASEO:	IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Llevar la comida a la boca (pincharla y llevárla)</u> - <u>masticar</u> - <u>tragar</u> <p>Cada actividad representa el 33,33%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene oral (20%) - Peinado (20%) - Lavar manos (20%) - Lavar cara (20%) 	-			
<p>INDEPENDENCIA COMPLETA.....</p> <ul style="list-style-type: none"> - El individuo come de plato y tolera todo tipo de consistencias sólidas y líquidas. Bebe del vaso o taza presentado con la comida. - Usa los utensilios apropiados para llevar la comida a la boca, la mastica y la traga. - Todo ello de forma independiente y con seguridad. 	7	7	7	7	7
<p>INDEPENDENCIA MODIFICADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita de utilaje especializado (incluyendo ortesis y prótesis) (cubiertos adaptados, dentadura postiza...). - Necesita modificaciones en la consistencia de la comida o dieta (pe, puré). - Necesita más tiempo del considerado "razonable" (>30') - Preocupa su seguridad - Si se alimenta por PEG se autoadministra la comida. 	6	6	6	6	6
<p>SUPERVISIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión o preparación (cortar la carne, servirle el agua, abrirle un yogur...) o dar órdenes verbales (pe, come más despacio, traga...) 	5	5	5	5	5
<p>ASISTENCIA MÍNIMA.....</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión o preparación (cortar la carne, servirle el agua, abrirle un yogur...) o dar órdenes verbales (pe, come más despacio, traga...) 	4	4	4	4	4
<p>ASISTENCIA MODERADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad. 	3	3	3	3	3
<p>ASISTENCIA MAXIMA.....</p> <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad. - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad. - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad, no se puede testar o precisa dos personas. 	2	2	1	1	1
ASISTENCIA TOTAL.....					

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiquetado del usuario

FIM

3-BANO:	IN GRE SO	ALTA	4-VESTIDO 1/2 SUPERIOR DEL CUERPO:	IN GRE SO	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> - Enjabonar, aclarar y secar/cagara actividad es el 33,33% el cuerpo desde el cuello hasta los pies excluyendo el cuello y la espalda. Puede ser en la ducha, bañera o cama. - Se divide el cuerpo en 10 partes y cada una suma el 10%: - Brazo izdo - Brazo dcho - Pecho/tórax - Abdomen - Frente de la región perineal - Dorso de la región perineal - Muslo izdo - Muslo dcho - Pierna y pie izdo - Pierna y pie dcho 			<ul style="list-style-type: none"> - Vestirse y desvestirse por encima de la cintura. - Ponerte y quitarse ortesis y prótesis cuando existan. - Los pijamas y camisones de hospital se puntúan como 1. - Si el sujeto emplea ropa distinta durante la semana y se necesitan distintos niveles de asistencia la puntuación debe reflejar la que usa con más frecuencia (pe, el chándal no suele ser la ropa habitual). - Hay que contar las piezas de ropa y estudiar los pasos de cada pieza (pe, sujetador 4 pasos, camiseta 4 pasos, camisa 4 pasos siendo el último los botones...) 		
INDEPENDENCIA COMPLETA		7	INDEPENDENCIA MODIFICADA		6
<ul style="list-style-type: none"> - El individuo se enjabona, aclara y seca las 10 partes del cuerpo. - De forma independiente, con seguridad, y en un tiempo razonable. 		7	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) artesis y prótesis. - Necesita más tiempo del considerado "razonable". - Preocupa su seguridad. 		6
INDEPENDENCIA MODIFICADA		6	SUPERVISIÓN		5
<ul style="list-style-type: none"> - Necesita aparato especializado (incluyendo ortesis y prótesis). - Necesita más tiempo del considerado "razonable". - Preocupa su seguridad. 		6	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación (ponerle las ortesis, sacarle la ropa del cajón, preparársela...). 		5
SUPERVISIÓN		5	ASISTENCIA MÍNIMA		4
<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión o preparación (ponerle la ortesis, prepararle el agua, abrir los botes de jabón...) 		5	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del vestido. 		4
ASISTENCIA MÍNIMA		4	ASISTENCIA MODERADA		3
<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad. 		4	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad del vestido. 		3
ASISTENCIA MODERADA		3	ASISTENCIA MÁXIMA		2
<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad. 		3	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del vestido. 		2
ASISTENCIA MÁXIMA		2	ASISTENCIA TOTAL		1
<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad. 		2	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas. 		1
ASISTENCIA TOTAL		1			
<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad, no se puede testar o precisa dos personas. 		1			

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

5-VESTIDO 1/2 INFERIOR DEL CUERPO:	IN GRE SO	ALTA	6-USO DEL WC:	IN GRE SO	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> - Vestirse y desvestirse por debajo de la cintura. - Ponerte y quitarse ortesis y prótesis cuando existan. 	7	7	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la higiene perineal y ajustarse la ropa antes y después de usar el WC, orinal o cuna (cada actividad representa el 33,3%). - En las mujeres si necesitan ayuda con el uso de compresas y tampones se considera un nivel de asistencia 5/supervisión (se consideran ortesis). 	7	7
INDEPENDENCIA COMPLETA: <ul style="list-style-type: none"> - El individuo se viste y desviste la mitad inferior de forma independiente, con seguridad y en un tiempo razonable. 	6	6	6-INDEPENDENCIA COMPLETA: <ul style="list-style-type: none"> - El individuo se limpia después de la defecación o micción. Se pone compresas o tampones (si son necesarias). Se ajusta la ropa antes y después de usar WC, orinal o cuna. - Todo ello con seguridad y en un tiempo razonable. 	7	7
INDEPENDENCIA MODIFICADA: <ul style="list-style-type: none"> - Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis. - Necesita más tiempo del considerado "razonable" - Preocupa su seguridad 	5	5	INDEPENDENCIA MODIFICADA: <ul style="list-style-type: none"> - Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis para usar el WC. - Necesita más tiempo del considerado "razonable". - Preocupa su seguridad. 	6	6
SUPERVISIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación (ponerle las ortesis, sacarle la ropa del cajón, preparársela...). 	4	4			
ASISTENCIA MÍNIMA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del vestido. 	4	4			
ASISTENCIA MODERADA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 50 al 74% de la actividad del vestido. 	3	3	SUPERVISIÓN: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación. 	5	5
ASISTENCIA MÁXIMA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del vestido. 	2	2	ASISTENCIA MÍNIMA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del WC. 	4	4
ASISTENCIA TOTAL: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas. 	1	1	ASISTENCIA MODERADA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad del WC. 	3	3
			ASISTENCIA MÁXIMA: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del WC. 	2	2
			ASISTENCIA TOTAL: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del WC, no se puede testar o precisa dos personas. 	1	1

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

7-CONTROL VEJIGA:

- Control vesical completo. El objetivo funcional del manejo vesical es aliviar el estínter urinario sólo cuando se necesita y mantenerlo cerrado el resto del tiempo.
 - Esto puede necesitar ayudas técnicas, fármacos o asistencia.
 - Este ítem engloba dos variables:
Nivel de éxito en el manejo vesical.
Nivel de asistencia requerido.

INDEPENDENCIA COMPLETA.
 - El sujeto controla el esfínter vesical de forma completa e intencionadamente.
INDEPENDENCIA MODIFICADA.
 - El sujeto necesita orinal, cinta, catéter, pañal, colector urinario o usa medicación para el control.
 - Si usa catéter es capaz de limpiar, esterilizar y preparar el equipo para el cateterismo.
 - Si usa colector u otro material es capaz de colocarlo, quitarlo y vaciar la bolsa.
 - No hay accidentes.

SUPERVISIÓN.
 - El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación del equipo (colocar o vaciar) necesario para mantener un ritmo deposicional adecuado o para mantener una ayuda externa.
 - Puede causar accidentes aunque con menor frecuencia de uno cada 15 días.
ASISTENCIA MÍNIMA.
 - El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.
 - Necesita una asistencia mínima para mantener la ayuda externa (sujetar el orinal, entregar la sonda).
 - Accidentes ocasionales ≤ 1 por semana.

ASISTENCIA MODERADA.
 - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad de control vesical.
 - Puede tener accidentes de forma ocasional pero < 1 vez al día (p.e. 2-3 veces por semana).
ASISTENCIA MÁXIMA.
 - El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad de manejo de la vejiga.
 - A pesar de la asistencia el sujeto está mojado casi a diario y necesita usar pañal con o sin otro tipo de colector o catéter colocado (sin embargo el individuo hace algún esfuerzo por mantenerlo seco).

ASISTENCIA TOTAL.
 - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad de la vejiga.
 - A pesar de la asistencia el sujeto está mojado prácticamente a diario y necesita usar pañal con o sin otro tipo de colector o catéter colocado.

	IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
8-CONTROL INTESTINO:				
- Control de la defecación completo. El objetivo funcional de la defecación es abrir el estínter anal sólo cuando se necesita y mantenerlo cerrado el resto del tiempo.				
- Esto puede necesitar ayudas técnicas, fármacos o asistencia.				
- Este ítem engloba dos variables: <i>Nivel de éxito en el manejo fecalente.</i> <i>Nivel de éxito en el manejo fecilente.</i>				
INDEPENDENCIA COMPLETA.	7	7	7	7
- El sujeto controla el esfínter anal de forma completa e intencionadamente.				
INDEPENDENCIA MODIFICADA.	6	6	6	6
- El sujeto necesita estimulación digital, supositorios, enemas o medicación.				
- Si el individuo tiene una colostomía es capaz de mantenerla.				
- No hay accidentes.				
SUPERVISIÓN.	5	5	5	5
- El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación del equipo necesario para mantener un ritmo deposicional adecuado (p.e. preparar el supositorio) o para mantener un film deposicional - Puede causar accidentes aunque con menor frecuencia de uno cada 15 días.				
ASISTENCIA MÍNIMA.	4	4	4	4
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad				
- Necesita una asistencia mínima para mantener el ritmo deposicional o para mantener el estoma (colocar la cinta o el enema, darle el supositorio en la mano)				
- Accidentes ocasionales ≤ 1 por semana.				
ASISTENCIA MODERADA.	3	3	3	3
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad.				
- Puede tener accidentes de forma ocasional pero < 1 vez al día.				
ASISTENCIA MÁXIMA.	2	2	2	2
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad.				
- A pesar de la asistencia el sujeto está sucio casi a diario (el sujeto intenta mantenerse limpio). Necesita usar pañal o material absorbente aunque use colostomía.				
ASISTENCIA TOTAL.	1	1	1	1
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del control inestinal.				
- A pesar de la asistencia el sujeto está suelto prácticamente a diario.				
- Necesita usar pañal o material absorbente.				

FIM**9-TRANSFERENCIAS CAMA-SILLA-SILLA DE RUEDAS:**

- Todos los aspectos desde o hacia la cama, silla o silla de ruedas.
- Colocarse en bipedestación si la locomoción es mediante marcha.
- Durante las transferencias a la cama el sujeto emplea marcha y termina en posición supina.
- Se incluye la *Transferencia en la cama*.
- Ir y volver a la cama son 8 pasos: levantarse, ponerse en pie, sentarse y tumbarse en la cama (ida y vuelta).
- Habitualmente en las transferencias: el tronco equivale al 50% del peso, las EEE el 25% y las EESS el otro 25% (cada extremidad por tanto es el 12,5%). O también de cintura para arriba es el 50% y de cintura para abajo el otro 50%.
- En las transferencias se considera que en el nivel de la asistencia moderada el cuidador ya aguanta peso.

INDEPENDENCIA COMPLETA:

- Si camina: el sujeto se acerca, se sienta y se levanta usando una silla convencional, transiere de cama a silla. Lo hace con seguridad.
- Si emplea silla de ruedas: el sujeto se acerca a la cama o la silla, frena la silla de ruedas, levanta los reposapiés, saca el reposabrazos (si es necesario) y se transiere en las dos direcciones. Con seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA:

- El sujeto necesita de ayudas técnicas como tablas de deslizamiento, barras, sillitas especiales, muletas o prótesis y ortesis (sólo si se usan para la transferencia).
- Usa más tiempo del razonable. Se dedica sobre su seguridad.
- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.

ASISTENCIA MÍNIMA:

- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.
- Sólo necesita que "le toquen".
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad.
- El asistente "ya aguanta peso".

ASISTENCIA MODERADA:

- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad.

ASISTENCIA MÁXIMA:

- Necesita ayuda en todo el proceso, pero colabora algo.

10-TRANSFERENCIAS WC:

- Sentarse y levitarse del WC.

INDEPENDENCIA COMPLETA:

- Si camina: el sujeto se acerca, se sienta y se levanta usando un WC convencional. Lo hace con seguridad.
- Si emplea silla de ruedas: el sujeto se acerca al WC, frena la silla de ruedas, levanta los reposapiés, saca el reposabrazos (si es necesario) y se transiere en las dos direcciones. Con seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA:

- El sujeto necesita de ayudas técnicas como tablas de deslizamiento, barras, alza en el WC, prótesis y ortesis (sólo si se usan para la transferencia).
- Usa más tiempo del considerado "razonable". Se dedica sobre su seguridad.
- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.

ASISTENCIA MÍNIMA:

- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.
- Sólo necesita que "le toquen".

ASISTENCIA MODERADA:

- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad.
- El asistente "ya aguanta peso".
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad.
- Necesita ayuda en todo el proceso, pero colabora algo.

ASISTENCIA TOTAL:

- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad.
- Necesita dos personas para la transferencia.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

11- TRANSFERENCIAS BAÑERA O DUCHA:

-Entrar y salir de la bañera o ducha.

INDEPENDENCIA COMPLETA.....
- Si camina: el sujeto se acerca, entra y sale de la bañera o ducha. Lo hace con seguridad.

- Si emplea silla de ruedas: el sujeto se acerca a la bañera o ducha, frena la silla de ruedas, levanta los reposapiés, saca el reposabrazos (si es necesario) y transfiere en las dos direcciones. Con seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA.....

- El sujeto necesita de ayudas técnicas como tablas de desplazamiento, barras, asiento especial, ortesis y prótesis.

- Usa más tiempo del considerado "razonable". Se duda sobre su seguridad.

SUPERVISIÓN.....
- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.

ASISTENCIA MÍNIMA.....
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.

- Sólo necesita que "la toquen".

ASISTENCIA MODERADA.....
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad.

- El asistente "ya aguanta peso".

ASISTENCIA MÁXIMA.....
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad.

- Necesita ayuda en todo el proceso, pero colabora algo.

ASISTENCIA TOTAL.....
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad.

- Necesita dos personas para la transferencia.

12- LOCOMOCIÓN: MARCHA/ SILLA DE RUEDAS:

- Caminar una vez colocado en trípode/estación.

- Usar silla de ruedas una vez se está sentado y el pavimento es regular.

- El sistema puntuable debe ser el mismo al ingreso que al alta.

INDEPENDENCIA COMPLETA.....

- El sujeto camina por lo menos 50 mts sin ayudas.

- Lo hace con seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA.....

- El sujeto camina un mínimo de 50 mts pero usa ortesis o prótesis en EEI, bastón, muletas, andador, bastón, andas, zapatos especiales, plantillas...

- Usa más tiempo o se ayuda de su seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA SILLA DE RUEDAS.....

- Si no camina, el sujeto opera una silla de ruedas manual o eléctrica de forma independiente por lo menos una distancia de 50 mts y es capaz con ella de subir una pendiente de al menos el 3%.

SUPERVISIÓN.....

- Si camina o va en silla de ruedas el sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) para conseguir una distancia mínima de 50 mts.

- O bien el sujeto es capaz de recorrer solo, independiente, una distancia mínima de 17 mts (con o sin ayudas técnicas, incluida la silla de ruedas, en más tiempo del habitual).

ASISTENCIA MÍNIMA.....

- El sujeto realiza el 75% o más del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 50 mts.

- Sólo necesita que le toquen.

ASISTENCIA MODERADA.....

- El sujeto realiza del 50 al 74% del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 50 mts. Atrastra más de la mitad de su cuerpo.

ASISTENCIA MAXIMA.....

- El sujeto realiza del 24-49% del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 17 mts.

- Necesita asistencia sólo de 1 persona.

ASISTENCIA TOTAL.....

- El sujeto realiza menos del 25% del esfuerzo de locomoción.

- Necesita asistencia de dos personas.

- No camina un mínimo de 17 mts (no es por tanto marcha funcional).

- No testable

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiquetada del usuario

FIM

13—LOCOMOCIÓN: ESCALERAS:

- Subir y bajar 12-14 escalones de *Interior*.

INDEPENDENCIA COMPLETA.

- El sujeto sube y baja por lo menos un tramo de escaleras (12-14 escalones) sin depender de barandillas o cualquier otro soporte. - Lo hace con seguridad.

INDEPENDENCIA MODIFICADA

- El sujeto sube y baja por lo menos un tramo de escaleras pero necesita apoyarse en la pared cogarse a la barandilla, bastón...
- Usa más tiempo del considerado "razonable" o preocupa su seguridad.

SUPERVISIÓN

- El sujeto necesita supervisión para conseguir subir-bajar 12-14 escalones.
- El sujeto consigue subir-bajar 4-6 escalones independiente sin otra persona (aunque sea con ayudas técnicas o en más tiempo del razonable).

ASISTENCIA MINIMA.

- El sujeto realiza el 75% o más del esfuerzo de locomoción para conseguir subir-bajar 12-14 escalones.
- Solo necesita que le loquien. -

ASISTENCIA MODERADA

- El sujeto realiza el 50-74% del esfuerzo de locomoción para conseguir subir-bajar 12-14 escalones.

ASISTENCIA MÁXIMA.

- El sujeto realiza el 25-49% del esfuerzo de locomoción para conseguir subir-bajar 4-6 escalones.

ASISTENCIA TOTAL.

- El sujeto realiza menos del 25% del esfuerzo.
- Necesita asistencia de dos personas.
- Necesita que le suban-bajen.
- No sube-baja 4-6 escalones.

14—COMPRENSIÓN:

- Encender las luces, la radio, la televisión, la computadora, la computadora portátil (vocal-audiófuga).

INDEPENDENCIA COMPLETA.

- Hay que entender y punto claro es la forma de comprensión es la forma de comprender con la misma frecuencia hay que cumplir las 2.
- La comprensión de la información abstracta incluye (aunque no se limita) entender los eventos diarios que aparecen en la TV o en los artículos de periódico, o información abstracta en formas tales como religión, matemáticas, finanzas utilizados en la vida diaria. También incluye el entender la información que se da en una conversación en grupo.

INDEPENDENCIA COMPLETA.

- La difractación sobre las interacciones básicas se refiere a conversación, dirección, preguntas o enunciados que se relacionen con la necesidad del sujeto de información, hablar, WC, higiene, ir a sueño (si el sujeto sólo comprende esto la puntuación es igual o inferior a 5).

INDEPENDENCIA COMPLETA.

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones que son complejas y abstractas.

INDEPENDENCIA MODIFICADA

- En la mayoría de las ocasiones el sujeto entiende o tiene poca dificultad para entender una conversación compleja, o con varios interlocutores.
- Puede necesitar ayudas visuales o auditivas.

SUPERVISIÓN

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas (nutrición, fluidos, eliminación, higiene, sueño) más del 50% del tiempo.
- Necesita disminución de la velocidad de habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos, pero en < 10% del tiempo.(p.e. 10 veces por semana).

ASISTENCIA MÍNIMA.

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 75-90% del tiempo (p.e. una vez en un día).
- Necesita disminución de la velocidad de habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos, pero entre el 10-25% del tiempo.

ASISTENCIA MODERADA

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 50-74% del tiempo.
- Necesita disminución de la velocidad de habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos, pero entre el 25-49% del tiempo.

ASISTENCIA MÁXIMA.

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 25-92% del tiempo.
- Necesita disminución de la velocidad de habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos, pero más del 50% del tiempo (p.e. de cada 2 frases hay que instir en 1).
- Sólo entiende expresiones sencillas o gestos sencillos: decir "holo", "hacer adios con la mano".

ASISTENCIA TOTAL.

- El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias menos del 25% del tiempo.
- No entiende expresiones sencillas o gestos sencillos: decir "holo", "hacer adios con la mano".
- No consigue responder de forma adecuada a pesar de la disminución de la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la cítiqueta del usuario

FIM

15-EXPRESIÓN:

-Expresión clara oral o no oral.

- Esta ítem incluye la expresión mediante sistemas de comunicación alternativa o la escritura.

- Hay que evaluar y puntuar cuál es la forma de expresión habitual (oral/no oral)

- Si ambas se usan con la misma frecuencia hay que puntuar las dos.

- La expresión de **desarrolladas** incluye (aunque no se limite), discutir los eventos diarios que aparecen en la TV o los artículos de periódico, o temas tales como religión, o las relaciones interpersonales.

- La expresión de **necesidades básicas** se refiere a la capacidad para comunicar las necesidades fisiológicas.

INDEPENDENCIA/COMPLETA.....

- El sujeto expresa ideas complejas o abstractas de forma clara y fluente.

INDEPENDENCIA MODIFICADA.....

- En la mayoría de las situaciones el sujeto expresa ideas complejas o abstractas con bastante claridad o con una dificultad mínima.

- Puede necesitar sistemas de comunicación alternativa. No necesita repetir, enfatizar... para que se le entienda.

SUPERVISIÓN.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas más del 50% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero < 10% de las veces.

ASISTENCIA MÍNIMA.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 75-90% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero entre 10-25% de las veces.

ASISTENCIA MODERADA.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 50-74% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero entre 25-49% de las veces.

ASISTENCIA MÁXIMA.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 25-49% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero más del 50% de las veces.

- Usa solo palabras sencillas o gestos o un alfabeto con dibujos.

ASISTENCIA TOTAL.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas menos del 25% del tiempo.

- No expresa las necesidades básicas de una forma adecuada a pesar de disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos..

- No es capaz de responder correctamente a las preguntas de Si-NO.

16-INTERACCIÓN SOCIAL:

- Actividades relacionadas con la participación con otros en situaciones sociales y terapéuticas

- Valores:

- Colaboración

- Comunicación inadecuada

- Crisis de ira

- Hablar demasiado alto

- Usar un lenguaje abusivo

- Necesidad de ser atado

INDEPENDENCIA COMPLETA.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada con el personal sanitario, otros pacientes y los miembros de la familia (controla su temperamento, no está agresivo, acepta críticas, se da cuenta de las palabras o actos que podrían dañar a otros...).

- Necesita medicación para controlarse.

INDEPENDENCIA MODIFICADA.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada con el personal sanitario, otros pacientes y los miembros de la familia la mayoría de las veces y sólo ocasionalmente pierde el control.

- No necesita ser supervisado, ya que puede autoregularse y autocontrolarse.

- Puede necesitar más tiempo para ajustarse en las situaciones sociales o medicación (pe, un antidepresivo).

SUPERVISIÓN.....

- El sujeto necesita supervisión (ser monitorizado, control verbal...) sólo en situaciones de stress o no familiares, menos del 10% del tiempo.

- Puede necesitar que le estimulen a participar en una actividad social.

ASISTENCIA MÍNIMA.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada el 75-90% del tiempo.

- En este nivel y siguientes ya hay alteraciones en situaciones familiares.

ASISTENCIA MODERADA.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada el 50-74% del tiempo.

- Hace correctamente las preguntas de Si-NO.

ASISTENCIA MAXIMA.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada el 25-49% del tiempo.

- Puede necesitar ser atado.

ASISTENCIA TOTAL.....

- El sujeto interacciona de forma adecuada menos del 25% del tiempo.

- Puede necesitar ser atado.

	IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
15-EXPRESIÓN:				
- Expresión clara oral o no oral.				
- Esta ítem incluye la expresión mediante sistemas de comunicación alternativa o la escritura.				
- Hay que evaluar y puntuar cuál es la forma de expresión habitual (oral/no oral)				
- Si ambas se usan con la misma frecuencia hay que puntuar las dos.				
- La expresión de desarrolladas incluye (aunque no se limite), discutir los eventos diarios que aparecen en la TV o los artículos de periódico, o temas tales como religión, o las relaciones interpersonales.				
- La expresión de necesidades básicas se refiere a la capacidad para comunicar las necesidades fisiológicas.				
INDEPENDENCIA/COMPLETA	7	7	7	7
- El sujeto expresa ideas complejas o abstractas de forma clara y fluente.				
INDEPENDENCIA MODIFICADA	6	6	6	6
- En la mayoría de las situaciones el sujeto expresa ideas complejas o abstractas con bastante claridad o con una dificultad mínima.				
- Puede necesitar sistemas de comunicación alternativa. No necesita repetir, enfatizar... para que se le entienda.				
SUPERVISIÓN	5	5	5	6
- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas más del 50% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero < 10% de las veces.				
ASISTENCIA MÍNIMA	3	3	3	5
- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 75-90% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero entre 10-25% de las veces.				
ASISTENCIA MODERADA	2	2	2	4
- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 50-74% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero entre 25-49% de las veces.				
ASISTENCIA MÁXIMA	1	1	1	3
- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas al 25-49% del tiempo. Necesita disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos.. para que se le entienda, pero más del 50% de las veces.				
ASISTENCIA TOTAL				
- Hace correctamente las preguntas de Si-NO.				
- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas menos del 25% del tiempo.				
- No expresa las necesidades básicas de una forma adecuada a pesar de disminuir la velocidad del habla, repetir, hacer énfasis en determinadas palabras o frases, pausas, gestos..				
- No es capaz de responder correctamente a las preguntas de Si-NO.				
16-INTERACCIÓN SOCIAL:				
- Actividades relacionadas con la participación con otros en situaciones sociales y terapéuticas				
- Valores:				
- Colaboración				
- Comunicación inadecuada				
- Crisis de ira				
- Hablar demasiado alto				
- Usar un lenguaje abusivo				
- Necesidad de ser atado				
INDEPENDENCIA COMPLETA				
- El sujeto interacciona de forma adecuada con el personal sanitario, otros pacientes y los miembros de la familia (controla su temperamento, no está agresivo, acepta críticas, se da cuenta de las palabras o actos que podrían dañar a otros...).				
- Necesita medicación para controlarse.				
INDEPENDENCIA MODIFICADA				
- El sujeto interacciona de forma adecuada con el personal sanitario, otros pacientes y los miembros de la familia la mayoría de las veces y sólo ocasionalmente pierde el control.				
- No necesita ser supervisado, ya que puede autoregularse y autocontrolarse.				
- Puede necesitar más tiempo para ajustarse en las situaciones sociales o medicación (pe, un antidepresivo).				
SUPERVISIÓN				
- El sujeto necesita supervisión (ser monitorizado, control verbal...) sólo en situaciones de stress o no familiares, menos del 10% del tiempo.				
- Puede necesitar que le estimulen a participar en una actividad social.				
ASISTENCIA MÍNIMA				
- El sujeto interacciona de forma adecuada el 75-90% del tiempo.				
- En este nivel y siguientes ya hay alteraciones en situaciones familiares.				
ASISTENCIA MODERADA				
- El sujeto interacciona de forma adecuada el 50-74% del tiempo.				
- Hace correctamente las preguntas de Si-NO.				
ASISTENCIA MAXIMA				
- El sujeto interacciona de forma adecuada el 25-49% del tiempo.				
- Puede necesitar ser atado.				
ASISTENCIA TOTAL				
- El sujeto interacciona de forma adecuada menos del 25% del tiempo.				
- Puede necesitar ser atado.				

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

17-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

- *Facilidades, relacionadas con resolver problemas de la vida diaria. Esto significa tomar decisiones razonables, seguras y a tiempo en los problemas económicos, sociales y personales.*
- *Iniciar, secuenciar y corregir las estrategias necesarias para resolver un problema.*
- *Ejemplos de problemas:*
- *Complejos:*
- *Ruthinarios:*
- *Tomar decisiones de trabajo*
- *Completar las tareas diarias (pe., pedir leche si falta en el desayuno, pedir asistencia de forma apropiada para una transferencia, desabrochar una camisa antes de irse a la cama, etcétera...)*
- *Poder hacerse cargo de eventos inesperados que ocurren en la vida diaria.*

INDEPENDENCIA COMPLETA:

- El sujeto reconoce de forma consistente si existe un problema, toma la decisión adecuada e inicia los pasos necesarios para resolver los problemas complejos.
- Se autocorrigió si comete errores.

INDEPENDENCIA MODIFICADA:

- En la mayoría de las situaciones el sujeto reconoce si hay un problema y con pequeñas dificultades toma la decisión adecuada, inicia y finaliza la secuencia de sus pasos para resolver un problema complejo.
- Necesita más tiempo del razonable para tomar la decisión adecuada o resolver un problema.

SUPERVISIÓN:

- El sujeto necesita supervisión (darle "ayudas" o "pistas") sólo en situaciones de stress o no familiares y menos del 10% del tiempo.
- Sólo resuelve problemas rutinarios; hambre, sueño, frío...

ASISTENCIA MÍNIMA:

- El sujeto resuelve problemas rutinarios el 75-90% del tiempo.

ASISTENCIA MODERADA:

- El sujeto resuelve problemas rutinarios el 50-74% del tiempo.
- Necesita ser dirigido más de $\frac{1}{2}$ de las veces para iniciar, planear o completar las actividades de la vida diaria.
- Puede necesitar restricciones por su seguridad.

ASISTENCIA TOTAL:

- El sujeto resuelve problemas rutinarios menos del 25% del tiempo.
- Necesita ser dirigido constantemente 1:1 para completar las actividades simples de la vida diaria.
- Necesita ser guiado casi todo el tiempo o no resuelve ningún problema de forma efectiva.
- Puede necesitar restricciones por su seguridad.

18-MEMORIA:

- Reconocer y recordar las AVD en una institución o en la comunidad.

- A nivel funcional significa:

INDEPENDENCIA COMPLETA:

- El sujeto reconoce a las personas que se encuentra normalmente, se acuerda de rutinas diarias y ejecuta lo que se espera de él sin necesidad de recordárselo.

INDEPENDENCIA MODIFICADA:

- El sujeto tiene pequeñas dificultades para recordar a las personas con las que normalmente se relaciona, recordar las tareas diarias y responder a las demandas de los otros.
- Puede necesitar pistas o ayudas que genera él mismo (pe., agendas, notas...)

SUPERVISIÓN:

- El sujeto necesita ayudas o pistas sólo en situaciones de stress o no familiares y menos del 10% del tiempo.

ASISTENCIA MÍNIMA:

- El sujeto reconoce y recuerda el 75-90% del tiempo.

ASISTENCIA MODERADA:

- El sujeto reconoce y recuerda el 50-74% del tiempo.

ASISTENCIA MAXIMA:

- El sujeto reconoce y recuerda el 25-49% del tiempo.
- Necesita ayudas, repetición... más del 50% del tiempo.
- No se le puede recordar más de dos cosas a la vez (punto 2 si).

ASISTENCIA TOTAL:

- El sujeto reconoce y recuerda menos del 25% del tiempo.
- Es una memoria ineficaz.

ANEXO III

NDICE DE BARTHEL		
Comida		
<input checked="" type="checkbox"/>	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 solo	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)		
<input checked="" type="checkbox"/>	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		
<input checked="" type="checkbox"/>	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 tolear enemigos o supositorios	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción		
<input checked="" type="checkbox"/>	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	
Ir al retrete		
<input checked="" type="checkbox"/>	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/silla)		
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	Grán 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	
Desambulación		
15	Independiente. Puede andar 30 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	
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 subir escalones	
La incapacidad funcional se valora como:		Puntuación Total:
* Severa: < 45 puntos.		
* Moderada: 60 - 80 puntos.		
* Grave: 45 - 59 puntos.		
* Ligeras: 80- 100 puntos.		70

ANEXO IV

NDICE DE BARTHEL

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 untar la mantequilla, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo	
	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) Contínuo. No presenta episodios de incontinencia	
	5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para tocar enemas o supositorios	
	0 Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción:	(10) Contínuo. 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	
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	
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 subir escalones	
La incapacidad funcional se valora como:		Puntuación Total:
* Severa: < 45 puntos		
* Moderada: 45 - 80 puntos		
* Grave: 45 - 59 puntos		
* Ligera: 80 - 100 puntos		90

ANEXO V

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	(1) 1 1 0
2	Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
3	Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: - lava por sí solo toda su ropa - lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
6	Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	1 1 0 0

7	Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	(1) 0 0
8	Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	1 (1) 0
Total:		5

ANEXO VI

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Ítem	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	1 1 1 0
2	Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	1 0 0 0
3	Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	1 0 0 0
4	Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	1 1 1 1 0
5	Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	1 1 0
6	Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	1 1 1 0 0

7	Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	1 0 0
8	Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	0 1 0
Total:		6