

EVIDENCIA DEL TRATAMIENTO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

EVIDENCE FROM OCCUPATIONAL THERAPY TREATMENT ON DAILY LIVING ACTIVITIES IN PATIENTS WITH STROKE

DECS: Terapia Ocupacional, Accidente cerebrovascular, Actividades de la Vida Diaria.

MESH: Occupational Therapy, Stroke and Activities of Daily Living.



Autora

Dña. Irene Torres Ávila

Terapeuta Ocupacional en Residencia Nuestra Señora de Guadalupe

irene.torres@live.com

Como citar este documento:

Torres Ávila I. Evidencia del tratamiento desde terapia ocupacional en actividades de la vida diaria en pacientes con accidente cerebrovascular. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2014 [fecha de la consulta]; 11(19): [25 p.]. Disponible en:

<http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original3.pdf>

Texto recibido: 07/10/2013

Texto aceptado: 24/04/2014

Texto publicado: 18/05/2014

Introducción

“El Daño Cerebral Adquirido (DCA) está producido por una lesión en el cerebro, de naturaleza no degenerativa ni congénita, como resultado de una fuerza física externa o causa interna, que produce una alteración en el nivel de conciencia y del cual resulta una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico” (Vermont Division of Vocational Rehabilitation, 1999). (1)

Hay varios agentes que pueden ser desencadenantes para que se produzca un DCA. Estos se dividen en tres principales grupos: accidentes cerebrovasculares (ACV) o ictus, traumatismos craneoencefálicos (TCE), otras enfermedades como por ejemplo anoxias cerebrales, tumores cerebrales e infecciones.

RESUMEN

Las alteraciones que se derivan de un accidente cerebrovascular son muy numerosas y de diferente complejidad dependiendo del tipo de lesión, localización, severidad inicial de la lesión, edad del sujeto, etc. Estas alteraciones/secuelas pueden causar una limitación/restricción en la participación en las actividades que afecta de manera global a la persona, incluyendo los planos físico-funcional, sensorial, neuropsicológico (cognitivo, conductual y emocional), y relacional. Constituyendo la primera causa de incapacidad en la población adulta. El conjunto de trastornos que presenta una persona que sufre un accidente cerebrovascular afectará al funcionamiento diario de esa persona, dificultando la realización de las actividades de la vida diaria. El objetivo de esta revisión es analizar la eficacia de diferentes intervenciones desde Terapia Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Accidente Cerebrovascular. La mayoría de sujetos con Accidente cerebrovascular que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional obtienen beneficios en las actividades de la vida diaria. Estos se pueden conseguir mediante programas de tratamiento individual o grupal. Además, este tratamiento reduce el riesgo de complicaciones secundarias al ACV.

SUMMARY

The alterations derived from a stroke are very numerous and may be of different complexity depending on the type of injury, location how severe the injury was at beginning, the age of the individual, ect. These consequences may cause a restriction when participating in activities that affect the individual in a global way, including the physical-functional, sensorial, neuropsychological (cognitive, behavioral and emotional), and relational levels. These alterations are the main cause of disability in adults. The combination of disorders of an individual after a stroke will affect his/her daily functioning and will also complicate the development of activities of daily living. The objective of this review is to analyze the efficiency of different interventions from Occupational Therapy in Activities of Daily Living with individuals who had suffered a stroke. The majority of these individuals who received treatment from Occupational Therapy after a stroke obtain benefits in the realization of their activities of daily living. In addition to this, the treatment reduces the risk of a side effect from the stroke.

De los citados anteriormente la causa más frecuente de DCA son los ACV o ictus. Siendo menos frecuente el último grupo en el que se han citado tumores cerebrales, anoxias cerebrales e infecciones. (1 y 2) Ver tabla 1.

El ACV puede estar originado por diversas causas, estas se clasifican en los siguientes grupos: trastornos isquémicos, hemorragia cerebral o rotura de aneurismas. (3)

Antecedentes

La enfermedad cerebrovascular es una

discapacidad cuya incidencia es alta. (3) Representa la tercera causa de muerte de la población española (4) tras las patologías coronarias y oncológicas. (5) Y la primera de invalidez en personas adultas en los países desarrollados. (6)

La incidencia de accidente cerebrovascular es más elevada en los últimos años, debido al envejecimiento de la población y a factores de riesgo relacionados con los estilos de vida. (3) Según el informe "Daño Cerebral Sobvenido en España: un acercamiento Epidemiológico y Sociosanitario" del Defensor del Pueblo, al año hay una incidencia (número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un período determinado) de 266 casos de ictus por cada 100.000 habitantes. (1)

Existen diversos factores de riesgo asociados a la aparición de los casos de ACV. ⁽⁴⁾ Siendo los más relevantes: la edad, los determinantes genéticos y los asociados con el estilo de vida. ⁽⁵⁾

Diversos estudios cifran la prevalencia de ACV en 60 casos por cada 1.000 habitantes con edades comprendidas entre 65 y 74 años, y de 95 casos por 1.000 habitantes de edades comprendidas entre 75 y 84 años. ⁽⁵⁾

Las alteraciones que se derivan de un ACV son muy numerosas. ⁽⁷⁾ Pueden ser de diferente complejidad ⁽²⁾ dependiendo de factores como el tipo de lesión, la localización y severidad inicial de la misma, así como de características propias de cada persona como la edad, personalidad o capacidades previas. ⁽¹⁾

Estas alteraciones/secuelas pueden causar una limitación/restricción en la participación en las actividades que afecta de manera global a la persona, incluyendo ⁽⁷⁾ los planos físico-funcional, sensorial, neuropsicológico (cognitivo, conductual y emocional), y relacional. ^(2 y 8) Constituyendo la primera causa de incapacidad en la población adulta. ⁽⁴⁾

A pesar de que los trastornos que pueden derivar de un ictus son muy variados, ⁽⁹⁾ podemos clasificarlos en problemas sensitivo-motores, alteraciones perceptivas, trastornos cognitivos y afectivos, trastornos de la comunicación, trastornos de la deglución, problemas psicosociales y problemas funcionales y ocupacionales.

Dando lugar a la siguiente clasificación:

Problemas sensitivo-motores. Hemiplejias y hemiparesias, hipertonía/espasticidad, hipotonía/flacidez, trastornos con el control de esfínteres, alteraciones de la coordinación, alteraciones propioceptivas y cinestésicas y/o astereognosia. ^[9]

Alteraciones perceptivas. Entre los cuales podemos destacar heminegligencia, agnosia, apraxias, problemas con el esquema corporal, déficits visuales, etc. [8]

Trastornos cognitivos y afectivos. Podemos encontrar alteraciones de la atención, problemas de memoria, reducción de la velocidad para el procesamiento de la información, alteraciones de las funciones ejecutivas o falta de conciencia de las limitaciones. [9]

Trastornos de la comunicación. Alteraciones del lenguaje afasia. O alteraciones del habla disartrias. [2]

Alteraciones de la deglución. Disfagia. [2]

Problemas psicosociales. El enorme impacto psicológico que sufren estos pacientes puede venir acompañado de un estado depresivo que interferirá en el tratamiento. [8]

Problemas funcionales y ocupacionales. Tomando algunas cifras como referencia, el 68 % de las personas afectadas por daño cerebral adquirido presentan algún tipo de dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria básicas (alimentación, aseo personal, transferencias, control de esfínteres, vestido, etc.). El 84 % presenta problemas a la hora de manejarse fuera del domicilio y el 71 % no es capaz de realizar las tareas domésticas en el hogar. [1]

El conjunto de trastornos que presenta una persona que sufre un accidente cerebrovascular afectará al funcionamiento diario de esa persona, dificultando la realización de las actividades de la vida diaria. (1)

Terapia Ocupacional y Accidente Cerebrovascular

“La práctica de Terapia Ocupacional significa el uso terapéutico de las actividades de la vida diaria (ocupaciones) con individuos o grupos con el propósito de participar en los roles y en situaciones en el domicilio, colegio, lugar de trabajo, comunidad y otros ambientes. Los servicios de terapia ocupacional se proveen con el propósito de promover la salud y bienestar y para aquellos que tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición deterioro, discapacidad, limitación en la actividad o restricción de su participación. La terapia ocupacional atiende los aspectos físico, cognitivo, psicosocial, sensorial, y otros aspectos del desempeño en una variedad de contextos para apoyar el compromiso con las actividades de la vida diaria que afectan a la salud, el bienestar y la calidad de vida.”⁽¹⁰⁾

La gran cantidad de actividades u ocupaciones está ordenada en categorías llamadas “áreas de ocupación”, también denominadas Actividades de la Vida Diaria. Estas constituyen aquellas tareas ocupacionales que la persona lleva a cabo diariamente en función de su rol biológico, emocional, cognitivo, social y laboral, dentro de las cuales diferenciamos: AVD Básicas, AVD Instrumentales, Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio o Tiempo Libre, Participación social.⁽¹⁰⁾ Ver tabla 2.

El conjunto de trastornos que presente una persona que sufre un DCA afectará por lo tanto al desempeño de esa persona en la realización de sus actividades cotidianas, dando como resultado un mal funcionamiento diario en la ejecución de las actividades de la vida diaria de dicho individuo, lo cual mermará su calidad de vida así como la de sus familiares.⁽¹⁾

Para el tratamiento de las personas que han sufrido un ACV la Terapia Ocupacional se fundamenta en los diferentes marcos teóricos; biomecánico, neurodesarrollo y perceptivo cognitivo.⁽²⁾

En concreto el marco de referencia biomecánico se centra en intervenir en las alteraciones motoras y ortopédicas, utilizando como técnicas la cinesiterapia, la actividad muscular estática y dinámica, etc. El marco de referencia del neurodesarrollo tiene como objetivo final enseñar al paciente pautas normales de desarrollo. Lo hace mediante diferentes métodos: terapia por el movimiento o método Brunnstrom, facilitación neuromuscular propioceptiva o método Kabat, estimulación sensorial o método Rood y método Bobath. Por último, el marco de referencia perceptivo-cognitivo se basa en dos aspectos fundamentales; el procesamiento de la información y la repercusión de dicho proceso para la realización de las actividades de la vida diaria. ⁽²⁾

Objetivo

El objetivo de esta revisión es analizar la eficacia de diferentes intervenciones desde Terapia Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Accidente Cerebrovascular. Se pretende describir los hallazgos de trabajos previos acorde con el tema tratado.

2. Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han tenido en cuenta los siguientes criterios de selección.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en esta revisión artículos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

1. Cualquier ensayo clínico.
2. Ensayos con personas con accidente cerebrovascular sin importar el género.
3. Estudios en los que se lleve a cabo una intervención de Terapia Ocupacional.
4. Estudios de no más de 10 años (2003-2013).

5. Cualquier estudio publicado en inglés o castellano.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de esta revisión los artículos que no cumplían alguno de los requisitos anteriores:

1. Estudios relacionados con el tema, pero que no estuvieran publicados en inglés o castellano.
2. Estudios de más de 10 años.
3. Estudios relacionados con la patología pero que no incluyen un tratamiento de Terapia Ocupacional.
4. Estudios de revistas de pago.
5. Estudios que no cumplían con el objetivo final de la revisión.

Los términos de búsqueda para esta revisión fueron: "activities of daily living", "hemiplegia", "stroke", "occupational therapy", "functional rehabilitation", e "ictus" combinándolos entre sí.

Las búsquedas han sido realizadas en varias bases de datos siendo éstas Academic Search Complete, Pubmed, Dialnet, La Biblioteca Cochrane Plus.

Se hallaron un total de 579 referencias de artículos relacionados con la materia, de los que se identificaron un total de 18 ensayos clínicos que estudiaban tratamientos de terapia ocupacional. El resto de los artículos fueron excluidos una vez comprobado que tenían una antigüedad de más de 10 años, no cumplían con el objetivo real de la revisión o eran de difícil acceso. Finalmente se revisaron los 18 ensayos clínicos anteriormente mencionados, de los cuales se extrajeron resultados de 11 de ellos ya que los siete restantes no cumplían en su totalidad con alguno de los requisitos de inclusión.

En concreto, las causas de la exclusión de los otros siete artículos fueron el idioma (1 artículo), difícil acceso (3 artículos), no incluían tratamiento por un

Terapeuta Ocupacional (2 artículos), no se correspondían con el objeto de estudio (1 artículo).

Concretamente en Academic Search Complete fueron encontrados 6 artículos, en Pubmed 8 artículos, en Dialnet 4 artículos, y en La Biblioteca Cochrane Plus ningún artículo. De los 11 artículos utilizados para el desarrollo de mi revisión bibliográfica 7 fueron encontrados en Pubmed y 4 en Academic Search Complete.

Todos los artículos incluidos en esta revisión son ensayos clínicos, todos ellos admitidos por su interés en cuanto al tratamiento de terapia ocupacional.

3. Resultados

Siguiendo las estrategias de búsqueda ya comentadas, los resultados encontrados fueron los siguientes.

Estudios cuyos tratamientos se centran en el Marco de Referencia Biomecánico.

1.- El estudio *A community- based group exercise program for persons with chronic stroke*⁽¹¹⁾ fue llevado a cabo con un solo grupo de 25 sujetos con edad media de 63 años. El objetivo era evaluar los efectos físicos y psicológicos de un programa de ejercicios funcionales en la comunidad con un grupo de personas con ACV crónico. El tratamiento duró 8 semanas, y se centró en el equilibrio, movilidad, fuerza funcional y capacidad funcional. Los resultados obtenidos demostraron mejoras en todas las medidas físicas, estos se mantuvieron un mes después de la intervención. El programa grupal de ejercicios en la comunidad puede mejorar y conservar la movilidad, la capacidad funcional y el equilibrio y tiene resultados demostrables en la realización de actividades y habilidades significativas para los sujetos. La aplicación de estos programas comunitarios tiene potencial para mejorar la

tolerancia a la actividad y reducir el riesgo de complicaciones secundarias del ACV.

Hackett et al. ⁽¹²⁾ concluyeron que algunas personas con ACV crónico parecen acomodarse psicológicamente a su enfermedad a pesar de la discapacidad física significativa y permanente.

En el pasado el entrenamiento intensivo en personas con ACV ha sido controvertido, debido a la creencia de que la ardua actividad aumentaría la espasticidad y reforzaría los movimientos anormales. ⁽¹³⁾ Sin embargo, evaluaciones recientes de programas con ejercicio intensivo no han encontrado evidencia del incremento de espasticidad. ⁽¹⁴⁾

Smith et al. ⁽¹⁵⁾ no encontraron mejoras significativas en el equilibrio reactivo utilizando un protocolo rutinario de resistencia y sugirió que el entrenamiento funcional o en tareas específicas podría ser necesario para mejorar el equilibrio.

Duncan et al. ⁽¹⁶⁾ también informaron que no hubo mejoras significativas en la puntuación Balance Score Berg utilizando un ensayo aleatorizado controlado en el hogar basado en un programa de ejercicio individual (fortalecimiento y programa de caminatas). El equilibrio funcional puede ser difícil de mejorar debido a las distintas tareas y movimientos en las que el equilibrio se requiere.

La única excepción fue un estudio piloto no controlado por Weiss et al. ⁽¹⁷⁾ que reportó una mejoría del 12% en el Balance Score Berg para 7 personas con accidente cerebrovascular con un programa individual de fortalecimiento de alta intensidad.

2. - *A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome* ⁽¹⁸⁾ es un ensayo controlado aleatorio en el suroeste de Estocolmo, llevado a cabo con 83 pacientes (divididos en dos grupos; control y experimental) en el que se pretenden evaluar los efectos del apoyo temprano al alta y la continua

rehabilitación en casa a los 5 años después del ACV y optimizar los cambios a través del tiempo. Ambos grupos recibieron los cuidados médicos iniciales y rehabilitación en la unidad de accidente cerebrovascular. Un equipo de terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y logopedas proporcionaron el servicio temprano al alta en el hogar al grupo de intervención. La duración del programa de intervención fue de 14 semanas, y los focos más habituales de las visitas domiciliarias fueron habla y comunicación y actividades de la vida diaria (AVD). Los pacientes fueron evaluados al inicio del estudio, a los 3 meses, 6 meses, 12 meses y a los 5 años de seguimiento. Los datos adquiridos fueron respecto a capacidad motora, actividades de la vida diaria, frecuencia de actividades sociales y disfunción subjetiva. Los resultados obtenidos fueron: una proporción significativamente mayor de pacientes del grupo intervención eran independientes en AVD y en las actividades del hogar, además de obtener puntuaciones más favorables con respecto a la capacidad motora.

3.- El siguiente ensayo clínico *Daily Functioning and Quality of Life in a Randomized Controlled Trial of Therapeutic Exercise for Subacute Stroke Survivors*⁽¹⁹⁾ se llevó a cabo con 100 pacientes de los cuales 80 completaron la reevaluación a los 6 meses. Estos fueron divididos en dos grupos: grupo control (cuidados habituales) y grupo experimental (tratamiento terapéutico). El objetivo del estudio fue comparar la habilidad terapéutica de tratamiento frente a los cuidados habituales en personas que han sufrido un ACV. El tratamiento duró 12 semanas. El grupo de intervención recibió un tratamiento centrado en la fuerza, resistencia, equilibrio y entrenamiento funcional de la extremidad superior. Los beneficios en el grupo de intervención fueron mayores que en la atención habitual en todos los ámbitos. Los efectos fueron desapareciendo a los 6 meses de finalización del tratamiento. Por lo tanto, concluyeron que puede ser necesario continuo tratamiento para mantener los beneficios después de la intervención.

4.- *Effects of intensity of arm training on hemiplegic upper extremity motor recovery in stroke patients: a randomized controlled trial.*⁽²⁰⁾ El objetivo de este estudio fue investigar los efectos de diferentes intensidades de

entrenamiento en la rehabilitación funcional de la extremidad superior hemipléjica. Para ello se realizó un ensayo controlado aleatorio con 32 pacientes con ACV, los cuales se dividieron en 3 grupos: grupo A, grupo B, y grupo C. Cada grupo recibió rehabilitación durante 1 hora, 2 horas y 3 horas, según el grupo, 5 días por semana, durante un período de 6 semanas. En cada grupo aumentaron las puntuaciones significativamente a las 6 semanas de tratamiento, pero el grupo que más entrenamiento recibió obtuvo mejores resultados.

Estudio cuyo tratamiento está centrado en el Marco de Referencia Neurodesarrollo

5.- Kumar AM. ⁽²¹⁾ llevó a cabo un estudio con 26 pacientes que habían sufrido accidente cerebrovascular. El objetivo del estudio era establecer el efecto del enfoque de la Terapia Ocupacional basada en la tarea en la recuperación de la función motora de la extremidad superior y las actividades de la vida diaria, así como determinar la relación entre la recuperación de la función motora de la extremidad superior y el estado funcional alcanzado en las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Los sujetos se repartieron en 2 grupos. El grupo control recibió 25 sesiones de 60 minutos cada una, siguiendo la Teoría del Neurodesarrollo, en concreto el enfoque Bobath. El grupo experimental recibió 30 minutos de terapia siguiendo el mismo enfoque, y otros 30 minutos terapia centrada en la tarea. En 5 ó 6 semanas tuvieron 25 sesiones cada grupo. El grupo experimental obtuvo más beneficios que el grupo control. Hubo correlación positiva entre la función motora de la extremidad superior y el estado funcional conseguido tras la intervención.

Shepherd et al. ⁽²²⁾ realizaron un estudio sobre el entrenamiento centrado en la tarea para mejorar el desempeño para lograr tareas sentado después del Accidente cerebrovascular. El estudio incluyó a 20 personas con Accidente cerebrovascular con hemiplejía desde hace más de año. Descubrieron que el

entrenamiento en la tarea mejoraba el desempeño para lograr tareas sentado después de un accidente cerebrovascular.

Malouin et al. ⁽²³⁾ informaron de un caso sobre el uso de un intenso programa de entrenamiento basado en la tarea de la marcha de 10 pacientes con accidente cerebrovascular agudo, de 60 a 75 años de edad con infarto de la arteria cerebral media. Los sujetos que recibieron el entrenamiento de la marcha centrado en la tarea en la segunda semana habían demostrado mejor desempeño en la movilidad.

Nancy Flinn ⁽²⁴⁾ describe un estudio del caso de una mujer de 34 años con hemiplejía del lado izquierdo. El programa de tratamiento se centró en practicar tareas funcionales graduadas que aumentan sistemáticamente las exigencias motoras en la extremidad superior más afectada. Después de 6 meses de trabajo de terapia ocupacional centrada en la tarea (33 sesiones), el paciente había mejorado sustancialmente el nivel de desempeño ocupacional y fue capaz de volver a trabajar unos meses después del alta.

Estudios cuyos tratamientos comparan la Terapia Ocupacional Convencional Vs tratamiento centrado en el Marco de Referencia Perceptivo-Cognitivo

6.- *The dress trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients.* ⁽²⁵⁾ Se trata de un estudio llevado a cabo con 70 pacientes del Nottingham University Hospitals Trust que habían sufrido ACV, con dificultades en el vestido acompañado de déficits cognitivos dos semanas después de sufrir el episodio. El objetivo del estudio fue investigar el tratamiento de estos pacientes con dos tipos diferentes de enfoque. El estudio se llevó a cabo con dos grupos. A cada uno de los pacientes se le asignó aleatoriamente un grupo. El grupo control recibió terapia convencional (funcional) en la práctica del vestido y el grupo

experimental fue tratado con un enfoque sistemático neurológico. Los pacientes asignados al enfoque funcional practicaron repetidas veces usando la técnica ensayo-error, con un asistente cuando lo requerían. Este enfoque lo utilizan en Reino Unido los Terapeutas Ocupacionales y da grandes beneficios en el desempeño del vestido. ⁽²⁶⁾ Los pacientes del grupo experimental recibieron además detalladas pruebas cognitivas y una evaluación del impacto de los déficits cognitivos en el vestido. Ambos grupos mejoraron el rendimiento pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los resultados demuestran los beneficios de un enfoque neurológico sistemático para la terapia del vestido particularmente en pacientes con daño en el hemisferio derecho.

7.- Occupational therapy treatment with righth half-field eye-patching for patients with subacute stroke and unilateral neglect: A randomised controlled trial. ⁽²⁷⁾ Este estudio, realizado en un Hospital de Rehabilitación en Hong Kong, investigó la eficacia del tratamiento convencional con parches en la mitad derecha del ojo en el tratamiento de pacientes con ACV subagudo con negligencia unilateral, utilizando un ensayo controlado aleatorio. En el ensayo participaron 35 pacientes con accidente cerebrovascular subagudo en el hemisferio derecho del cerebro, asignados al azar a grupos de intervención y de control. Los pacientes del grupo de intervención recibieron 4 semanas de terapia ocupacional convencional con unas gafas especiales que bloquean el medio campo visual derecho, utilizados durante las sesiones de terapia ocupacional. Los del grupo control recibieron 4 semanas de tratamiento convencional de terapia ocupacional sin gafas. Los pacientes tratados con gafas especiales que bloquean el medio campo visual derecho obtuvieron mayores resultados en la Prueba de falta de atención conductual (BIT) que el grupo de tratamiento convencional. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones de la Medida de la Independencia Funcional entre los pacientes de ambos grupos.

Estudios que comparan tratamientos centrados en el Marco de Referencia del Neurodesarrollo Vs Otras terapias

8.- Chanubol R, et al. ⁽²⁸⁾ publicaron *A randomized controlled trial of Cognitive Sensory Motor Training Therapy on the recovery of arm function in acute stroke patients* cuyo objetivo fue evaluar la eficacia del Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (Método Perfetti), frente a la Terapia Ocupacional convencional en la recuperación de la función del brazo después de un ACV agudo. El ensayo se llevó a cabo en dos centros de rehabilitación (Tailandia), en él participaron 40 sujetos, con edades comprendidas entre los 18-79 años, con ACV agudo sin déficit cognitivo severo o trastornos en el lenguaje. Los sujetos fueron divididos aleatoriamente en dos grupos, de los cuales uno fue tratado con el método Perfetti y el otro con Terapia Ocupacional convencional. Cada grupo recibió sesiones de 30 minutos de tratamiento, con una frecuencia de 5 veces a la semana durante 4 semanas. Los pacientes del grupo A (Método Perfetti) recibieron ejercicios con los ojos vendados y se les pidió concentrarse en la detección de la posición de la extremidad. El entrenamiento de los pacientes del grupo B (Terapia Ocupacional convencional) se centró en actividades cinéticas: coger una pelota y ponerla en una cesta, bicicleta de brazo, apilar bloques, masilla de amasar, etc. Entre los resultados obtenidos podemos comprobar que aunque existe una mejoría inicial, posteriormente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos al final del tratamiento.

9.- *Long – Term Effects of 6-Week Whole-Body Vibration on Balance Recovery and Activities of Daily Living in the Postacute Phase of Stroke: A Randomized, Controlled Trial.* ⁽²⁹⁾ Los efectos a largo plazo de 6 semanas de vibración por todo el cuerpo como un método nuevo de estimulación somatosensorial, control postural y actividades de la vida diaria se compararon con los de 6 semanas de musicoterapia de la misma intensidad en la fase post-aguda del accidente cerebrovascular. El estudio fue llevado a cabo con 53 pacientes internos en un centro de rehabilitación, con discapacidad funcional de moderada a severa. Estos fueron aleatorizados para participar en un programa de 6 semanas; bien

para recibir terapia de vibración o bien para recibir ejercicios terapéuticos con música además del programa regular de rehabilitación. El grupo de vibración por todo el cuerpo recibió 4 sesiones 45 segundos de estimulación en el Galileo (30 Hz oscilaciones frontales planas de amplitud de 3mm) al día, durante 5 días a la semana en un período de 6 semanas. El grupo de terapia con ejercicios musicales recibió la misma cantidad de terapia. Los resultados obtenidos demuestran que no se observaron diferencias clínicamente relevantes o estadística en los resultados entre los grupos.

Estudios que comparan el tratamiento de Terapia Ocupacional Vs no tratamiento

10.- Sackley C, et al. ⁽³⁰⁾ realizaron una evaluación piloto de la intervención de Terapia Ocupacional para mejorar la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria en pacientes con discapacidad por accidente cerebrovascular en residencias. Para ello doce residencias (118 residentes) se asignaron al azar, grupo intervención (6 residencias, 63 residentes) y grupo control (6 residencias, 55 residentes). Las evaluaciones se realizaron al inicio del estudio, y después de la intervención a los 3 y 6 meses para estimar los cambios. El grupo control recibió la atención habitual. La intervención de Terapia Ocupacional se centró en potenciar múltiples facetas entre ellas: el desempeño del residente en una tarea específica (por ejemplo, comer, movilización) en un entorno determinado (por ejemplo, dormitorio, baño), en el entorno físico en el que la tarea se está realizando, y los deterioros específicos que pueden limitar el rendimiento en actividades de la vida diaria (AVD) o causar molestia. El ensayo demostró que las personas con Accidente Cerebrovascular que sufren la limitación de actividad (discapacidad), internados en una residencia, y que reciben una intervención relativamente rápida por un terapeuta ocupacional, son menos propensos a deteriorarse en su capacidad para realizar actividades cotidianas.

11.- Otro ensayo clínico *Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke*⁽³¹⁾ tuvo como objetivo evaluar la intervención de terapia ocupacional para mejorar la movilidad al aire libre después de un ACV. Se llevó a cabo con 168 personas que viven en la comunidad con un diagnóstico clínico de ACV en los últimos 36 meses: 86 personas fueron asignadas al grupo de intervención y 82 al grupo control. El grupo control recibió folletos informativos de los servicios de transporte para personas con discapacidad, mientras el grupo de intervención recibió los mismos folletos, fueron evaluados y fueron tratados por un terapeuta ocupacional. Recibieron hasta 7 sesiones de tratamiento en el hogar durante un máximo de 3 meses. El programa de tratamiento incluyó el suministro de la información, uso de ayudas o adaptaciones, y aparatos para superar el miedo y la aprensión, por ejemplo, acompañando hasta que los participantes recuperaban la confianza. Los participantes en el grupo de intervención tenían más probabilidades para salir de casa tan a menudo como ellos querían tanto a los 4 meses como a los 10 meses. A los 4 meses, las puntuaciones de movilidad en la Escala de actividades de la vida diaria extensas Nottingham fueron significativamente mayores en el grupo de tratamiento, pero no hubo diferencias significativas en los otros resultados secundarios. No se observaron diferencias significativas en estas medidas a los 10 meses.

4. Discusión

El objetivo de esta revisión fue analizar la bibliografía más significativa y establecer la eficacia de diferentes intervenciones desde Terapia Ocupacional en Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Accidente Cerebrovascular.

Revisando los resultados extraídos se puede discutir que existen ciertas limitaciones en esta investigación. La intervención de Terapia Ocupacional en las Actividades de la Vida Diaria dirigida a personas con Accidente Cerebrovascular hace referencia a un campo muy extenso de actuaciones y abarca multitud de técnicas, existen múltiples medidas de evaluación,

diferentes diagnósticos, diversos diseños de los estudios, etc. Por lo tanto se puede decir que existe una gran heterogeneidad en los estudios encontrados.

La comparación de los resultados obtenidos es complicada dada la variedad de las características de los sujetos estudiados y de los diseños utilizados para evaluar los métodos.

Las intervenciones presentan características diferentes, como escasez de detalle en el protocolo de las mismas o variabilidad de la duración y seguimiento de ésta.

Estas limitaciones remarcan la importancia tanto de detallar todos los aspectos de la intervención como la importancia de consensuar los instrumentos para medir variables en estos pacientes. Aun existiendo un volumen de estudios relativamente elevado, se reduce de forma drástica cuando se consideran los criterios de inclusión. Además, cabe considerar como limitación importante que excluir los estudios de difícil acceso puede ser un sesgo que condiciona los resultados acerca de la eficacia de las intervenciones.

Cabe destacar que a pesar de los grandes esfuerzos por unificar la terminología del ámbito de la Terapia Ocupacional, en los estudios se encuentran términos muy específicos y que no están en consonancia con las últimas modificaciones realizadas por la American Occupational Therapy Association en 2008.^[10]

Resulta sorprendente que algunas de las actividades de la vida diaria como es el caso del trabajo o el sueño y descanso no se hayan encontrado abordados en ningún artículo, siendo áreas primordiales y vitales. Además, sólo uno de los ensayos valora las actividades de ocio. Aunque dada la gran cantidad de artículos excluidos, se puede barajar la posibilidad de que esos temas sí estuvieran abordados en alguno de ellos.

Además, cabe consignar que las conclusiones aportadas en esta revisión fueron realizadas en función de los artículos localizados por una estrategia de búsqueda concreta y seleccionados bajo criterios específicos, por lo que, siempre existe la probabilidad de que haya estudios que, por problemas de indexación o límites de búsqueda, no hayan sido incorporados en esta revisión.

Al realizar la revisión llama la atención que la mayoría de los ensayos revisados llevan a cabo tratamientos centrados en el marco aplicado de referencia biomecánico, dando especial importancia al número de repeticiones de una determinada actividad para incrementar la resistencia física. Sobre todo cabe destacar el abordaje mediante actividades graduadas y abordaje centrado en las actividades de la vida diaria propio de este marco y reflejado en varios de los ensayos. En ninguno de los ensayos analizados se utiliza como tratamiento el abordaje compensatorio que también forma parte de este Marco Aplicado de Referencia. ^[2]

Resulta curioso que en el pasado el entrenamiento intensivo, tanto en duración (tiempo) como en intensidad, en personas con ACV haya tenido gran controversia, debido a la creencia de que la ardua actividad aumentaría la espasticidad y reforzaría los movimientos anormales. Y sin embargo, en el presente la mayoría de ensayos clínicos incluyen este tipo de intervención. Evaluaciones recientes de programas con ejercicio intensivo no han encontrado evidencia del incremento de espasticidad.

Es de especial relevancia que aunque la rehabilitación esté más centrada en el aspecto físico, la mayoría de los ensayos revisados no olvidan dentro del trabajo sobre las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, la mejora de la capacidad funcional.

La mayoría de los ensayos no se centran en el tratamiento del posible deterioro de las funciones mentales globales y específicas, dejando éste, en el caso de que se incluya, en un plano secundario. Dato que resalto ya que

influye de igual manera en las limitaciones en la participación en actividades de la vida diaria, quedando totalmente desplazado el marco aplicado de referencia perceptivo cognitivo.

Las técnicas que se comparan con la Terapia Ocupacional convencional en los diferentes ensayos clínicos estudiados son: Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo de Perfetti, Enfoque neurológico sistemático para la terapia del vestido (que resultó ser más eficaz que la terapia convencional sólo en pacientes con daño cerebral en el hemisferio derecho), sesiones de vibración por todo el cuerpo, ejercicios con música, y Tratamiento de Terapia Ocupacional con gafas especial para la negligencia unilateral.

Cabe destacar por lo tanto, que las técnicas comparadas dan un mayor resultado en el tratamiento de Terapia Ocupacional frente a las terapias convencionales. De ahí que existan múltiples técnicas y que cada una se adapte mejor a una patología y a un paciente.

5. Conclusión

La mayoría de sujetos con ACV que reciben tratamiento de Terapia Ocupacional obtienen beneficios en las actividades de la vida diaria. Estos se pueden conseguir mediante programas de tratamiento individual o grupal. Además, este tratamiento reduce el riesgo de complicaciones secundarias al ACV.

Es conveniente que la rehabilitación sea lo más temprana posible y en el hogar, ya que éste es el mejor escenario de rehabilitación para las actividades de la vida diaria. Las personas con ACV que reciben una intervención relativamente rápida por un terapeuta ocupacional, son menos proclives a sufrir deterioros en su capacidad para realizar actividades cotidianas.

En negación a lo anterior, existen estudios que demuestran que los beneficios tras la intervención son mayores al poco tiempo de recibir ésta que a largo

plazo, por lo que puede ser necesario continuar el tratamiento para mantener los beneficios después de la intervención.

En diferentes estudios hubo correlación positiva entre la función motora de la extremidad superior y el estado funcional conseguido tras la intervención.

Existen diferentes técnicas/métodos de tratamiento, algunos de los cuales son más eficaces para el tratamiento de déficits concretos, pero para una buena recuperación integral del cliente es más eficaz combinar la Terapia Ocupacional convencional con métodos específicos.

La investigación llevada a cabo demuestra que hay varios tratamientos disponibles para los pacientes con Accidente Cerebrovascular, pero pocas pruebas científicas que respalden el uso de ellas en el tratamiento de estos pacientes. Existe la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios de investigación de calidad y a mayor escala que permitan establecer una evidencia más sólida.

La bibliografía actual no es suficientemente homogénea para permitir el agrupamiento de los resultados, siendo importante el requerimiento de más estudios acordes con la materia para poder extrapolar sus conclusiones a la práctica clínica habitual.

Bibliografía

1. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Cabeza A. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2009 [16 de febrero de 2013]; 6(4):410–464. Disponible en: <http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>
2. Polonio López B, Romero Ayuso D. Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. 1ª Ed. Madrid: Panamericana; 2010.
3. Defensor del pueblo. Daño Cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario. Madrid: 2005.
4. Cabello Gutiérrez L. Comportamiento cognitivo y afectivo en un grupo de pacientes con ictus no corticales [Tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, Universidad de Barcelona; 2007.
5. Durante Molina P, Pedro Tarrés P. Terapia Ocupacional en geriatría: principios y práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
6. Fernández Gómez E, Ruiz Sancho A, Sánchez Márquez G. Tratamiento de la extremidad superior en la hemiplejía desde Terapia Ocupacional. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [25 de febrero de 2013]; 7 (11):1-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original1.pdf>
7. Federación Española de Daño Cerebral Adquirido (FEDACE). Terapia Ocupacional y Daño Cerebral Adquirido. Madrid: FEDACE; 2006.
8. Domingo AMª. Tratamiento de Terapia Ocupacional en el Accidente Cerebrovascular. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2006 febrero [acceso 15 febrero de 2013]; (3). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/num2.htm>
9. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de Atención a las personas con daño cerebral. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
10. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-20 de febrero de 2013-]; [85p.]. Disponible en <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
11. Eng J, PhD, PT/OT, Chu K, Kim CM, MSc et al. A community-based group exercise program for persons with chronic stroke. Med Sci Sports Exerc. 2003; 35 (8): 1271-1278.
12. Hackett ML, Ducan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke. Stroke. 2000; 31:440-447.
13. Bobath B. Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. 2ª Ed. London: Heinemann Medical Books; 1978.
14. Texeira-Salmela LF, Olney SJ, Nadeau S, Brouwer B. Muscle

- strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999; 80:1211–1218.
15. Smith GV, Forrester LW, Silver KHC, Macko RF. Effects of treadmill training on translational balance perturbation responses in chronic hemiparetic stroke patients. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2000; 9:238-245.
 16. Duncan P, Richards L, Wallace D, Stoker-Yates J, Pohl P, Luchies C et al. A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke.* 2002; 33:756-761.
 17. Weiss A, Suzuki T, Bean J, Fielding RA. High intensity strength training improves strength and functional performance one year after stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 2000; 79:369-376.
 18. Thorsén AM, Widés Holmqvist L, De Pedro-cuesta J, von Koch L. A Randomized Controlled Trial of Early Supported Discharge and Continued Rehabilitation at Home After Stroke: Five-Year Follow-Up of Patient Outcome. *Stroke.* 2005; 36: 297-303.
 19. Studenski S, W. Duncan P, Perera S, Reker D, Min Lai S, Richards L. Daily Functioning and Quality of Life in a Randomized Controlled Trial of Therapeutic Exercise for Subacute Stroke Survivors. *Stroke.* 2005; 36: 1764-1770.
 20. Han C, Wang Q, Meng P, Qi M. Effects of intensity of arm training on hemiplegic upper extremity motor recovery in stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2012; 27(1) 75–81.
 21. Kumar AM. Effect of occupational therapy task oriented approach on recovery of upper-extremity motor function and activities of daily living in stroke patients. *IJOT.* 2009; (41) 2: 31-36.
 22. Car JH, Shepherd RB. Investigation of a new motor assessment scale for stroke patient. *J. Phys, Ther, (Am).* 1985; 65(2): 175-185.
 23. Malouin F, Potvin M, Prévost J, Richards CL. Use of an Intensive Task Oriented Gait Training Programme in a series of patient with acute cerebrovascular accident, *J. Phys, Ther, (Am).* 1992; 72(11): 781-789.
 24. Flinn N. A task-oriented approach to the treatment of a client with hemiplegia. *Am. J. Occup. Ther.* 1995; 49(6): 560 – 569.
 25. Walker MF, Sunderland A, Fletcher-Smith J, Drummond A, Logan P, Edmans JA et al. The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clin Rehabil.* 2012; 26: 675 – 686.
 26. Walker MF, Drummond AER and Lincoln NB. Evaluation of dressing practice for stroke patients after discharge from hospital: a cross-over design study. *Clin Rehabil.* 1996; 10: 23–31.
 27. Tsang M, Sze K, Fong K. Occupational therapy treatment with right half-field eye-patching for patients with subacute stroke and unilateral neglect: A randomised controlled trial. *Disabil. Rehabil.* 2009; 31(8): 630–637.
 28. Chanubol R, Wongphaet P, Chavanich N, Werner C, Hesse S, Bardeleben A, Merholz J. A randomized controlled trial of Cognitive Sensory Motor Training Therapy on the recovery of arm function in acute stroke patients. *Clin Rehabil.* 2012; 26(12):1096–1104.

29. Van Nes Ilse J.W., Latour H, Schils F, Meijer R, Van Kuijk A, C.H. Geurts A. Long – Term Effects of 6-Week Whole-Body Vibration on Balance Recovery and Activities of Daily Living in the Postacute Phase of Stroke: A Randomized, Controlled Trial. *Stroke*. 2006; 37: 2331-2335.
30. Sackley C, Wade DT, Mant D, Atkinson JC, Yudkin P, Cardoso K et al. Cluster Randomized Pilot Controlled Trial of an Occupational Therapy Intervention for Residents with Stroke in UK Care Homes. *Stroke*. 2006; 37: 2336-2341.
31. Logan PA, Gladman JRF, Avery A, Walker MF, Dyas J, Groom L. Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ*. 2004; 329: 1372–1374.

Anexos

Tabla 1.

Personas con daño cerebral adquirido, según etiologías principales. Estimaciones 2004. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados detallados, INE. ⁽²⁾

Personas con daño cerebral adquirido, según etiologías principales. Estimaciones 2004				
Etiología	Número absolutos		Proporciones	
	Estatal 2004	% sobre DCA	Por habitantes	1000
ACV	190.901	83,22	4,7	
TCE	44.679	19,48	1,1	
TOTAL	231.518	100	5,7	

Tabla 2.

Tabla Actividades de la Vida Diaria. ⁽¹⁰⁾

ABVD (Actividades de la vida diaria básicas)	<p>Bañarse y ducharse. Cuidado del intestino y la vejiga. Vestirse. Comer. Alimentación. Movilidad funcional. Cuidado de los dispositivos de atención personal. Higiene y arreglo personal. Actividad sexual. Aseo e higiene en el inodoro.</p>
AIVD (Actividades de la vida diaria instrumentales)	<p>Cuidado de los otros. Cuidado de mascotas. Facilitar la crianza de los niños. Gestión de la comunicación. Movilidad en la comunidad. Uso de la gestión financiera. Gestión y mantenimiento de la salud. Establecimiento y gestión del hogar. Práctica de la religión. Mantenimiento de la seguridad y responder a emergencias. Compras.</p>
Descanso y sueño	<p>Descansar. Dormir. Prepararse para el sueño. Participación en el sueño.</p>
Educación	<p>Participación en la educación formal. Exploración de las necesidades educativas informales o de intereses personales (más allá de la educación formal). Participación en la educación personal informal.</p>
Trabajo	<p>Intereses y actividades para la búsqueda de empleo. Búsqueda y adquisición de empleo. Rendimiento en el trabajo/empleo. Preparación y ajuste para la jubilación/retiro. Exploración para el voluntariado. Participación como voluntario.</p>
Juego	<p>Exploración del juego. Participación en el juego.</p>
Ocio y Tiempo Libre	<p>Exploración del ocio. Participación en el ocio.</p>
Participación Social	<p>Participación en la comunidad. Participación en la familia. Participación con los compañeros, amigos.</p>