	<b>GUIA CLINICA NEUROLÓGICA SECUNDARIA A TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b> GS-DC-013	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 1 de 3

## 1. OBJETIVOS

- Potencializar la máxima recuperación de las funciones sensorio-motoras y sensorio-perceptuales que favorezcan el óptimo desempeño ocupacional de la persona con lesión neurológica.
- Mejorar tono muscular.
- Mejorar el control motor.
- Promover la re-educación sensorial.
- Entrenar los componentes Perceptual y cognitivo.
- Promover independencia en Actividades de la vida diaria.
- Facilitar la re-adquisición de roles ocupacionales.
- Educar familia como parte vital del proceso de rehabilitación.

## 2. DEFINICION


**2.1 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por unos 30 segundos aparecen los fenómenos isquémicos con los subsecuentes cambios metabólicos, después de 1 minuto cesa la función neural y después de 5 minutos se presenta anoxia tisular con cambios irreversibles y necrosis; es decir el infarto cerebral. Según la clasificación clínica de las enfermedades cerebro-vasculares esta patología del sistema nervioso central se agrupa en tres categorías: a) asintomáticas b) compromiso cerebral focal y c) compromiso cerebro vascular generalizado. Cada una de ellas presentan propias manifestaciones que lesionan el tejido cerebral produciendo de manera consecuente pérdida de la función motora, trastornos del lenguaje, trastornos en la función cognitiva y procesos mentales superiores que deterioran la funcionalidad e independencia de la persona.

**2.2 TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO:** Lesión cerebral traumática causada por un impacto de la cabeza contra un objeto o movimiento producido durante el impacto de otras partes del cuerpo. La lesión cerebral puede ser difusa, focal ó ambas. Los efectos secundarios del traumatismo cerebral pueden ocurrir inmediatamente ó desarrollarse en horas ó días. Generalmente puede alterar la autorregulación del fluido sanguíneo y las funciones vasomotoras produciendo un desorden en el metabolismo energético cerebral, hipotensión craneal, vasoespasmo e hipertensión intracraneana y el edema cerebral. Otros efectos secundarios incluyen hemorragia intracraneana, isquemia cerebral, compresión cerebral, alteración del sistema respiratorio y respuestas anormales del sistema autónomo.

Generalmente se observa la afección de un hemisferio con el resultado de una hemiplejía contralateral, déficit de atención, amnesia anterógrada, baja velocidad y eficiencia en los procesos mentales superiores reduciendo las funciones cognitivas del paciente, incluyendo razonamiento abstracto y resolución de problemas. Se observan cambios conductuales incluyendo impulsividad, irritabilidad, apatía, pobre iniciativa, praxis y percepción.

## 3. TRATAMIENTO

Aplicar técnicas de facilitación neuromuscular, énfasis en: puntos clave de control, compresión articular, soporte de peso, traspaso de peso, *tapping*, presión, golpeteo, cepilleo y vibración. Se tiene en cuenta el nivel de control motor en que se encuentra el paciente, la actividad con propósito se introduce en la aplicación de estas técnicas. Se aplican estímulos facilitadores de integración refleja.

	<b>GUIA CLINICA NEUROLÓGICA SECUNDARIA A TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b> GS-DC-013	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 2 de 3

Se inicia la re-educación de patrones manuales cuando el paciente logra el control voluntario de apertura y cierre de los dedos aunque el movimiento no sea completo. La secuencia de entrenamiento corresponde a: agarre palmar, agarre a mano llena, agarre cilíndrico, soltar rudimentario, soltar de precisión, alcances en diversos planos, pinza latero-lateral, pinza trípode, pinza fina, lanzar por encima del hombro, atrapar. Se proporciona retroalimentación del lado sano por influencia bilateral, se hace énfasis en la ejecución correcta del patrón, se varía la posición del antebrazo y la muñeca efectuando combinación de movimientos.

Para la re-educación sensorial algica, se estimula el lado sano del cuerpo como entrada de la información sensorial y posteriormente se estimula el lado afectado. Para estimular la sensibilidad táctil se utilizan diferentes texturas, iniciando por las burdas. Para estimulación táctil de temperatura, se usan tubos de ensayo con agua caliente, tibia y fría. Sensibilidad profunda: Se trabaja el sistema propioceptivo.

Sensibilidad mixta: incluye la re-educación de la estereognosia, barognosia y grafestesia. A nivel de percepción visual en el entrenamiento se lleva la siguiente secuencia: constancia de objeto, tamaño, color; figura-fondo, posición en el espacio, relaciones espaciales, memoria visual y conclusión visual. Se trabaja inicialmente con cada categoría empleando material concreto, posteriormente material gráfico y cuadernillos guía. En las etapas más avanzadas del proceso se combinan 3 ó más categorías. Se proporcionan facilitadores que le permitan al paciente interpretar la información, el estímulo y el tipo de canal empleado para el aprendizaje de la función. Son importantes las experiencias perceptuales previas como fuente de evocación en las respuestas. Se enseña a valorar el causal de error y promover la corrección y autocorrección.


- **Actividades de la Vida Diaria:**

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación se determinan las áreas de dependencia y se inicia el entrenamiento de las mismas empleando modificaciones en la ejecución del hábito, cambiando el proceso de la actividad, se recomiendan variaciones a las prendas de vestir que favorezcan la independencia, se realiza educación al paciente y a la familia para evitar la ganancia secundaria. En los casos que se requiera compensación se realizan adaptaciones a los objetos y al contexto para incrementar la independencia. Igualmente en el contexto terapéutico se realizan sesiones de tratamiento donde se practica la ejecución de las actividades, se entregan guías para reforzar lo aprendido.

- **Trabajo y Actividad Productiva:**

Se realiza la historia ocupacional y se analizan los resultados del formato de Habilidades Funcionales y Ambientales del puesto de trabajo y se definen las alternativas ocupacionales del paciente emitiendo de esta manera el diagnóstico y pronóstico ocupacional del mismo.

Las actividades con propósito desarrolladas durante el tratamiento corresponden a las demandas motoras, perceptuales, cognitivas y adaptativas requeridas para su puesto de trabajo.

	<b>GUÍA CLÍNICA NEUROLÓGICA SECUNDARIA A TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO Y ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN TERAPIA OCUPACIONAL</b>		<b>Código</b> GS-DC-013	
	<b>Fecha Vigente</b>	18/11/2020	<b>Versión</b> 1	<b>Página</b> 3 de 3

- Actividades de Ocio y Juego:

Se abordan con trabajo grupal favoreciendo al mismo tiempo la interacción social y la autoestima.

#### 4. SEGUIMIENTO

Paciente activo: al terminar el número de sesiones ordenadas se remite a control con el Médico especialista para determinar la continuidad o no del tratamiento analizando los reportes de evolución efectuados por la Terapeuta Ocupacional.

Paciente dado de Alta: se realizan controles periódicos en Terapia Ocupacional a 3 meses, 6 meses, hasta 1 año para determinar si el paciente está siguiendo las recomendaciones del plan casero, verificar funcionalidad e inclusión socio-laboral.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá, Colombia 2010.
- Resolución número 1043 de 2006 ministerio de la protección social.
- Pereira R. Traumatismo craneoencefálico en adultos. Guías terapéuticas en Neurocirugía. La Habana: Hospital Calixto García; 2004 [citado 20 Jun 2010]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/cirugia/indice\\_h.html](http://bvs.sld.cu/libros_texto/cirugia/indice_h.html)
- Servadei F, Teasdale G, Merry G. Definitions acute mild injury in adults: A proposal based on prognostic factors, diagnosis, and management. J Neurotrauma. 2001; 18(7):647- 9.
- Mosquera Betancourt G, Vega Basulto S, Valdeblánquez Atencio J. Traumatismo craneoencefálico en el adulto mayor. AMC [Internet]. 2008 Nov-Dic [citado 20 Jun 2010];12(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000600011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000600011&lng=es)
- Pérez Ortiz L, Rodríguez Ramos E. El examen físico del paciente con trauma craneal. Rev Méd Electrón[Internet]. 2011 Jun-Jul [citado: fecha de acceso];33(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema09.htm>