



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Terapia Ocupacional

Curso Académico 2016 / 2017

Estudio de un caso de un joven con daño cerebral adquirido por traumatismo cerebral en accidente de tráfico. Intervención desde Terapia Ocupacional.

A case study of a young man with cerebral damage due to cerebral trauma as a result of a traffic accident. Approach thru occupational therapy.

Autor/a: Alicia Gascón Sangüesa

Director 1. M^a Gloria Lapieza Laínez

Director 2. Laura Berges Borque

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
RESULTADOS.....	13
CONCLUSIONES.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	15
ANEXOS.....	18

RESUMEN

El daño cerebral adquirido (DCA) combina poblaciones de individuos que sufrieron "lesiones por fuerzas físicas externas" con aquellos que sufrieron lesiones cerebrales por causas internas. El traumatismo craneoencefálico, junto con los accidentes cerebrovasculares (ACV), son las principales etiologías de éste

Se define el traumatismo craneoencefálico (TCE) como "cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía". Representa un grave problema de salud pública tanto por su prevalencia en la población general, en especial en jóvenes, como por la morbimortalidad asociada, secuelas e incapacidad permanente en aquellos que sobreviven. En España tiene una incidencia de 200 casos cada 100.000 habitantes, un 48% de ellos causados por accidentes de tráfico.

Se plantea el estudio de un caso único de un adolescente que fue atropellado cuando circulaba en bicicleta y como consecuencia sufrió un TCE dando problemas motores y cognitivos. Se realiza desde la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, desde noviembre de 2016 hasta enero de 2017.

La base de la intervención es el modelo neuromotriz, que incluye como rasgos pertinentes los factores de control central del movimiento: equilibrio y postura, tono y potencia muscular, coordinación general, coordinación oculomanual y destreza manipulativa.

Después del estudio, se aprecia una mejoría en el control motor y en la cognición del paciente, por lo que, a pesar de no poderse extrapolar los resultados a todos los casos de TCE, se ve la necesidad de la terapia ocupacional para la rehabilitación de estos pacientes.

Palabras clave: terapia ocupacional, traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular

ABSTRACT

Acquire cerebral damage it's a clinical term that encompasses groups of individuals that suffered "lesions due to external physical forces" with those who suffered cerebral damage as a result of internal causes. Traumatic brain injury along with cerebrovascular accidents or ictus is among its main etiologies.

Traumatic brain injury is defined as "any physical lesion or functional diminishment of the cranial content secondary to an abrupt exchange of energy ". It is a serious public health issue because of its presence on the general population, particularly among the young, as is its mortality rate and sequels and permanent disability on those who survive. Spain has an incidence of 200 cases for every 100.000 habitants, a 48% of those due to traffic accidents.

The study is based on a single case of a teenager who was run over while cycling, as consequence he developed TCE that cause him cognitive and motor skills problems. The study was executed on the Occupational Therapy unit of the Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, from November 2016 thru January of 2017.

The basis of intervention is the neuromotriz model, those intakes as pertinent fixtures, the factors of central control of movement: balance and posture, muscular tone and potency, general coordination, oculo-manual coordination and manipulative dexterity.

After the study, a visible improvement was displayed in the motor skill and cognitive control of the patient, therefore, even though we can't extrapolate the result to all TCE instances, in this case we can see the necessity of occupational therapy as a method of rehabilitation for such patients.

Key words: occupational therapy, traumatic brain injury, acquire cerebral damage

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de tránsito en los que se ven involucrados ciclistas han incrementado significativamente en los últimos años por el aumento del número de desplazamientos en bicicleta, tanto en zona urbana como fuera de ésta.

AÑO	VÍCTIMAS	DEFUNCIONES
2.005	792	59
2.010	1.185	49
2.015	2.173	48

Tabla 1: relación de víctimas y defunciones en accidentes de tránsito ciclista por años en España. (DGT) (1)

El traumatismo craneoencefálico es una de las consecuencias de más importancia a nivel de salud de estos accidentes, ya que un 19,5% de las lesiones graves se dan en la cabeza (2).

Se define el traumatismo craneoencefálico (TCE) como "cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía". Representa un grave problema de salud pública tanto por su prevalencia en la población general, en especial en los jóvenes como por la morbimortalidad asociada, secuelas e incapacidad permanente en aquellos que sobreviven. En España tiene una incidencia de 200 casos cada 100.000 habitantes, un 48% de ellos causados por accidentes de tráfico (3). En este grupo se incluyen los atropellos, cuya incidencia es mayor en la edad anciana e infantil causando lesiones, generalmente, más severas. La segunda causa en orden de frecuencia son las caídas (20-30% del total), afectando a los mismos colectivos mayoritariamente. En cuanto a la edad, puede hablarse de una distribución bimodal con un primer pico donde se halla la población con edad comprendida entre 14-24 años, y un segundo pico ocupado por la población anciana con edades entre 65-75 años. Y, en cuanto a la distribución por sexos, los hombres tienen mayor riesgo de sufrir un TCE que las mujeres, a cualquier edad. Variando la relación hombre/mujer de la incidencia entre 2:1 y 2'8:1 (4).

Daño cerebral adquirido (DCA) es un término clínico que combina poblaciones de individuos que sufrieron "lesiones por fuerzas físicas externas" con aquellos que sufrieron lesiones cerebrales por causas internas

(5). El TCE, junto con los accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus, son las principales etiologías de éste (6). De acuerdo con el informe que realizado por FEDACE con la colaboración del Real Patronato sobre Discapacidad durante el año 2015; en España viven 420.000 personas con Daño Cerebral Adquirido. El 78% de los casos tuvieron su origen en un ictus y el 22% restante en traumatismos craneoencefálicos y otras causas. Cada año se dan 104.701 nuevos casos de Daño Cerebral Adquirido: 99.284 por accidentes cerebrovasculares, 4.937 por TCE y 481 por anoxias (7).

Las lesiones producidas por un TCE ocasionan daños cerebrales, tanto focales como difusos, que se traducen en déficit neuropsicológicos y físicos. Los déficit neuropsicológicos incluyen desde la disminución del nivel de conciencia hasta trastornos como alteraciones de la memoria, déficit de atención y concentración, habilidad emocional, agitación, irritabilidad y depresión. Los déficit físicos que más frecuentemente encontramos en relación con el daño cerebral de origen traumático van desde la debilidad o pérdida de fuerza al aumento del tono muscular, la pérdida de funcionalidad motora y los trastornos de la coordinación (8).

La base fundamental, en la recuperación del DCA, es la rehabilitación. Esta es un proceso activo en el que el uso combinado de medidas medicas, terapéuticas, sociales, educativas y vocacionales están orientadas a recuperar y/o compensar las capacidades funcionales alteradas del paciente y mejorar su autonomía personal. De este modo, consigue una buena integración familiar, socioeconómica, escolar y laboral, con el fin de mejorar su calidad de vida. Para que esto sea posible, el proceso rehabilitador debe actuar en múltiples niveles de forma simultánea y coordinada y centrarse en la actividad funcional de paciente en su medio, con una amplia gama de servicios de rehabilitación: funcional, neuropsicológica, psicosocial, vocacional, conductual y emocional, por lo que se hace necesario un abordaje multidisciplinario (medicina física, fisioterapia, enfermería, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, trabajo social y ortoprotésica). (6, 9)

Generalmente, los fines que se persiguen y consiguen con el tratamiento transdisciplinario van encaminados a conseguir una mayor

autonomía personal en las actividades de la vida diaria (AVD), tanto en las básicas (aseo, comida, vestido...) como en las instrumentales (manejo del dinero, compras, desplazamientos fuera del hogar...). Cuando hay problemas para la consecución de estas actividades, se utilizan ayudas técnicas y adaptaciones del entorno, prescritas y adaptadas individualmente, en función de las necesidades y características de la persona. En todos los dispositivos y niveles de cuidados, la figura del terapeuta ocupacional desempeña un papel esencial, tanto en la intervención directa con los afectados, como en el asesoramiento y el apoyo familiar y social y aporta tanto los conocimientos como los recursos necesarios para que el usuario alcance el máximo nivel de autonomía e integración en su entorno natural (6, 9).

La Terapia Ocupacional es el uso de la actividad propositiva, en individuos que se encuentran limitados por una lesión o enfermedad física, disfunción psicosocial, incapacidades del desarrollo o del aprendizaje, pobreza o diferencias culturales o por el proceso de envejecimiento, con los fines de maximizar la independencia, prevenir la incapacidad y mantener la salud. Su práctica incluye evaluación, tratamiento y consulta (10). Se justifica la intervención de terapia ocupacional en DCA por lo anteriormente citado y por:

- La neurorrehabilitación desde terapia ocupacional en pacientes con mínima conciencia lleva a una mejoría del estado de los pacientes (11).
- La terapia ocupacional es un elemento clave basado en la evidencia para la recuperación de las alteraciones motoras y cognitivas en pacientes con DCA (12).
- Las personas con DCA que reciben tratamiento de terapia ocupacional obtienen beneficios en las actividades de la vida diaria. Además, este tratamiento reduce el riesgo de complicaciones secundarias (13).

OBJETIVOS:

- Realizar la evaluación y el tratamiento de un paciente con TCE.
- Recuperar la deambulación.

- Conseguir una escritura funcional.
- Alcanzar la autonomía en las AVD.
- Comprobar la efectividad del tratamiento de terapia ocupacional en TCE basado en el modelo neuromotriz.

METODOLOGÍA

La intervención desde Terapia Ocupacional se llevó a cabo con sesiones diarias individuales de 60 minutos en la sala de Terapia Ocupacional del Hospital Miguel Servet, durante la estancia en prácticas en el mismo hospital desde el 14 de noviembre de 2016 hasta el 20 de enero de 2017.

I. EVALUACIÓN INICIAL

Estudio de un caso único con el consentimiento del paciente (anexo 1). Para la búsqueda bibliográfica de información para desarrollar el presente trabajo se utilizan las bases de datos Dialnet, PubMed, Otseeker y el catálogo Roble de la Universidad de Zaragoza, también búsqueda manual en las bibliotecas de la universidad.

La recogida de información del paciente se realizó mediante fuentes indirectas (entrevista al paciente, la familia y las terapeutas ocupacionales del servicio de rehabilitación del Hospital Miguel Servet de Zaragoza) y fuentes directas (historia clínica y escalas).

Perfil ocupacional

Adolescente varón, de 16 años de edad natural de Huesca. Antes del accidente vivía en Huesa en casa de sus padres, durante el estudio continuaba ingresado en la planta 0 de traumatología del Hospital Miguel Servet.

Es derivado a Terapia Ocupacional porque sufrió un atropello cuando iba en bicicleta que tuvo como consecuencia un TCE grave que le dejó en coma y del que se estaba recuperando.

Tenía afectadas todas las áreas de ocupación, ya que tenía un control de tronco deficiente, problemas para la marcha y temblores en los miembros superiores. Además sufría de diplopía, por lo que llevaba un ojo tapado que le impedía a la hora de realizar muchas actividades de coordinación óculo-manual.

Antes del accidente, acudía a clases en el instituto Sierra de Guara de Huesca, pero por en el momento del estudio no podía retomar las clases por estar ingresado en Zaragoza.

Presentaba una muy buena relación con su familia, que le apoyaban mucho durante el tratamiento y le ayudaban y animaban.

Contextualización

Paciente de 16 años que ingresa en UCI pediátrica el 4/7/16 tras atropello mientras iba en bicicleta.

Presenta TCE grave, el TAC craneal desvela hemorragia subarancoidea y múltiples focos contusivos de localización frontal izquierda, frontobasales subcentimétricos y temporales, así como lesiones hemorrágicas en mesencéfalo, protuberancia y alrededor del tectum. También presenta contusión pulmonar.

Se le pasa la Escala de Independencia Funcional (FIM) para valorar su dependencia, dando una puntuación de 18 puntos sobre 126. Es la menor puntuación posible, lo que significa que necesita asistencia total en todas las áreas (14). También se le pasa la escala Rappaport Coma/Near Coma Scale los días 4 y 5 dando una puntuación de 1, casi coma (15).

ESCALA	RESULTADOS
FIM	18/126
Rappaport Coma/Near coma Scale	1

Tabla 2: resultados de las primeras valoraciones que se le pasaron al paciente.

El día 4 de agosto continuaba con los ojos cerrados y sin respuesta verbal pero con movilización espontánea de las 4 extremidades, con balance articular libre e indoloro, salvo pie en equino de predominio derecho. Y el 10

del mismo mes, se le pone en bipedestación con ayuda respondiendo bien a las órdenes de movimiento de extremidades, pero sigue sin abrir los ojos a pesar de no haber razón motora para ello.

A finales de mes, abre los ojos espontáneamente pero al presentar diplopía se le coloca un parche en uno de los ojos. Sigue sin haber respuesta verbal.

Durante el mes de septiembre, se realizan las sesiones de terapia ocupacional en su habitación trabajando equilibrio, control motor y funciones mentales superiores. En octubre, baja a la sala de terapia a recibir el tratamiento. Donde se le pasaron las siguientes evaluaciones (anexo 2):

1. Test del reloj: 5/7 Presenta déficit cognitivo global.
2. Índice de Barthel: 25/100 Dependencia severa. Es dependiente en las áreas de lavado, vestido y semidependiente en alimentación (Anexo VI).
3. FAB: 11/18 Deterioro frontal moderado (Anexo VII).
4. FIM: 70/126 Necesita asistencia moderada (14).

ESCALA	RESULTADOS
Test del reloj	5/7
Barthel	25/100
FAB	11/18
FIM	70/103

Tabla 3. Resultados de las valoraciones que se llevaron a cabo en octubre de 2016.

Dado el déficit cognitivo y la necesidad de ayuda para las AVD se establecieron los siguientes objetivos:

Objetivos a corto plazo:

- Conseguir un buen equilibrio de tronco
- Alcanzar una bipedestación segura y eficaz
- Conseguir una pinza tridigital estable
- Mejorar la propiocepción

- Acabar con los temblores de los miembros superiores
- Recuperar velocidad en los movimientos
- Mejorar la coordinación oculomanual

Objetivos a largo plazo:

- Recuperar la deambulación
- Alcanzar una escritura funcional
- Conseguir que el paciente sea autónomo en las AVD
- Disminuir el déficit cognitivo

II. PLAN DE ACTUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

La base de la intervención en este estudio es el modelo neuromotriz, que incluye como rasgos pertinentes los factores de control central del movimiento:

- Equilibrio y postura
- Tono y potencia muscular
- Coordinación general
- Coordinación oculomanual
- Destreza manipulativa

Estos rasgos pertinentes están centrados en la adaptación del movimiento al medio circundante, de manera precisa y adecuada, como parte de la actividad propositiva (16).

A partir de los objetivos, el tratamiento avanza desde la motricidad más gruesa a más fina. Empezando por conseguir una buena movilidad articular, un buen equilibrio y una buena propiocepción hasta llegar a una pinza fina y unos movimientos más ágiles y precisos.

Poco a poco, se fue trabajando la marcha empezando con andador y con mucha ayuda, hasta requerir solo una persona de apoyo y que daba seguridad cuando caminaba.

Las actividades que se llevaron a cabo fueron:

Cubos de Kohs: El paciente, en sedestación a la mesa, debe construir una figura después de ver un modelo. La prueba de bloques de Kohs se basa en

elementos relacionados con la atención, la adaptación y la autocritica. Esta prueba representa un excelente instrumento utilizado para verificar las capacidades visuoespaciales. La comprensión de la tarea requiere evaluación espacial, así como capacidad de análisis y síntesis. Un buen rendimiento no solo requiere la comprensión de la tarea, sino también la coordinación viso-motora y las habilidades constructivas (17).

Tangram: requiere poner en práctica la inteligencia lógico matemática, espacial o incluso la interpersonal para elaborar estrategias en forma introspectivamente (18).

Mini arco: se trabaja la atención y la memoria.

Secuencias en plano inclinado: se le presenta un modelo en 2D en un papel de una secuencia de varias figuras que cambian forma y color para que la represente introduciendo en una varilla cada objeto. Con esto se pretendía trabajar atención, coordinación óculomotor, memoria y motricidad fina.

Bucle: sobre papel plastificado, unas veces lo importante era la eficiencia del trazo y otras la velocidad.

Pases de pelota sobre la mesa: con el paciente en bipedestación con ayuda se pasa la pelota rodando de un extremo a otro de la mesa entre él y otra persona.

Trabajo plano inclinado sobre balancín: con el paciente en bipedestación sobre un balancín dispuesto de manera latero-lateral, tiene que colocar aros desde el lado homolateral a la altura de la cintura hasta el lado contralateral, subiendo poco a poco la altura. Trabajaba así coordinación óculomotor, motricidad fina, equilibrio y control de tronco.

Actividades en colchoneta: con el paciente en decúbito, tenía que rodar, reptar, pasar a sedestación... trabajando así propiocepción y control postural. En la colchoneta, aprenderá a mover nuevamente el cuerpo, sintiendo el contacto sobre una superficie firme cuando cambia de una posición a otra (19).

Actividades sobre pelota de ejercicio: en sedestación sobre la pelota y apoyado en la pared para conseguir un mayor equilibrio se realizan pases y paradas de pelotas de fútbol con manos y pies. También pequeños desplazamientos laterales y antero-posteriores, con y sin apoyo en el armario. Por su movilidad, la pelota de ejercicio, es ideal para practicar la sedestación activa estimulando la propiocepción, pues se produce un balanceo continuo que entrena el equilibrio al tiempo que solicita la activación de los músculos estabilizadores del tronco (20).

Desplazamientos con andador: por la sala de terapia y por los pasillos del hospital, al principio con ayuda de dos personas hasta conseguir solo el apoyo de una.

Manejo de cubiertos y utensilios de cocina: actividades de corte de masas con cuchillo y tenedor para conseguir la independencia en la alimentación. También realización de recetas de cocina en las que tenía que pelar, cortar, mezclar y traspasar alimentos de un sitio a otro.

La reevaluación se llevó a cabo en enero del 2.017 por el fin de la estancia en prácticas. Se utilizaron las escalas Test del reloj, Índice de Barthel, FAB y FIM para comparar los resultados de la evaluación y se añadieron el test RiverMead para detectar problemas de memoria de la vida cotidiana (21) y el MEC para deterioro cognitivo en varias áreas (orientación temporoespacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias) (22) obtenemos los siguientes resultados:

1. Test del reloj: 7/7 Sin déficit cognitivo global.
2. Índice de Barthel: 55/100 Dependencia moderada. Es semidependiente en las áreas de lavado, vestido y alimentación (Anexo VI).
3. FAB: 16/18 Deterioro frontal leve. (Anexo VII)
4. FIM: 103/126 Necesita supervisión (14).
5. RiverMead: perfil de puntuación 59,5 y puntuación global 10 (19).
6. MEC: 35/35 Sin deterioro cognitivo (20).

ESCALA	RESULTADOS
Test del reloj	7/7
Barthel	55/100
FAB	16/18
FIM	103/126
RiverMead	59.5 10
MEC	35/35

Tabla 4. Resultados de la reevaluación.

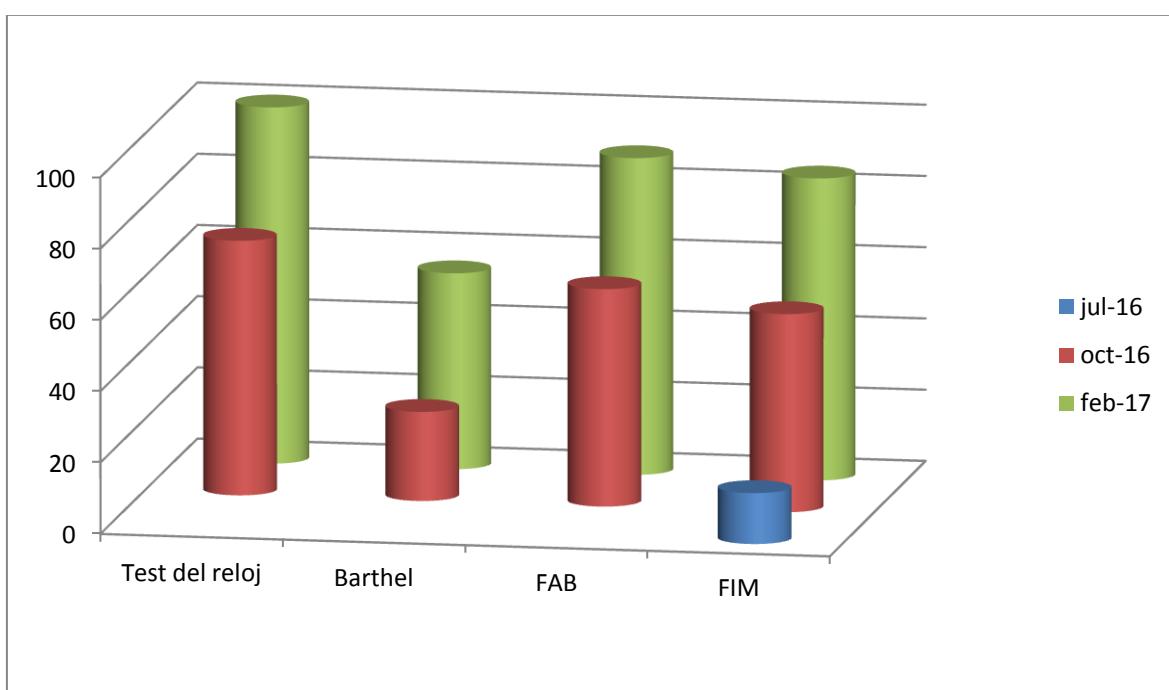


Gráfico 1. Evolución de los resultados después de la intervención, en porcentajes de 0 a 100.

RESULTADOS

Se da un aumento en las puntuaciones de todos los test, llegando incluso a conseguir la máxima puntuación en el Test del Reloj y en el MEC.

Con respecto a la marcha y el control, se ha observado un cambio significativo: al comienzo del tratamiento el control de tronco era deficiente incluso en sedestación y después de la intervención era capaz de caminar con ayuda de una persona. También el control motor de las extremidades

superiores mejoró significativamente, pudiendo llegar a escribir aunque con una caligrafía deficiente.

Se apreciaba un cambio en el humor del paciente, que veía los progresos y eso le animaba considerablemente.

El tiempo limitado con el que se contaba ha hecho que no se pudieran trabajar todas las áreas y los objetivos planteados.

CONCLUSIONES

Aunque se trate de un caso único y los resultados no se puedan extraer a todos los casos, se ha observado un significativo aumento de todas las áreas tratadas en la intervención desde terapia ocupacional. Esto, junto con la justificación, demuestra la necesidad de esta profesión en la rehabilitación de personas con ACV.

A pesar de la satisfacción obtenida con los resultados, si se hubiera contado con más tiempo se habría trabajado más a fondo otras áreas como el AVD. Aunque al trabajar control postural, que era su mayor limitación, y coordinación óculomanual se avanzó mucho en estas áreas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- DGT: Dirección General de Tráfico [Internet]. N.d. Dirección General de Tráfico. [Consultado 25 agosto 2017]. Disponible en: <http://www.dgt.es>
- 2- Universitat de València, Fundación AXA, Ponle Freno. Estudio: análisis de la siniestralidad en ciclistas. 2008-2013. Valencia; 2015.
- 3- Carrillo Esper R, Guinto Balanzar G, Castelazo Arredondo JA, e-libro C. Traumatismo craneoencefálico. México D.F.: Editorial Alfil; 2010.
- 4- Bernabeu Guitart M, Roig T, Fundació Institut Guttmann. La rehabilitación del traumatismo craneoencefálico: un enfoque interdisciplinar. Barcelona: Fundació Institut Guttmann; 1999.
- 5- Thalitaya MD. Developmental Disabilities from Childhood to Adulthood: What Works for Psychiatrists in Community and Institutional Settings. *Journal of Intellectual Disability Research* 2011;55(4):450-452.
- 6- Romero Ayuso DM, Polonio López B. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- 7- FEDACE: Federación Española de Daño Cerebral. [Internet]. N.d. FEDACE: Federación Española de Daño Cerebral. [Consultado 25 agosto 2017]. Disponible en: <https://fedace.org/>
- 8- Orient López F, Sevilla Hernández E, Guevara Espinosa D, Terré Boliart R, Ramón Rona S, Bernabeu Guitart. Resultado funcional al alta de los traumatismos craneoencefálicos graves ingresados en una unidad de daño cerebral. *Rev Neurol* 2004; 39: 901-906
- 9- Cuevas-Lara C, Sobrido-Prieto M, Montoto-Marqués A. Efectividad de programas de terapia ocupacional en personas con daño cerebral adquirido en el ámbito domiciliario y ambulatorio: una revisión sistemática. *Rehabilitación* 2017 Abril-Junio 2017;51(2):109-118.
- 10- Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), 1981
- 11- Ares Senra L, Díaz-Mor Prieto C, Huerta Mareca R. Terapia ocupacional en pacientes ingresados en uci con daño neurológico y en estados de

mínima conciencia. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2014 (. 19):2.

12- Sánchez Cabeza A. Terapia ocupacional basada en la evidencia para la rehabilitación del daño cerebral adquirido. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2013 (. 8):6.

13- Torres Ávila I. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG 2014 (. 19):3.

14- Paolinelli G C, González H P, Doniez S M, 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. 2001;129(1).

15- Rappaport M, Dougherty AM, Kelting DL. Evaluation of coma and vegetative states. Arch Phys Med Rehabil. 1992;73:628-34

16- Gómez Tolón J. Fundamentos metodológicos de la terapia ocupacional. 1a ed. Zaragoza: Mira; 1997.

17- Maria Duarte C, Alves LA. The Kohs' blocks test as an important instrument to investigate the visuo-spatial impairments in myotonic dystrophy: part I. Quantitative and qualitative analysis. Arq Neuropsiquiatr 1999;57(3A):547.

18-. Pozas Cárdenas MJ, García López JA. Juegos Abstractos Aplicados a la Rehabilitación Neurológica. [Internet]. México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Instituto de Ciencias Básicas e Ingeniería Área Académica de Computación. [Consultado 15 noviembre 2017]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/campus/icbi/investigacion/sistemas/seminarios/Fech_09_02_20b/Articulo20_02b.pdf

19- Sabater Hernandez H, Berbes Villalón L, Toca Smith S. Rehabilitación del ictus. Primera parte. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación 2015;7(1):84-95

- 20- Kempf H, Ziegler C, Schmelcher F. Libro de entrenamiento para la espalda :un programa garantizado para vencer el dolor de espalda. Barcelona: Paidorribo; 2007.
- 21- Prieto Marañón P, Alonso MA. Validación de la versión en español del Test Conductual de Memoria de Rivermead (RBMT) para población mayor de 70 años. *Psicothema* 2004;16(. 2):325.
- 22- Calero García MD, Navarro-Gonzalez E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. *Clínica y Salud* 2006;17(2):187.

ANEXOS

Anexo I

Consentimiento informado

Título del estudio: *Estudio de un caso de un joven con traumatismo cerebral por accidente de tráfico. Intervención desde Terapia Ocupacional.*

Yo,....., con DNI
tutor/a legal de

Yo,....., con DNI

He podido hacer preguntas sobre el estudio,
He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria,
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Zaragoza a de de 2017

Firmado:

(Tutor)

(Paciente)

Anexo II: Rappaport Coma/Coma Near Coma

NAME _____		SEX _____	BIRTHDATE _____	TYPE OF INJURY: MVA _____		STROKE _____	DR
DATE OF INJURY/ILLNESS _____		DATE OF ADMISSION _____		HEAD INJURY _____		ANOXIA _____	DATE
FACILITY _____		RATER _____		OTHER (describe) _____		TIME	
Parameter	Stimulus	No.	Stimulus	No. of Trials	Response Measure	Score Opinions	Score Criteria
AUDITORY*	1 Bell ringing 5 sec. at 10 sec. intervals			3*	Eye opening, or orientation toward sound	0 2/X 1 or 2/X 4	
COMMAND RESPONSIVITY with priming**	2 Request patient to open or close eyes, mouth, or move finger, hand or leg			3	Response to command	0 Responds to command 2 or 3X Tentative or inconsistent 1X No response	
VISUAL with priming** <small>Must be able to open eyes; if not, score 4 for each stimulus stimulus (Items 3, 4, 5) and check here _____</small>	3 Light flashes (1/sec. X5) in front; slightly left, right, and up and down each trial			5	Fixation or avoidance	0 Sustained fixation or avoidance 3X Partial fixation 1 or 2X None	
	4 Tell patient "Look at me"; move face 20° away from side to side			5	Fixation & tracking	0 Sustained tracking (at least 3X) Partial tracking 1 or 2X No tracking	
THREAT	5 Quickly move hand forward to within 1-3° of eyes			3	Eye blink	0 3 blinks 1 or 2 blinks No blinks	
OLFACTORY (block tracheotomy 3-5 seconds if present)	6 Ammonia capsule/bottle 1" under nose for about 2 seconds			3	Withdrawal (w/d) or other response linked to stimulus	0 Responds 2 or 3X quickly (s1 sec.) Slow/delayed w/d; grimacing 1X No w/d or grimacing	
TACTILE	7 Shoulder tap - Tap shoulder briefly 3X without speaking to patient; each side			3*	Head or eye orientation or shoulder movement to tap	0 Oriented toward tap 2 or 3X Partially oriented 1X No orienting or response	
	8 Nail swab (each nostril; entrance only - do not penetrate deeply)			3*	Withdrawal or eye blink or mouth twitch	0 Clear, quick (within 2 sec.) 2 or 3X Delayed or partial response 1X No response	
PAIN <small>(Allow up to 10 sec. for response) If spinal cord injury check here _____ & go to stimulus 10</small>	9 Firm pinch finger tip; pressure of wood of pencil across nail; each side			3*	See Score Criteria	0 Withdrawal 1 or 3X Gen. agitated/non-specific movement 1X No response	
	10 Robust ear pinch/pull X3; each side			3*	Withdrawal or other response linked to stimulus	0 Responds 2 or 3X Gen. agitated/non-specific movement 1X No response	
VOCALIZATION** (assuming no tracheotomy) If trach. present do not score but check here _____	11 None. (Score best response)			...	See Score Criteria	0 Spontaneous words Non-verbal vocaliz. (moan, groan) No sounds	
COMMENTS: (Include important changes in physical condition such as infection, pneumonia, hydrocephalus, seizures, further trauma, etc.)							
					Total CNC Score (add scores)		A
					Number of Items scored		B
					Average CNC Score (A + B)		C
					Coma/Near-Coma Level (0-4)*		D

*Rappaport et al. Disability Rating Scale for Severe Head Trauma Patients: Coma to Community. Arch Phys Med Rehabil. 63:118-123, 1982 (Revised Form 1987)

**See back for TRAINING NOTE and COMA/NEAR-COMA LEVELS.

*If possible use brain stem auditory evoked response (BAER) test at 80 db nHL to establish ability to hear in at least one ear.

**Whether or not patient appears receptive to speech, speak encouragingly and supportively for about 30 sec. to help establish awareness that another person is present and advise patient you will be asking him/her to make a simple response. Then request the patient to try to make the same response with brief priming before 2nd, 3rd and subsequent trials.

*Make sure patient is not sleeping. Check with nursing staff on eye opening ability and arousability.

*Each side up to 3X if needed.

*Consult with nursing staff on arousability; do not judge solely on performance during testing. If patient is sleeping, repeat the assessment later.

Revised 8/90

COMA/NEAR-COMA CATEGORIES

<u>Level</u>	<u>Range</u>	<u>Level of Awareness/Responsivity</u>
0	0.00 - 0.89	NO COMA; consistently and readily responsive to at least 3 sensory stimulation tests • plus consistent responsivity to simple commands.
1	0.90 - 2.00	NEAR COMA; consistently responsive to stimulation presented to 2 sensory modalities and/or inconsistently or partially responsive to simple commands.
2	2.01 - 2.89	MODERATE COMA; inconsistently responsive to stimulation presented to 2 or 3 sensory modalities but not responsive to simple commands. May vocalize (in absence of tracheostomy) with moans, groans & grunts but no recognizable words.
3	2.90 - 3.49	MARKED COMA; inconsistently responsive to stimulation presented to one sensory modality and not responsive to simple commands. No vocalization.
4	3.50 - 4.00	EXTREME COMA; no responsivity to any sensory stimulation tests; no response to simple commands. No vocalization.

•Sensory stimulation tests are items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

TRAINING NOTE TO NEW RATERS:

While one person does the testing, 2, 3 or more observers rate each item independently (without discussion). Afterwards discuss ratings. If rating is changed, leave initial rating but place changed rating in parenthesis next to it. Repeat this process on 5 to 10 patients or until raters train themselves to place patients at least in the same category range. Thereafter single ratings can be used but, for purposes of reliability, a minimum of two independent ratings per patient is encouraged. Ratings should be done at about the same time each day if possible. Under "Comments" record special information that may have had an extraordinary effect on the ratings on a given day -- such as: Patient was severely ill with pneumonia; patient was vomiting; patient had known increase in intracranial pressure (viz., hydrocephalus) patient fell out of bed; etc.

ADDITIONAL COMMENTS:

Please send copies of completed forms for purposes of evaluation and improvement to:

Dr. Maurice Rappaport
1120 McKendie Street
San Jose, Ca. 95126
408-248-2459

Anexo III: test del reloj

UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL	
NOMBRE Y APELLIDOS:..... EDAD.....	
Nº HISTORIA:..... Nº REGISTRO:..... INGRESADO / EXTERNO	
Terapeuta Ocupacional:..... Fecha:.....	

TEST DEL RELOJ

Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta (las 11:10).

1	Sólo los números del 1 a 12	
2	Los números siguen la secuencia correcta entre 1 y 12	
3	Los números se sitúan en la posición correcta	
4	Presencia de dos manecillas	
5	La hora (11) está bien señalada	
6	Los minutos (nº "2" en el reloj) están bien señaladas	
7	Las manecillas tienen una proporción correcta	
Puntuación total (0-7)		

Anexo IV:

ÍNDICE DE BARTHEL (actividades básicas de la vida diaria)

Nombre:

Fecha:

ALIMENTACIÓN

- 10 Independiente:** capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, etc, por sí solo.
- 5 Necesita Ayuda:** para cortar la comida, extender mantequilla, etc.
- 0 Dependiente:** necesita ser alimentado.

LAVADO

- 5 Independiente:** capaz de lavarse utilizando la ducha o la bañera y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin la ayuda de nadie.
- 0 Dependiente:** necesita alguna ayuda

VESTIDO

- 10 Independiente:** capaz de poner, quitarse o colgar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el anatómico o el corsé si lo precisa.
- 5 Necesita Ayuda:** realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente:** incapaz de desenvolverse sin ayuda.

ASEO

- 5 Independiente:** realiza todas las tareas personales (lavarse las manos y la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse dientes. Manejar el enchufe de la maquinilla.
- 0 Dependiente:** necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

- 10 Continente:** ningún accidente. si necesita enema o supositorios, se arregla solo.
- 5 Accidente Ocasional:** menos de una vez por semana o necesita ayuda para el suppositorio.
- 0 Incontinente**

MICCIÓN

- 10 Continente:** ningún accidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario es capaz de cambiar la bolsa.
- 5 Accidente Ocasional:** menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.
- 0 Incontinente.**

RETRETE

- 10 Independiente:** entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.

- 5 Mínima Ayuda:** ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.

0 Dependiente: incapaz de desenvolverse sin ayuda.

TRASLADO SILLÓN-CAMA

- 15 Independiente:** no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas lo hace de forma independiente.

10 Mínima Ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

5 Gran Ayuda: puede estar sentado sin ayuda, pero precisa ayuda para entrar o salir de la cama.

0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 Independiente:** puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas...) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros sin ayuda o supervisión.

10 Necesita Ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 metros.

5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla al menos 50 metros. Gira esquinas solo.

0 Dependiente: requiere ayuda importante.

ESCALONES

- 10 Independiente:** capaz de subir y bajar un tramo de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.

5 Necesita Ayuda: supervisión física o verbal.

0 Dependiente: necesita elevador (ascensor) o no puede salvar escalones.

PUNTUACIÓN TOTAL: /100
puntos

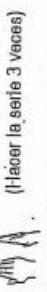
*Puntuación:
inferior a 20, indica Dependencia Total
20-45: Dependencia Severa*

45-60: Dependencia Moderada

mayor o igual a 65: Dependencia Leve

100: Independencia

Anexo V: FAB

FAB		FECHA.....	NºHº.....	NOMBRE.....	Frontal Assessment Battery
SEMEJANZAS	<p>"Dígame, ¿EN QUÉ SE PARECE?"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una manzana y un plátano - Una mesa y una silla - Un tulipán y una rosa 				
FLUENCIA LEXICAL	<p>"Dígame palabras que comienzan por 'S'"</p> <p>No valen nombres propios o derivados de una misma palabra.</p> <p>Tiempo: 1 minuto.</p>	<p>> 9:3 puntos</p> <p>6-9: 2 puntos</p> <p>3-5: 1 punto</p> <p>< 3: 0 puntos</p>			
SERIES MOTORAS	<p>"Míre cuidadosamente lo que yo estoy haciendo"</p> <p> (Hacer la serie 3 veces)</p> <p>Ahora haga usted lo mismo, primero conmigo y luego solo.</p>	<p>6 series consecutivas solo: 3</p> <p>3 series consecutivas solo: 2</p> <p>3 series consecutivas con el examinador: 1</p> <p>3 series consecutivas con el examinador: 0</p>			
INSTRUCCIONES CONFLICTIVAS	<p>"Dé un golpe cuando yo dé dos. Dé dos cuando yo dé uno"</p> <p>(hacemos tres intentos de 1-1 y 2-2 para estar seguro que el paciente lo ha entendido)</p> <p>Serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2</p>	<p>No errores: 3</p> <p>1-2 errores: 2</p> <p>> 2 errores: 1</p> <p>4 errores consecutivos: 0</p>			
CONTROL INHIBITORIO	<p>Dé un golpe cuando yo dé uno y no haga nada cuando yo dé dos.</p> <p>(hacemos tres intentos de 1-1-1 y 2-2-2 para estar seguro que el paciente lo ha entendido)</p> <p>Serie: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2</p>	<p>No errores: 3</p> <p>1-2 errores: 2</p> <p>> 2 errores: 1</p> <p>4 errores consecutivos: 0</p>			
COMPORTAMIENTO PREHENSOR	<p>"Extienda sus manos y apóyelas en la rodilla. No loque mis manos"</p> <p>El examinador lleva las manos cerradas hasta las palmas de las manos del paciente.</p> <p>Repila instrucciones y maniobra si el paciente toca sus manos</p>	<p>No toca las manos: 3</p> <p>Duda y pregunta que tiene que hacer: 2</p> <p>Toca las manos: 1</p> <p>Toca las manos aún de después de recordarle que no las toque: 0</p>			
Total puntos:					
Deterioro frontal leve < 17/18					
Deterioro frontal moderado < 12 / 18					
Deterioro frontal marcado < 9 / 18					

Anexo VI: FIM

SERVICIO DE REHABILITACIÓN		FIM		Espacio reservado a la etiqueta del usuario	
1-COMIDA:		IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
- <u>llevar la comida a la boca (pincharla y llevarla)</u>					
- <u>masticar</u>					
- <u>tragar</u>					
Cada actividad representa el 33.3%		7	7		
INDEPENDENCIA COMPLETA.					
- El individuo come de plato y tolera todo tipo de consistencias sólidas y líquidas. Bebe del vaso o laza 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.					
INDEPENDENCIA MODIFICADA					
- 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.					
SUPERVISIÓN					
- El sujeto necesita supervisión o preparación (cortar la carne, servirle el agua, abrirle un yogur,...) o dar órdenes verbales (pe, come más despacio, traga,...)					
ASISTENCIA MINIMA					
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.					
ASISTENCIA MODERADA					
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad (el sujeto hace 2,5-3 actividades).					
ASISTENCIA MAXIMA					
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad (el sujeto hace 2,5 actividades).					
ASISTENCIA TOTAL					
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad, no se puede testar o precisa dos personas.					
2-ASEO:					
- <u>Higiene oral (20%)</u>					
- <u>Peinado (20%)</u>					
- <u>Lavar manos (20%)</u>					
- <u>Lavar cara (20%)</u>					
- <u>Afeitarse y maquillarse (20%): si no se afeita ni maquilla no se considera este ítem</u>					
INDEPENDENCIA COMPLETA.					
- El sujeto se lava los dientes o la dentadura postiza, peina o cepilla el pelo, se afeita o se maquilla (incluyendo toda la preparación). Se lava la cara y las manos (incluye el secado).					
- Todo lo hace con seguridad.					
INDEPENDENCIA MODIFICADA					
- El sujeto necesita utensilios especiales (incluyendo ortesis y prótesis) o necesita más tiempo del considerado "razonable" o preocupa su seguridad.					
SUPERVISIÓN					
- El sujeto necesita supervisión o preparación (ponerle ortesis o material adaptado, abrir los botes de champú, poner dentífrico en el cepillo,...)					
ASISTENCIA MINIMA					
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad (el sujeto hace 4 actividades).					
ASISTENCIA MODERADA					
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad (el sujeto hace 2,5-3 actividades).					
ASISTENCIA MAXIMA					
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad (el sujeto hace 2,5 actividades).					
ASISTENCIA TOTAL					
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad, (el sujeto hace 1 actividad como máximo), no se puede testar o precisa dos personas.					

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

3-BANO:		IN GRE SO		ALTA		4-VESTIDO 1/2 SUPERIOR DEL CUERPO:		IN GRE SO		ALTA	
- Enjabonar, aclarar y secar/cada actividad es el 33,3% del 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%:					- Vestirse y desvestirse, por encima de la cintura.	- Ponerse y quitarse ortesis y prótesis cuando existan.				
- Brazo izdo						- Los pijamas y camisones de hospital se puntúan como 1.					
- Brazo dcho						- 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).					
- Pecho/tórax						- 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...)					
- Abdomen						INDEPENDENCIA COMPLETA.....					
- Frente de la región perineal						- El individuo se viste y desviste la mitad superior de forma independiente, con seguridad y en un tiempo razonable					
- Dorso de la región perineal						INDEPENDENCIA MODIFICADA	- Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis.				
- Muslo dcho						- Necesita más tiempo del considerado "razonable".	- Necesita más tiempo del considerado "razonable".				
- Muslo izdo						SUPERVISIÓN.....	- El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación (ponerle las ortesis, sacarle la ropa del cajón, preparársela...).				
- Pierna y pie dcho						ASISTENCIA MÍNIMA.....	- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del vestido.				
- Pierna y pie izdo						ASISTENCIA MODERADA.....	- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad del vestido.				
INDEPENDENCIA COMPLETA.....		7	7	7		ASISTENCIA TOTAL.....	- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas.				
- El individuo se enjabona, aclara y seca las 10 partes del cuerpo.											
- De forma independiente, con seguridad, y en un tiempo razonable.											
INDEPENDENCIA MODIFICADA		6	6	6							
- Necesita aparato especializado (incluyendo ortesis y prótesis).											
- Necesita más tiempo del considerado "razonable".											
- Preocupa su seguridad.											
SUPERVISIÓN											
- El sujeto necesita supervisión o preparación (ponerle la ortesis, prepararle el agua, abrir los botes de jabón...)											
ASISTENCIA MÍNIMA.....		5	5	5							
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.											
ASISTENCIA MODERADA		4	4	4							
- El sujeto realiza el 50 al 49% de la actividad.											
ASISTENCIA TOTAL.....		3	3	3							
- El sujeto realiza del 25 al 24% de la actividad.											
ASISTENCIA TOTAL.....		2	2	2							
- El sujeto realiza menos del 23% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas.											
ASISTENCIA TOTAL.....		1	1	1							
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad, no se puede testar o precisa dos personas.											

FIM**5-VESTIDO ½ INFERIOR DEL CUERPO:**

- Vestirse y desvestirse por debajo de la cintura.
 - Ponerse y quitarse ortesis y prótesis cuando existan.
- INDEFENCIJA COMPLETA.....
- El individuo se viste y desviste la mitad inferior de forma independiente, con seguridad y en un tiempo razonable.

INDEFENCIJA MODIFICADA.....

- Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis.
- Necesita más tiempo del considerado "razonable"
- Preocupa su seguridad

SUPERVISIÓN.....

- El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación (ponerle las ortesis, sacarle la ropa del cajón, preparársela...).

ASISTENCIJA MÍNIMA.....

- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del vestido.

ASISTENCIJA MODERADA.....

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

ASISTENCIJA MÁXIMA.....

- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del vestido.
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas.

ASISTENCIJA TOTAL.....

- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del WC, no se puede testar o precisa dos personas.

5-VESTIDO ½ INFERIOR DEL CUERPO:		IN GRE SO		ALTA		6-USO DEL WC:		IN GRE SO		ALTA	
- Mantener la higiene perineal y ajustarse la ropa antes y después de usar el WC, orinal o cuña (cada actividad representa el 33,3%).		7	7	7	7	- 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	7	
INDEFENCIJA COMPLETA.....						INDEFENCIJA COMPLETA.....					
- 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 cuña.						- Todo ello con seguridad y en un tiempo razonable.					
INDEFENCIJA MODIFICADA.....						INDEFENCIJA MODIFICADA.....					
- Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis.						- Necesita adaptaciones (como cierres de velcro) ortesis y prótesis para usar el WC.					
- Necesita más tiempo del considerado "razonable".						- Necesita más tiempo del considerado "razonable".					
- Preocupa su seguridad						- Preocupa su seguridad.					
SUPERVISIÓN.....						SUPERVISIÓN.....					
- El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación (ponerle las ortesis, sacarle la ropa del cajón, preparársela...).						- El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación.					
ASISTENCIJA MÍNIMA.....						ASISTENCIJA MÍNIMA.....					
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del vestido.						- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad del WC.					
ASISTENCIJA MODERADA.....						ASISTENCIJA MODERADA.....					
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad del vestido.						- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad del WC.					
ASISTENCIJA MÁXIMA.....						ASISTENCIJA MÁXIMA.....					
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del vestido.						- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad del WC.					
ASISTENCIJA TOTAL.....						ASISTENCIJA TOTAL.....					
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del vestido, no se puede testar o precisa dos personas.						- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del WC, no se puede testar o precisa dos personas.					

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la críptica del usuario

FIM

7-CONTROL VEJIGA.

Control vesical completo. El objetivo funcional del manejo vesical es abrir el estínter urinario sólo cuando se necesita y mantener 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.*

INDEPENDENCIA COMPLETA.

- El sujeto controla el estínter vesical de forma completa e intencionadamente.
 - El sujeto necesita orinal, cufia, 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 ocurrir accidentes aunque con menor frecuencia de uno cada 15 días.

ASISTENCIA MÍNIMA

- El sujeto realiza el 75% más de la actividad de la vejiga.
 - Necesita una asistencia mínima para mantener la ayuda externa (sujetar el orinal, entregarla 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 (pe, 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 mantenerse 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	8-CONTROL INTESTINO:	IN GRE SO	ALTA
		<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Este ítem engloba necesitar ayudas técnicas, fármacos o asistencia. 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Este ítem engloba necesitar ayudas técnicas, fármacos o asistencia. - Nivel de asistencia requerido. 		
		<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de éxito en el manejo (accidentes). 		
7	7	INDEPENDENCIA COMPLETA.....	7	7
6	6	<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto controla el estínter anal de forma completa e intencionadamente..... - Nunca es incontinente. 		
5	5	<ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDENCIA MODIFICADA..... - El sujeto necesita estimulación digital, supositorios, enemas o medicación..... - Defeca en la cufia - Si el individuo tiene una colostomía es capaz de mantenerla. 	6	6
4	4	<ul style="list-style-type: none"> - SUPERVISIÓN..... - El sujeto necesita supervisión (estar a su lado, decirle lo que debe hacer) o preparación del equipo necesario para mantener un ritmo deposicional adecuado (pe, preparar el supositorio) o para mantener un estoma. - Puede ocurrir accidentes aunque con menor frecuencia de uno cada 15 días. 	5	5
3	3	<ul style="list-style-type: none"> - ASISTENCIA MÍNIMA..... - 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 cufia o el enema, darle el supositorio en la mano) - Accidentes ocasionales < 1 por semana. 	4	4
2	2	<ul style="list-style-type: none"> - ASISTENCIA MODERADA..... - El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad. - Puede tener accidentes de forma ocasional pero < 1 vez al día. 	3	3
1	1	<ul style="list-style-type: none"> - ASISTENCIA MÁXIMA..... - 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. 	2	2
		ASISTENCIA TOTAL.....	1	1
		<ul style="list-style-type: none"> - El sujeto realiza menos del 25% de la actividad del control intestinal. - A pesar de la asistencia el sujeto está sucio prácticamente a diario. - Necesita usar pañal o material absorbente. 		

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

-Todos los asientos 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 empleza y termina en posición supina.

- Se incluye la movilidad 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 EEl 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 el peso.

INDEPENDENCIA COMPLETA:

- Si camina: el sujeto se acerca, se sienta y se levanta desde una silla convencional, transfiere 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 transfiere 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 razonable. Se duda sobre su seguridad.

SUPERVISIÓN:

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

ASISTENCIA MINIMA:

- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.
 - Sólo necesita que le toquen.

ASISTENCIA MODERADA:

- 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, precisa dos personas, o no es testable.
 - Necesita dos personas para la transferencia.

	IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
10- TRANSFERENCIAS WC:				
- <u>Sentarse y retirarse del WC.</u>				
INDEPENDENCIA COMPLETA:				
- Si camina: el sujeto se acerca, se sienta y se levanta usando un WC convencional. Lo hace con seguridad.			7	7
- 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 transfiere en las dos direcciones. Con seguridad.			7	7
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 razonable. Se duda sobre su seguridad.			6	6
SUPERVISIÓN:				
- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.			5	5
ASISTENCIA MINIMA:				
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad. - Sólo necesita que "le toquen".			4	4
ASISTENCIA MODERADA:				
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad. - El asistente "ya aguanta peso".			3	3
ASISTENCIA MÁXIMA:				
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad. - Necesita ayuda en todo el proceso, pero colabora algo.			2	2
ASISTENCIA TOTAL:				
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad. - Necesita dos personas para la transferencia.			1	1

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

11- TRANSFERENCIAS BÁNERA O DUCHA:		12- LOCOMOCIÓN: MARCHA/ SILLA DE RUEDAS:	
- Entrar y salir de la bañera o ducha.		- Caminar una vez colocado en biomejoramiento.	IN GRE SO
INDEPENDENCIA COMPLETA.	7	- Usar silla de ruedas una vez se está sentado. Y el pavimento es regular.	ALTA
- Si camina: el sujeto se acerca, entra y sale de la bañera o ducha. Lo hace con seguridad.	7	- Si usa ambos modos de locomoción con la misma frecuencia hay que puntuar los dos.	
- 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 transiere en las dos direcciones. Con seguridad.	7	- El sistema puntuado debe ser el mismo al ingreso que al alta.	
INDEPENDENCIA MODIFICADA	6	INDEPENDENCIA COMPLETA.	
- El sujeto necesita de ayudas técnicas como tablas de deslizamiento, barras, asiento especial, ortesis y prótesis.	6	- El sujeto camina por lo menos 50 mts sin ayudas.	
- Usa más tiempo del considerado "razonable". Se duda sobre su seguridad.	6	- Lo hace con seguridad.	
SUPERVISIÓN	5	INDEPENDENCIA MODIFICADA SILLA DE RUEDAS	
- El sujeto necesita supervisión o preparación del equipo necesario para transferir.	5	- 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 girar, maniobrar hasta la mesa, cama, WC, por aforntobras o moquetas y subir una pendiente de al menos el 3%.	
ASISTENCIA MINIMA	4	INDEPENDENCIA MODIFICADA SILLA DE RUEDAS	
- El sujeto realiza el 75% o más de la actividad.	4	- El sujeto es capaz de recorrer sólo, independiente, una distancia mínima de 50 mts.	
- Sólo necesita que "le toquen".	4	- O bien el sujeto es capaz de recorrer sólo, independiente, una distancia mínima de 17 mts (con o sin ayudas técnicas, incluida la silla de ruedas, en más tiempo del habitual).	
ASISTENCIA MODERADA	3	ASISTENCIA MINIMA	
- El sujeto realiza del 50 al 74% de la actividad.	3	- El sujeto realiza el 75% o más del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 50 mts.	
- El asistente "ya aguanta peso".	3	- Sólo necesita que te toquen	
ASISTENCIA MAXIMA	2	ASISTENCIA MODERADA	
- El sujeto realiza del 25 al 49% de la actividad.	2	- El sujeto realiza del 50 al 74% del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 50 mts.	
- Necesita ayuda en todo el proceso, pero colabora algo.	2	- Necesita asistencia sólo de la persona.	
ASISTENCIA TOTAL	1	ASISTENCIA MAXIMA	
- El sujeto realiza menos del 25% de la actividad.	1	- El sujeto realiza el 24-49% del esfuerzo de locomoción para conseguir una distancia mínima de 17 mts.	
- Necesita dos personas para la transferencia.	1	- Necesita asistencia de dos personas.	
		- No camina un mínimo de 17 mts (no es por tanto marcha funcional).	
		- No testable	

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

FIM

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

13—LOCOMOCIÓN: ESCALERAS:

- Subir y bajar 12-14 escalones de inferiores.

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 o cogérse 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). - El sujeto necesita supervisión para conseguir subir-bajar 12-14 escalones.

ASISTENCIA MÍNIMA.

- El sujeto consigue subir-bajar 12-14 escalones. - Sólo necesita que le loquen.

ASISTENCIA MODERADA

- El sujeto realiza el 75% o más 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. - Necesita asistencia sólo de 1 persona.

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:

Entender información por vías visual (escritura, lectura, lenguaje de signos) o auditiva. Hay que evaluar y puntuar cuál es la forma de comprensión habitual (visual-auditiva).

Se ambas se usan con la misma frecuencia hay que puntuar las 2. La comprensión de la información abstracta incluye entender los eventos diarios que aparecen en la TV o en los artículos de periódico, o información abstracta en términos tales como religión, humor, matemáticas, o finanzas utilizadas en la vida diaria. También incluye el entender la información que se da en una conversación en grupo.

La información sobre las diferencias básicas se refiere a conversación, dirección, preguntas o enunciados que se relacionen con la necesidad del sujeto de oyentes, beber, WC, higiene, frío o 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. - Entiende lenguaje oral y escrito.

SUPERVISIÓN

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. Puede necesitar más tiempo para entender la información (p.e. leer dos veces una noticia,...).

ASISTENCIA MÍNIMA.

El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas (nutrición, fluidos, eliminación, higiene, sueño) más del 90% 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. 10-2 veces por semana).

ASISTENCIA MODERADA

El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 75-90% del tiempo. 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 MÁXIMA.

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 TOTAL.

El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 25-49%. 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 insistir en 1).

SÓLO ENTIENDE EXPRESIONES SENCILLAS O GESTOS SENCILLOS:

El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias menos del 25% del tiempo. No entiende expresiones sencillas o gestos sencillos: decir "hola", hacer adiós 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.

IN GRE SO	AL TA	IN GRE SO	AL TA
		14—COMPRENSIÓN:	
		Entender información por vías visual (escritura, lectura, lenguaje de signos) o auditiva.	
		Hay que evaluar y puntuar cuál es la forma de comprensión habitual (visual-auditiva).	
		Se ambas se usan con la misma frecuencia hay que puntuar las 2.	
		La comprensión de la información abstracta incluye entender los eventos diarios que aparecen en la TV o en los artículos de periódico, o información abstracta en términos tales como religión, humor, matemáticas, o finanzas utilizadas en la vida diaria. También incluye el entender la información que se da en una conversación en grupo.	
		La información sobre las diferencias básicas se refiere a conversación, dirección, preguntas o enunciados que se relacionen con la necesidad del sujeto de oyentes, beber, WC, higiene, frío o 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.	
		- Entiende lenguaje oral y escrito.	
		SUPERVISIÓN	
		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.	
		Puede necesitar más tiempo para entender la información (p.e. leer dos veces una noticia,...).	
		SUPERVISIÓN	
		ASISTENCIA MÍNIMA.	
		El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas (nutrición, fluidos, eliminación, higiene, sueño) más del 90% 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. 10-2 veces por semana).	
		ASISTENCIA MODERADA	
		El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 75-90% del tiempo.	
		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 MÁXIMA.	
		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 TOTAL.	
		El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias el 25-49%.	
		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 insistir en 1).	
		SÓLO ENTIENDE EXPRESIONES SENCILLAS O GESTOS SENCILLOS:	
		El sujeto entiende direcciones y conversaciones sobre necesidades básicas diarias menos del 25% del tiempo.	
		No entiende expresiones sencillas o gestos sencillos: decir "hola", hacer adiós 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 etiqueta del usuario

FIM

15-EXPRESIÓN:

- Expresión clara oral o no oral
 - Este 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 **efectos distractores** incluye (aunque no se limita) disculpar los eventos diarios que aparecen en la TV o en los anuncios 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 fluida.

INDEPENDENCIA MODIFICADA.....

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

PUEDE NECESSITAR SISTEMAS DE COMUNICACIÓN AUMENTATIVA.

- No necesita repetir, enfatizar... para que se le entienda.

SUPERVISIÓN.....

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas más del 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 < 10% de las veces.

ASISTENCIA MÍNIMA......

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas el 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 el 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 más del 50% de las veces.

ASISTENCIA MÁXIMA......

- El sujeto expresa las necesidades básicas e ideas el 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 sólo palabras sueltas o gestos o un alfabeto con dibujos.

- Hace con�ectivamente las preguntas de SI-NO.

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
- Valora:

 - Ejemplos de comportamiento inadecuado:
 - Crisis de RA
 - 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...).

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 autorregularse y autocontrolarse.

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.

SUPERVISIÓN.....

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

SUPERVISIÓN.....

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

ASISTENCIA MÍNIMA......

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

ASISTENCIA MODERADA......

- 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.

ASISTENCIA TOTAL......

- 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

FIM

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

17-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:

- **Habilidades relacionadas con resolver problemas de la vida diaria.** Esto significa tomar decisiones razonables, seguras y eficientes en los problemas económicos, sociales y personales.
 - **Incitar, motivar y coordinar las actividades y estrategias para resolver un problema.**
 - **Ejemplos de problemas:**
 Compras, Rutinarios, Tomar decisiones de trabajo.

Rutinarios:
 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 intentar ponérsela...)
 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 autocorrige 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 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 estrés o no familiares y menos de 10% del tiempo.

- Sólo resuelve problemas rutinarios: hambre, sueño, frío,...

ASISTENCIA MINIMA......

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

ASISTENCIA MODERADA.....

- El sujeto resuelve problemas rutinarios 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 (pero 2 si).

ASISTENCIA TOTAL.....

- El sujeto reconoce y recuerda menos del 25% del tiempo.

- Es una memoria ineficaz.

- Puede necesitar restricciones por su seguridad.

18-MEMORIA:

	IN GRE SO	ALTA	IN GRE SO	ALTA
18-MEMORIA:				
- Reconocer y recordar las AVD en una institución o en la comunidad.				
- A nivel funcional significa:				
Reconocer personas				
Reconocer las rutinas diarias				
Ejecutar lo que se espera sin necesidad de recordarlo.				
INDEPENDENCIA COMPLETA			7	7
- 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			6	6
- 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			5	5
- El sujeto necesita ayudas o pistas sólo en situaciones de stress o no familiares y menos del 10% del tiempo.				
ASISTENCIA MINIMA			4	4
- El sujeto reconoce y recuerda el 75-90% del tiempo.				
ASISTENCIA MODERADA			3	3
- El sujeto reconoce y recuerda el 50-74% del tiempo.				
ASISTENCIA MAXIMA			2	2
- 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 (pero 2 si).				
ASISTENCIA TOTAL			1	1
- El sujeto reconoce y recuerda menos del 25% del tiempo.				
- Es una memoria ineficaz.				
- Puede necesitar restricciones por su seguridad.				

SERVICIO DE REHABILITACIÓN

Espacio reservado a la etiqueta del usuario

FIM

FECHA INGRESO:	
FECHA ALTA:	

PUNTUACIÓN TOTAL =	FIM MOTOR +	FIM COGNITIVO

UNIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
 EDAD..... N° HISTORIA:..... N° REGISTRO:..... INGRESADO /EXTERNO
 Terapeuta Ocupacional:..... Fecha:.....

**MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL.
F.I.M.**

INDEPENDENCIA		SIN AYUDANTE	SIN AYUDANTE
N	7 Independencia total, sin demora y con seguridad		
I	6 Independencia modificada, con dispositivo.		
V	5 Supervisión		CON AYUDANTE
E	4 Asistencia mínima (el sujeto hace el 75% o más)		CON AYUDANTE
L	3 Asistencia moderada (el sujeto hace el 50% o más)		CON AYUDANTE
E	DEPENDENCIA MODIFICADA		
S	2 Asistencia máxima (el sujeto hace el 25% o más)		CON AYUDANTE
	1 Asistencia total (el sujeto hace el 0% o algo más)		CON AYUDANTE
	DEPENDENCIA COMPLETA		

	ENTRADA	CONTROL	SALIDA
1. Alimentación			
2. Aseo			
3. Baño			
4. Vestido ½ superior			
5. Vestido ½ inferior			
6. WC			
7. Control vejiga			
8. Control intestino			
9. Transferencias Cama, Silla, Silla Ruedas			
10. Transferencias WC			
11. Tranferencias Bañera o Ducha			
12. Locomoción: Marcha/Silla de Ruedas			
13. Locomoción: Escaleras			
14. Comprensión			
15. Expresión			
16. Interacción Social			
17. Resolución de Problemas			
18. Memoria			
TOTAL			

Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital Universitario Miguel Servet

Anexo VII: RIVERMEAD

Test Conductual de Memoria

R I V E R M E A D

HOJA DE PUNTUACIONES

Nombre y Apellidos _____
 Fecha _____
 Exploración 1 2 3 4
 Versión A B C D

Item	Criterios de corrección perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección puntuación global	Puntuación global
1 y 2 Fotografía para recordar nombre	Examinar más tarde		Examinar más tarde	
3 Esconder objeto	Examinar más tarde		Examinar más tarde	
4 Preparar el avisador para cita	Examinar más tarde		Examinar más tarde	
5 Presentar dibujos para reconocimiento de dibujos	Examinar más tarde		Examinar más tarde	
6a Lectura de la historia para recuerdo inmediato (anotar cada palabra en hoja aparte)	Anotar el nº total de puntos (al acabar el test)	ptos.	Si el sujeto recuerda al menos 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en el diferido, conceder 1 punto (por tanto <u>puntuar al final</u>)	
5 Reconocimiento de dibujos	a Anotar cada dibujo correctamente identificado y el total	a 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Si el sujeto selecciona los 10 dibujos correctamente sin falsos positivos	puntuar 1 (en caso contrario 0)

Total

b Anotar el nº de falsos positivos
 c Total (a-b) c ptos.

Item	Criterios de corrección. Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección puntuación global	Puntuación global
7 Presentar las caras para reconocimiento	Examinar más tarde		Examinar más tarde	
8a Hacer el recorrido para recuerdo inmediato	Anotar los pasos correctos y el total	1 2 3 4 5	Si todos son reproducidos en el orden correcto, conceder 1 punto (en caso contrario 0)	
		Total	ptos.	
9a Mensaje	a Si se coge espontáneamente 2 puntos, si hay que recordar 1 punto (en caso contrario 0) b Si recuerda donde dejar el sobre, 1 punto (en caso contrario 0)	a b	Si se coge y se deja el sobre espontáneamente en el lugar correcto, en las dos versiones, inmediata y diferida, 1 punto (por tanto puntuar más tarde).	
		c Total (a+b)	ptos.	
7 Reconocimiento de caras	a Anotar cada cara correctamente identificada y el total	a 1 2 3 4 5	Si se seleccionan todas las caras correctamente sin falsos positivos, conceder 1 punto (en caso contrario 0)	
		Total		
	b Anotar el nº de falsos positivos	b		
	c Total (a-b)	c	ptos	

Item	Criterios de corrección. Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección puntuación global	Puntuación global
10 y 11 Orientación y fecha	Anotar 1 punto por cada respuesta correcta Año Mes Día semana Fecha Lugar Ciudad Edad Año nacimiento Presidente del Gobierno Presidente de U.S.A.	Año Mes Día semana Fecha Lugar Ciudad Edad Año nacimiento Presidente del Gobierno Presidente de U.S.A.	Anotar 1 punto si todas las respuestas, sin tener en cuenta la fecha, son correctas (en caso contrario 0) Anotar 1 punto si se dice la fecha correcta (en caso contrario 0)	
		Total ptos.		
4 Cita	Si correcto sin ayuda, 2 puntos, si correcto con ayuda 1 punto, si se recuerda espontáneamente que tiene que preguntar algo pero no recuerda qué, 1 punto (en caso contrario 0)	ptos.	Si se hace la pregunta, recordada sin ayuda cuando suena el avisador, 1 punto (en caso contrario 0)	
6b Recuerdo diferido de la historia (anotar cada palabra en hoja aparte)	Anotar el nº total de puntos (al acabar el test)	ptos.	Si se recuerdan como mínimo 6 ideas en recuerdo inmediato y 4 en diferido, 1 punto (en caso contrario 0)	
8b Recuerdo diferido del recorrido	Anotar los pasos seguidos correctamente y el total	1 2 3 4 5	Si se reproducen todos los pasos del recorrido en el orden correcto 1 punto (en caso contrario 0).	
		Total ptos.		

Item	Criterios de corrección. Perfil de puntuación	Perfil de puntuación	Criterios de corrección puntuación global	Puntuación global
9b Recuerdo diferido del mensaje	<p>a Si se toma espontáneamente, 2 puntos, si hay que recorrer, 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>b Si se recuerda donde dejar el sobre 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>c Total (a + b)</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>Si se toma el sobre espontáneamente y se deja en el lugar correcto en ambos recorridos, inmediato y diferido, 1 punto (en caso contrario 0)</p>	
1 y 2 Recuerdo del nombre	<p>a Si se recuerda el nombre sin ayuda 2 puntos, con ayuda 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>b Si se recuerda el apellido sin ayuda 2 puntos, con ayuda 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>c Total (a+b)</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>Si se recuerda el nombre sin ayuda 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>Si se recuerda el apellido sin ayuda, 1 punto (en caso contrario 0)</p>	
3 Objeto personal	<p>a Si se recuerda el lugar sin ayuda, 2 puntos, con ayuda 1 punto en caso contrario 0)</p> <p>b Si se recuerda el objeto sin ayuda, 2 puntos, con ayuda, 1 punto (en caso contrario 0)</p> <p>c Total (a+b)</p>	<p>a</p> <p>b</p> <p>c</p>	<p>Si se pide el objeto y se recuerda donde fue escondido, 1 punto (en caso contrario 0)</p>	

Para obtener el total, sumar todas las puntuaciones de las casillas sombreadas

Perfil de puntuación total

Puntuación global total

Resumen de las puntuaciones

Puede ser útil anotar las puntuaciones de los sujetos en esta hoja como referencia.

Item	Perfil de puntuación	Puntuación global
1 Nombre		
2 Apellido		
3 Objeto personal		
4 Cita		
5 Dibujos		
6 Historia		
7 Caras		
8 Recorrido inmediato		
	Recorrido diferido	
9 Mensaje (inmediato y diferido)		
10 Orientación (excluir la fecha)		
11 Fecha		

Total _____

Total _____

Versión A.

El señor Pedro Gómez guardia de seguridad del Banco Popular fue asesinado el lunes en un atraco al banco en Madrid. Los cuatro atracadores iban enmascarados y uno de ellos llevaba una escopeta recortada. Miembros de la policía estuvieron interrogando anoche a varios testigos. Un portavoz de la policía dijo "Era un hombre muy valiente. Se enfrentó al atracador armado y luchó por evitar el atraco".

Puntuación: Item 6a ____ Item 6b ____

Versión B

Bomberos y voluntarios trabajaron ayer todo el día tratando de vencer un incendio a seis kilómetros al sur de Peñafiel en la provincia de Valladolid. Los camiones de bomberos no pudieron alcanzar la zona por lo que el equipo de extinción fue llevado allí en helicóptero. El ganado de la finca vecina "La Hacienda" fue evacuado al quedar envuelta en nubes de denso humo blanco.

Puntuación: Item 6a ____ Item 6b ____

Versión C.

Más de cincuenta hombres de los astilleros de El Ferrol iniciaron una huelga esta mañana. Los trabajadores se manifestaron protestando por el despido de 50 de ellos. El representante de los obreros el señor Tomás Ferreiro dijo a los periodistas ¡es intolerable! la compañía tiene pedidos para los próximos dos años. Un portavoz de la dirección de la empresa dijo "esperamos iniciar mañana nuevas negociaciones en la oficina central".

Puntuación: Item 6a ____ Item 6b ____

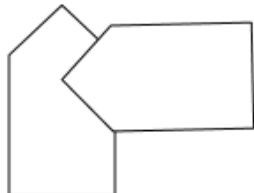
Versión D

Un petrolero holandés naufragó la pasada noche a diez millas de las costas del Cantábrico. La tripulación fue rescatada por un guardacostas. Se está formando una mancha de petróleo y los ecologistas están preocupados por sus efectos de la misma en la fauna marina. Voluntarios locales están organizando una operación de rescate de los pájaros que se encuentran atrapados en las playas.

Puntuación: Item 6a ____ Item 6b ____

Anexo VII: MEC**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (M.E.C.)**

ORIENTACIÓN	PUNTOS
Dígame día Fecha Mes Estación Año	(5)
Dígame el lugar Planta	
Ciudad Provincia Nación	(5)
FIJACIÓN	
Repita estas 3 palabras: Peseta-Caballo-Manzana (Repetirlas hasta que las aprenda)	(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿Cuantas le van quedando?	(5)
Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)	
Ahora dígalos hacia atrás	(3)
MEMORIA	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	(3)
 LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj	(2)
Repita esta frase: En un trigal había 5 perros	(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?, y ¿Qué son un gato y un perro?	(2)
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	(3)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS	(1)
Escriba una frase	(1)
Copie este dibujo	(1)

**PUNTUACIÓN TOTAL** (35)

Nivel de conciencia (Marcar):
Alerta, Obnubilación, Estupor, Coma