



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

A Propósito de un Caso de Apraxia Ideomotora

Autor/es

Elisa Martínez Santamaría

Director

Francisco León Puy

Facultad Ciencias de la Salud

2012

A PROPÓSITO DE UN CASO DE APRAXIA IDEOMOTORA

Martínez Santamaría E.

Terapeuta Ocupacional. Alumna Grado Terapia Ocupacional UZ

Varón 60 años que sufre hemorragia intraparenquimatosa izquierda por MAV.

El paciente acude al Centro 6 meses después del ACV tras finalizar el proceso de rehabilitación en la Sanidad Pública. Realizamos valoración completa tras la que se observan como secuelas más importantes afasia global (predominio motor), hemiplejía derecha y signos de apraxia ideomotora que dificulta la ejecución de sus AVD básicas.

En el momento de la valoración, su rol ocupacional está centrado en su proceso de rehabilitación. Actitud muy positiva hacia cualquier tratamiento. Familia muy colaboradora.

Este trabajo pretende abarcar los siguientes aspectos:

- Diseño del plan de tratamiento. Objetivos:
 - Mejorar la apraxia.
 - Mejorar las ABVD: vestido, alimentación, aseo.
 - Adaptación al hogar, a su nueva situación y favorecer un rol ocupacional satisfactorio.
- Diseño de un programa para trabajar con la familia (generalización de aprendizajes).
- Revisión de la evolución en 2 meses.
- Revisión del plan de tratamiento. Posibles modificaciones del mismo en 6 meses.

El plan de tratamiento, no exclusivo de Terapia Ocupacional sino que contemplará también otras áreas (fisioterapia y logopedia), podrá verse modificado en función de la evolución. Se estudiarán desde todas las áreas los objetivos compartidos para facilitar la generalización.

Se plantea a los 2 y los 6 meses una revisión del plan de tratamiento pero pretendemos revisión constante de la eficacia o no de los ejercicios seleccionados para la consecución de los objetivos y su modificación para sucesivas sesiones.

A PROPÓSITO DE UN CASO DE APRAXIA IDEOMOTORA

INTRODUCCIÓN

El paciente acude al servicio de Trabajo Social de nuestro Centro con un informe de alta del servicio de neurología del hospital que diagnostica hemorragia intraparenquimatosa izquierda por malformación arterio-venosa (MAV) sin otros informes radiológicos ni de rehabilitación(1).

Realizamos una valoración completa para la fase de rehabilitación ambulatoria(2). Se establece que la figura "gestor del caso" va a ser la logopeda por ser la comunicación la secuela a la que el paciente da la mayor importancia.

Se diseña el plan de rehabilitación. El paciente acudirá a Centro de Día de lunes a viernes de 9 a 13 horas y a 3 sesiones semanales de fisioterapia individual, 3 de logopedia y 2 de terapia ocupacional. La relación con la familia debe ser constante para generalizar los aprendizajes al hogar.

Se revisará la evolución del paciente en 2 meses y en 6 meses se prevé que haya un cambio significativo que permita rediseñar el plan de tratamiento.

En muchas ocasiones, los pacientes y sus familias llegan a las asociaciones sin una información adecuada sobre qué le sucede a su familiar y cómo afrontar la nueva situación (3). Es necesario ayudarles a reconducir la situación y tomar sus propias decisiones.

En la valoración funcional de Terapia Ocupacional aparecerán diversas dificultades que deberemos resolver. Las escalas no siempre se adaptan a lo que queremos evaluar y no siempre nos dan toda la información que necesitamos para la posterior rehabilitación (4).

En el momento de la valoración, su rol ocupacional está centrado en su proceso de rehabilitación (5). El paciente presenta una actitud muy positiva hacia cualquier tratamiento. La familia se muestra muy colaboradora.

OBJETIVO

El objetivo del presente artículo es estudiar el caso de este paciente ABC desde su llegada a nuestro Centro hasta 6 meses después habiendo recibido tratamiento fisioterápico, logopédico y de terapia ocupacional.

En el área de Terapia Ocupacional se pretende estudiar cómo se realizó la evaluación, cómo se elaboró el plan de tratamiento y se diseñó la intervención con la familia y cómo se reevaluó 6 meses después(6).

METODOLOGÍA

Para el presente trabajo se ha elegido la metodología de estudio de caso único. Se tratará, por tanto, de un estudio longitudinal con tres momentos fundamentales (inicio, dos y seis meses) de recogida objetiva y estandarizada de datos.

DESARROLLO

En primer lugar, la trabajadora social tiene una entrevista con la familia de ABC, quienes solicitan continuar con el tratamiento rehabilitador.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente ABC varón de 53 años, que el 27-10-2010 acude a urgencias de su hospital de referencia con un cuadro de pérdida de fuerza en el hemicuerpo derecho y lenguaje incongruente. Se diagnostica hemorragia intraparenquimatosa de la ACMI (Arteria Cerebral Media Izquierda) con un cuadro de afasia mixta, hemiplejía derecha, hemianestesia y hemianopsia.

En Enero de 2011, todavía en planta del hospital terciario sufre un cuadro importante de convulsiones, por lo que se diagnostica de epilepsia focal, que se trata farmacológicamente(1).

Se deriva al hospital de rehabilitación el 20 de Febrero de 2011 hasta Agosto del mismo año pero no se aportan informes.

Acude a nuestro centro en Septiembre de 2011.

Se valora al paciente desde 3 áreas: logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional.

- Logopedia. Se valora a través de la observación directa en situación controlada y mediante las pruebas verbales del Test Barcelona. La conclusión es que es un paciente con muy buena intención comunicativa pero con una severa afasia de Broca, agrafia, acalculia y parafasias(7).
- Fisioterapia. Se valora mediante Asworth, goniometría, Test del equilibrio y de la marcha de Tinetti(8). Existe un importante patrón flexor en miembro superior derecho reductible. Patrón flexor en miembro inferior derecho con pie equino varo. Porta férula Rancho de Los Amigos. Camina con muleta. Sin férula no es capaz de mantenerse en bipedestación. Con férula, equilibrio 1/16 y marcha 0/16.

Desde Terapia Ocupacional se valoró tanto los componentes de la actividad como sus actividades ocupacionales y de la vida diaria.

- Sensibilidad exteroceptiva en el lado derecho(9)(10)(11)(12):
 - Temperatura. Diferencia entre frío y calor aunque con sensación dolorosa al frío.
 - Sensibilidad epicrítica. Diferencia entre los segmentos corporales pero comete errores en los dedos.
 - Texturas. Resultados poco determinantes. La dificultad en la comunicación dificulta extraer conclusiones objetivas.
- Propiocepción en el lado pléjico. Alterada. No reconoce dónde están sus segmentos corporales, qué articulación se mueve. En el lado sano, encontramos también alteración en la secuencia de los movimientos y en reconocer qué articulaciones se mueven (9)(10)(12).
- Praxias. Los problemas que se detectan en la exploración de la propiocepción, la ya diagnosticada afasia así como la localización de la lesión nos conducen a explorar la posibilidad de apraxia (12) (13). Test de Renzi y subtest de praxias Test Barcelona. Severos problemas en todos los aspectos del movimiento tanto en el lado pléjico (con importante patrón flexor todavía) por lo que no es muy determinante pero también en el miembro superior izquierdo. Presenta problemas en la selección de los segmentos corporales en sustituir segmento, utilizar un segmento corporal como si fuera el objeto, en la secuencia de los mismos, en gestos simbólicos, con objeto o sin él. Mejora algo con objeto pero aún así y mejora algo con imitación. Él se da cuenta de que no lo está haciendo de forma correcta y trata constantemente de corregir aunque persevera en los errores(10)(13)(14).
- AVD. Se explora a través de la escala FAM (Functional Assessment Measure) 26/49 en ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) y con un inventario de AVD (VIABI)(4)(12). En el momento actual el paciente ABC realiza de forma autónoma la ingesta de alimentos y colabora en todas las AVD pero no realiza ninguna de ellas con autonomía. Esta exploración se realiza en dos momentos. Por un lado en una entrevista con la familia y por otro se le solicita al paciente que se ponga y se quite chaqueta y camiseta así como se simula la actividad de la comida y el lavado de cara y manos fuera de contexto pero con objetos reales. A partir de ahí, hay que hacer inferencia de lo que el terapeuta observa con la información que da la familia y ver si ambas son congruentes. En este caso lo fueron. Si no, habría que valorar en contexto.
- Hábitos premórbidos y actuales. Se valora a través de la Configuración Individual de Actividades basada en Cykin; 1991(5) (12). En su situación premórbida ABC solía trabajar a turnos y destinaba gran parte de su tiempo libre a su actividad sindical y política. Cuando estas ocupaciones le dejaban tiempo, disfrutaba yendo a su pueblo y charlando con la gente. Sus hijas ya eran

mayores y no convivían en el domicilio del paciente. No realizaba tareas domésticas. Actualmente no puede desarrollar ninguna de sus actividades previas excepto ir a su pueblo pero no puede comunicarse con fluidez con los demás.

- Rol ocupacional actual. En la actualidad su rol ocupacional es exclusivamente dependiente en el hogar pero muy activo en cuanto a lo que a rehabilitación se refiere. Él está en un proceso de cambio, está mejorando y está contento con que ahora su trabajo es recuperarse, recuperar la movilidad y el habla. Aunque quiere descargar a su esposa del trabajo de cuidarle, este hecho no atenta contra su subsistema volicional previo siempre que se trate de una situación temporal(5).
- Intereses. A través del Nivel de Intereses Simplificado propuesto por G. Kielhofner. Sus intereses fundamentales son la actividad sindical y política, luchar por los derechos de otros y lo relacionado con la vida familiar: comidas familiares y celebración de fiestas.

Para la familia también es importante, en un primer momento, la rehabilitación física y de logopedia. Debido a las crisis comiciales que presentó en el hospital, la familia tiene miedo a dejarle solo siquiera en un breve espacio de tiempo. Sin embargo, ven gran diferencia entre lo que él era antes y lo que es ahora en cuanto a independencia personal. Él era una persona que entraba y salía, siempre con mucha actividad y ahora no. Les gustaría que fuera de otra manera pero ven que "es imposible". Las hijas descargan a la esposa en el cuidado de ABC, cuentan con ellas y sus parejas siempre que les necesitan, incluso para tareas pertenecientes a la rutina diaria.

Desde Terapia Ocupacional observamos que hay problemas en los componentes de la actividad (sensibilidad exteroceptiva y propioceptiva; motores, que se evalúan desde fisioterapia con mayor detenimiento) y en la realización de las actividades pero que el apoyo del ambiente es sólido. Sus roles ocupacionales y actividades actualmente son adecuados a su situación clínica así como sus expectativas de futuro en las que hay esperanza de recuperación pero objetivos a corto plazo bastante realistas(12)(15)(16).

Tras la reunión con el equipo se plantean los siguientes objetivos (para su consecución en 6 meses) comunes para todas las áreas, que cada área trabajará desde su ámbito:

- Mejorar la sensibilidad exteroceptiva y propioceptiva así como la integrada(17).
- Relajar el hemicuerpo derecho para facilitar el movimiento voluntario(18).
- A través de la sensibilidad propioceptiva y considerando el ejercicio terapéutico cognoscitivo así como controlando el tono muscular, mejorar el esquema corporal y las praxias(13)(14)(19)(20).

- Mejorar las cargas y la postura en sedestación y bipedestación(9)(10)(15)(18).
- Mejorar la expresión a través de la repetición de palabras que irá pautando la logopeda por campos semánticos relacionados con la vida diaria (7).
- Trabajar como AVD el vestido, incorporando prenda a prenda a su rutina en el domicilio, siempre que ya esté bien aprendida en de la situación protegida de la consulta de TO(21).

Los tres primeros objetivos se consideran adecuados para facilitar la entrada de información que pueda facilitar el movimiento.

La postura es importante como paso previo a cualquier movimiento o gesto.

La expresión es una necesidad básica del ser humano.

Se decide empezar con la AVD del vestido por ser una de las que mejor se pueden ir pautando y porque se pretende cambiar el rol pasivo de ser necesitado de cuidados al rol activo de puedo valerme por mí mismo poco a poco, aumentando así el sentimiento de competencia.

Para la correcta consecución de todos estos objetivos en el menor plazo de tiempo posible, es imprescindible la colaboración de la familia como parte del mismo. Es necesario que la exigencia de casa sea acorde a sus capacidades reales y que, cada vez que se adquiera un nuevo aprendizaje, se generalice al hogar facilitando así la mayor eficiencia de la tarea. Del mismo modo, en los aspectos expresivos es necesario reforzar el trabajo del Centro.

Se pauta la asistencia al Centro de Día de 9 a 13 horas con las siguientes actividades:

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00	PSICOMOTRICIDAD	TO	PSICOMOTRICIDAD	TO	PSICOMOTRICIDAD
9:45	FISIOTERAPIA	ORIENTACIÓN A LA REALIDAD	FISIOTERAPIA	ORIENTACIÓN A LA REALIDAD	FISIOTERAPIA
10:30	LOGOPEDIA	TALLER MANIPULATIVO	LOGOPEDIA	TALLER MANIPULATIVO	LOGOPEDIA
11:30	DESCANSO/ CAFÉ				
12:00	TALLER AVD	TALLER DE ESTIMULACIÓN DEL LENGUAJE	TALLER LIBRE	TALLER CHIKUNG	PINTURA

Se mantendrá contacto semanal con la familia vía teléfono al menos para compartir información sobre los logros conseguidos en el Centro así como el comportamiento en casa y las pautas que deben seguir.

Desde Terapia Ocupacional se empieza trabajando sensibilidad a través del Método de Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (10) así como propiocepción y esquema corporal. Se utilizaron principios del Método Bobath (18) para mejorar el reparto de cargas en sedestación fundamentalmente.

También para el reaprendizaje de las AVD se utilizan principios del Método Bobath así como de la Facilitación Neuromuscular Propioceptiva (FNP)(18)(19). En todos estos casos, la rehabilitación tiene sentido si ésta responde a las necesidades e intereses del paciente y de su familia. De otro modo, no podrán modificarse las conductas recientemente aprendidas debidas a la enfermedad(5).

Durante las dos primeras semanas el paciente aprende a ponerse la camiseta por lo que se insta a la familia a que le dejen ponerse la camiseta él solo por las mañanas, empezando el fin de semana para que el tiempo no le genere mayor situación de estrés y posteriormente, se la va poniendo a diario. En los dos primeros meses aprende a ponerse también los calzoncillos, pantalones y los calcetines. Pedimos a la familia que asista a una sesión de TO en la que se trabaja el vestido y desvestido para que puedan ver las capacidades del paciente y cómo pueden facilitarle la tarea.

También mejora la sensibilidad exteroceptiva (epicrítica, topográfica e iniciamos diferencias más finas con palma de la mano) y la propioceptiva siendo capaz de localizar qué articulación se mueve y mejorando la copia de posturas en espejo.

Introducimos la necesidad de utilizar la mano derecha en tareas auxiliares de la actividad bimanual porque también ha reducido notablemente su tono muscular haciendo el brazo más funcional.

En logopedia mejora la emisión de palabras sueltas, lo que le permite mejorar su comunicación.

También mejora en el manejo de cargas tanto en bipedestación como en sedestación.

Por lo tanto, en los dos primeros meses, planteamos un cambio de horario, incorporando una sesión de piscina semanal los miércoles de 10 a 12 y cambiando de día las sesiones de fisioterapia y logopedia. La razón es que creemos que puede beneficiarse de la actividad en sí misma y además trabajar las AVD en contexto a la vez que en las sesiones individuales.

Se estudian las férulas que porta. La férula antiequino de tipo Rancho de los Amigos se sustituye por una de tipo DAFO que resuelve mejor su varo. Tiene también una férula estática de inmovilización del carpo que pretende mantener en una posición casi funcional la mano pero que pensamos que ya no necesita porque está empezando a tener dedos en martillo. Recomendamos eliminarla y damos pautas de posturas correctas de la mano pléjica.(22).

La evolución en los siguientes meses es muy buena. Reevaluamos al paciente y los resultados son:

- Mejora en la repetición de palabras. Mejora en la emisión de palabras de la vida diaria.
- Mejora en equilibrio y marcha. Tinetti 4/16 4/16
- Mejora sensibilidad exteroceptiva.
- Mejora propiocepción. Reconoce dónde están las partes de su cuerpo y consigue comparar el lado derecho con el izquierdo. Mejora, por tanto su esquema corporal.
- Mejora en praxias concretas como la del vestido.
- Consigue vestirse de forma autónoma excepto ponerse la férula. Adaptamos las zapatillas para que las pueda abrochar solo FAM 35/49 en ABVD.
- Toma parte de la rehabilitación de forma muy activa. Empieza a hacer pequeñas tareas en casa de forma espontánea como ayudar a poner la mesa.

La familia le deja solo durante toda la actividad del vestido e incluso en dos ocasiones le han dejado solo en casa viendo la televisión. Él tuvo iniciativa para ir al servicio de forma autónoma y, aunque la familia se asustó mucho cuando él lo contaba, ahora van dejando que vaya solo aunque suelen supervisar.

Con todo lo visto hasta ahora, planteamos objetivos para otros seis meses:

- Seguir con el trabajo de lenguaje.
- Continuar relajando hemicuerpo derecho.
- Mejorar cargas en bipedestación y marcha. Empezar con marcha sobre superficies irregulares.
- Mejorar la secuencia motora del miembro superior para mejorar las praxias.
- Destreza manipulativa.
- Tras haber el objetivo de autonomía en el vestido (excepto férula), se empezará con aseo y ducha.

CONCLUSIONES

La rehabilitación en el Sistema Público de Salud es insuficiente. Tras el alta, los pacientes siguen mejorando y modificando puntuaciones en los baremos de dependencia (según el FAM de asistencia moderada en ABVD a supervisión –medida global) (23).

El trabajo transdisciplinar y con la familia facilita la generalización de los aprendizajes.

La figura del gestor de caso junto con la estrecha con la familia hace que ésta se sienta más segura, participe con mayor interés en la rehabilitación y, para los terapeutas es más sencillo saber en qué van a ayudar (valores e intereses familiares) y cómo resolver los problemas. La familia va

comprendiendo mejor el alcance de la lesión y las secuelas que de ella derivan(2).

La rehabilitación de personas con Daño Cerebral Adquirido debe ir siempre ligada a la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison Principios de Medicina Interna. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores SA; 2009 p2530-2536
- (2) Quemada I, Ruiz MJ, Bori I, Gangoiti L, Marín J. Modelo de Atención a las personas con daño cerebral. Bilbao: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
- (3) Rodríguez F. Cuadernos FEDACE de Daño Cerebral. Nº 1 Trabajo Social y Daño Cerebral. Madrid: Federación Española de Daño Cerebral Sobvenido FEDACE;2006
- (4) García Peña M, Sánchez Cabeza A, Miján de Castro E. Evaluación funcional y Terapia Ocupacional en el Daño Cerebral Adquirido. Rehabilitación. Madrid; 2002 p 167-175.
- (5) Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- (6) Vining Radomski M. Occupational Therapy Practice Guidelines For Adults with Traumatic Brain Injury. AOTA; 1997
- (7) Ardila A. Las Afasias. Florida International University [on line]; 2006
- (8) Stokes M. Fisioterapia en la Rehabilitación neurológica. Madrid: Elsevier España SA; 2006
- (9) Carr J, Shepherd R. Rehabilitación en pacientes en el ictus. Madrid: Elsevier España SA; 2004
- (10) Perfetti C, Ghedina R, Jiménez Hernández D. El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto. La Palma de Cervelló: Edika Med; 1999
- (11) Grieve J. Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la percepción y cognición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004
- (12) Polonio B, Romero D. Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010 p125-196
- (13) Tate RL, McDonald S. What is Apraxia? The Clinician's Dilemma. Neuropsychological Rehabilitation 1995; 5(4):276-297
- (14) García Peña M, Muñoz Céspedes JM. Apraxias e independencia funcional en personas con daño cerebral adquirido. Polibea 2000; 57:34-39
- (15) Chapinal A. Rehabilitación en la hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano:

entrenamiento de la independencia en Terapia Ocupacional. Madrid. Masson; 2005

- (16) Gómez Tolón J. Fundamentos Metodológicos de la Terapia Ocupacional. Zaragoza. Mira Editores; 1997
- (17) Affolter F, Bischofberger W. "Gespürte Interaktion im Alltag" (Traducido por Fernández Doblado M) Wege von Anfang an. Frührehabilitierung schwerst hirngeschädigter Patienten" Neckar Verlag; 1996
- (18) Bobath B. Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993
- (19) Orozco Vargas O. Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Terapia-Ocupacional.com 2003 http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Olman_OrozcoFNP.shtml
- (20) García Peña M, Sánchez Cabeza A. Alteraciones Perceptivas y Práxicas en pacientes con TCE: Relevancia para las Actividades de la Vida Diaria. II Congreso Internacional de Neuropsicología en Internet. 2004
- (21) Moruno Miralles P. La utilización de la Actividad en Terapia Ocupacional. Terapia-ocupacionl.com Congreso Virtual de Psiquiatría. 2005
- (22) Chapinal Jiménez A. Involuciones en el Anciano y otras disfunciones de origen Neurológico. Madrid. Masson; 2002
- (23) Institut Guttman. Consideraciones respecto a un modelo asistencial planificado eficaz, eficiente y de calidad acreditada para la atención especializada de las personas con daño cerebral adquirido. Institut Guttman. Badalona, 2003