

Limitación en la participación en actividades de la vida diaria en casos de accidente cerebrovascular

Eliana Anabel Romo Vallejos

Estudiante de Terapia Ocupacional

Universidad Mariana

Ginna Marcela Ardila Villareal

Profesora de Terapia Ocupacional

Universidad Mariana

El Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Este evento neurológico tiene un impacto significativo en la vida de quienes lo padecen, por cuanto puede desencadenar diversas alteraciones motoras, cognitivas, sensoriales, sociales y emocionales. Estas consecuencias tienen un impacto significativo en la capacidad de las personas para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) como: bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse, realizar la higiene y el aseo personal.

Según Hernández y Pino (2020), los factores de riesgo que se pueden presentar a causa de un ACV isquémico son: hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, aumento del colesterol, consumo de alcoholismo, tabaco, drogas, sedentarismo y obesidad, dolor de cabeza, vómitos, cambios en el estado de consciencia, entumecimiento o parálisis de la cara, brazo o pierna, problemas al momento de hablar, dificultad para coordinar o mover una parte del cuerpo, lo que puede generar una parálisis o hemiplejía y, limitar significativamente la independencia en las AVD.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y Salud (CIF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han definido la discapacidad, como una deficiencia, limitación de actividad y/o restricción de participación de una persona en su entorno social. La CIF considera que las deficiencias (anormalidad o pérdida de una función o estructura corporal) y los factores contextuales (ambientales o personales, facilitadores o barreras) pueden generar limitación en la participación en actividades como bañarse, alimentarse, vestirse y, la movilidad funcional. En el proceso de intervención de terapia ocupacional se puede encontrar factores determinantes que son facilitadores o limitantes:

Barreras y facilitadores ambientales: permite ajustar el mobiliario del hogar para que el paciente pueda acceder con dispositivos y barras de apoyo en el baño, lo que facilita su seguridad y movilidad, posibilitando realizar

actividades como bañarse, sin depender de otros. Para la alimentación, se puede adaptar dispositivos para pacientes que padecen debilidad en sus manos, tales como: cucharas o tenedores con mangos ergonómicos o antideslizantes, que facilitan el agarre de objetos. Como barreras ambientales, las escaleras a desniveles pueden generar dificultades para la movilidad del paciente, en función de su fuerza y equilibrio y, se requiere adaptar rampas; por otra parte, los espacios reducidos con obstáculos, ocasionan riesgo de caídas.

Barreras y facilitadores personales: la motivación y la actitud optimista para participar en el proceso de rehabilitación facilita su progreso y permite superar desafíos para cumplir con ciertas tareas que involucren los intereses y las necesidades personales. El apoyo familiar es un facilitador emocional y práctico para mejorar la disposición y participación en AVD; por lo tanto, hay que fomentar actividades significativas para

que el paciente experimente una sensación de logro y valor personal, lo cual es clave para su autoestima y para mejorar el estado emocional.

Según Lucas (2019), “las actividades de la vida diaria permiten la subsistencia de cada persona; en ellas se encuentran las capacidades de autocuidado más elementales; estas actividades son las últimas en perderse y las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional” (p. 11). De este modo, la pérdida de independencia en las AVD requiere del apoyo constante de cuidadores para mantener la calidad de vida, ya que se realizan en menor o mayor medida a lo largo del día, por lo que es difícil imaginarse no poder llevarlas a cabo por sí mismos. La gravedad de la lesión determina el grado de dependencia en la participación en AVD.

Para realizar tareas de autocuidado, los pacientes requieren de funciones y estructuras corporales que involucren funciones neuromusculoesqueléticas que permiten obtener rangos de movimiento o amplitud articular, fuerza, movimiento, resistencia articular, tono muscular, entre otras. Para la tarea de alimentación, el uso de patrones funcionales para realizar patrón mano boca, patrón mano cabeza, se debe practicar con actividades de motricidad fina como recoger pequeños objetos, o usar pinzas, entrenar al paciente en técnicas para abotonar camisas usando una mano para enganchar el botón en el ojal y tirar para cerrarlo, involucrar actividades de su interés, promover la interacción social y reducir el aislamiento, facilitar la participación en una actividad que le genere desafíos y motivación. Al hacerlo, se obtiene un bienestar físico, cognitivo, social y emocional que mejora la autonomía; la gravedad de la lesión determina el grado de dependencia en la participación en AVD.

La condición de salud dada por el ACV isquémico impacta en los tres niveles del funcionamiento:

- Impedimentos a nivel de estructura y función corporal
- Limitación en la actividad
- Restricción en la participación.

Los pacientes con lesión cerebral en el hemisferio izquierdo presentan déficit en el control de la trayectoria del movimiento, planificación motora y selección de patrones motores; aquellos con lesión en el hemisferio cerebral derecho, déficit en el control posicional y el procesamiento viso-espacial. La plasticidad cerebral

a través del aprendizaje permite recuperar funciones motoras y cognitivas, mejora la comunicación entre áreas cerebrales, reorganiza las redes neuronales para compensar áreas dañadas y, permite a los pacientes volver a realizar actividades diarias que habían perdido.

Para el proceso de intervención en pacientes con secuelas de un ACV isquémico, dentro de los enfoques de tratamiento se encuentra la terapia de Neurodesarrollo (NDT - Bobath) (Valverde y Serrano, 2003), la cual ha presentado una importante evolución durante los últimos 20 años. Berta Bobath en los años 90 señalaba que los principales impedimentos presentados por los pacientes con ACV ocurrían como resultado de la falta de inhibición del SNC, generando una coordinación anormal de patrones de movimiento combinados, con un tono postural anormal. Los beneficios de esta terapia en la recuperación con el método Bobath permiten dar a conocer la efectividad en cuanto a la reducción del dolor de hombro y en la reducción del tono, evolucionando en respuesta a las teorías del control motor en miembro afectado.

Por otra parte, Lucas (2018) considera que la Medida de Independencia Funcional (FIM, por sus siglas en inglés) permite medir la funcionalidad y el progreso en la rehabilitación de pacientes con discapacidades físicas y cognitivas. Esto hace posible establecer objetivos específicos para el proceso de rehabilitación para identificar las áreas en las que los pacientes requieren mayor apoyo, en aras de diseñar un plan de tratamiento de manera individual, enfocado en sus necesidades de mejora. Para Pérez (2022), permite demostrar la eficacia y efectividad que tiene la terapia ocupacional en la recuperación de la autonomía e independencia funcional del miembro superior hemipléjico de lado izquierdo por secuelas de un ACV. Dicho esto, en el presente caso se aplicaron escalas como FIM, Barthel, Lawton y Brody, que permiten medir el grado de independencia en AVD e instrumentales.

Se realiza un plan de tratamiento desde terapia ocupacional enfocado en facilitar el desempeño y la ejecución de las AVD. El cumplimiento y evolución se llevó a cabo en tres fases:

- Fase de evaluación
- Fase de intervención
- Fase de reevaluación.



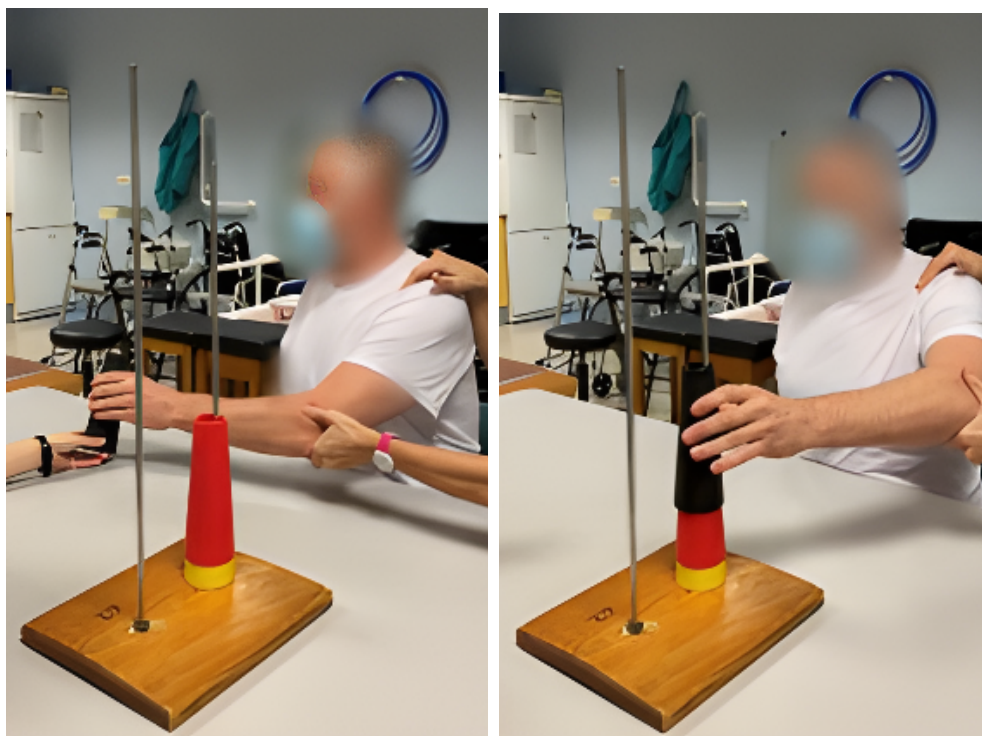
La primera evaluación se realizó con la FIM, obteniendo una puntuación total de 22 puntos sobre 126, 13 puntos en la parte motora y nueve en la parte cognitiva. En esos momentos, el paciente era totalmente dependiente en todas las AVD. Con la escala Índice de Barthel se obtuvo una puntuación total de 5 puntos sobre 100 (dependencia severa). Por último, en la Escala de Lawton y Brody para evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), se evidencia que, previamente, era muy participativo en las tareas del hogar y, en muchas ocasiones, era el encargado de realizar las comidas, hacer las compras, etc. Obtuvo una puntuación de 5 puntos sobre 8.

En la fase de intervención se llevó a cabo el plan de intervención, tras examinar las escalas previas y compararlas con su estado actual. Se detectaron las áreas y aptitudes más afectadas para efectuar todas las actividades diarias de la manera más autónoma posible. Se hizo una entrevista al paciente, para conocer cuáles eran sus prioridades e intereses en el proceso de rehabilitación.

A continuación, se da a conocer las actividades planteadas con objetivos y la descripción de cada actividad, con el fin de lograr la mayor independencia y autonomía del paciente.

Figura 1

Actividad Número 1



El paciente se ubica sentado frente a la mesa, en una buena posición, para comenzar la actividad. Con el brazo pléjico realiza el agarre de conos uno por uno, para introducirlos sobre una estructura con una barra vertical. Las primeras veces requería ayuda de la terapeuta, que colocaba su mano bajo su codo, para quitarle el peso de la extremidad y acompañarle en el movimiento, además de sujetar y estabilizar la articulación del hombro para evitar que realizase movimientos compensatorios.

Figura 2

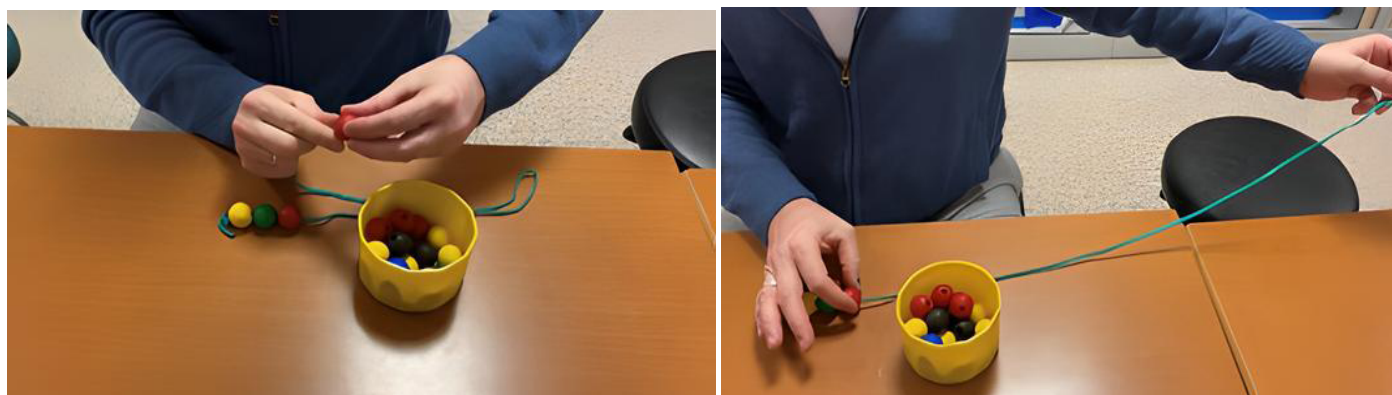
Actividad Número 2



El paciente se ubica en bipedestación frente a la mesa de trabajo, con una silla detrás para prevenir el riesgo de caída. La actividad consiste en que agarre con su brazo pléjico, las anillas para colocarlas en una estructura con barras horizontales, tanto por su lado izquierdo como por su lado derecho. Además, debe intercalar diferentes pinzas bidigitales, comenzando desde el índice hasta el meñique.

Figura 3

Actividad Número 3



Paciente en posición sedente, realiza la siguiente actividad bimanual de costura; con las manos va enhebrando unas bolas en un cordón, de manera que primero, con la mano pléjica coja la bola y la enhebre en el cordón. Una vez enhebrada, la mano sana pasa a sujetar la bola (manteniéndola siempre en su plano medio) y, con la mano pléjica sujeta la punta del cordón y estira de él desplazando su brazo hacia abducción de hombro y extensión de codo para conseguir un amplio rango articular de todo el miembro superior.

Después de llevar a cabo las actividades durante un periodo de tiempo de cuatro a cinco meses, con sesiones de 45 minutos de duración, se procedió a la reevaluación mediante las escalas aplicadas inicialmente, que permitieron obtener el resultado final y evaluar el impacto de la intervención de terapia ocupacional con pacientes de ACV. La



extremidad superior realiza múltiples funciones, como: alcance, manipulación, transferencia y liberación de objetos, tanto de forma unimanual como bimanual:

- En escala FIM se obtuvo una puntuación de 118 puntos
- Índice de Barthel: se obtuvo una puntuación de 90 puntos sobre 100 (Independencia ligera)
- En escala de Lawton y Brody se obtuvo una puntuación de 6 puntos sobre 8.

De acuerdo con lo anterior, se puede evidenciar que con las actividades realizadas se pudo obtener un gran desempeño en la funcionalidad y destreza del paciente; por lo tanto, hay que destacar la importancia de comenzar el proceso de rehabilitación en pacientes con ACV lo antes posible, puesto que la recuperación de la funcionalidad perdida es más rápida durante los primeros tres a cuatro meses tras el accidente (se recupera aproximadamente el 80 % de su funcionalidad). Cabe mencionar que, al hacerlo en los primeros días seguidos a la lesión, se garantiza una recuperación más rápida y efectiva con un mayor grado de independencia.

Referencias

- 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.
- Lucas, I. A. (2018). *Terapia Ocupacional en el proceso de deterioro motriz del adulto mayor* [Tesis doctoral, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, ULEAM]. <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/1906>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Pérez, S. (2022). *Intervención desde Terapia Ocupacional en un caso clínico de hemiplejía a consecuencia de un ictus hemorrágico* [Tesis de pregrado, Universidad de Zaragoza]. Repositorio institucional. <https://zaguan.unizar.es/record/117887/files/TAZ-TFG-2022-752.pdf?version=1>
- Valverde, M. E. y Serrano, M. (2003). Terapia de Neurodesarrollo. Concepto Bobath. *Nuevos Horizontes en la restauración neurológica*, 2(2), 139-142.

