

1) Información personal:

- a) Nombre y dirección del cliente, información de contacto: No se indica estos datos, únicamente conocemos que vive con su esposo e hija, y era costurera antes del evento.
- b) Fecha de nacimiento, género: Mujer de 55 años
- c) Médico (s) y especialistas: No se indica.
- d) Fuente de referencia y motivo de la referencia: No se indica.
- e) Regímenes de tratamiento médico o terapéutico existentes y sus objetivos: Como metas de la rehabilitación:
 - i) Disminuir espasticidad en brazo y mano (estiramientos, férulas, toxina botulínica).
 - ii) Favorecer funcionalidad de la mano izquierda como dominante.
 - iii) Reentrenamiento en Actividades de la Vida Diaria (AVD) .
 - iv) Mejorar la seguridad de la marcha y prevenir caídas.

2) Financiamiento: No se indican estos datos pero podemos suponer que:

- a) Fuentes de financiamiento para la evaluación, equipo, seguimiento y capacitación:
 - i) Seguro de salud: SIS o EsSalud (por el esposo).
 - ii) Recursos propios de la paciente y apoyo familiar.
 - iii) Posible apoyo de programas sociales (CONADIS, Ministerio de Salud, ONG locales de rehabilitación).
- b) Política de la fuente de financiamiento, criterios de aprobación y flexibilidad:
 - i) EsSalud cubre la evaluación médica, parte del tratamiento de rehabilitación y medicamentos relacionados.
 - ii) La flexibilidad depende del plan contratado: se prioriza lo esencial y puede requerir co-pagos.
- c) Prioridad de los elementos, si el financiamiento es limitado:
 - i) Tratamiento de rehabilitación física y medicación.
 - ii) Equipos de movilidad: silla de ruedas ligera y bastón de apoyo.
 - iii) Capacitación en actividades de la vida diaria (AVD).
 - iv) Seguimiento con fisioterapia y terapia ocupacional.
- d) Alternativas de financiamiento:
 - i) Solicitud de apoyo a **CONADIS** (Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad).
 - ii) Programas municipales de apoyo a personas con discapacidad.
 - iii) ONG de rehabilitación.
 - iv) Donaciones o campañas comunitarias.
 - v) Créditos sociales de bajo interés (COFIDE o cooperativas locales).

3) Diagnósticos e historial médico:

- a) Antecedente de hipertensión arterial mal controlada.
- b) Hace 6 meses sufrió ACV hemorrágico con hemiplejía derecha.
- c) Diagnóstico: Hemiplejía derecha espástica post ACV hemorrágico.
- d) Pronóstico neurológico: déficit motor residual permanente.

- e) Pronóstico funcional: recuperación parcial, limitación persistente en mano derecha.



4) Estado psicosocial:

La paciente vive con su esposo e hija, de acuerdo al caso, antes del ACV se desempeñaba como costurera, al tener dificultad para movilizar la mano derecha tiene dificultades también para desempeñarse en el trabajo que realizaba anteriormente.

No se menciona a gran detalle el estado psicosocial de la paciente, sin embargo, podemos inferir que por las consecuencias en su movilidad, esto redujo su capacidad para desempeñarse laboralmente, de tal manera, su salud mental también debió verse mermada por este proceso. Se menciona que la paciente tiene lucidez y disartria leve. Como eventos precursores se sabe que llevaba una hipertensión arterial no controlada, aunque no se especifica el motivo, algunas de las razones podrían deberse a desconocimiento, falta de acceso a tecnología como un medidor de la presión o en todo caso a servicios óptimos de salud para poder llevar un control adecuado.

5) Estado neuromuscular y musculoesquelético:

La paciente presenta hemiplejía derecha espástica post ACV hemorrágico, además presenta un déficit motor residual permanente y una recuperación parcial con una limitación persistente en la movilidad de la mano derecha para realizar sus funciones adecuadamente ya que su mano se encuentra en flexión permanente.

6) Afección a la piel:

- a) Antecedentes de úlceras: No se mencionan antecedentes, riesgo aumentado por movilidad limitada y marcha insegura.
- b) Cicatrices: No reportadas.
- c) Edema: No reportado.
- d) Coloración: Sin evidencia descrita de palidez o cianosis.

7) Función sensorial, habla, lenguaje y comunicación

- a) Visión y audición: No se especifican alteraciones, por lo que se asume total funcionalidad de ambas.
- b) Lenguaje expresivo/receptivo: Paciente lúcida.
- c) Percepción sensorial: Limitación persistente en la mano derecha, mano derecha en flexión permanente.
- d) Habla: Presenta disartria leve.
- e) Nivel cognitivo: No se reportan alteraciones cognitivas significativas.
- f) Uso de dispositivos de comunicación: No se indica.

8) Desempeño funcional, de habilidades y de tareas:

- **Cantidad de asistencia necesaria, uso de equipos:**

Asistencia global: Dependencia parcial en AVD (coherente con funcionalidad inicial del caso). Requiere supervisión o asistencia mínima para tareas bimanuales o con riesgo (baño/ducha, cocina) y entrenamiento para estrategias unimanuales con la izquierda (dominante funcional). Complementar con medición estandarizada (p.ej., Barthel Index) para objetivar carga de ayuda por ítem [7], [8].

Equipos/ayudas: Bastón de 4 apoyos ya en uso para marcha; mejora estabilidad pero puede reducir velocidad y requiere técnica correcta (apoyar las 4 patas) para evitar riesgos. Entrenamiento de uso es clave [17].

Órtesis de mano-muñeca (férula) para espasticidad/posición de la derecha: considerar para confort, higiene y alineación si hay alta tonicidad y cierre palmar; debe ser indicada y ajustada por profesional y revisada periódicamente [4].

Ayudas de AVD: cuchillo basculante/"rocker", tabla con pinchos, abridor de frascos, gancho abotonador, calzador largo, barras y asiento de ducha,

agarraderas y elevador de inodoro. (Enfoque de TO con práctica basada en ocupaciones) [21].

Actividades de la vida diaria (AVD): cuidado personal, vestirse, cocinar, ir al baño, bañarse, higiene [7].

Alimentación: Independiente con mano izquierda; entrenar corte/untado con ayudas y posicionamiento (ver abajo). Puntuación probable alta en ítem “Feeding” del Barthel [7].

Vestido: Asistencia mínima a moderada para prendas superiores (manejo de manga del lado derecho espástico); instruir técnica de “primero el lado afecto” y uso de prendas con cierres fáciles/velcro. Entrenar una-manual. (Evaluar con Barthel / FIM según disponibilidad) [7].

Baño/ducha e higiene: Supervisión por riesgo de deslizamiento y manejo de equilibrio en estación; usar silla de baño, barras y alfombra antideslizante. Abordar fatiga y despertares nocturnos con pausas planificadas; la fatiga post-ACV debe tamizarse y tratarse [4].

Continencia: Función vesical/intestinal conservada; priorizar barras y elevador para seguridad en transferencias [1], [2].

Cocina/actividad doméstica: Supervisión por seguridad (traslados con bastón, manejo alambres, calor/fuego). Recomendar estaciones de trabajo sentada y superficies antideslizantes; dividir tareas en pasos y usar utensilios estables [6].

- **Alimentación, posicionamiento para comer:**

Postura: Sedestación a 90°, pies apoyados, antebrazos sobre mesa, cabeza neutra; esto mejora seguridad, control motor y eficiencia de la deglución (aunque no se reporta disfagia, mantener vigilancia por disartria). Tamizaje de deglución y posicionamiento son recomendaciones de guías [4].

Técnicas: utensilios de mango engrosado, tazas con tapa, plato con borde, facilitación unimanual. Educar a familia para la colocación de alimentos en el lado funcional e higiene oral post-comida [21].

- **Tareas y habilidades laborales: empleo, hogar, vocacionales**

Antecedente: costurera; hoy limitada por mano derecha espástica y pobre apertura voluntaria.

Enfoque vocacional: Reentrenar tareas con mano izquierda (dominante funcional) y adaptar puesto con pedal/velocidad controlada, guías de costura, pinzas/abrazaderas que sujetan tela, corta-hilos de mesa, prensatelas especiales.

Objetivo: recuperar roles significativos de manera segura (tiempos cortos + pausas por fatiga) [21].

Espasticidad del MS derecho: combinar BTX-A en músculos selectivos + terapia orientada a tarea mejora tono y facilita participación funcional [3].

- **Actividades de mesa, altura de la superficie de trabajo, superficies de apoyo:**

Altura: mesa a ~90° de codo en sedestación para disminuir esfuerzo del hombro izquierdo; soportes de antebrazo o reposabrazos para tareas finas y para estabilizar el tronco [21].

Superficie: antideslizante (Dycem/alternativas) y bordes para evitar deslizamiento de objetos; silla con respaldo y brazos para empuje al incorporarse. (Principios ergonómicos en TO/rehabilitación).

- **Computadoras y otras tecnologías utilizadas, métodos y estrategias de acceso:**

Acceso: teclado una-mano (compacto, “one-hand”), ratón trackball o touchpad posicionados a la izquierda; accesibilidad del SO (teclas lentas/filtradas).

Alternativas: Reconocimiento de voz para dictado de textos y mensajería; teclado en pantalla con puntero izquierdo; soporte de antebrazo para precisión.

Objetivo: mantener comunicación, ocio y gestiones; evaluar destreza con escalas de miembro superior (Fugl-Meyer UE) para ajustar interfaz [3],[7],[8],[20]

9) Movilidad personal:

- **Ambulación:** Dispositivos de asistencia, velocidad, distancia, eficiencia, desviaciones de la marcha.
- **Dispositivo:** Bastón de 4 apoyos (ya indicado). Aporta estabilidad pero puede reducir velocidad; requiere entrenamiento de patrón y altura correcta (codo ~20–30°). Considerar transición futura a bastón simple si el control mejora [13], [17].
- **Velocidad y comunidad:** Sin dato medido, pero por “marcha insegura con ayuda técnica” es plausible que se ubique en “ambulaci3n comunitaria limitada” (0.4-0.8 m/s). Medir velocidad 10 m para clasificar: <0.4 m/s (hogar), 0.4-0.8 m/s (comunidad limitada), >0.8 m/s (comunidad plena). La velocidad predice participaci3n y riesgo; objetivo ≥0.8 m/s si es realista [11], [12].
- **Distancia/eficiencia:** probable fatigabilidad (despertares nocturnos + esfuerzo con bast3n). Programar dosificaci3n de caminata con descansos, y entrenamiento cardiorrespiratorio supervisado (fisioterapia) seg3n guías [5].

Desviaciones típicas post-ACV (a monitorizar/entrenar): reducci3n de apoyo en lado afecto, disminuci3n de dorsiflexi3n (arrastre), circunducci3n, menor longitud del paso y asimetría temporal; ańadir pr3ctica en obst3culos/escaleras y tareas de doble tarea para reducir caídas [14].

- **Traslados (cama, inodoro, bańera, vehículo), seguridad y eficiencia:**

Cama ↔ silla/inodoro: enseńar estrategia hacia el lado m3s fuerte (izquierdo), bloquear frenos si usa silla, ángulo ~45° de la silla, acercar superficies, apoyar pies, impulsarse desde apoyabrazos, giro en bloque seg3n tolerancia. Educaci3n a cuidadores en mec3nica corporal [15].

Ducha/bańera: priorizar ducha a ras con silla de bańo y barras; si bańera, usar banco de transferencia; supervisi3n por riesgo de resbal3n [4].

Vehículo: inicio con asistencia mínima/supervisi3n; asiento retrasado y reclinado, bast3n guardado antes de sentarse, entrada de “sentarse primero y luego piernas”. (Entrenar progresivamente con TO/Fisio) [15].

- **Uso de silla de ruedas:** horas de uso diario, constante o intermitente, tolerancia a sedestación, actividades, propulsión, cambio de peso, almacenamiento

Indicación funcional: aunque deambula con bastón, puede beneficiarse de silla de ruedas intermitente para distancias largas en comunidad, citas médicas o días de fatiga; esto reduce riesgo de caídas y conserva energía para terapia/AVD. (Decisión individualizada con el equipo)[5].

Tolerancia a sedestación: monitorizar dolor / fatiga y riesgo de presión; plan de cambios de peso/“pressure reliefs” (p. ej., descargar 30–90% un glúteo por ~15 s cada ~25 min y descarga completa al menos cada 2 h), ajustado a su capacidad del MS izquierdo [17].

Propulsión: si usa silla manual, propulsión con miembro superior izquierdo con técnica segura; considerar empuñaduras/guantes y aro de propelente ergonómico.

Cambio de peso: enseñar inclinación lateral y flexión anterior como técnicas factibles con un solo brazo (según entrenamiento) [17].

Almacenamiento/transporte: preferir silla plegable ligera, con sitio definido en casa y vehículo; familia entrenada en plegado y sujeción. (Coherente con recomendaciones de transferencia y logística domiciliaria de guías) [18].

10) Transporte comunitario:

El medio más seguro y recomendable es el automóvil personal o taxi adaptado, ya que ofrecen mayor comodidad, menor altura para entrar y salir, y espacio para almacenar sus ayudas técnicas como el bastón de 4 apoyos o una silla de ruedas plegable si fuese necesario en trayectos largos.

El transporte público convencional (buses o camionetas) supone riesgos importantes debido a la altura de los escalones, la falta de rampas y la inseguridad en las transferencias, por lo que no es lo más indicado salvo que existan unidades accesibles. Para los traslados, es recomendable que la transferencia se haga siempre desde el lado izquierdo (menos afectado), con ayuda familiar o de barandas de apoyo, y que los familiares estén entrenados en técnicas seguras de asistencia.

11) Entornos:

El hogar debe ser el primer espacio en adaptarse: rampas en lugar de escaleras, pasillos amplios, barras de apoyo en baño y cocina, y buena iluminación para prevenir caídas.

En la comunidad, la paciente debería priorizar espacios con accesibilidad a personas discapacitadas, es por eso que es crucial identificar lugares adaptados para su reintegración a la sociedad .

En el plano físico, se recomienda mantener ambientes con temperatura templada y buena ventilación, ya que el frío y la humedad pueden aumentar la espasticidad y rigidez.

Desde el punto de vista psicosocial, su familia (esposo e hija) constituye el soporte principal y es de mucha importancia tener metas para su rehabilitación, pero también es vital que ella mantenga contacto social, participe en actividades recreativas seguras y, en lo posible, retome actividades significativas para ella como labores manuales con la mano izquierda.

12) Historial de equipos anteriores: La paciente actualmente utiliza un bastón de cuatro apoyos para la deambulación, el cual le brinda soporte pero no garantiza estabilidad completa, ya que persiste una marcha insegura. No se reportan antecedentes del uso de férulas u otros dispositivos ortopédicos para el miembro superior derecho, aunque se ha planteado el uso de férulas para manejo de la espasticidad y prevenir contracturas. El bastón ha resultado útil parcialmente, pero su eficacia se ve limitada por la debilidad y el control motor reducido en el hemicuerpo afectado. No se evidencian antecedentes de rechazo a dispositivos de asistencia, lo que sugiere buena tolerancia a la tecnología y disposición a incorporar nuevos apoyos.

13) Equipo Actual:

- **Dispositivo:** Bastón de 4 apoyos (estándar, sin adaptaciones).
- **Características:** Base amplia, provee estabilidad parcial; liviano, fácil de transportar; altura ajustable.
- **Objetivo:** Mejorar la seguridad de la marcha y prevenir caídas.
- **Vida útil:** equipo en buen estado, sin reportes de fallas ni reparaciones.
- **Percepción del usuario:** Lo utiliza de manera constante; útil para desplazamientos cortos, pero insuficiente para brindar estabilidad completa.
- **Limitaciones:** No compensa completamente la inseguridad de la marcha; riesgo de caídas persiste; fatiga con trayectos largos.
- **Eficacia:** Mejora parcial de la movilidad; necesita complementarse con otras estrategias (entrenamiento, férulas, u otro apoyo técnico).

También tenemos distintas opciones para tratar dicho diagnóstico:

- **Ayudas para la movilidad**
 - **Actual:** Bastón de 4 apoyos: útil, pero marcha aún insegura.
 - **Alternativas:**
 - **Bastón simple:** Posible transición a futuro si mejora la estabilidad.
 - **Silla de ruedas ligera:** Para distancias largas, con fines de autonomía y seguridad.
- **Órtesis y férulas**
 - **Órtesis de mano-muñeca:** Indicada para control de espasticidad, confort y prevención de contracturas; además facilita higiene y cuidado del miembro superior afectado.
- **Adaptaciones para actividades de la vida diaria (AVD)**
 - **Utensilios de cocina y alimentación:** Cubiertos con mango engrosado, tablas con pinchos, tazas con tapa, platos con borde elevado.
 - **Vestido e higiene:** Abotonadores, calzadores largos.
 - **Baño y seguridad:** Barras de apoyo, asiento de ducha, alfombra antideslizante, elevador de inodoro.
- **Adaptaciones laborales**
 - **Soportes de tela y guías de costura:** Facilitan la manipulación de materiales.
 - **Tijeras de resorte:** Requieren menor fuerza y coordinación.
 - **Mesa de trabajo adaptada a la altura del codo:** Favorece ergonomía y reduce fatiga.
- **Tecnología de acceso y comunicación**
 - **Computadora:** Teclado para una mano, ratón tipo trackball.
 - **Software de dictado por voz:** Alternativa eficiente para compensar limitaciones en la mano derecha.
- **Intervenciones clínicas complementarias**
 - **Terapia física y ocupacional intensiva:** Clave para potenciar recuperación funcional. [23]

Fuentes:

- [1] Clase N° 2 – Análisis del caso y Entregables, 2025. Documento del curso.
- [2] Caso_Clínico_ACV, 2025. Documento del curso.
- [3] American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery, 2016.
- [4] National Institute for Health and Care Excellence (NICE), “Stroke rehabilitation in adults (NG236),” 2023. [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236>
- [5] Royal College of Physicians, National Clinical Guideline for Stroke, 2023.
- [6] Stroke Association, “Rehabilitation and recovery after stroke,” Stroke Association, 2024. [Online]. Available: <https://www.stroke.org.uk>
- [7] SRAlab, “Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL),” Shirley Ryan AbilityLab, 2024. [Online]. Available: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/barthel-index>
- [8] Stroke Engine, “Barthel Index,” McGill University, 2024. [Online]. Available: <https://strokeengine.ca/en/assessments/barthel-index>
- [9] SRAlab, “Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke,” Shirley Ryan AbilityLab, 2024. [Online]. Available: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/fugl-meyer-assessment>
- [10] D. J. Gladstone, C. J. Danells, and S. E. Black, “The Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke: A Critical Review of Its Measurement Properties,” *Neurorehabil. Neural Repair*, vol. 16, no. 3, pp. 232–240, 2002.
- [11] J. Perry, “Classification of walking handicap in the stroke population,” *Stroke*, vol. 21, no. 6, pp. 701–709, 1990.
- [12] H. Salbach et al., “Speed and distance requirements for community ambulation: A systematic review,” *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, vol. 95, no. 1, pp. 117–128, 2014.
- [13] Cleveland Clinic, “Quad Cane: How To Use, Tips & Benefits,” 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org>
- [14] M. Patterson et al., “Gait deviations after stroke: Characteristics and clinical implications,” *Phys. Ther. Rehabil. J.*, vol. 96, no. 6, pp. 817–824, 2016.
- [15] S. Grabois, “Transfer Training,” StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.
- [16] MSKTC/Washington, “Pressure Ulcers and Skin Management After Spinal Cord Injury,” 2023. [Online]. Available: <https://msktc.org>
- [17] Physio-pedia, “Pressure Relief Techniques in Wheelchair Users,” 2024. [Online]. Available: <https://www.physio-pedia.com>
- [18] National Institutes of Health (NIH), “Home modifications to improve safety after stroke,” 2023. [Online]. Available: <https://www.nhlbi.nih.gov>
- [19] R. W. Simpson et al., “Botulinum Toxin in the Treatment of Spasticity After Stroke,” *Stroke*, vol. 50, no. 9, pp. 2599–2606, 2019.

[20] American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA), Stroke Rehabilitation Clinical Practice Guideline, 2023.

[21] American Occupational Therapy Association (AOTA), "Occupational therapy practice guidelines for adults with stroke," *Am. J. Occup. Ther.*, vol. 74, no. 2, pp. 7402397010, 2020.

[22] Stroke Association, "Daily living aids after stroke," Stroke Association, 2023. [Online]. Available: <https://www.stroke.org.uk>

[23] Wing Chung Chan, Catherine Cusson, Andréane Lalumière Saindon, Nicol Korner-Bitensky y Geoffroy Hubert, "Assistive Devices," *Stroke Engine*, Canadian Partnership for Stroke Recovery, revisión del Intervención, 2025.

Resumen:

1) Usuario/Paciente: Habilidades y capacidades

La paciente es una mujer de 55 años que, previo al ACV, se desempeñaba como costurera y realizaba de manera independiente sus actividades de la vida diaria (AVD).

Marcha insegura y fatigabilidad. Deambula con bastón de 4 apoyos.

Es independiente para comer con mano izquierda, pero requiere asistencia mínima o supervisión para vestirse, baño y tareas de cocina.

Funciones de micción y defecación conservadas.

Leve disartria (puede comunicarse de forma entendible).

Actualmente, pese a la hemiplejía espástica derecha con mano en flexión sostenida, conserva diversas capacidades que pueden aprovecharse en el proceso de rehabilitación:

Capacidades cognitivas y comunicativas: No se reportan alteraciones significativas en la comprensión o cognición. Leve disartria. Mantiene la capacidad de comunicarse y comprender instrucciones.

Motricidad y lateralidad: La paciente conserva la funcionalidad de su hemicuerpo izquierdo, siendo la mano izquierda su dominante, lo que le permite realizar movimientos funcionales y entrenarse para compensar la limitación del lado derecho.

Autonomía y adaptación: Presenta disposición para entrenarse en actividades de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene personal), con apoyos técnicos y terapéuticos.

Capacidad de aprendizaje y rehabilitación: Tiene la posibilidad de participar activamente en terapias de fisioterapia y terapia ocupacional, lo que favorece la recuperación parcial y la prevención de complicaciones secundarias.

Red de apoyo: Cuenta con el acompañamiento de su esposo e hija, lo que fortalece la continuidad de su rehabilitación y la posibilidad de mantener un rol social y familiar activo.

2) Actividades y tareas de la persona:

Conjunto de tareas que la paciente realiza en su vida diaria y que son relevantes para su rehabilitación:

Actividades de la vida diaria (AVD): Alimentación, vestido, aseo personal, higiene oral, baño y uso de inodoro.

Actividades domésticas: Cocinar, organizar el hogar, colaborar en tareas livianas.

Movilidad personal: Traslado cama-silla, uso de baño/ducha, deambulación en el hogar y la comunidad.

Actividades ocupacionales: Interés en retomar costura y labores relacionadas, aunque con adaptaciones.

Comunicación y ocio: Uso de computadora o celular, lectura, interacción con familia.

3) Contexto:

Físico: Vivienda probablemente con riesgos (pisos resbaladizos, baño sin barras de apoyo); requiere adaptaciones (barras, asiento de ducha, antideslizantes, iluminación adecuada).

Social: Cuenta con familia que brinda apoyo parcial; se recomienda su participación activa en la rehabilitación.

Cultural: Rol de ama de casa y costurera previa; valora la independencia en tareas domésticas y laborales.

Comunitario: Necesita desplazarse para actividades médicas, sociales y potenciales actividades económicas; movilidad limitada puede restringir su participación plena.

4) Tecnología

Dispositivos y estrategias para cerrar la brecha entre sus capacidades y las demandas del entorno:

Ayudas para la movilidad: bastón de 4 apoyos (actual), posible transición a bastón simple; silla de ruedas ligera para distancias largas.

Órtesis de mano-muñeca para controlar espasticidad, confort e higiene.

Adaptaciones para AVD: cubiertos de mango engrosado, tablas con pinchos, abotonadores, calzadores largos, tazas con tapa, platos con borde.

Adaptaciones en baño: barras, asiento de ducha, alfombra antideslizante, elevador de inodoro.

Adaptaciones laborales: soportes de tela, tijeras de resorte, guías de costura, mesa adaptada a altura de codo.

Tecnología de acceso: teclado de una mano, ratón trackball, software de dictado por voz.

Intervenciones clínicas: terapia física y ocupacional intensiva, potencial uso de toxina botulínica para espasticidad.