

Trauma craneoencefálico en persona adulta

Angie Carolina Benavides Delgado

Angie Carolina Oliva Pantoja

Lilian Salomé Ruano Moreano

Estudiantes de Terapia Ocupacional
Universidad Mariana

Ginna Marcela Ardila Villareal

Profesora de Terapia Ocupacional
Universidad Mariana

Se lleva a cabo un proceso de intervención de Terapia Ocupacional en la práctica clínica de disfunciones físicas adultos, en donde se realiza procesos de evaluación, intervención, seguimiento y resultados, encaminados a favorecer el desempeño ocupacional en los pacientes y, contribuir a su independencia y desempeño ocupacional. El presente documento abarca un diagnóstico de Trauma Craneoencefálico (TCE) y aborda aspectos importantes para la práctica clínica.

Charry et al. (2017) mencionan que el TCE es “una patología médico-quirúrgica, la cual se caracteriza por la alteración cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza, generando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y sus vasos sanguíneos” (p. 177). De modo que, cualquier traumatismo que tenga una lesión en el cráneo o cuero cabelludo, se considera TCE. Sus lesiones pueden tener un abultamiento en el cráneo o, llegar hasta una lesión grave del cerebro (Bravo et al., 2019). Caetano et al. (2021) sostienen que las etiologías que lo causan son los accidentes automovilísticos, debido al aumento de vehículos, asociados al comportamiento de los usuarios y la falta de supervisión general; sin embargo, también causan traumatismos, las caídas, la violencia urbana, los accidentes con armas de fuego, los accidentes de atropello y los accidentes deportivos. El TCE tiene complicaciones como convulsiones, infecciones, lesiones del nervio craneal, hidrocefalia y/o engrandecimiento ventricular después del trauma, lesiones vasculares, derrames, úlceras por presión, fallas múltiples en pacientes inconscientes y, politraumatismo (Paredes et al., 2020).

De acuerdo con esto, las secuelas del TCE pueden repercutir en gran medida en el desempeño ocupacional de la persona, ya que puede haber alteraciones en procesos cognoscitivos, psicomotores, dependiendo del lugar de la afectación, de manera que las alteraciones neuropsicológicas postraumáticas pueden desencadenar factores determinantes para el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD), trabajo, educación, participación social, entre otras (Muñoz et al., 2001).

Bajo este escenario, se expone a continuación el caso clínico de un paciente masculino de 56 años de edad que ingresa a un hospital de tercer nivel en el departamento de Nariño, a causa de politraumatismo cefalocaudal (todo el cuerpo) derivado de una caída por montar caballo, quien presenta resultados de exámenes como resonancia magnética, evidenciando un trauma cerrado de tórax con contusión pulmonar, TCE severo con fractura temporal derecha con hematoma subdural

laminar hemisférico derecho y contusión hemorrágica temporal derecha. Se le diagnostica TCE severo con hematoma intraparenquimatoso temporal derecho, hematoma subdural, edema cerebral. Es llevado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde permanece un mes. Posterior a ello, presenta condiciones regulares de salud, con traqueotomía, gastrectomía, oxígeno, con dependencia grave en las AVD. Al salir de la UCI es trasladado a hospitalización, donde se remite al equipo terapéutico interdisciplinario.

La intervención de terapia ocupacional inició con el proceso de evaluación, mediante la aplicación de diferentes escalas, con el fin de recolectar información que permitiera construir un análisis de desempeño ocupacional para la formulación de un plan de tratamiento, el cual se describe a continuación:

1. Se inicia con la valoración con índice de Barthel, que mide el grado de independencia de las AVD (Mahoney y Barthel, 1965): el paciente obtiene una puntuación de 45, indicando una dependencia grave.
2. Se continúa con la escala de coma de Glasgow, según Jennett y Teasdale (1974, como se cita en Ordóñez-Rubiano et al., 2019), que permite medir el nivel de conciencia de una persona; el paciente obtiene una puntuación de 13, indicando un estado de conciencia normal.
3. Se hace valoración con escala de Hipotonía Campbell (Ocapana-Taco, 2018), que permite evaluar el tono muscular en aquellas patologías susceptibles de presentar hipotonía muscular. El paciente obtiene una puntuación de -1, indicando hipotonía leve en miembros superiores.
4. Se valora con escala Daniells, la cual permite apreciar la cantidad de fuerza muscular a través de un movimiento articular (Hislop y Montgomery, 1999). El paciente obtiene una puntuación de 4, lo cual indica movimiento activo en toda su amplitud; vence la gravedad y tiene una resistencia moderada.
5. Se realiza un proceso de intervención de Terapia Ocupacional, utilizando la escala de hipotonía de Campbell, que evalúa el grado de hipotonía en diferentes extremidades corporales; obtiene una puntuación de cero, siendo normal pasivo; algunas partes del cuerpo se resisten al movimiento. Momentáneamente mantiene una nueva postura cuando es colocado en el espacio. Según la escala de Daniells, esto ayuda a valorar la fuerza muscular de forma global de un segmento del cuerpo en un mismo movimiento; va en una escala del 0 al 5, donde se mide la contracción muscular. Obtiene una puntuación de 4, siendo movimiento activo en toda su amplitud; vence la gravedad y una resistencia moderada.
6. Se continúa con la evaluación del formato de evaluación de habilidades del desempeño. En habilidades motoras se observa que el paciente tiene dificultad en grafomotricidad y coordinación visomotora; en habilidades de procesamiento, las funciones auditivas se encuentran afectadas, puesto que el paciente refiere oír sonidos tipo zumbidos, lo que le restringe escuchar y comprender lo que se le manifiesta; en funciones mentales, evidencia dificultad, específicamente en la atención y comprensión; en funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, el paciente presenta 80 grados de flexión y abducción de miembros superiores y, dificultad en patrones de marcha, fuerza y amplitud del movimiento.
7. Finalmente, se aplica el listado de intereses, donde el paciente manifiesta o muestra interés en la vida y trabajo de campo, jugar sapo, compartir con sus hijos y esposa. Manifiesta querer seguir realizando estas actividades en el futuro.

Una vez finalizada la evaluación y, teniendo en cuenta la información recolectada, se realiza un plan de tratamiento de acuerdo con las priorizaciones y necesidades del paciente, desarrollando un objetivo general enfocado a favorecer las habilidades motoras, de procesamiento y de interacción social, por medio de actividades con propósito, con el fin de contribuir a sus AVD y a su desempeño ocupacional. Se desarrolla 13 objetivos específicos planeados a corto plazo, finalizando con habilidades de interacción social, favoreciendo comunicación, participación y respuesta, con las que se lleva a cabo estrategias de intervención sustentadas bajo el Modelo Cognitivo Conductual, con la premisa de condicionamiento clásico, promoviendo las funciones mentales, específicamente en atención, concentración, seguimiento de instrucciones. Igualmente, se interviene desde el Modelo Neurodesarrollo, con la premisa Brunstrom, favoreciendo habilidades motoras, específicamente en agarres a mano llena, agarre cilíndrico, pinza, finalizando con habilidades de interacción social, favoreciendo comunicación, participación y respuesta, con el fin de contribuir a sus AVD y a su desempeño ocupacional.

Desde la visión del profesional, se destaca una evolución positiva del paciente, puesto que ha logrado ejecutar las actividades de Terapia Ocupacional satisfactoriamente, considerando que requiere de habilidades específicas para lograrlo. De igual manera se destaca que el proceso de intervención que se desarrolló con el paciente fue muy significativo dado que, desde la parte profesional se motivó la búsqueda de actividades con propósito, que se ajusten a sus necesidades. De esta manera, se logra un plan de intervención apropiado, del cual se obtiene resultados en la contribución del desempeño ocupacional.

Referencias

- Bravo, A. G., Herrera, S. P., Álvarez, W. J. y Delgado, W. A. (2019). Traumatismo craneoencefálico: Importancia de su prevención y tratamiento. *RECIMUNDO, Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 3(2), 467-483. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.467-483](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.467-483)
- Caetano, M. I., Gomes, R. R., Santos, S. H., Lopes, S. M., Moreira de Alencar, R. y Rodrigues, W. (2021). Diagnósticos de enfermería para pacientes con traumatismo craneoencefálico: revisión integradora. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 20(64), 584-628. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.435321>
- Charry, J. D., Cáceres, J. F., Salazar, A. C., López, L. P., & Solano, J. P. (2017). Trauma craneoencefálico. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 43(2), 177-182. <https://doi.org/10.36593/rev.chil.neurocir.v43i2.82>
- Hislop, H. J. y Montgomery, J. (1999). *Daniels-Worthingham's: Pruebas funcionales musculares: Técnicas de exploración manual* (6.ª ed.). Marban.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 13, 61-65. <https://doi.org/10.1037/t02366-000>
- Muñoz, J. M., Paúl, N., Valero, P. y Tirapu, J. (2001). Factores de pronóstico en los traumatismos craneoencefálicos. *Revista de Neurología*, 32(4), 351-364. <https://doi.org/10.33588/rn.3204.2000456>
- Ocapana-Taco, J. M. (2018). *Efectos inmediatos de hipoterapia en el tono y equilibrio en niños de 2-10 años, con síndrome de Down, valorado mediante la escala de Campbell y Tinetti, en la fundación virgen de la merced, durante los meses de noviembre a enero 2017-2018* [Tesis de Pregrado, Universidad Católica del Ecuador, PUCE]. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14735>
- Ordóñez-Rubiano, E. G., Moreno-Castro, P. S., Pineda-Parra, A. M., Mora-Maldonado, L. C., Peña-Segovia, A. C., Olivella-Montaña, M. C., Acosta, E., Enciso-Olivera, C. O., Marín-Muñoz, J. H., Ardila, A. y Ordóñez-Mora, E. G. (2019). Neuroanatomía funcional de la escala de coma de Glasgow. *Revista Argentina de Neurocirugía*, 33(2), 91-99.
- Paredes, K. A., Cedeño, M. S., De los Ríos, P. G. y Vaca, F. A. (2020). Factores de riesgo y complicaciones del traumatismo craneoencefálico en adulto joven. *RECIMUNDO, Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 4(1), 142-151. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(1\).enero.2020.142-151](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.142-151)