

Trabajo Fin de Grado

PLAN DE INTERVENCIÓN T.O EN PACIENTE CON ICTUS

ÁLVARO GASCÓN PINILLA

JOSÉ MARIA PÉREZ TRULLEN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
2013

ÍNDICE

| | |
|------------------------|---------|
| Resumen | Pág. 3 |
| Introducción | Pág. 4 |
| Objetivos | Pág. 6 |
| Metodología | Pág. 7 |
| Plan de actuación | Pág. 10 |
| Evolución/Reevaluación | Pág. 13 |
| Conclusiones | Pág. 15 |
| Bibliografía | Pág. 16 |

RESUMEN

El trabajo consiste en aplicar un plan de intervención a un usuario con ictus centrándonos en la actividad de la alimentación con el fin de observar en un periodo breve de tiempo los posibles cambios que puedan producirse en el usuario. Dicho plan de intervención toma como referencia el marco de trabajo por dirigirse a la ABVD de la alimentación y los modelos rehabilitador y biomecánico.

El modelo rehabilitador lo utilizaremos para lograr la mayor independencia de la persona en las AVDs a través de la enseñanza de nuevas técnicas y/o equipo adaptado para compensar los déficits funcionales del usuario. (1)

El modelo biomecánico está basado en tres enfoques (prevención, recuperación y compensación) de los cuales se utilizará el de recuperación con el objetivo de mejorar el rango articular del codo pléjico. (2)

La estructura del plan de intervención se divide en: una evaluación inicial en la cual se le pasan una serie de escalas y se le realiza una entrevista al usuario; se establecen unos objetivos (uno general y tres específicos); un seguimiento a lo largo del proceso de intervención; una reevaluación para verificar si se han cumplido los objetivos y, por último, las conclusiones donde se exponen e interpretan los resultados obtenidos.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular o ictus se define como *“un trastorno circulatorio cerebral que altera transitoria o definitivamente el funcionamiento de una o varias partes del encéfalo”*. (3)

Por otra parte, para que la definición sea completa le añadimos un fragmento de la definición de la OMS, la cual señala que el ictus es *“un trastorno focal o global de la función cerebral”*. (4)

Según los datos epidemiológicos a nivel nacional recogidos en el año 2004 el ictus se produce fundamentalmente por la isquemia cerebral y la hemorragia cerebral. Existe una incidencia anual de 266 casos por 100.000 habitantes de los cuales 143 casos de esos 100.000 habitantes padecerán secuelas moderadas o graves. La prevalencia es de unos 200.000 casos anual. (5)

Los factores predisponente se dividen en no modificables (género, edad o la raza) y los modificables o prevenibles (HTA, la diabetes, el tabaquismo y otros). (6)

El pronóstico del ictus varía dependiendo de la extensión y la localización de la lesión cerebral. Además, se debe de tener en cuenta las posibles secuelas y las complicaciones que puedan surgir con el tiempo que pueden condicionar la evolución del ictus. (7)

El tratamiento es transdisciplinar y debe comenzar con la prevención y durante la fase aguda del ictus, posteriormente se evalúan las posibles tareas ocupacionales que se han visto afectadas y las que podrá realizar tras el período de rehabilitación. Los tratamientos pueden ir dirigidos a la función motora, al déficit sensitivo, a las alteraciones visuales, a las deficiencias perceptuales, a tareas ocupacionales, a la búsqueda de empleo, a la reinserción social y familiar, a las AVDs, etc; atendiendo no solo a las funciones afectadas sino también a las necesidades del usuario. (8)

JUSTIFICACIÓN:

El objetivo de la Terapia Ocupacional tras un ictus va a ser el aprendizaje y el reaprendizaje de las habilidades y destrezas del usuario, así como el desarrollo de nuevas estrategias compensatorias para garantizar la mayor independencia funcional de la propia persona, teniendo en cuenta las habilidades motoras, cognitivas, perceptivas, relaciones interpersonales, actividades, roles y motivaciones así como el propio potencial de recuperación de la persona. (9).

PROPÓSITO DEL TRABAJO:

Con este trabajo se pretende establecer un plan de intervención individual desde Terapia Ocupacional para una persona que ha sufrido un ictus, centrándose en uno de los aspectos básicos más importantes de la vida cotidiana: la alimentación.

Descripción del recurso/dispositivo/entorno:

El plan de intervención se llevará a cabo en ATECEA (Asociación de Traumatismo Encéfalo Craneal y Daño Cerebral Sobrevenido de Aragón) nacida en 1995 a partir de la iniciativa de un grupo de familiares de personas afectadas por el daño cerebral adquirido con el fin de dar respuesta a las necesidades de tratamiento, la prevención y apoyo social de este colectivo en Aragón.

ATECEA pertenece a la Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE) que dinamiza y representa al movimiento asociativo de personas con daño cerebral adquirido. (10)

OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar la independencia del usuario siguiendo un plan de intervención de Terapia Ocupacional en la actividad básica de la alimentación.

Objetivos específicos:

1. Entrenar hábitos de colocación de la mesa.
2. Ganar precisión con el lado sano en el manejo de una ayuda técnica a la hora de cortar los alimentos.
3. Evaluar y comprobar si existe mejora en los movimientos del codo del lado afectado tras la aplicación de unos ejercicios específicos.

METODOLOGÍA

La evaluación inicial está dividida en dos partes, una entrevista abierta dirigida al paciente en la cual se le pasan dos escalas centrándonos en los ítems relacionados con la alimentación (FAM y Barthel). La segunda parte va dirigida a demostrar lo que a dicho anteriormente el usuario ya que el terapeuta tiene que comprobar el concepto que tiene el usuario de sí mismo de su conciencia de déficit, es decir, lo que él piensa que puede hacer y lo que realmente puede hacer. (11) Dicho esto las actividades están comentadas a continuación:

Le pusimos un filete de plastilina para que lo fuese cortando en trozos y observamos que con la mano sana le resultaba difícil cortar, además al sujetar el tenedor con la mano afectada aumentaba la espasticidad de dicha mano. A raíz de esta observación se utilizó una ayuda técnica que consistía en un tenedor el cual llevaba incluido un cuchillo circular para poder cortar con una sola mano, al utilizarla el paciente desempeñaba la tarea con menos dificultades.

A la hora de colocar la mesa, el paciente podía deambular sin la muleta llevando un objeto en cada desplazamiento pero en una parte del proceso el paciente se le cayó al suelo el tenedor teniendo dificultades para alcanzarlo.

En lo referente a la entrevista, el usuario nos comentó que en casa colabora de vez en cuando en la colocación de la mesa con la ayuda de su mujer, necesita ayuda para cortar particularmente alimentos duros, al beber requiere el uso de pajita con atragantamientos eventuales y sufre riesgo de caídas.

También se utilizaron tres escalas para valorar al usuario:

1. Valoración de independencia funcional FIM/FAM. En esta escala obtuvo una puntuación de 5 sobre 7 indicando que necesita ayuda para abrirle recipientes, cortar la carne, servirle el agua. (12)
2. Índice de Barthel. En esta escala, que mide el grado de funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria, obtuvo en el apartado de

comida una puntuación de 5 sobre 10 indicando que necesita ayuda para cortar la carne pero es capaz de comer solo. (13)

3. Escala de balance articular. En esta escala, que mide el rango de amplitud articular de las articulaciones, se utilizó un goniómetro de dos ramas para medir el movimiento del codo pléjico el cual obtuvo una puntuación de 70° de extensión y 140° de flexión tomando como punto de referencia una limitación 110° de extensión. (14)

Atendiendo al Marco de Trabajo de la terapia ocupacional la ocupación es un término referido a las actividades de la vida diaria de la persona, que en este caso es la alimentación.

Por otro lado el perfil ocupacional está centrado en las características actuales del usuario que se tienen en cuenta a la hora de plantear los objetivos y la dinámica de las sesiones. (15)

En lo referente al modelo rehabilitador y al biomecánico se han utilizado para realizar las actividades. Las dos primeras están basadas en el primer modelo y las otras dos están basadas en el segundo modelo.

Historia clínica

El paciente es F.S.B es un varón de 61 años. Casado y trabajador en una empresa de electrodomésticos. Antes del accidente era un hombre nervioso y alterado, tomaba pastillas para la depresión y para dormir, solía beber los fines de semana lo que hacía que su carácter fuera irritable hacia los demás.

F.S.B sufre un accidente de bicicleta por el puente de piedra con TCE severo que presenta una fractura con hundimiento temporo-parietal izquierdo. Estuvo en coma inducido en el hospital clínico 10 días y posteriormente se le trasladó al hospital San Juan de Dios donde realizó sesiones de terapia ocupacional. Tras darle de alta se encuentra en la actualidad en ATECEA donde recibe tratamiento multidisciplinar.

F.S.B presenta un ictus debido a un TCE con hundimiento temporo-parietal izquierdo. A raíz de esto el paciente padece:

- Hemiplejia izquierda.
- Déficit visual en ojo izquierdo.
- Alteración en memoria inmediata.
- Alteración del equilibrio.
- Memoria a largo plazo conservada.
- Ligera desorientación espacio-temporal.
- No muestra problemas en la comunicación.
- Uso de muletas para desplazarse fuera de casa.
- Conducta: Colaborador, activo y muy impulsivo a la hora de ejecutar las tareas.
- Mantiene la atención.
- Atragantamientos eventuales en la ingesta de comida y bebida debido a su conducta impulsiva.

PLAN DE ACTUACIÓN

Actividad 1

Objetivo operativo: Enseñar al usuario a controlar la impulsividad en la preparación de la mesa.

Descripción: El terapeuta le coloca los utensilios en un armario para que el usuario tenga que desplazarse sin muletas para coger y colocar los utensilios siguiendo un orden de preparación. Al mismo tiempo el terapeuta le pedirá al usuario que nombre con anticipación los elementos que va a emplear con el objetivo de que dichos elementos formen parte de su lenguaje interno. También se controlará el tiempo de la actividad. (16)

Actividad 2

Objetivo operativo: Adiestrar al usuario en el manejo de ayudas técnicas que le faciliten la operación de cortar los alimentos.

Descripción: Se le prepara un filete de plastilina para que el usuario empleando la ayuda técnica manipulada por la mano sana vaya cortando la plastilina, primero en porciones grandes para luego pasar a porciones más pequeñas. (17)

Actividad 3

Objetivo operativo: Trabajar la flexoextensión del codo del lado pléjico.

Descripción: El usuario en sedestación tiene que sujetar un cono de plástico con la mano afectada utilizándolo para alcanzar unas bolas colocadas previamente por el terapeuta de manera que según donde se coloquen las bolas el usuario tiene que hacer un movimiento de la flexión a la extensión o de la extensión a la flexión. El terapeuta moviliza la extremidad afectada de forma pasiva. (18)

Actividad 4

Objetivo operativo: Trabajar la flexoextensión del codo pléjico.

Descripción: El usuario sentado sujeta un cilindro de madera con la mano afectada y a la orden del terapeuta realiza un movimiento de flexoextensión de muy pequeña amplitud para luego pasar a realizar movimientos más amplios pero sin llegar a la flexión ni extensión completa. (19)

Todos los ejercicios se realizan en el despacho de terapia ocupacional bajo la supervisión del terapeuta utilizando en los dos primeros ejercicios los materiales relacionados con la alimentación (plato, mantel antideslizante, cuchillo, tenedor, cuchara, vaso, servilleta, jarra de agua, pan). En el segundo ejercicio, se emplean todos a excepción del cuchillo por lo que para cortar se utiliza una ayuda técnica que permite al usuario realizar dicha acción empleando la mano sana. En los otros dos ejercicios se utiliza un cono de plástico rígido, bolas pequeñas y un cilindro de madera.

La dinámica de todos los ejercicios es empezar explicándole al usuario el ejercicio a realizar para luego hacerlo él mismo.

En la primera sesión se han observado las siguientes limitaciones por parte del usuario:

En la actividad 1 el usuario presenta olvidos puntuales al enumerar los elementos a colocar en una mesa, no muestra un orden coherente de colocación, por su impulsividad coge demasiados elementos con una sola mano.

En la actividad 2 el usuario corta trozos muy grandes de plastilina, muestra impulsividad y no mantiene una posición correcta en la silla.

En la actividad 3/4 el usuario tiene una limitación articular en la extensión del codo pléjico debido a la espasticidad, necesita ayuda para realizar el movimiento de extensión por lo que se le tiene que movilizar el brazo de forma pasiva, además para suplir la falta de extensión de codo el usuario realiza un movimiento compensatorio de extensión de hombro.

En la segunda sesión se han observado las siguientes limitaciones:

En la actividad 1 el usuario muestra dificultades para alcanzar un objeto depositado en el suelo por riesgo de sufrir una caída. La solución fue enseñarle a recoger el objeto sentado en una silla con el fin de acercar el centro de gravedad corporal lo más cerca del suelo y evitar caídas por pérdida del equilibrio.

En la actividad 2 al utilizar una plastilina de mayor dureza el usuario aplicaba mayor fuerza para cortarla provocando que el plato se levantara con el peligro de que se rompiera.

En la actividad 3/4 se han observado las mismas limitaciones.

En la tercera sesión nos hemos centrado en el miembro pléjico realizando las actividades 3/4 y se mantienen las mismas limitaciones.

EVOLUCIÓN Y REEVALUACIÓN

Desde el inicio de las sesiones hemos podido observar ciertos cambios positivos en el usuario. En la actividad 1 ha habido una mejora en el lenguaje interno (coloca los elementos correctamente y recuerda la mayoría de los elementos) y la impulsividad ha disminuido ligeramente. En la actividad 2 una mejora en la precisión a la hora de cortar los trozos de plastilina (capaz de cortar porciones más pequeñas) y ha adquirido un mejor control motor (ha disminuido la fuerza con la que corta las porciones de plastilina de mayor dureza). En las actividades 3 y 4, al principio tenía dificultades en extender el codo pero con la repitiendo las actividades la espasticidad disminuida y eso nos permitía aumentar ligeramente grados de extensión del codo.

En cuanto a la actitud del usuario ha sido positiva y colaboradora.

La reevaluación se ha llevado a cabo tras la realización de todas las sesiones y los resultados son:

1. Valoración de independencia funcional FIM/FAM. El usuario ha pasado a tener una puntuación de 6 sobre 7 lo que indica que es capaz de comer solo si utiliza una ayuda técnica para cortar la carne.
2. Índice de Barthel. Ha obtenido la misma puntuación que en la evaluación inicial, un 5 sobre 10 debido a que se sigue sin ajustar a un tiempo razonable en completar la actividad pero es capaz de comer de manera independiente.
3. Escala de balance articular. Ha obtenido una puntuación de 60º de extensión y 150º de flexión partiendo de una limitación de 110º de extensión. Una ligera mejora respecto a la evaluación inicial.

Discusión

En cuanto a los resultados alcanzados en las escalas basándonos en los datos obtenidos en la evaluación inicial y en la reevaluación, son los siguientes: en el FAM ha aumentado un grado en la puntuación al adiestrarle en la utilización de una ayuda técnica; en la escala Barthel se le podía haber otorgado la puntuación máxima pero su impulsividad le hace ir

rápido en la realización de la tarea y en la escala de balance articular no ha habido cambios significativos pero sí se ha observado que tras la realización de las dos actividades el usuario ha ganado rango articular por una relajación del tono muscular.

CONCLUSIONES

Los objetivos específicos planteados han sido ajustados al tiempo de realización del trabajo por lo tanto que se pueden cumplir en un corto período de tiempo.

En cuanto al objetivo general, en mi opinión, se ha cumplido de acuerdo a lo que demuestran los resultados obtenidos en la reevaluación. El usuario ha demostrado haber mejorado en la alimentación. No obstante, el principal problema es la impulsividad durante la actividad que se tendrá que seguir trabajando.

Por otro lado, el lado pléjico presenta una gran espasticidad pero ha quedado demostrado que tras la realización de las actividades el usuario extiende mejor el codo afectado. Lo que hay que seguir trabajando es la inhibición del movimiento compensatorio del hombro.

Llevar una dieta sana y equilibrada es fundamental y en las personas que han sufrido un ictus es más importante si cabe ya que en muchas ocasiones consigue tener efectos "terapéuticos" (normaliza la tensión arterial, disminuye el colesterol, etc) por disminuir los factores de riesgo. (20)

BIBLIOGRAFIA

1. Polonio López B, Rueda Moreno N. Marcos de referencia y modelos aplicados frecuentemente a la disfunción física. Polonio López B, Garra Palud L. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2004. 13-37.
2. Kielhofner. Capítulo 6: modelo biomecánico. Kielhofner. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3º edición. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2006. 79-109.
3. Arboix A., Pérez-Sempere A., Álvarez Sabin J. Capítulo 1-Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Díez Tejedor E. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona (España): Prous science; 2004. 1-23.
4. Garzas Cejudo Eva Mª, Suárez Castellanos N. Accidentes cerebrovascular: concepto y epidemiología. Garzas Cejudo Eva Mª. Accidentes cerebrovasculares: qué, cómo y por qué. 2º edición. Jaén (España): Alcala; 2003. 11-29
5. Bascones Serrano L.M, Quezada García M. Y. Capítulo 1: situación sociosanitaria del daño cerebral adquirido. Polonio López B., Romero Ayuso Dulce Mª. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2010. 2-14.
6. Castillo J., Zarranz J.J., Larracoechea J. Enfermedades vasculares cerebrales (EVC). Zarranz J.J. Neurología. 3º edición. Madrid (España): Elsevier Science; 2003. 357-435.
7. Mejía Ramírez de Arellano M.V, Rodríguez Fernández M. Evolución del accidentes cerebrovascular. Garzas Cejudo Eva Mª. Accidentes cerebrovasculares: qué, cómo y por qué. 2º edición. Jaén (España): Alcala; 2003. 87-104.
8. Garzas Cejudo Eva Mª, Padilla Soriano G. Tratamiento rehabilitador del ACV en la fase aguda. Garzas Cejudo Eva Mª. Accidentes cerebrovasculares: qué, cómo y por qué. 2º edición. Jaén (España): Alcala; 2003. 14-15.

9. Sanchez A. Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. Rev TOG 2005; num. 2
10. Lesión cerebral de Aragón.com. Fundación daño cerebral sobrevenido de Aragón. Zaragoza: Lesión cerebral de Aragón.com; [3 de julio de 2013]. Disponible en: <http://www.lesioncerebraldearagon.com>.
11. Tirapu Ustarroz J, Sánchez Cubillo I. Neuropsicología de la conciencia y teoría de la mente. Tirapu Ustarroz J, Ríos Lago M, Maestú Unturbe F. Manual de neuropsicología. 2ª edición. Barcelona (España): Viguera; 2011. 263-285.
12. Balmaseda Serrano R. Del Rosario M.Aª. Carrión Domínguez J.L. García Bernal I. Recuperación funcional de pacientes cerebrovasculares después de tratamiento intensivo: datos preliminares. Rev Esp de neuropsicología [internet]. 1999 [consulta el 25 de julio de 2013] Vol 2, No. 3, 44-61. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2006599.pdf>.
13. Rincón Herrera E. Sánchez-Ortiz Muñoz M. Ramos Santos R. Intervención a nivel funcional en las AVD. Rincón Herrera E. Sánchez-Ortiz Muñoz M. Ramos Santos R. Terapia Ocupacional intervención en distintas patologías. Jaén (España): Formación Alcalá; 2007. 125-263.
14. Kapandji A.I. Capítulo 2: el codo. Kapandji A.I. Fisiología articular. 6ª edición. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2009. 76-103.
15. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da edición [Traducción] www.terapia-ocupacional.com [portal de internet]. 2010 [15 de julio de 2013]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducción de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
16. Trombly Catherine A., M. A., OTR. Labores del hogar y atención de niños. Trombly Catherine A. Terapia ocupacional para enfermos

- incapacitados físicamente. México D.F: Ediciones científicas la prensa médica Mexicana; 1990. 625-642.
- 17.Trombly Catherine A., M. A., OTR. Actividades de la vida diaria. Trombly Catherine A. Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. México D.F: Ediciones científicas la prensa médica Mexicana; 1990. 594-624.
- 18.Chapinal A. Entrenamiento en los sujetos con hemiplejia. Chapinal A. Rehabilitación en hemiplejia, ataxia, traumatismo craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. 2º edición. Barcelona (España): Masson; 2005. 157-233.
- 19.Chapinal A. Entrenamiento en los sujetos con hemiplejia. Chapinal A. Rehabilitación en hemiplejia, ataxia, traumatismo craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. 2º edición. Barcelona (España): Masson; 2005. 180-181.
- 20.Egido José A., Díez-Tejedor E., Álvarez Sabín J. De vuelta a casa: problemas cotidianos. Egido José A., Díez-Tejedor E., Álvarez Sabín J. Después del ictus: guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2º edición. Barcelona (España): Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología; 2009. 38-54.