

Revisión bibliográfica de patologías frecuentes en la práctica clínica en disfunciones físicas

Ginna Marcela Ardila Villareal

Profesora de Terapia Ocupacional
Universidad Mariana

Liliana Marcela Hernández Yopez

Liliana Yaqueline Bolaños Larrea

Diana Verónica Piaun Guerrero

Erika Katherine Guancha Calpa

Estudiantes de Terapia Ocupacional
Universidad Mariana

En la práctica formativa de Terapia Ocupacional en disfunciones físicas, en un hospital de tercer nivel se realizó una revisión bibliográfica de las patologías más frecuentes encontradas dentro de la práctica clínica, con el fin de profundizar conocimientos y ampliar la perspectiva del abordaje terapéutico. La acción del terapeuta ocupacional dentro del sector Salud se estable en la Ley 949 de 2005, al afirmar que:

[Este profesional] en el sector de la salud, está caracterizado esencialmente por su desempeño en disfunciones físicas, sensoriales y mentales, a través del manejo de habilidades sensoriomotoras, cognitivas y socioemocionales en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación cuando el desempeño ocupacional está sometido a riesgo o se encuentra alterado, buscando así proporcionar una mejor calidad de vida. (p. 1)

La primera patología a la cual se hace la revisión bibliográfica es el accidente cerebrovascular hemorrágico (ACV). En primera instancia, es importante abarcar su definición; según González (s.f.), es la ruptura de un vaso sanguíneo que lleva a una acumulación hemática, ya sea dentro del parénquima cerebral o en el espacio subaracnoideo. Dentro del cuadro clínico se puede describir que las hemorragias intracerebrales se presentan con síntomas y signos neurológicos bruscos; esto depende de la localización y extensión a nivel cerebral; se observa cefalea, vértigo, zumbido de oídos, somnolencia, parestesias, incontinencia, convulsiones y vómitos (González, s.f.). Por otra parte, dentro de las causas, Seguí y Sánchez (2018), mencionan que la hipertensión arterial, aneurismas, angiopatía amiloide, tumores cerebrales y malformaciones vasculares, son las más comunes.

Los exámenes más utilizados en la práctica clínica para detectar el ACV, son las técnicas de neuroimagen tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, imágenes del flujo sanguíneo, angiografía cerebral (González, s.f.). Abarcando el tratamiento, Salas et al. (2019) comentan que, el tratamiento consiste en controlar

la hemorragia y reducir la presión con medicamentos o cirugía. En cuanto al proceso terapéutico, Hernández y Pino (2020) manifiestan que el paciente debe estar vinculado a un proceso de neurorrehabilitación; este tratamiento debe iniciar de manera precoz. Dentro de las condiciones motoras y neurológicas de un paciente que haya sufrido un ACV, encontramos: la disfonía, disartria y afasia, hemianopsia homónima, trastorno de los movimientos oculares y ceguera cortical, emocionalismo; además, anosognosia y cambios en la conducta social, depresión grave y ansiedad. A nivel motor, condiciones como hemiplejía, hemiparesia, contracturas y hombro congelado (Yanchapanta, 2022).

Cabe mencionar que, dentro del equipo de rehabilitación, se encuentra el profesional en Terapia Ocupacional, el cual dirige su tratamiento a los problemas ocupacionales del paciente (Yanchapanta, 2022). Pérez (2022) sostiene que el plan de tratamiento se lleva a cabo en tres fases: en la primera se aplica todas las escalas específicas para el caso; en la fase de intervención se destaca los modelos de intervención y el planteamiento de objetivos (general y específicos); además, cada una de las actividades planeadas debe ir con base en los objetivos; finalmente, en

la fase de reevaluación, se debe aplicar las mismas escalas que se utilizó en el inicio del proceso de rehabilitación, con el fin de hacer una respectiva comparación. Según esto, dentro del proceso de rehabilitación, el terapeuta ocupacional puede emplear técnicas que contribuyan a un óptimo desempeño ocupacional; dentro de ellas, en la revisión bibliográfica se encontró: técnicas de imaginación motora implícita (IMI), la terapia espejo y el ejercicio terapéutico cognoscitivo (ETC) o Método Perfetti.

La revisión bibliográfica realizada abarca las consecuencias motoras y sensoriales de los pacientes con trauma raquímedular a nivel cervical (TRM). Para dar inicio, es importante conocer su definición; según Burbano-López et al. (2018), es un daño de la médula espinal, de sus raíces o envolturas, como consecuencia de un trauma que afecta directamente la columna vertebral, teniendo en cuenta que la médula espinal es el principal conducto a través del cual la información motora y sensorial viaja entre el cerebro y el resto del cuerpo. Dependiendo de la afectación y el nivel de la lesión, esta trae consigo alteraciones motoras, sensitivas, del funcionamiento intestinal y vesical, como también, afectaciones de la función sexual. Es importante resaltar que las lesiones frecuentemente comprometidas se encuentran a nivel cervical, seguidas del torácico y lumbar. Bustamante (2021) sostiene que la repentina interrupción de la conducción nerviosa a nivel medular origina un cuadro de choque medular, caracterizado por un agudo compromiso neurológico, hemodinámico, respiratorio y urinario, asociado a problemas de termorregulación, con repercusiones neurológicas.

Para Cabezas (2019), existen dos tipos de lesiones: la llamada 'lesión completa', que hace referencia a la pérdida de la movilidad y la sensibilidad por debajo de la lesión (cuadriparesia) y, la 'lesión incompleta' (paraplejía, diplejía, hemiplejía), que se refiere a algún tipo de movilidad de funciones sensitivas o motoras por debajo del nivel de la lesión. Los signos de esta última se caracterizan por movimientos involuntarios, flacidez y ausencia de reflejos, con una duración de días o semanas. Desde el punto de vista de su gravedad, se clasifican en traumáticas, como los accidentes de tránsito, las caídas, los accidentes deportivos, las heridas por arma de fuego o elementos cortopunzantes; y, las no traumáticas, como las enfermedades infecciosas, inflamatorias, degenerativas, tumorales o vasculares (Carvajal et al., 2015).

Todas las deficiencias derivadas de la lesión requieren cuidados específicos que la persona y la familia deben aprender durante las diferentes etapas de la rehabilitación integral, entre ellos, insumos para el cuidado de la salud como equipos ortopédicos y silla de ruedas que facilitan la movilidad del paciente y tratamientos farmacológicos

para el control del dolor. Desde terapia ocupacional se realiza actividades terapéuticas, movimientos pasivos asistidos para favorecer o mantener el tono muscular, actividades de tipo motor y neurológico, con el fin de lograr generar la mayor independencia en actividades de la vida diaria (Latta et al., 2022).

Otra patología muy importante, conocida en la mayoría de los casos como un mal pronóstico, es la metástasis cerebral. Barriga y Amalia (2021) manifiestan que, "es la diseminación de células tumorales de algún lugar del cuerpo en dirección al cerebro" (p. 5); esta patología se ve muy frecuentemente en pacientes oncológicos, en quienes ya se ha detectado cáncer en alguna parte del cuerpo, siendo este su diagnóstico primario; o, en cáncer que aún no se ha detectado, pero ya se encuentra haciendo diseminación en dirección al cerebro.

Dentro de las causas, Imbaquingo et al. (2022) y López et al. (2011) mencionan que las causas más frecuentes no solo son cáncer de mama, pulmón y colon, sino también, la neoplasia trofoblástica gestacional, tumores germinales, hipernefoma y melanoma, siendo estos conocidos como diagnósticos primarios.

En cuanto a su diagnóstico, dentro de las diferentes herramientas para poder determinar que hay una metástasis cerebral, la resonancia magnética es la más eficaz, mostrando una especificidad y una sensibilidad más altas que otras herramientas como la tomografía computarizada y la espectroscopia, que ayudan a determinar si el tipo de tumor es maligno o benigno. Las manifestaciones clínicas, según Imbaquingo et al. (2022), aparecen de acuerdo con el tipo y la localización del tumor, iniciando con convulsiones debido a la presión endocraneana, cefalea o, cambios de sus características, acompañadas de náuseas y vómitos. La disfunción cognitiva suele estar presente, a veces en implicaciones neurológicas en forma de cambios del comportamiento, apatía, abulia o somnolencia; también, síntomas focales como afasia, amaurosis o pérdidas de fuerza o sensibilidad.

En cuanto al tratamiento, Salguero et al. (2022) mencionan que la radiocirugía es el método más oportuno en el caso de la metástasis cerebral (MC). Desde la terapia ocupacional se inicia con un proceso de evaluación donde se aplica diferentes instrumentos y escalas que recolectan información importante como el estado cognitivo, motor y social del paciente, creando un análisis del desempeño ocupacional que permite crear un plan de tratamiento de acuerdo con las habilidades afectadas, teniendo en cuenta los intereses del paciente, donde se plantea objetivos a corto, mediano y largo plazo para observar los resultados.

Finalmente, se efectúa una revisión bibliográfica del desacondicionamiento físico, diagnóstico relevante



en el ambiente hospitalario. Para Ortiz et al. (2020), el desacondicionamiento físico es el “conjunto de cambios fisiológicos provocado por el ambiente de microgravedad (similar al experimentado por los astronautas en el espacio), el cual es generado por la inmovilidad y el reposo prolongado” (p. 8); también afirman que el ambiente hospitalario conlleva diversas adaptaciones a nivel orgánico y funcional; por lo tanto, compromete la capacidad física y psicológica de los pacientes. Es esencial mencionar que el desacondicionamiento físico puede traer complicaciones a la enfermedad primaria, pues, a mayor tiempo de inmovilidad y reposo, mayor cantidad de efectos nocivos para la salud.

Dentro de las causas del desacondicionamiento físico, están: la inmovilidad, el desuso y el reposo prolongado prescrito o inevitable, condiciones que generan limitaciones y deficiencias, condiciones de discapacidades que pueden tener los pacientes (Florez et al., 2021). Calixto et al. (2018) expresan que la efectividad en el tratamiento de la movilización depende de si hay atención temprana, dado que esto reduce el tiempo de hospitalización; cabe establecer que el potencial rehabilitador depende del tiempo en que se haya estado en cuidados intensivos: según el tiempo, se puede establecer el deterioro a la salud.

En cuanto al rol del terapeuta ocupacional en hospitalización, Moreno-Chaparro et al. (2019) plantean los resultados de intervención en pacientes con diferentes patologías y variables técnicas, que correspondan a su necesidad, buscando favorecer las habilidades motoras y cognitivas que se encuentren limitadas. Vallejo (2005) enfatiza en que, la rehabilitación propuesta por el médico sea realizada por un grupo de profesionales expertos en ella: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, trabajador social, terapeuta ocupacional, enfermera en rehabilitación, psiquiatra y psicólogo. Por ello, el trabajo multidisciplinario y oportuno dará una mejora significativa, como sugieren Calixto et al. (2018), para quienes la efectividad de la movilización temprana en pacientes en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) ha demostrado una mejora significativa en su calidad de vida, posterior a su recuperación, en las funciones físicas, cognitivas, sociales y emocionales.

A partir de la revisión bibliográfica, se obtiene las bases teóricas para ampliar la perspectiva del abordaje terapéutico. Estas patologías tienen consecuencias tanto neurológicas como motoras, que impactan negativamente en el óptimo desempeño ocupacional de la persona; por ende, se constituyen como patologías que conllevan condiciones de discapacidad. La terapia ocupacional es parte fundamental del equipo de rehabilitación, dado que, el tratamiento rehabilitador está encaminado a favorecer la máxima independencia en las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales). Con base en esto,

el profesional en terapia ocupacional es el profesional idóneo para intervenir en los problemas ocupacionales de los pacientes, ya que emplea diferentes métodos o estrategias encaminadas a los déficit motores, cognitivos, sensoriales y de interacción social, contribuyendo a un óptimo desempeño ocupacional, no solo en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, sino también en los diferentes contextos donde el paciente está inmerso.

Referencias

- Barriga, R. y Amalia, D. (2021). *Características clínicas, epidemiológicas y de sobrevivencia de los pacientes con metástasis cerebral tratados con radiocirugía cerebral en el Instituto Peruano de Oncología y Radioterapia entre los años 2015 y 2020* [Trabajo de Especialización, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5302?show=full>
- Burbano-López, C., Ramírez, J. D. y Vinasco, Y. S. (2018). Calidad de la atención en salud de las personas con trauma raquímedular según criterios normativos de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 655-660. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.62982>
- Bustamante, R. (2021). Traumatismo raquímedular. *Revista Chilena de Anestesia*, 50(1), 126-158. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50n01-09>
- Cabezas, I. E. (2019). *Atención fisioterapéutica en paciente con cuadriparesia por trauma raquímedular en la comunidad de “Carpuela” de la provincia de Imbabura* [Tesis de Pregrado, Universidad Técnica del Norte]. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9897>
- Calixto, A. A., Mendoza, N. G., Pérez, O. R., Martínez, M. Á., Tomas, E. D. y Pérez, B. (2018). Movilización temprana como prevención y tratamiento para la debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos en pacientes en ventilación mecánica. Experiencia en un hospital de segundo nivel. *European Scientific Journal*, 21(14), 19-30. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n21p19>
- Carvajal, C., Pacheco, C., Gómez-Rojo, C., Calderón, J., Cadavid, C. y Jaimes, F. (2015). Características clínicas y demográficas de pacientes con trauma raquímedular. Experiencia de seis años. *Acta Médica colombiana*, 40(1), 46-47. <https://doi.org/10.36104/amc.2015.403>
- Florez, K., López, S., Giraldo, V. y Correa, J. P. (2021). *Efectos de la movilidad temprana en el desacondicionamiento físico adquirido en la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión temática* [Trabajo de Especialización, Universidad CES]. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5386>

- González, A. J. (s.f.). Enfermedad Cerebrovascular Hemorrágica. <https://jorcienciapdcl.sld.cu/index.php/jorcienciapdcl22/2022/rt/bio/69/65>
- Hernández, R. y Pino, W. J. (2020). Factores pronósticos en la recuperación motora y funcional de pacientes posictus. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(1), 51-54.
- Imbaquingo, A., Madera-Obando, J. S., Maldonado, I. E., Castillo, J., León-Micheli, B., Galárraga-Campoverde, R. y Albán-León, L. E. (2022). Manejo multidisciplinario de las metástasis cerebrales: una revisión actualizada y un cambio de paradigma. *Oncología (Ecuador)*, 32(2), 224-243. <https://doi.org/10.33821/635>
- Latta, M. A., Ortiz, P. G., Espín, V. E., Peñafiel, A. C. y Reales, L. J. (2022). Neurorehabilitación en un paciente con traumatismo raquímedular cervical y su evolución. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria Pentaciencias*, 4(3), 55-61.
- Ley 949. (2005, 17 de marzo). Congreso de la República de Colombia. <https://encolombia.com/medicina/materialdeconsulta/prof-salud/tocupacional/>
- López, D., Valle, S., Ferrer, A. I., Coves, J., Galán, N., Gimeno, J., Pajares, I. y Rodríguez, V. (2011). Complicaciones neurológicas del paciente con cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 53-64. https://doi.org/10.5209/rev_Psic.2011.v8.n1.5
- Moreno-Chaparro, J., Cubillos-Mesa, C. y Duarte-Torres, S. C. (2019). Rol de Terapia Ocupacional en la Unidad de Cuidado Intensivo en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(1), 70-84. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7614>
- Ortiz, M. V., Páez, O. D., Rodríguez, N. E., Jaime, N. L. y León, M. A. (2020). *Prevención y manejo del descondicionamiento físico en el paciente hospitalizado por COVID-19*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, UTPC.
- Pérez, S. (2022). *Intervención desde Terapia Ocupacional en un caso clínico de hemiplejia a consecuencia de un ictus hemorrágico* [Tesis de Pregrado, Universidad de Zaragoza]. <https://zaguan.unizar.es/record/117887>
- Salas, N. M., Lam, I. E., Sornoza, K. M. y Cifuentes, K. K. (2019). Evento Cerebrovascular Isquémico vs. Hemorrágico. *Recimundo*, 3(4), 177-193. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.177-193](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.177-193)
- Salguero, F., Cardona, A. F., Díez, J. C., Fonnegra, A., Fonnegra, J. R., Garzón, J. P., Hoyos, A. O. e Isaza, S. M. (2022). *Supervivencia global, progresión y complicaciones en pacientes con metástasis cerebrales tratados mediante Gammaknife en Bogotá, Colombia* [Trabajo de Especialización, Universidad El Bosque]. <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/7332>
- Seguí, M. y Sánchez, J. M. (2018). Hemorragia intracerebral espontánea: diagnóstico etiológico. *Seram*, 2(1), 1-15.
- Vallejo, M. C. (2005). Rehabilitación y cuidado paliativo. *Persona y Bioética*, 9(2), 59-63.
- Yanchapanta, A. A. (2022). *Terapia Ocupacional en pacientes con accidente cerebrovascular (ACV)* [Tesis de Pregrado, Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/27217>

