

Terapia Ocupacional y la valoración cognitiva intra y extrahospitalaria

Karen Tatiana Burbano Vallejo

María Alejandra Cabrera Tello

Salomé Jurado Macías

Estudiantes de Terapia Ocupacional

Universidad Mariana

Luis Alberto Zambrano Montero

Profesor de Terapia Ocupacional

Universidad Mariana

En el mes de mayo de 2023 en la Universidad Mariana, los estudiantes del programa de Terapia Ocupacional (TO), en la práctica formativa en el Hospital San Pedro, llevaron a cabo un tema de gran interés con relación al ámbito hospitalario acerca de la valoración cognitiva intra y extrahospitalaria.

La valoración cognitiva es la identificación del grado de deterioro de las funciones cognitivas, tales como: atención, orientación, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cognición social (Nicolás-Barrios, 2020). Desde TO se realiza esta clase de valoraciones a pacientes durante la estancia hospitalaria, para establecer un adecuado diagnóstico ocupacional, dentro del cual se valora las funciones cognitivas y el impacto en las ocupaciones y en la vida diaria de la persona. De igual manera, las valoraciones contribuyen con la definición e identificación del estado del paciente a nivel cognitivo, dado que estas tienen una relación directa en el desempeño ocupacional de los individuos, directamente en las actividades de la vida diaria (AVD), la autonomía y la calidad de vida de los pacientes; así pues, se interviene en la rehabilitación cognitiva, mejorando las funciones cognitivas, facilitando así el desempeño ocupacional y, generando independencia y autonomía en el paciente.

En la intervención de TO dentro del ámbito hospitalario, se usa distintas pruebas que ayudan a definir el estado de conciencia del paciente, su funcionalidad e independencia. La intervención en un centro hospitalario debe ser concisa y rápida; en este orden de ideas, las llamadas 'pruebas cognitivas breves' son una opción al momento de evaluar al paciente, recalando que son efectivas al momento de identificar algún tipo de deterioro cognitivo que esté afectando su desempeño, como la conciencia, la memoria, la concentración (Olazarán et al., 2015).

La foto-test es un instrumento de evaluación breve que se puede aplicar a cualquier tipo de población; valora lenguaje, memoria y función ejecutiva. Este instrumento ha sido de gran utilidad en la identificación del deterioro cognitivo en atención primaria, neurología general y en el meta-análisis. También ha demostrado una alta fiabilidad en la modalidad de test; cuenta con tres versiones paralelas que lo hacen adecuado en el seguimiento de casos especiales y es llevado a cabo por distintos profesionales (Carnero et al., 2022).

El mini mental test es una prueba que se usa para evaluar la memoria, orientación, concentración y lenguaje a través de una otorgación de puntuación según las respuestas positivas que obtenga el paciente; seguido de esto, se promedia dichas puntuaciones y se compara los parámetros. El test puede determinar el nivel de deterioro cognitivo y puede sugerir el inicio de patologías como el Alzheimer. También incluye componentes de recordatorios que le avisan al paciente la medición a tomar, según la prescripción médica indicada (Llamuca et al., 2020).

Mendoza y García (2018) mencionan un caso de una mujer de 54 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, controlada con bomba de insulina, que causa derivación a los servicios de neurología, tras detectar alteraciones de la memoria no acordes a la edad; además, con relación a los antecedentes familiares, el padre de la paciente presentó accidente cerebrovascular. Se trabaja desde un enfoque terapéutico ocupacional, puesto que, según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, el propósito es apoyar la salud y la participación en la vida a través del

compromiso con la ocupación. Con esta premisa, la intervención ocupacional en el deterioro cognitivo tiene una doble misión: en primer lugar, con la alteración de la salud y afectación de funciones mentales, así como con destrezas y, en segundo lugar, con las limitaciones en las diferentes áreas y contextos.

Siguiendo esta propuesta, se concluye en una intervención y razonamiento clínico que debe partir de un enfoque *top-down* para que los resultados sean congruentes con las metas de la persona y, sin perder de vista este objeto mayoritario, se plantea una intervención *bottom up*, identificando las funciones cognitivas alteradas y su implicación en el propio desempeño, según la demanda de la actividad. Los objetivos de intervención planteados en este caso giran en torno al objetivo final de mantener la independencia funcional en el desempeño de las AVD instrumentales. De forma más específica, se detalla en estimular y mantener las funciones cognitivas conservadas, entrenar los procesos de planificación y organización de tareas relacionadas con las AVD instrumentales de gestión, de comidas, compras, manejo de dinero y gestión del tiempo, al igual que, implementar el uso de ayudas externas para el desarrollo funcional de las AVD, alcanzar la transferencia de las destrezas y ayudas externas entrenadas durante las sesiones de los contextos habituales de la usuaria.

Se lleva a cabo una intervención directa que prepara a la persona para el aprendizaje que le permite encarar con las habilidades necesarias, los siguientes niveles: en este caso, se contempla el entrenamiento en capacidades propias de tipo atencional, memoria, lenguaje, praxias, gnosias o funciones ejecutivas. Con relación a la evolución, según las medidas estandarizadas en los parámetros cuantitativos, se puede ver cómo la escala de Barthel demuestra que la paciente tiene independencia en las AVD; en la misma línea, sigue el valor de la escala de deterioro global de Reisberg, que se mantiene estable a lo largo de la intervención. Asimismo, se ve la exploración mínima en demencias que, sin grandes oscilaciones, es el valor que más fluctúa, algo usual en patología vascular; el dato más significativo es la tendencia al alza de los valores de la escala de Lawton y Brody que, con independencia de las puntuaciones de la valoración cognitiva, siempre tiende a una discreta mejora; es decir, no hay como tal una mejora, en comparación de las anteriores escalas. Se plantea generar independencia en las AVD con relación al desempeño cognitivo de la persona; por lo tanto, es necesario esbozar una intervención que, a pesar de la incidencia cognitiva por la agresividad de la misma, sea capaz de mantener e incluso mejorar la independencia en las AVD mediante el uso de estrategias compensatorias y otras técnicas que

se considere adecuadas, en aras de mantener un patrón de estabilidad, retrasando la instauración de una posible demencia (Mendoza y García, 2018).

El estudio de Martínez et al. (2020) menciona que los factores por los cuales se desarrolla el déficit cognitivo con frecuencia son multifactoriales, donde en algunas ocasiones no se encuentra relación con la gravedad de la enfermedad o la edad. La hipoxia genera una influencia sobre la cognición, evidenciando atrofia del hipocampo, la atención, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas, originando una disminución del rendimiento cognitivo en personas convalecientes de COVID-19.

Inmerso en las prácticas formativas que desarrollan los estudiantes de quinto, sexto, séptimo y octavo semestres del programa de TO de la Universidad Mariana y que se llevan a cabo en el área de Disfunciones físicas adulto en la Fundación Hospital San Pedro, podemos encontrar patologías recurrentes que involucran el daño cerebral, alteraciones en el estado de la conciencia, deterioro cognitivo o alteraciones transitorias de las funciones mentales globales y específicas. Debemos mencionar que, desde el quehacer propio del terapeuta ocupacional, existen tres fases dentro del proceso de intervención, que están estandarizadas en el marco de trabajo para la práctica, determinadas de la siguiente forma: evaluación, intervención y muestra de resultados.

Con parámetros establecidos dentro del proceso de intervención, nos focalizaremos en la **evaluación**. De manera inicial debemos contar con una remisión médica al servicio de rehabilitación, específicamente a TO; posteriormente, procedemos a seleccionar la escala adecuada para valorar el estado cognoscitivo de cada paciente remitido. Cabe resaltar que, como criterio de inclusión para los efectos valorativos, el paciente debe tener una patología que haya alterado la fisiología de sistema nervioso central (SNC), tener una edad avanzada o, antecedentes farmacológicos que alteren el normal funcionamiento de los procesos cognitivos (ejemplo: fármacos anticonvulsivos).

Dentro del criterio de selección de la escala a utilizar, el profesional sociosanitario debe considerar las siguientes características: naturaleza de la patología, estado del paciente, nivel de sedación, antecedentes y edad del paciente; basándose en dicha información, procederá a seleccionar de manera idónea la escala, ya que esta debe tener los componentes propios para valorar el estado de cada paciente y la unidad donde se encuentre, de la siguiente manera.

Tabla 1*Escalas unidad de cuidado intensivo*

Patología	Unidad	Estado	Escala
Daño cerebral adquirido	Unidad de cuidado intensivo	Comatoso	Glasgow
Resección tumoral		Estuporoso	Glasgow
Emergencias hipertensivas		Sedado consciente	Rancho Los Amigos
		Consciente	Minimental test

Tabla 2*Escalas unidad intermedia*

Patología	Unidades intermedias	Estado	Escala
Daño Cerebral Adquirido		Comatoso	Glasgow
Resección Tumoral		Estuporoso	Glasgow
Emergencias hipertensivas		Sedado consciente	Ramsay - Glasgow
		Consciente	Mini mental test

Tabla 3*Escalas hospitalización*

Patología	Hospitalización	Estado	Escala
Síndromes convulsivos		Comatoso	Score de severidad de status epiléptico (STESS), la escala de RANKIN modificada de STESS (mRSTESS) y el Score de mortalidad en status epiléptico basado en la epidemiología (EMSE-EACEG) – Glasgow
Síndrome por alteración de estado de conciencia		Estuporoso	Glasgow
Intoxicación por Organofosforados		Sedado consciente	Ramsay – Glasgow
Intoxicación por fármacos		Consciente	Glasgow

Tabla 4*Escalas en consulta externa*

Patología	Consulta externa	Estado	Escala
Alzheimer		Consciente	Test de alteración de memoria (T@M)
Demencia Zenil		Consciente	Mini mental test
Deterioro Cognitivo		Consciente	Escala de la evaluación cognitiva Montreal (MoCA)



Referencias

- Carnero, C., Carrera, I., Triguero, L., López, S. y Vílchez, R. (2022). Valores normativos del fototest en pacientes neurológicos sin deterioro cognitivo. *Neurología*, 37(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.03.001>
- Llamuca, J. G., Macías, Y. K., Miranda, J. L. y Tapia, V. C. (2020). Test minimal para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *Innova Research Journal*, 5(3), 315-328. <https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.1.2020.1544>
- Mendoza, C. y García, M. I. (2018). Una aproximación clínica al deterioro cognitivo leve: intervención desde Terapia Ocupacional. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia*, (27).
- Nicolás-Barrios, P. I. (2020). *Valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016-2017* [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Pedro Gallo]. <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/8495?show=full>
- Olazarán, J., Hoyos-Alonso, M. C., del Ser, T., Garrido, A., Conde-Sala, J. L., Bermejo-Pareja, F., López-Pousa, S., Pérez-Martínez, D., Villarejo-Galende, A., Cacho, J., Navarro, E., Oliveros-Cid, A., Peña-Casanova, J. y Carnero-Pardo, C. (2016). Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*, 31(3), 183-194. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.07.009>
- Mendoza, C. y García, M. I. (2018). Una aproximación clínica al deterioro cognitivo leve: Intervención desde terapia ocupacional. *TOG (A Coruña)*, 127-133.
- Martínez, R., Cartaya, C., Machado, T., Álvarez, M. Á., Zaldívar, T. y Rosabal, Y. (2020). Rendimiento cognitivo en pacientes convalcientes de COVID-19. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 36. <https://revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/1329>