

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCION DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



TEMA

**BENEFICIOS DEL MÉTODO PERFETTI APLICADO EN MIEMBRO SUPERIOR
HEMIPLÉJICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO
VASCULAR, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DE ORIENTE, PERÍODO MAYO A JULIO DE 2014.**

**PRESENTADO POR:
DAMARIS SARAI, OCHOA PADIAS
MARGARITA XIOMARA, ORELLANA MORENO**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
LICENCIADA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

**DOCENTE ASESOR.
LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ.**

AGOSTO DE 2014

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

**INGENIERO ROBERTO NIETO LOVO
RECTOR**

**MAESTRA ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO
VICERRECTORA ACADEMICA**

**MAESTRO OSCAR NOE NAVARRETE
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL**

**LICENCIADO FRANCISCO CRUZ LETONA
FISCAL GENERAL**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

**MAESTRO CRISTOBAL HERNAN RIOS BENITEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNANDEZ
SECRETARIO**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

**DOCTOR FANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DE DEPARTAMENTO**

**LICENCIADA ANA CLARIBEL MOLINA ALVAREZ
COORDINADORA DE LA CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA
OCUPACIONAL**

**MAESTRA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ
COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACION DE LA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

ASESORES

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

DOCENTE ASESOR

MAESTRA XOCHILT PATRICIA HERRERA CRUZ

ASESORA DE METODOLOGIA

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DIAZ

DOCENTE ASESOR

LICENCIADA LUZ ESTELI GUEVARA DE DIAZ

TRIBUNAL CALIFICADOR

LICENCIADA DILSIA CAROLINA ORTIZ DE BENITEZ

TRIBUNAL CALIFICADOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO: Por habernos guiado desde el principio de nuestra carrera, y brindarnos sabiduría para vencer todas las dificultades que se presentaron en el camino, por protegernos siempre donde anduvimos, por suplir cada necesidad, física, económica y espiritual, por unirnos en este proyecto y darnos este triunfo

A NUESTROS PADRES: Por brindarnos su dedicación, cariño y apoyo incondicional, por sus sacrificios, por ayudarnos a alcanzar esta meta, que sin ellos no hubiese sido posible, por enseñarnos a luchar por nuestros sueños y anhelos, y animarnos cada momento a persistir en nuestra formación profesional.

A NUESTROS HERMANOS Y HERMANAS: Por demostrarnos su cariño y apoyo incondicional en todo momento, por ser parte importante en nuestro triunfo.

A NUESTRO ASESOR: Por brindarnos su ayuda, dedicación y conocimiento en la realización de nuestro trabajo de grado.

A LOS PACIENTES DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE: Por darnos la oportunidad de trabajar con ellos y adquirir nuevos conocimientos al aplicar una nueva técnica de tratamiento en Terapia Ocupacional diferente a la tradicional, por colaborar y demostrar su interés en su recuperación.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por darnos la oportunidad de estudiar y formarnos profesionalmente en una carrera humanitaria con valores y ética profesional.

DAMARIS Y XIOMARA

DEDICATORIA

Al terminar mi carrera dedico este triunfo a todos; los que con esfuerzo, amor y dedicación me apoyaron, ayudaron y confiaron en mí para poder obtener mi triunfo, especialmente.

A DIOS TODO PODEROSO: Por guiarme en todo momento, darme sabiduría, salud, fortaleza y por permitirme culminar mis estudios.

A MI MADRE: Que a pesar de la distancia, está siempre en mi vida apoyándome, guiándome, brindándome su amor, cariño, comprensión, apoyo incondicional, y fortaleza, porque sin ti no hubiese sido posible poder obtener este triunfo. Te amo mami.

A MI PADRE: Que a pesar de la distancia, está siempre en mi vida, brindándome su amor, comprensión, cariño y su apoyo incondicional en todo momento. Te quiero mucho papá.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL EN MI VIDA: A mí tía Alba Moreno a la cual considero como mi segunda madre; gracias por cuidarme y estar siempre en las buenas y en las malas, por brindarme su amor, cariño, comprensión, su apoyo incondicional y motivarme a terminar mi carrera. Te quiero mucho.

A MIS HERMANOS/AS: Por estar siempre conmigo, por su cariño y motivarme a salir adelante y por apoyarme siempre.

A MI FAMILIA: Por estar siempre conmigo en todo momento, por brindarme, su cariño, comprensión y su apoyo.

A MIS AMIGAS: Por todo su apoyo y cariño, y por todos los momentos felices que pasamos juntas, gracias por estar en mi vida las quiero mucho.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Gracias por tu linda amistad, cariño, apoyo y confianza al permitir compartir esta experiencia única en mi vida contigo, Te Quiero Mucho que Dios te cuide y te bendiga siempre.

XIOMARA

DEDICATORIA

A DIOS TODO PODEROSO: Por darme la vida, salud, por cada día mostrarme su amor y misericordia y su fidelidad y enviar a su ángel a mi alrededor, por darme entendimiento y sabiduría y rodearme de las personas idóneas que fueron de bendición en mi carrera, por suplir cada una de las necesidades que se presentaron en el camino; por mis padres que les ha permitido ver este logro en mi vida, Todo se lo debo a Él; y ahora lo alabo y glorifico su Santo nombre porque hasta aquí me ha ayudado y por haberse manifestado aún en lo más mínimo de los detalles. Gracias Dios!!!.

A MI MADRE: Por su apoyo incondicional, por sus oraciones por estar siempre pendiente de mí, por alentarme a seguir adelante y creer en mí, y recordarme poner mi confianza en el que todo lo puede en Jesucristo mi Señor y Salvador. Gracias madre, te amo!!!

A MI PADRE: Por poner su talento a mi servicio cada vez que lo necesite, por sus oraciones, por ayudarme en todo y motivarme a persistir en este triunfo que también es de él. Te quiero mucho!!!. Eres lo máximo.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS: Por brindarme su apoyo en todo lo que necesite, e impulsarme siempre a lograr mi meta. Los quiero mucho!!!.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR: Por permitirme formarme profesionalmente y tener programas de ayuda económica para todos los que no contamos con los recursos necesarios y de esa manera poder cumplir nuestros sueños.

A TODOS LOS LICENCIADOS Y LICENCIADAS: Que fueron parte de mi formación profesional, por brindarme parte de su tiempo y guiarme en toda mi etapa de estudiante. Que Dios los bendiga!!!.

A MI COMPAÑERA DE TESIS: Xiomara Orellana por ser parte de este proyecto, por su cariño, por no darse por vencida, y confiar en Dios el cual nos ha permitido coronar nuestra carrera. Gracias amiga, la quiero mucho!!!.

A LA TRABAJADORA SOCIAL: Licenciada Lucy Argueta por ser uno de los ángeles que Dios puso en mi camino; por ser una gran profesional, mostrando amabilidad, paciencia, y cariño y siempre tener una palabra para motivarme a lograr esta meta. Gracias Licda.!!!!.

A MIS COMPAÑEROS Y COMPAÑEROS DE CLASE: En especial a Flor Arbaiza, Michelle Berrios, Vanessa Rodríguez, Marcela Chévez, y Margarita Rosales, por haberme, brindarme su amistad, su cariño y darme su ayuda cada vez que lo necesite. Que Dios les bendiga!!!.

DAMARIS

INDICE

CONTENIDO.	Nº PÁG.
LISTA DE TABLAS.....	I
LISTA DE GRAFICAS.....	II
LISTA DE FIGURAS.....	III
LISTA DE ANEXOS.....	V
RESUMEN.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	VII
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.....	22
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	23
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	24
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2. MARCO TEÓRICO.....	27
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	54
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	57
5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	62
6. PRUEBA DE HIPÓTESIS.....	83
7. CONCLUSIONES.....	85
8. RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87

LISTA DE TABLAS

TABLAS	Nº PÁG.
TABLA 1. Población en estudio por edad y sexo.....	63
TABLA 2. Población según ocupación.....	65
TABLA 3. Causas del ECV.....	67
TABLA 4. Población según etapas del ECV.....	69
TABLA 5. Población según signos y síntomas.....	71
TABLA 6. Datos según alteraciones de la sensibilidad superficial.....	73
TABLA 7. Datos según alteraciones de la sensibilidad profunda.....	75
TABLA 8. Datos de la población en estudio de las AVD.....	78
TABLA 9. Datos según alteraciones del área cognitiva.....	80

LISTA DE GRAFICAS

GRAFICAS	Nº PÁG.
GRAFICA 1. Población en estudio por edad y sexo.....	64
GRAFICA 2. Población según ocupación.....	66
GRAFICA 3. Causas del ECV.....	68
GRAFICA 4. Población según etapas del ECV.....	70
GRAFICA 5. Población según signos y síntomas.....	72
GRAFICA 6. Datos según alteraciones de la sensibilidad superficial.....	74
GRAFICA 7. Datos según alteraciones de la sensibilidad profunda.....	77
GRAFICA 8. Datos de la población en estudio de las AVD.....	79
GRAFICA 9. Datos según alteraciones del área cognitiva.....	82

LISTA DE FIGURAS

FIGURAS	Nº PÁG.
FIGURA 1. Anatomía del cerebro	89
FIGURA 2. Irrigación sanguínea del cerebro	89
FIGURA 3. Evento Cerebro Vascular	90
FIGURA 4. EVC Isquémico	90
FIGURA 5. EVC Hemorrágico.....	91
FIGURA 6. Arteriosclerosis.....	91
FIGURA 7. Factores de riesgo de ECV	92
FIGURA 8. Signos de ECV	92
FIGURA 9. Síntomas de acuerda al hemisferio cerebral afectado	93
FIGURA 10. Hemiplejia	93
FIGURA 11. Método Perfetti.....	94
FIGURA 12. Reconocimiento de la posición exacta del miembro superior en el espacio	95
FIGURA 13. Reconocimiento de formas, superficie.	95
FIGURA 14. Reconocimiento de la posición exacta de la mano	96
FIGURA 15. Reconocimiento del contorno de letras.	96
FIGURA 16. Reconocimiento de la altura de los objetos	97
FIGURA 17. Reconocimiento textura de los objetos.....	97
FIGURA 18. Reconocimiento del espacio.....	98

FIGURA 19. Reconocimiento del volumen.....	98
FIGURA 20. Reconocimiento de cantidad de resistencia.....	99
FIGURA 21. Reconocimiento de la cantidad de presión.....	99
FIGURA 22. Reconocimiento de la presión sobre antebrazo y mano.....	100
FIGURA 23. Reconocimiento de la presión sobre el pulgar.....	100
FIGURA 24. Reconocimiento de la presión sobre pulgar e índice.....	101
FIGURA 25. Reconocimiento de longitud utilizando el pulgar.....	101
FIGURA 26. Reconocimiento del espacio con flexo-extensión de muñeca.....	102
FIGURA 27. Reconocimiento del espacio con desviación Radial y cubital de la muñeca.....	102
FIGURA 28. Reconocimiento del espacio con flexo-extensión, abducción-aducción y rotación de muñeca.....	103
FIGURA 29. Optimización del trazado de trayectorias rectilíneas.....	103
FIGURA 30. Optimización del trazado de trayectorias diversas.....	104
FIGURA 31. Optimización virtual del trazado de trayectorias.....	104

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	N° PÁG.
ANEXO 1. Cronograma de actividades generales.....	106
ANEXO 2. Cronograma de actividades específicas.....	107
ANEXO 3. Presupuesto y financiamiento de materiales.....	108
ANEXO 4. Certificado de consentimiento.....	109
ANEXO 5. Guía de evaluación de Terapia Ocupacional.....	110
ANEXO 6. Guía de entrevista.....	114

RESUMEN

La investigación se realizó en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, con secuela de hemiplejía entre las edades de 45 a 85 años de edad ambos sexos, que asisten al área de Terapia Ocupacional en el periodo de mayo a julio de 2014.

El **OBJETIVO** de la investigación fue conocer los beneficios del Método Perfetti aplicado en dichos pacientes.

La **METODOLOGÍA** que se utilizó fue prospectivo y analítico, y las técnicas de obtención de información utilizadas fueron de tipo documental y de campo como la observación y la entrevista; para lo cual se utilizaron instrumentos como la ficha bibliográfica y archivológica, la guía de evaluación de Terapia Ocupacional para pacientes con Evento Cerebro Vascular, guía de entrevista dirigida a los pacientes con ACV, atendidos en el área de Terapia Ocupacional del CRIOR a través de los cuales se conocieron datos como la población masculina que está constituida por el 50% al igual que la población femenina y las edades más predominantes fueron de 65 a 85 años, siendo la muestra un total de 6 pacientes.

Al iniciar el programa de tratamiento, los pacientes fueron evaluados, encontrándose la mayoría, con dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria e instrumentales; debido a la disminución de la funcionabilidad física como consecuencia de la enfermedad y secuela de hemiplejía, además presentaron problemas en el área cognitiva de acuerdo al hemisferio afectado. Se brindó tratamiento de Terapia Ocupacional utilizando Método Perfetti, por tres meses, en miembro superior hemipléjico, utilizando atril con diferentes figuras, texturas, material de flexo-extensión de muñeca, esferas y semiesferas, material de desviación radial y cubital, cartulina con trayectorias entre otras; al finalizar el período de estudio se obtuvieron **RESULTADOS** favorables en los pacientes gracias al tratamiento brindado con dicho método.

Palabras claves: Evento Cerebro Vascular, Hemiplejía, Método Perfetti, Terapia Ocupacional y Actividades de la Vida Diaria.

INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ser complejo capaz de realizar actividades cognitivas, físicas y sociales que le permiten desenvolverse de manera independiente e interactuar con las personas gracias al excelente funcionamiento del cerebro; pero esta capacidad se puede ver interrumpida cuando la persona sufre un Evento Cerebro Vascular. El Evento Cerebro Vascular es una alteración cerebral causada por algún proceso patológico de los vasos sanguíneos, es el mayor trastorno neurológico de mayor prevalencia entre la morbilidad y mortalidad.

El propósito de la investigación es conocer los beneficios del Método Perfetti aplicado en miembro superior hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular entre las edades de 45 a 85 años de edad ambos sexos que asisten, al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR), en el periodo de Mayo a Julio de 2014.

Esta enfermedad constituye potenciales secuelas que pueden limitar la capacidad funcional del individuo, como la parálisis de medio cuerpo o pérdida del habla, condicionando la forma de vida quien la padece, en El Salvador representa un problema cotidiano, médico, social y económico, que con lleva a depender totalmente de su familia.

El trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera.

El Planteamiento del Problema: el cual consta de los antecedentes de la problemática, describiendo el comportamiento del fenómeno objeto de estudio. El enunciado del problema: que consiste en plantear el tema a investigar en una interrogante delimitada en tiempo y espacio al que se pretende dar una respuesta; de manera que al ser estudiada pueda ser sometida a comprobación y verificación. La justificación del estudio: donde explicamos las razones por las cuales realizamos dicha investigación, como también se da a conocer quiénes son los beneficiados al finalizar la investigación.

Los Objetivos: tanto general como específicos que nos sirven de guía y orientación para realizar de manera precisa la investigación.

El Marco Teórico, donde hablamos sobre la anatomía y fisiología del cerebro; su importancia, sus divisiones y la función de cada una de sus áreas en el control y funcionamiento de nuestro cuerpo, así como la irrigación sanguínea que hace posible la oxigenación necesaria para el trabajo normal del cerebro, también explicamos una de las patologías neurológicas producto de un problema o serie de alteraciones que afectan el cerebro como es el Evento Cerebro Vascular, sus tipos, cada una de sus etapas, las causas

más frecuentes, así como los factores de riesgo que pueden desencadenar esta patología. Además damos a conocer los signos y síntomas de acuerdo al hemisferio del cerebro afectado; las diferentes técnicas y exámenes que permiten su diagnóstico médico, las medidas que pueden prevenir un ECV, y las complicaciones y secuelas que condicionan la funcionalidad del paciente.

También presentamos el miembro superior disfuncional donde explicamos la importante función del miembro superior en todas las actividades de la vida diaria que realizamos; más adelante proponemos el Método Perfetti como una de las alternativas de solución en la recuperación del movimiento perdido o alterado del miembro superior por una lesión neurológica, en este caso como consecuencia de un ECV; damos a conocer los principios básicos de este método, en qué consiste, sus beneficios y la clasificación de sus ejercicios.

Definición de Términos Básicos, ofrecemos una lista de términos para una mayor comprensión de la teoría.

El Sistema de Hipótesis; que consta de una hipótesis general, donde refleja lo que esperamos del Método a utilizar, y una nula que hace referencia a una negación sobre lo que mencionamos en la general. Luego se desarrolla la operacionalización de las hipótesis en variables, donde se mencionan y se describen las variables sus definiciones conceptuales y operacionales así como sus indicadores.

El Diseño Metodológico, donde se describe el tipo de estudio a realizar, la población y los criterios de inclusión y exclusión de la muestra que se ha requerido para esta investigación, las técnicas e instrumentos que nos han servido para la recolección de datos, y los materiales necesarios que en el momento de la ejecución se necesitaron.

La Presentación de los resultados de la investigación, donde se plasman los datos obtenidos durante la aplicación de Método Perfetti a la población objeto de estudio, los cuales fueron analizados e interpretados para una mayor comprensión.

La Prueba de hipótesis: la cual damos a conocer la aceptación de la hipótesis de trabajo con los resultados obtenidos en la investigación.

Las Conclusiones y recomendaciones: que fueron elaboradas por grupo investigador al finalizar el trabajo de investigación.

Más adelante presentamos una lista de referencias bibliográficas donde damos a conocer documentos que nos han facilitado la obtención de información, tanto de libros, tesis y páginas web, enriqueciendo nuestra investigación.

Finalmente encontramos una lista de figuras acerca de la patología, así como de los ejercicios del Método Perfetti, explicando lo que se logró con cada uno de ellos. También se encuentran los anexos que contienen el cronograma de actividades, donde damos a conocer la planificación del proceso de elaboración del proyecto de investigación. Como también los instrumentos de recolección de datos, en el cual se encuentra la guía de evaluación que fue realizada antes y después del tratamiento a los pacientes para obtener información en cuanto a las funciones física y cognitivas y la guía de entrevista que se llevó a cabo al inicio el tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió el Accidente Cerebro Vascular como: el "inicio repentino de parálisis". El Evento Cerebro Vascular en el siglo XXI ha causado mucho auge por lo tanto en las últimas décadas ha sido considerado como una emergencia neurológica.

La enfermedad Cerebro Vascular constituye la primera causa de discapacidad y ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial. A pesar de los avances en el conocimiento de la fisiopatología del Accidente Cerebro Vascular (ACV) y de sus factores de riesgo, estadísticas provenientes de países desarrollados muestran que la incidencia se mantiene constante. Este hecho puede ser explicado en parte por un aumento de la expectativa de vida de la población general y al incremento de la incidencia de esta enfermedad en mujeres. Del total de Eventos Vasculares Cerebrales dos tercios ocurren en países en vías de desarrollo. Sin embargo, en América Latina existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios.

" La incidencia estimada de 150 -200 casos de cada 100,000 habitantes por año. El 15-20% de las personas que padecen ACV fallecen; el 60% queda con algún grado de discapacidad y solo un 20-25% experimenta una recuperación para poder llevar una calidad de vida estable." ¹

Por lo tanto debido a que el Evento Cerebro Vascular es una de las enfermedades más trascendentales en nuestro medio se ha dado énfasis en implementar muchos medios de tratamiento entre ellos se encuentran los tratamientos de terapia física y terapia ocupacional, en base a ello se hace uso del Método Perfetti.

El Método Perfetti es un método de rehabilitación que nace en Italia a principios de los años 70 fruto del trabajo del neurólogo Carlos Perfetti y sus colaboradores. En España se conoce comúnmente con el nombre de su creador, pero su nombre real es Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (ETC).

Este método ha evolucionado paralelamente a las neurociencias y continúa evolucionando en la actualidad. Por ello, a lo largo de la historia ha ido adquiriendo diferentes formas y nombres que reflejaban la esencia del trabajo de cada etapa de su desarrollo. Así por ejemplo, comenzó llamándose Facilitación Cortical Superior, después

Control Secuencial Progresivo hasta llamarse, por ahora, Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo.

El Método Perfetti es una de las nuevas alternativas al tratamiento que ofrecen numerosos beneficios a los pacientes que sufren un ECV. En nuestro medio existe una demanda cada vez mayor específicamente en el CRIOR.

En la zona Oriental, principalmente en la ciudad de San Miguel funciona desde 1 de septiembre de 1987 el Centro de Rehabilitación Integrar de Oriente (CRIOR) bajo la dirección del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI); que brinda sus servicios a todas las personas con distintas discapacidades físicas y/o mentales que habitan en la zona el cual atienden un aproximado de 350 a 400 pacientes mensualmente entre ellos niños, jóvenes, adultos y ancianos de ambos sexo, que sufren distintas patologías, dentro de los cuales se encuentran pacientes que sufren de Evento Cerebro Vascular.

Dicho centro, cuenta con diversas áreas de atención de acuerdo a las necesidades del paciente entre las cuales están las área de Fisioterapia, Gimnasio, Hidroterapia, Terapia de Lenguaje, Psicología, Educación Especial, Educación Física, Estimulación Temprana y Terapia Ocupacional; brindando a estas personas, la oportunidad de recuperar su independencia en las actividades de la vida diaria, de modo que puedan obtener una mejor calidad de vida.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

De la problemática antes descrita se deriva el problema el cual se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los beneficios del Método Perfetti aplicado en miembro superior hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, periodo mayo a julio del 2014?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

El cerebro es una parte fundamental del ser humano el cual es el centro del control de todo el cuerpo, que está dividido en dos grandes hemisferios derecho e izquierdo cumpliendo cada uno funciones específicas, entre ellas la complejidad del pensamiento, memoria, emociones y lenguaje. Dichas funciones se ven afectadas cuando la persona sufre de un Evento Cerebro Vascular.

Debido a que el Evento Cerebro Vascular es una de las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno es necesario brindar diferentes medios de tratamiento ya que es una patología que afecta la vida funcional y cotidiana de los individuos.

En base a las secuelas que puede manifestar un Evento Cerebro Vascular el Método Perfetti se emplea para recuperar el movimiento a través del aprendizaje, ya que ha demostrado ser muy eficaz no sólo en caso de lesión cerebral, sino también en casos de lesiones traumáticas ya que no existen trastornos neurológicos que dificulten el aprendizaje.

La razón por la que se ha decidido realizar esta investigación es porque: el Método Perfetti ayuda a la reeducación del miembro superior, basado principalmente en los avances neurofisiológicos y en la utilización de las funciones cognitivas o superiores del hombre, resaltando la importancia del componente sensitivo como primordial importancia en rehabilitación del ser humano.

Con la investigación a realizar habrá muchos beneficiados, los cuales se describen a continuación:

En el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente: debido a la aportación de nuevos conocimientos e implementación de medios de tratamiento para los pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular que asisten a dicho centro.

Los pacientes: ya que se les brindara un tratamiento diferente al tradicional para lograr una recuperación más rápida y mejorar así la funcionabilidad de la persona, para que pueda integrarse nuevamente a la sociedad por medio del desempeño de sus roles.

Estudiantes y futuros profesionales: les servirá como material de apoyo para la recolección de datos y también para la adquisición de nuevos conocimientos.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer los beneficios del Método Perfetti en Miembro Superior Hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular que asisten al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en el periodo de mayo a julio de 2014.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Verificar la funcionabilidad del Miembro Superior Hemipléjico antes y después de la intervención del Método Perfetti en todas las etapas.
- Identificar la recuperación sensitiva del Miembro Superior Hemipléjico mediante la utilización del Método Perfetti.
- Reflejar los beneficios del Método Perfetti en las Actividades de la Vida Diaria de los pacientes con Miembro Superior Hemipléjico.
- Conocer los beneficios del Método Perfetti en las Funciones Cognitivas en pacientes con Miembro Superior Hemipléjico.

MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO.

2.1 ANATOMIA Y FISIOLÓGÍA CEREBRAL

" El cerebro es el órgano más importante de SNC porque controla y regula las actividades del organismo.

Situado en el interior del cráneo.

Consta de 100000 millones de neuronas.

Recibe gran aporte sanguíneo y la barrera hematoencefálica lo protege.

Su peso oscila entre 1.150 gramos en el hombre y 1.000 gramos en la mujer" ²

El cerebro puede dividirse en dos partes más o menos simétricas denominadas hemisferios. Cada hemisferio puede dividirse en 4 lóbulos diferentes: (ver figura 1)

Lóbulo Occipital: en el lóbulo occipital reside la corteza visual y por lo tanto está implicado en nuestra capacidad para ver e interpretar lo que vemos.

Lóbulo Parietal: el lóbulo parietal tiene un importante papel en el procesamiento de la información sensorial procedente de varias partes del cuerpo, el conocimiento de los números y sus relaciones y en la manipulación de los objetos.

Lóbulo Temporal: las principales funciones que residen en el lóbulo temporal tienen que ver con la memoria. El lóbulo temporal dominante está implicado en el recuerdo de palabras y nombres de los objetos. El lóbulo temporal no dominante, por el contrario, está implicado en nuestra memoria visual (caras, imágenes.).

Lóbulo Frontal: el lóbulo frontal se relaciona con el control de los impulsos, el juicio, la producción del lenguaje, la memoria funcional (de trabajo, de corto plazo), funciones motoras, comportamiento sexual, socialización y espontaneidad. Los lóbulos frontales asisten en la planificación, coordinación, control y ejecución de las conductas.

El cerebro está formado por sustancia gris, en el exterior y sustancia blanca, en el interior.

La sustancia gris: forma la llamada corteza cerebral y tiene de 2 a 3 milímetros de espesor. Está constituida por haces densamente agrupados de neuronas de color gris, no mielinizadas. Esta sustancia gris es el núcleo de la memoria y de los procesos del pensamiento (hablar, oír, olfatear, ver); constituye una ingeniosa computadora con una

capacidad casi ilimitada para realizar asociaciones entre los distintos conocimientos alcanzados.

La sustancia blanca: La sustancia blanca situada por debajo de la corteza está formada por axones mielinizados que se extienden en tres direcciones principales:

Fibras de asociación: que conectan y transmiten los impulsos nerviosos entre las circunvoluciones del mismo hemisferio.

Fibras comisurales: transmiten los impulsos nerviosos entre circunvoluciones de un hemisferio cerebral al hemisferio cerebral opuesto. (Cuerpo caloso, comisura anterior, comisura posterior).

Fibras de proyección: (fascículos ascendentes y descendentes) transmiten impulsos desde el cerebro y otras zonas del encéfalo hacia la médula espinal y viceversa. (Cápsula interna).

" El Cerebro recibe 20% del gasto cardiaco; la circulación encefálica es de 800 ml x minuto, 1 gota de sangre fluye a través del encéfalo entre la Arteria Carótida Interna y la Vena Yugular. Flujo continuo del cerebro no almacena O₂ y Glucosa, se mantiene por el metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea" ³

El cerebro humano, al igual que el resto de los órganos de nuestro cuerpo, necesita oxígeno y nutrientes aportados por la sangre que llega mediante las arterias que alcanzan el cerebro. Es necesario que ese aporte sea constante y permanente, ya que el sistema nervioso tiene la particularidad de carecer de sistemas de almacenamiento de energía.

La disminución del flujo sanguíneo al cerebro por la obstrucción brusca de una arteria provoca la aparición de síntomas neurológicos asociados a la falta de oxígeno. Si la circulación se restablece rápidamente, las funciones cerebrales se recuperan y los síntomas tendrán un carácter transitorio, habitualmente minutos; si por el contrario la obstrucción se prolonga, se desencadenan los procesos irreversibles del infarto cerebral.

La sangre llega al cerebro mediante cuatro vasos principales. La arteria carótida derecha se origina en el tronco braquiocefálico, y la arteria carótida izquierda directamente de la aorta; pasan por la parte anterior del cuello a través de la base del cráneo hacia la cara inferior del cerebro donde cada arteria se divide en dos y las ramas (anterior y media) irrigan los lóbulos frontal, parietal y temporal. Las dos arterias cerebrales anteriores se comunican anteriormente a través de la arteria comunicante anterior y esto forma el polígono de Willis.

Las ramas de los vasos cerebrales mayores (arterias cerebrales anterior, media y posterior), sin embargo, no se anastomosan entre sí y se les denominan en consecuencia arterias terminales. Las partes del cerebro irrigadas por ellas están relativamente bien señaladas y precisadas, a pesar de que en la periferia de cada región se producen anastomosis. Cuando uno de estos vasos llega a ocluirse, el daño consecuente es una lesión cerebral relativamente estereotipada en el área que irriga. (Ver Fig. 2)

2.2 EVENTO CEREBRO VASCULAR

El EVC es conocido también como Ictus, Derrame Cerebral y Accidente Cerebro Vascular (ACV), actualmente se conoce como ECV debido a que su desarrollo implica una serie de procesos sucesivos a causa de un factor que provoca un cambio total en la función de la parte del cerebro afectada.

Se define el Accidente Cerebro Vascular (ACV) como la aparición repentina de un déficit neurológico encefálico, causado por un trastorno circulatorio cerebral.

El Accidente Cerebro Vascular agudo o ictus es una enfermedad aguda producida por una interrupción brusca del flujo sanguíneo a una parte del cerebro, lo cual da lugar a la muerte de células cerebrales y a la pérdida o al deterioro de algunas funciones que están controladas por dicha parte del cerebro. (Ver figura 3)

" La Organización Mundial de la Salud define el ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tienen otra causa aparente que un origen vascular." ⁴

2.3 TIPOS DE EVENTO CEREBRO VASCULAR

Existen dos tipos de Evento Cerebro Vascular, los cuales son EVC Isquémico y Hemorrágico.

2.3.1 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO:

Es la obstrucción de una de las arterias cerebrales principales (media, posterior y anterior) partes de su cerebro se ven privadas de nutrientes y oxígeno cuando los vasos sanguíneos se bloquean. Esto daña las células cerebrales y las mismas empiezan a morir. (Ver fig. 4)

El ECV Isquémico se divide en dos grupos: Trombótico y Embólico.

Accidente Cerebro Vascular Trombótico: Un Accidente Cerebro Vascular Trombótico generalmente ocurre cuando una arteria al cerebro está bloqueada por un coágulo sanguíneo formado como resultado de la arterosclerosis, o del endurecimiento de las arterias. Con el transcurso del tiempo, capaz de colesterol se acumulan en placas en las paredes de las arterias y se espesan lentamente, reduciendo las arterias hasta que el flujo sanguíneo es reducido, una condición conocida como estenosis. Un coágulo sanguíneo, o trombo, se forma sobre la placa grasa, bloqueando completamente la arteria ya reducida y cortando el oxígeno a parte del cerebro.

Accidente Cerebro Vascular Embólico: Un Accidente Cerebro Vascular Embólico generalmente es causado por un coágulo sanguíneo desalojado que ha viajado a través de los vasos sanguíneos hasta que se encaja en un sitio en una arteria. A cerca de 15% de todos los Accidentes Cerebro Vasculares, los émbolos son coágulos sanguíneos que originalmente se formaron en el corazón como resultado de un trastorno del ritmo conocido como fibrilación atrial. Los émbolos también pueden originar como coágulos sanguíneos en el sitio de válvulas del corazón artificiales, después de un ataque cardíaco o como resultado de los trastornos de la válvula del corazón o la insuficiencia cardíaca.

El EVC Isquémico, dependiendo del tiempo de instalación, puede dividirse en:

1. Accidente isquémico transitorio (AIT), es una disfunción neurológica focal, su duración es de quince minutos a dos horas con recuperación completa en veinticuatro horas, puede darse en cualquier territorio arterial cerebral, su presencia aumenta significativamente el riesgo de ECV completo o establecido

2. Defecto neurológico isquémico reversible (DNIR), es un trastorno neurológico agudo cuya manifestaciones clínica no exceden las tres semanas. Es poco intenso habitualmente se denomina ECV leve o poco intenso y las manifestaciones tienden a durar aproximadamente siete días con recuperación integral de las misma.

3. ECV isquémico en evolución o completo es llamado también un ECV establecido, es cuando el efecto neurológico de origen vascular persiste más de tres semana dejando una hemiplejia como secuela, la progresión de las lesiones evolucionan con un tiempo superior las veinticuatro horas."

2.3.2 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRÁGICO:

Son causados por hemorragias en las partes profundas del cerebro. El paciente es usualmente hipertenso, condición que lleva a un tipo particular de degeneración conocido como lipohialinosis en las pequeñas arterias penetrantes del cerebro.

Las paredes arteriales se debilitan y como resultado se desarrollan pequeñas hernias o micro aneurismas. Estos pueden romperse y el hematoma resultante puede extenderse por separación de planos en la sustancia blanca hasta formar una lesión masiva. Los hematomas se producen usualmente en las partes profundas del cerebro y afectan a menudo el tálamo, núcleo lenticular y cápsula externa y con menos frecuencia el cerebelo y la protuberancia. Pueden romperse en el sistema ventricular y esto es a menudo fatal. (Ver Fig. 5)

Esta se divide en dos tipos las cuales son:

Hemorragia Intracerebral (sangrado dentro del cerebro); en este caso se rompe una arteria del cerebro (pequeña y profunda) y aumenta la presión directa sobre una parte específica del cerebro, dando síntomas que dependerán de la pérdida de la o las funciones cerebrales normalmente a cargo del área afectada.

Hemorragia Subaracnoidea; en este tipo de Accidente Cerebro Vascular la hemorragia se produce en el fluido cerebro espinal al rededor del cerebro. La mayoría de las veces se presenta como un dolor de cabeza repentino y muy intenso, rigidez del cuello, náuseas, vómitos y somnolencia. La mayor parte de las hemorragias subaracnoideas son causadas por la ruptura de un aneurisma, que es un área debilitada en la pared de una arteria y forma una especie de globo que protruye de la pared. La pared del aneurisma esta dilatada, adelgazada y es muy propensa a romperse.

2.4 ETAPAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR

El ECV pasa por tres etapas las cuales son: etapa inicial de flacidez, etapa de espasticidad y etapa de recuperación relativa.

Etapas inicial de flacidez.

El ECV produce un cambio repentino que el paciente no tiene tiempo para adaptarse a él en forma gradual, se halla en completa confusión y desorientación, y los dos lado de su cuerpo, es decir cada hemicuerpo le produce sensaciones distintas, como si estuviese dividido en dos mitades y no existe ninguna interacción entre lado sano y enfermo.

Sus músculos pierden la capacidad de contraerse en la mitad afectada. Los músculos no se paralizan por igual, sino que lo hacen en mayor grado cuanto más alejado esté del tronco, en este período. Esto se acompaña de una hiporeflexia. Cuanto más tiempo demore la transición de la fase de ictus a la flácida, mayores serán las secuelas.

Etapas de espasticidad.

La espasticidad es un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen permanentemente contraídos. Dicha contracción provoca la rigidez y acortamiento de los músculos e interfiere sus distintos movimientos y funciones: deambulación, manipulación, equilibrio, habla, deglución, etc.

La espasticidad se instala poco a poco durante la primera etapa, una vez ocurre, la recuperación es espontánea, suele progresar con lentitud, tomando preferencia en los músculos flexores de las extremidades superiores y los extensores de las inferiores y suelen acrecentarse con las actividades y esfuerzos, algunos pacientes adquieren una espasticidad muy intensa que aumenta la resistencia a ciertos movimientos pasivos.

Etapas de recuperación relativa.

Los pacientes que han sido tratados oportunamente y han recibido un completo tratamiento médico y fisioterapéutico al inicio de la enfermedad, suelen llegar con mayor rapidez a esta etapa.

En esta etapa la espasticidad es escasa y por ende no afecta contra los movimientos, sin embargo aumenta un poco cuando el paciente se esfuerza o se excita, en este caso su coordinación se deteriora, la rodilla y el pie se endurece, la flexión del brazo aumenta y el uso de los dedos para su manipulación se torna difícil, torpe y lenta, es decir que se acentúa el patrón hemipléjico antes mencionado.

Cuando el paciente llega a esta etapa es recomendable que reciba un tratamiento Terapia Ocupacional ya que necesitara entrenarse para su realización de sus AVD de modo que pueda llegar a recuperar su independencia.

2.5 CAUSAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR.

La arterosclerosis. Es considerada la causa principal de un ECV ya que el 75 % de los casos se dan por este padecimiento, " se caracteriza por el engrosamiento, pérdida de la elasticidad y calcificación de las paredes arteriales, que condicionan una disminución del riego sanguíneo, especialmente del cerebro y extremidades inferiores" ⁵. (Ver Fig. 6)

Trombosis. Cuando en una arteria se forma un trombo o coagulo de sangre que provoca su obstrucción interrumpiendo así el riego sanguíneo.

Crisis isquémicas transitorias. Es un episodio en el cual una persona tiene síntomas similares a un Accidente Cerebro Vascular que puede desaparecer sus síntomas o déficit al cabo de algunas horas.

Hemorragia cerebral. Se define como la extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal, secundaria a la rotura de un vaso sanguíneo, arterial o venoso.

Embolia. Trastorno circulatorio caracterizado por desplazamientos de émbolos a través del torrente sanguíneo hasta que se bloquea la luz de un vaso.

Ruptura de aneurisma o MAV. Es una "debilidad" en la pared de una arteria o vena ocasiona una dilatación de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo.

Vasculitis. " Trastorno inflamatorio de los vasos sanguíneos característico de ciertas enfermedades sistémicas" .⁵

Tromboflebitis. " Es una inflamación de una vena, acompañada a menudo de un trombo. Suele deberse a un traumatismo vascular, hipercoagulación sanguínea, infección, irritación química y estasis circulatoria pos-operatoria" .⁵

Hipertensión sistémica. La hipertensión sistémica es presión alta en las arterias sistémicas – los vasos sanguíneos que llevan sangre del corazón a los tejidos del cuerpo (excepto a los pulmones).

Jaqueca con déficit neurológico. Es una enfermedad que tiene como síntoma principal el dolor de cabeza, usualmente muy intenso e incapacitante para quien lo sufre.

Diabetes miellitus. Trastorno complejo del metabolismo de los carbohidratos, grasa y proteínas debido fundamentalmente a una falta relativa o absoluta de secreción de insulina por parte de las células beta del páncreas.

2.6 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN LLEGAR A OCASIONAR UN EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Hipertensión arterial. Es uno de los factores más prevalentes y puede ocasionar una hemorragia cerebral. (Ver Fig. 7)

Tabaquismo. El tabaco es uno de los principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica, y el Accidente Cerebro Vascular, tanto en hombres como en mujeres. Eleva el fibrinógeno, aumenta agregación plaquetaria, aumenta el nivel de hematocrito y la viscosidad de la sangre.

Alcoholismo. Favorece a fenómenos como arritmias cardiacos durante la intoxicación aguda, trombosis durante la abstinencia y anormalidades de la función plaquetaria.

Sedentarismo. La inactividad física ha mostrado tener un correlato positivo con el engrosamiento progresivo de la pared arterial.

Obesidad. Ha sido asociada a la aparición temprana de fenómenos arterioescleróticos en la pared de los vasos extracraneanos y favorece la presencia de hipertensión arterial.

Edad. Es el más importante ya que la incidencia de sufrir un ECV se duplica cada década después de los 55 años de edad.

Anticonceptivos orales. El uso de anticonceptivos orales especialmente aquellos que tienen concentraciones relativamente altas de estrógenos. Se ha relacionado con la presencia de ECV tanto isquémica como hemorrágica

Colesterol alto: El colesterol es una grasa (también llamada lípido) que el cuerpo necesita para funcionar apropiadamente, pero demasiado colesterol malo puede aumentar la probabilidad de padecer cardiopatía, Accidente Cerebro Vascular y otros problemas.

Drogas. Consumo de cualquier droga aumenta en más de 6 veces el riesgo de padecer un ictus. La cocaína o el crack se asocian a un elevado riesgo de ictus isquémico y hemorrágico.

2.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Signos del Evento Cerebro Vascular

Entumecimiento o debilidad repentina, sobre todo de una parte del cuerpo.

Confusión repentina o problemas con el habla o la comprensión.

Problemas repentinos con la vista en uno o en ambos ojos.

Problemas repentinos para andar, mareos o pérdida de equilibrio o coordinación.

Dolor de cabeza repentino, severo, sin causa conocida. (Ver fig. 8)

Síntomas de acuerdo al hemisferio cerebral afectado.

Hemisferio derecho.

Hemiplejia izquierda

Problemas visuales espaciales

Problemas en la percepción de sonidos no verbales, música y expresión artística.

Problemas de atención, memoria no verbal, discernimiento y juicio.

Cambios en estados emocionales.

Problemas de emoción y comprensión.

Llanto reflexivamente.

Problemas para determinar distancias, tamaño, posición, forma y la velocidad de movimiento.

Hemisferio izquierdo.

Hemiplejia derecha.

Déficit lingüístico.

Depresión.

Apraxia.

Déficit en memoria verbal.

Déficit aritmético.

Frustración.

Afasia.

Llanto reflexivamente.

Fatiga, ineficiencia.

Dificultad con atención a detalles. (Ver Fig. 9)

2.8 DIAGNÓSTICO DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Historia clínica y examen físico.

Tomografía Axial Computarizada (TAC): es una técnica de imagen médica que utiliza radiación X para obtener cortes o secciones de objetos anatómicos con fines diagnósticos.

Resonancia magnética nuclear (RMN): es el estudio de elección para ver lesiones de fosa posterior y de pequeños vasos.

Angiografía: es un examen de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos circulatorios que no son visibles mediante la radiología convencional.

Electroencefalograma: es un examen para medir la actividad eléctrica del cerebro.

Ultrasonido Doppler: un estudio que emplea ondas sonoras para estudiar el flujo sanguíneo en las arterias carótidas.

Fonoangiografía carotídea: un estudio que consiste en colocar sobre el cuello un micrófono sensible, a fin de grabar el sonido del flujo de sangre por las arterias carótidas.

Así como existen factores de riesgo para sufrir un ECV, existen también medidas que ayuden a prevenirlo, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes:

2.9 MEDIDAS PREVENTIVAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Para poder prevenir un ECV, es importante tener en cuenta:

Realizarse un chequeo médico regular.

Controlar adecuadamente la hipertensión arterial.

No fumar.

Tratar adecuadamente los trastornos del colesterol con dieta y medicamentos si fuera necesario.

Tratar la diabetes o el síndrome metabólico (resistencia a la insulina).

Desarrollar una actividad física regular y moderada de acuerdo a su capacidad.

Evitar el sobrepeso.

Evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaquismos.

2.10 COMPLICACIONES Y SECUELAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Aunque el Accidente Cerebro Vascular es una enfermedad del cerebro, puede afectar a todo el cuerpo. Algunas de las incapacidades que pueden resultar de un Accidente Cerebro Vascular son la parálisis, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales, problemas de la vida diaria y dolor.

Parálisis: Una incapacidad común que resulta de un Accidente Cerebro Vascular es la parálisis en un lado del cuerpo, llamada hemiplejía. La parálisis o la debilidad pueden afectar sólo a la cara, un brazo, o una pierna, o puede afectar a todo un lado del cuerpo y a la cara.

Una persona que sufre un Accidente Cerebro Vascular en el hemisferio izquierdo del cerebro presentará parálisis del lado derecho. A la inversa, una persona que sufre un Accidente Cerebro Vascular en el hemisferio derecho del cerebro presentará déficit en el lado izquierdo del cuerpo. Un paciente que sufre un Accidente Cerebro Vascular también podrá presentar problemas con las actividades diarias más simples, tales como caminar, vestirse, comer y utilizar el cuarto de baño.

Los déficits motores pueden resultar del daño de la corteza motora en los lóbulos frontales del cerebro o del daño de las partes inferiores del cerebro, tales como el cerebelo, que controla el equilibrio y la coordinación. Algunos pacientes que sufren Accidente Cerebro Vascular también presentan problemas en comer y deglutir, llamados disfagia. (Ver Fig. 10)

Déficits cognoscitivos. Un Accidente Cerebro Vascular puede ocasionar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, hacer juicio y memoria. Si los problemas cognoscitivos son severos, el paciente puede tener apraxia, agnosia o "descuido". En el contexto del Accidente Cerebro Vascular, "descuido" de conciencia significa que un paciente no tiene conocimiento de un lado de su cuerpo o un lado del campo visual y no está consciente del déficit.

Un paciente que ha sufrido un Accidente Cerebro Vascular puede estar inconsciente de lo que le rodea o puede estar inconsciente de déficits mentales resultantes del Accidente Cerebro Vascular.

Déficits de lenguaje. Las personas víctimas de un Accidente Cerebro Vascular tienen a menudo problemas en comprender o formar frases. Un déficit de comprensión del lenguaje se llama afasia. El problema en hablar o formar palabras se llama disartria. Los problemas del lenguaje resultan generalmente de daño a los lóbulos temporales y parietales izquierdos del cerebro.

Déficits emocionales. Un Accidente Cerebro Vascular puede conducir a problemas emocionales. Los pacientes que sufren un Accidente Cerebro Vascular pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Una incapacidad común que ocurre en muchos pacientes que han sufrido un Accidente Cerebro Vascular es la depresión.

La depresión puede ser más que una tristeza general resultante del incidente de ACV. Es un problema de comportamiento clínico que puede dificultar la recuperación y la rehabilitación y puede incluso conducir al suicidio. La depresión posterior al ACV se trata como cualquier depresión, con medicamentos anti depresores y mediante la terapia.

Dolor. Los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento incómodo o sensaciones extrañas después de sufrir un ACV. Esas sensaciones pueden deberse a muchos factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro, articulaciones inflexibles o una extremidad incapacitada.

Un tipo poco común de dolor resultante de un Accidente Cerebro Vascular se llama dolor central de Accidente Cerebro Vascular o síndrome de dolor central (SDC, en inglés CPS). El síndrome de dolor central resulta de daño a un área del cerebro central llamada tálamo. El dolor es una mezcla de sensaciones, entre las que figuran las de calor y frío, ardor, hormigueo, falta de sensación, punzadas agudas y dolor intenso subyacente. El dolor es a menudo peor en las extremidades las manos y los pies y empeora con el movimiento y los cambios de temperatura, en especial las temperaturas frías.

2.11 MIEMBRO SUPERIOR DISFUNCIONAL.

La disfunción es una alteración en el funcionamiento del miembro superior debido a determinada lesión neurológica provocando una función anormal o incompleta.

La fisiología del miembro superior es esencialmente una fisiología dinámica. El segmento rey es la mano a él pertenece el gesto noble de la prensión. Todos los demás segmentos y demás articulaciones están al servicio de la mano. La abducción del hombro y la extensión del codo alejan la mano hacia el objeto a agarrar la aducción del hombro y a la flexión del codo conducen al objeto cogido hacia el cuerpo.

En personas sanas, la contracción de los músculos al llevar a cabo cualquier acción motora, esta acompañada por una inhibición simultánea de los antagonistas. A este fenómeno se le denomina inervación recíproca, y se trata de un fenómeno activo y central ejercida por el sistema nervioso central. En los pacientes con hemiplejia los movimientos se vuelven incontrolados y sin posiciones intermedias, y se fijan patrones anormales sin capacidad de graduar los actos motores. Se inician gradualmente los patrones de sinergias que se encuentran estereotipados y pueden comenzar como reflejos o a través de acciones voluntarias.

Al existir un daño neurológico grave, el movimiento de la extremidad superior, se ve afectado por los movimientos de la cabeza y el cuello dando lugar a los reflejos tónicos del cuello, los reflejos tónicos cervicales asimétricos son reflejos liberados privados del control cortical superior que influyen en el paciente espástico en la distribución adecuada del tono y la postura de los miembros principalmente los miembros superiores.

El tono muscular normal se percibe como una cantidad apropiada de resistencia que permite que el movimiento se desarrolle suavemente y sin interrupciones. Los músculos opuestos o antagonistas se adaptan de una manera instantánea a la nueva cantidad de estiramiento, apropiadamente a la parte que se mueve.

Frecuentemente en los pacientes hemiplejicos se presentan reacciones asociadas provocando un aumento del tono muscular al realizar una acción voluntaria, en la extremidad superior las reacciones asociadas provocan un incremento de espasticidad en flexores y movimientos dirigidos al patrón en flexión. La acentuación de patrones espásticos en la extremidad superior como consecuencia de las reacciones asociadas puede conducir a futuras contracturas y deformidades.

PATRÓN ANORMAL DEL MIEMBRO SUPERIOR EN LA HEMIPLEJIA.

Cabeza; Esta inclinada lateralmente hacia el lado hemiplejico y rotada hacia el lado sano.

Patrón flexor del miembro superior:

La escápula está retraída y la cintura escapular deprimida.

El hombro está adducido y rotado internamente.

El codo flexionado con pronación de antebrazo.

La muñeca flexionada con ligera desviación cubital.

Los dedos flexionados y adducidos.

Al verse afectada la función del miembro superior con patrones anormales que impiden su función normal el paciente se verá con la necesidad de recibir un tratamiento adecuado a su problema en entre los cuales existen métodos y técnicas destinadas a su recuperación, como es el Método Perfetti.

2.12 MÉTODO PERFETTI COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR.

El Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (ETC), conocido en España como Método Perfetti, nace en Italia a principios de los años 70 fruto del neurólogo Carlos Perfetti y sus colaboradores.

Tradicionalmente se ha relacionado este Concepto con la recuperación de la mano y quizá sea éste el aspecto más conocido, pero no es cierto que sólo trate esta región ya que es empleado para el tratamiento de la totalidad del cuerpo. Es cierto que comenzó sus estudios centrándose en la mano, ya que él decía que la mano es el órgano táctil por excelencia, aunque pudo comprobar que todavía en aquellos años no había ninguna correspondencia desde el punto de vista neurofisiológico en la relación entre el tacto y el movimiento, es decir entre las regiones del cerebro del lóbulo parietal y el área motora.

En el campo de la fisioterapia se había hecho o experimentado alguna técnica a nivel táctil, pasando cepillos para estimular las respuestas sensitivas o motoras en niños y en algún otro tipo de pacientes, con el objetivo de relajar, pero nadie se aventuraba a afirmar esta relación entre la sensibilidad y el tacto y entre el tacto y el movimiento, cuestión que hoy día es por todos aceptada. Otro aspecto a resaltar es que todos los ejercicios propuestos e ideados por Perfetti, incluso los más sencillos, implican totalmente al paciente, ya que ha de ser él mismo el que vaya a explorar la superficie del objeto, no siendo éste “algo” que nosotros pasamos por alguna región del cuerpo del paciente, para estimular algún tipo de respuesta. Ésta es una de las grandes diferencias del Concepto Perfetti, lo cual implica que siempre debe haber una organización del cuerpo en el espacio para ir a reconocer un objeto. Dentro de los objetos a reconocer, el paciente podrá encontrar figuras geométricas, letras, texturas diferentes o líneas pintadas en una cartulina que describan diferentes trayectorias, etc. Es por ello que deberá haber un dedo que recorra dichos contornos o líneas, acompañado éste de la totalidad del cuerpo, que se desplaza sobre el objeto que debe ser reconocido. En cambio, pasar un cepillo por una superficie corporal no necesitaba ningún trabajo del paciente, ni ninguna atención, siendo este último un factor que no debemos olvidar nunca, ya que es primordial a la hora de realizar el ejercicio según este Concepto de tratamiento.

Los ejercicios fueron elaborados en primera instancia, y posteriormente Perfetti buscó una explicación neurofisiológica que terminara de justificar el uso de los mismos. Ciertamente es que el profesor Perfetti, para “crear” dichos ejercicios, se basó en unos amplios conocimientos en neurofisiología, pero igualmente buscó corroborar sus propuestas con las tesis de otros autores que confirmaran así sus hipótesis.

Cuando existe una lesión a nivel del sistema nervioso central el cerebro se modifica es ahí cuando entra en juego un fenómeno neurofisiológico llamado neuroplasticidad. Debido a la importancia que tiene este concepto, es oportuno hacer una reseña breve sobre el mismo. Se puede definir como “la capacidad adaptativa del Sistema Nervioso para minimizar los efectos de las lesiones a través de modificar su propia organización estructural y funcional”. Esto quiere decir que cuando se produce una lesión, cuando mueren neuronas se destruyen axones y dendritas y por lo tanto se produce una destrucción de conexiones neuronales, aunque la cuestión no se queda ahí, ya que pueden producirse diferentes mecanismos de compensación-recuperación en dichas redes neuronales. Es por todos sabido que después de un daño cerebral no fatal, por lo general ocurre una recuperación de funciones que puede continuar por años. El grado de recuperación dependerá de la extensión de la lesión, del área dañada, de la rapidez con la que se ha producido el daño, de la realización o no de programas de fisioterapia, de factores ambientales y psicosociales, y de otros factores presentes en todos los individuos como podría ser la edad, factor que debemos comprender bien, ya que aunque es clara la mayor plasticidad en un tejido cerebral joven, debemos no olvidar que en todas las edades hay probabilidad de recuperación.

El Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo es un método de neurorehabilitación que ofrece un tratamiento personalizado y específico para cada paciente con el objetivo de recuperar el movimiento perdido o alterado por la lesión del sistema nervioso central y asigna al paciente la tarea de resolver un problema que puede solucionar, asistido por el terapeuta, mediante el movimiento fragmentado de segmentos corporales. (Ver Fig. 11)

Los principios básicos de la teoría neurocognitiva que están presentes en cada uno de los ejercicios con el paciente son los siguientes:

1-La reeducación del paciente hemipléjico representa un aprendizaje a partir de una situación patológica:

Eso significa que el ejercicio a proponer debe prever una pregunta, cuya respuesta invita a la activación de áreas cerebrales y procesos que el paciente no activa por sí solo de forma rutinaria y que están interesadas en el aprendizaje de habilidades aún no presentes,

pero que se prevé recuperar en el paciente. En definitiva la recuperación se considera un aprendizaje en condición patológica.

2- Movimiento como conocimiento:

Se considera el movimiento como el resultado final de una serie de procesos que inician en la memoria del sujeto. Acción es algo más que una contracción muscular. La acción permite la recogida de informaciones del medio para ser elaboradas, transformadas y preparadas para acciones futuras en relación con el medio. En conclusión mover es conocer, dar sentido al mundo.

Desde esta visión el terapeuta deberá conocer a fondo la organización de la acción, cómo este se altera tras la lesión y cómo construir situaciones significativas de interacción con el mundo para fomentar la reorganización cerebral.

3- Cuerpo como superficie receptora:

Una consecuencia de este concepto son los ejercicios que contemplan el espacio en qué se realiza la acción (espacio peri personal o extra personal), las articulaciones implicadas en el gesto, la relación espacial y temporal entre segmentos corporales, las características del objeto a alcanzar o explorar.

El paciente observa atentamente diferentes objetos. Cuando el fisioterapeuta selecciona uno de ellos, el paciente cierra los ojos y analiza las sensaciones táctiles al pasar la yema de los dedos sobre el objeto y luego corrobora su percepción del mismo. En esta técnica tiene especial importancia lo que se denomina tacto activo, es decir, colocar los receptores de información en la mejor situación de recepción posible.

Por último, debemos reconocer que el sentido de la progresión es disto proximal, dada la importancia de las manos y los pies en el tacto activo.

De acuerdo con la teoría neurocognitiva el paciente hemipléjico se interpreta como un sujeto que presenta ciertos obstáculos. Dichos obstáculos están representados por cuatro elementos o características relacionadas con la espasticidad.

Las Características Motoras del paciente, comúnmente conocidas como espasticidad, constan de 4 elementos:

Reacción exagerada al estiramiento: resistencia a los movimientos pasivos, será más intensa y precoz conforme mayor es la velocidad de dichos movimientos y la importancia del estiramiento. En relación a la importancia del estiramiento del lado

lesionado, esto se interpreta como una disminución del umbral sensitivo del arco reflejo miotático.

Irradiación anormal: fisiológicamente, es una resistencia sináptica que se opone al paso de impulsos nerviosos entre interneuronas de la médula espinal y moto neuronas, sin embargo en forma patológica es un movimiento anormal proveniente del aumento de la intensidad del estímulo que puede ser capaz de vencer una resistencia motora. Este fenómeno de irradiación, está intensamente acrecentado en el hemipléjico en los dos tipos de actividad motora, la voluntaria y la refleja; además, la irradiación es tanto mayor e intensa cuanto mayor es la fuerza a desarrollar una actividad o cuanto mayor sea el hándicap del paciente (resistencia impuesta) para desarrollar la actividad.

Esquemas elementales: en los adultos hemipléjicos la movilidad voluntaria es muy escasa, son movimientos poco adaptables y poco variables. Esta movilidad voluntaria está representada por una serie de esquemas elementales de movimientos groseros (sinergias) que se caracterizan por:

- A) Ser los primeros movimientos en aparecer tras el Accidente Cerebro Vascular.
- B) Ser los más fáciles de activar.
- C) Son predominantes sobre todo en los segmentos proximales.
- D) Son insuficientes desde el punto de vista funcional y cognitivo.

Déficit de reclutamiento: El sistema nervioso tiene capacidad, sobre todo desde las vías descendentes, para modificar la intensidad de la contracción muscular modificando el número de unidades motoras (espacial) que activa o modificando la frecuencia de su descarga (temporal). Los adultos hemipléjicos, además de presentar alteraciones de la coordinación entre distintos grupos musculares también presentan alteraciones del reclutamiento motor en el hemicuerpo lesionado. Después del ACV se produce una disminución importante en el reclutamiento motor (flacidez) pero con el tiempo la recuperación es casi completa, solo en algunos músculos no se recupera el reclutamiento motor, son los músculos paralíticos.

Estos no intervienen en las sinergias, no son capaces de contraerse. Los músculos que recuperan el reclutamiento motor se contraen pero lo hacen mal (hipertonía-Espasticidad: aumento del reclutamiento motor) y estas alteraciones se traducen en:

- A) Un aumento la dificultad de control motor.

B) Hay mayor facilidad para la aparición de irradiaciones anormales.

C) Hay mayor facilidad para la aparición de sinergias.

Características que debemos considerar en el Perfil del paciente al aplicar el Método.

Cómo se Mueve.

Cómo reconoce (Sensibilidades cinestésica, táctil).

Cómo utiliza la Atención.

Cómo aprende.

Cómo Imagina.

Cómo utiliza el Lenguaje.

Por otro lado a parte de ofrecer una nueva interpretación de la patología del hemipléjico, también ofrece interpretaciones sobre la apraxia, la patología a cargo del cerebelo, las diferencias entre las patologías causadas por lesión de los distintos lóbulos del hemisferio derecho o izquierdo, lesiones medulares y parálisis faciales. Además permite interpretar la patología traumática y dolorosa.

Para la recuperación del paciente se precisa que éste aprenda. Por ello se deben activar los mismos procesos que se utilizan en cualquier persona en situación de aprendizaje. A tal fin en todo ejercicio se deberá:

Proponer un problema cognitivo.

Elaborar una hipótesis perceptiva por parte del paciente.

Activar una serie de operaciones mentales.

2.13 BENEFICIOS DEL MÉTODO PERFETTI.

Con el Método Perfetti, logramos desarrollar las aptitudes como atención, memoria, percepción, coordinación, orientación, organización visomotora, operaciones racionales, y concentración.

El Método Perfetti nos permite activar diferentes áreas del cerebro; contribuyendo a la obtención de los siguiente beneficios.

- Ayuda al reconocimiento de posición en el espacio formas, superficie y trayectoria, posición exacta de la mano, contorno de figuras y letras, altura de objetos, textura de objeto, espacio, volumen, cantidad de resistencia cantidad de presión, y optimización trazado de trayectoria.
- Ayuda al control de reacciones anormales al estiramiento.
- Permite que el paciente realice contracción voluntaria de los músculos del miembro afectado.
- Ayuda a reforzar y mejorar los procesos cognitivos al activar áreas específicas en el cerebro.
- Reeduca la funcionalidad motora de la mano hemipléjica.
- Reeduca la funcionalidad de la mano hemipléjica en las actividades de la vida diaria, actividades productivas, actividades de tiempo libre y en la actividad laboral.
- Reeduca la sensibilidad de la mano hemipléjica regulándola a un umbral adecuado y aceptable para realizar las actividades cotidianas del ser humano.

2.14 CLASIFICACIÓN DEL MÉTODO PERFETTI.

Los ejercicios de primer grado.

Tiene como Objetivo principal: Controlar la reacción al estiramiento y promover la reorganización cerebral con el fin que aparezca el reclutamiento motor. Las informaciones usadas en los ejercicios son táctiles y cinestésicas.

Este nivel de ejercicios consta de 10 tipos en el cual cada paciente tiene que reconocer la posición exacta de su extremidad afectada y el reconocimiento de objetos, con los ojos cerrados.

Ejercicio 1: (objetivo: Reconocimiento de la posición exacta del miembro superior en el espacio).

Paciente sentado, prestando atención a los movimientos que realiza el terapeuta en su miembro superior hemipléjico. La primera vez la terapeuta realizara los movimientos sin tapar los ojos del paciente y le dirá los nombres de cada movimiento, en palabras sencillas. Luego se repetirán los movimientos estando el paciente con los ojos cerrados. (Ver fig. 12)

Ejercicio 2: (objetivo: Reconocimiento de formas, superficies y trayectorias en forma aleatoria).

Paciente sentado, frente al tablero inclinado, el terapeuta sujeta el segmento adecuado del miembro superior hemipléjico, llevando los dedos hacia las formas, superficies y/o trayectorias a reconocer. La primera vez la terapeuta mostrara los objetos sin tapar los ojos del paciente y le dirán los nombres de cada forma superficie y/o trayectoria. Posteriormente el paciente tendrá que realizarlo con los ojos cerrados. (Ver Fig. 13)

Ejercicio 3: (objetivo: Reconocimiento de la posición exacta de la mano).

Paciente sentado, con los ojos cerrados, el terapeuta sujeta su mano hemipléjica llevándolo a varias zonas de su cuerpo. En este ejercicio no hay pruebas que se antecedan. (Ver Fig. 14)

Ejercicio 4: (objetivo: Reconocimiento del contorno de figuras y letras).

Paciente sentado, frente al tablero inclinable el terapeuta sujeta su mano hemipléjica, guiando las yemas de los dedos y llevándolo hacia la figura a reconocer. La primera vez se mostrara las figuras. Luego el paciente lo realizara con los ojos cerrados. (Ver Fig. 15)

Ejercicio 5: (objetivo: Reconocimiento de la altura de los objetos).

Paciente sentado, el terapeuta sujeta los segmentos elegidos de la mano hemipléjica, guiando las yemas de los dedos y llevándolo con movimiento uniforme hacia la regleta, colocada verticalmente en la mesa. La primera vez se mostrara las regletas para observar su altura y si en la ejecución el terapeuta percibe resistencia a la extensión del dedo reducirá la velocidad. Posteriormente el paciente lo realizara con los ojos cerrados. (Ver Fig. 16)

Ejercicio 6: (objetivo: Reconocimiento de texturas de los objetos).

Paciente sentado, ante la mesa, el terapeuta sujeta los segmentos elegidos de la mano hemipléjica, guiando la palma y las yemas de los dedo(s) con movimiento uniforme hacia la ficha, colocada en la mesa. La primera vez se mostrara las fichas para observar su textura. Después el paciente tendrá que realizarlo estando con los ojos cerrados. (Ver Fig. 17)

Ejercicio 7: (objetivo: Reconocimiento del espacio).

Paciente sentado, el terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando todos los dedos y llevándolo con movimiento uniforme hacia las regletas, colocadas horizontalmente en la mesa y en diferentes distancias de tal manera que el dedo medio indique a una de las regletas. La primera vez se mostrara las regletas para que el paciente observe la distancia entre las ellas. Luego se realizara el movimiento con los ojos cerrado. (Ver Fig. 18)

Ejercicio 8: (objetivo: Reconocimiento del volumen).

Paciente sentado, ante la mesa, el terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando con movimiento uniforme hasta situarla sobre cada semiesfera, colocada sobre la mesa. La primera vez se mostrara las semiesferas para que el paciente preste atención a los tamaños de aquellas. Posteriormente se realizara el movimiento estando el paciente con los ojos cerrados. (Ver Fig. 19)

Ejercicio 9: (objetivo: Reconocimiento de la cantidad de resistencia.)

Paciente sentado, el terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando con movimiento uniforme hasta situarla sobre cada semiesfera, colocada sobre la mesa, cuyo índice de resistencia deberá reconocer. La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y presione la serie de semiesferas prestando atención a la resistencia que ofrece cada semiesfera. Después lo realizara con los ojos cerrados. (Ver Fig. 20)

Ejercicio 10: (objetivo: Reconocimiento de la cantidad de presión).

Paciente sentado, el terapeuta sujeta la mano hemipléjica, guiando con movimiento uniforme hasta situarla sobre cada esponja, colocada sobre la mesa, cuyo índice de presión deberá reconocer. La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y palpe la serie de esponjas prestando atención a la resistencia que ofrece su hundimiento. Posteriormente el paciente realizara el ejercicio con los ojos cerrados. (Ver Fig. 21)

Los ejercicios de segundo grado.

Objetivo Principal: Control de las irradiaciones anormales ocasionadas por la contracción activa de grupos musculares distantes e inicio del reclutamiento motor.

Se pide al paciente que ayude participando activamente en el desplazamiento del cuerpo, pero siempre en la medida que ponga bajo control la irradiación. Para los ejercicios de segundo grado se usan informaciones táctiles, cinestésica, de presión y de peso. Este nivel de ejercicios consta de 7 tipos en cual el paciente tiene que reconocerlo con los ojos cerrados.

Ejercicio 1: (objetivo: Reconocimiento de la presión sobre antebrazo y mano).

Paciente sentado, frente al material. El terapeuta coloca la mano del paciente en el balancín y a la vez coloca distintos pesos, asignando a cada uno de ellos un código (1, 2, 3, etc.). La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y presione el balancín con los distintos pesos que deberá identificar, intentando mantener siempre la horizontalidad del balancín. Posteriormente el paciente lo realizara con los ojos cerrados. (Ver Fig. 22)

Ejercicio 2: (objetivo: Reconocimiento de la presión sobre el pulgar).

Paciente sentado, el terapeuta coloca el pulgar en posición adecuada en el balancín y coloca sucesivamente distintos pesos, asignando a cada uno de ellos un código (1, 2, 3, etc.) y se encontrarán a diferentes distancias, sobre la mesa. La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y presione el balancín con una serie de pesos que deberá identificar, intentando mantener siempre la horizontalidad del balancín. Luego el paciente realizara el ejercicio con los ojos cerrados. (Ver Fig. 23)

Ejercicio 3: (objetivo: Reconocimiento de la presión sobre el pulgar e índice).

Paciente sentado, el terapeuta coloca la posición correcta del pulgar e índice y sucesivamente coloca en el balancín distintas pesitas, asignando a cada uno de ellas un código (1, 2, 3, etc.), sobre la mesa. La primera vez se mostrará el material y le forma de realizar el ejercicio, para que el paciente observe el balancín y la serie de pesitas que deberá identificar, intentando mantener siempre la horizontalidad del balancín. Posteriormente el paciente lo realizara con ojos cerrados. (Ver Fig. 24)

Ejercicio 4: (objetivo: Reconocimiento de longitud utilizando el pulgar).

Paciente sentado y coloca sucesivamente los pulpejos de dos dedos en las distintas regletas asignadas por el terapeuta; cada una tendrá un código (1, 2, 3, etc.). La primera vez se mostrará el material, para que el paciente observe y se explicara la estructura del ejercicio, donde el terapeuta corregirá, si la posición de la extremidad superior del paciente no es la adecuada. La prueba se realiza primero con los ojos abiertos y posteriormente con los ojos cerrados. (Ver Fig. 25)

Ejercicio 5: (objetivo: Reconocimiento del espacio con flexo extensión de la muñeca).

Paciente sentado, frente al material, el terapeuta coloca sucesivamente diversas distancias de flexo-extensión, asignando a cada uno un N°. El paciente debe intentar

realizar todas las distancias asignadas. La primera vez se mostrará la forma del ejercicio, para que el paciente observe y preste atención al movimiento y si es necesario el terapeuta corregirá la posición de la extremidad superior. La prueba se realiza con los ojos abiertos. (Ver Fig. 26)

Ejercicio 6: (objetivo: Reconocimiento del espacio con desviación cubital y radial de la muñeca).

Paciente sentado, con los ojos abiertos, frente al material y dirige sucesivamente su mano hacia diversas distancias para desviar hacia el lado cubital y radial de su mano. El terapeuta colocará la posición adecuada de la extremidad superior y el paciente debe intentar realizar todas las distancias asignadas. La primera vez se mostrará la forma del ejercicio, para que el paciente observe y preste atención al movimiento de su extremidad superior. (Ver Fig. 27)

Ejercicio 7: (objetivo: Reconocimiento del espacio con flexo extensión, abducción, y rotación de la muñeca).

Paciente sentado, frente al material, el terapeuta lleva los cuatro dedos menos el pulgar, con un movimiento uniforme que describa todas las trayectorias seleccionadas. Luego el paciente debe intentar activar el movimiento repasando con los pulpejos de los dedos las trayectorias, estando la mano en posición fisiológica (palma hacia abajo) luego nombrarlas con palabras sencillas. La primera vez se mostrará las trayectorias, para que el paciente observe y preste atención al movimiento de su extremidad superior y se corregirá las posiciones inadecuadas. (Ver Fig. 28)

Los ejercicios de tercer grado.

Tienen como finalidad: controlar los esquemas elementales. Se trata de ejercicios en los cuales el paciente ya ha controlado la respuesta al estiramiento y la irradiación, el reclutamiento motor ya está presente. Se usan informaciones táctiles, cinestésicas, de presión y de peso.

Ejercicio 1: (objetivo: Optimización del trazado de trayectorias rectilíneas).

El paciente sentado ante el tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias dibujadas, cada una de las cuales se inicia en el mismo punto y finaliza en una regleta de diferente color. Al principio usamos trayectorias simples de trazado rectilíneo.

A continuación el paciente hace presa sobre una semiesfera, que le sirve para controlar sus parámetros de presión, y la guía con un movimiento uniforme, hasta situarla al

final de la trayectoria de forma que el dedo medio indique a una de las regletas, colocadas sobre la mesa. La inclinación y distancia al plano se modifican para hacer más selectivo el trabajo de una determinada articulación y para solicitar un control de acción progresivamente más extenso, por ejemplo, que llegue a involucrar también al tronco. (Ver Fig. 29)

Incluso podemos dificultar el control del tronco colocando un plato de Böhler en el asiento, obteniendo así programaciones de acción más avanzadas.

Ejercicio 2: (objetivo: Optimización de trazado de trayectorias diversas).

El paciente sentado ante el tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias circulares dibujadas, cada una de las cuales se inicia en el mismo punto pero tiene un diámetro diferente.

A continuación guía su dedo índice o todo los dedos con un movimiento uniforme que complete la trayectoria. La inclinación del plano se modifica para hacer más selectivo el trabajo muscular y para solicitar un control de acción progresivamente más extenso, por ejemplo, que llegue a involucrar también al tronco. (Ver Fig. 30)

Ejercicio 3: (objetivo: Optimización del trazado virtual de trayectorias).

El paciente sentado ante el tablero, con los ojos abiertos, observa la serie de trayectorias, cada una de las cuales se inicia en una trayectoria de frecuencias de umbrales de diferente color.

A continuación el paciente reposa el antebrazo sobre una superficie sostenida de un resorte, que le sirve para controlar sus parámetros de presión y resistencia, y guía su mano con un movimiento uniforme, hasta situar el puntero al final de la trayectoria. (Ver. Fig. 31)

2.15 DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS.

Anastomosis: comunicación de dos vasos sanguíneos, nervios o estructuras anatómicas, sea directamente entre ellos, o mediante un tercero.

Aneurisma: es una enfermedad cerebro vascular en la cual una "debilidad" en la pared de una arteria o vena ocasiona una dilatación o "abalonamiento" de un segmento localizado en la pared del vaso sanguíneo.

Apraxia: es un trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos con propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física (tono muscular y coordinación) y el deseo de realizarlos.

Arritmias cardiacas: es una alteración de la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya o se torne irregular, que ocurre cuando se presentan anomalías en el sistema de conducción eléctrica del corazón.

Axón: es una prolongación de las neuronas especializadas en conducir el impulso nervioso desde el cuerpo celular o soma hacia otra célula.

Barestesia: sensibilidad a la presión.

Barognosia: capacidad para estimar el peso.

Cinestesia: es la percepción consiente de la posición y los movimientos de las diferentes partes del cuerpo.

Circunvoluciones: son elevaciones tortuosas (convoluciones) de la superficie del cerebro producido al plegarse la corteza sobre sí misma y separadas por las cisuras o surcos.

Estasis: Detención de la circulación sanguínea que tiene por resultado un estancamiento de la sangre en una zona del cuerpo.

Estenosis: es un término utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal.

Esterognosis: facultad de percibir y entender la forma y naturaleza de los objetos mediante el sentido del tacto.

Fascículo: conjunto de fibras nerviosas que se originan en las zonas motoras del cerebro, y se dirigen a la medula espinal. Durante el trayecto, las neuronas procedentes de

ambos hemisferios cerebrales se cruzan en el bulbo o en la médula, de tal manera que su destino se encuentra en el lado opuesto del que se originan. Esta es la razón por la que los trastornos motores se manifiestan en el lado corporal opuesto a la zona lesionada.

Fibrilación atrial: es un ritmo cardíaco anormal. El sistema eléctrico del corazón normalmente envía señales predecibles espaciadas regularmente, para indicarle al músculo cardíaco que se contraiga o palpite; en la fibrilación atrial, las señales eléctricas provenientes de las aurículas son rápidas e irregulares.

Hematocrito: es un examen de sangre que mide el porcentaje del volumen de toda la sangre que está compuesta de glóbulos rojos.

Irradiación anormal: es una resistencia sináptica que se pone al paso de impulsos nerviosos entre interneuronas de la médula espinal y moto neuronas, sin embargo en forma patológica es un movimiento anormal proveniente del aumento de la intensidad del estímulo que puede ser capaz de vencer una resistencia motora.

Lóbulo: es una parte de la corteza cerebral que subdivide el cerebro según su función.

Microaneurisma: son lesiones redondas intraretinales de un tamaño comprendido entre 10 y 100 micras, de color rojo y ocasionalmente blanco, que pueden estar asociadas a hemorragias intraretinales y/o engrosamiento de la retina.

Neurona: son un tipo de células del sistema nervioso cuya principal función es la excitabilidad eléctrica de su membrana plasmática; están especializadas en la recepción de estímulos y conducción del impulso nervioso.

Núcleo lenticular: su forma es como la de un lente biconvexo, Tiene conexiones con la cabeza del núcleo caudado. Se relaciona con la cápsula interna que lo separa del núcleo caudado y tálamo.

Polígono de willis: es el área de unión de varias arterias en la parte inferior del cerebro.

Umbral: es la cantidad mínima de señal que ha de estar presente para ser registrada por un sistema.

SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Hi: La utilización del Método Perfetti facilita la función del miembro superior hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular.

3.2 HIPÓTESIS NULA.

Ho: La utilización del Método Perfetti no facilita la función del miembro superior hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS EN VARIABLES

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Hi: La utilización del Método Perfetti facilita la función del miembro superior hemipléjico en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular.	V1. Método Perfetti.	Es un método de neurorehabilitación que ofrece un tratamiento personalizado y específico para cada paciente con el objetivo de recuperar el movimiento perdido o alterado por la lesión del sistema nervioso central	-texturizado. -tablero inclinado con figuras geométricas, letras y dibujos. -esferas con resorte. -balancín y peso. -material de flexo extensión de muñeca y desviación cubital y radial de muñeca. -cartulina con trayectorias. -plato de Böhler.	-mejorar la sensibilidad. -esterognosia - barestesia -barognosia -movimiento funcionales. - coordinación ojo mano. - equilibrio
	V2. Miembro superior hemipléjico.	Trastorno neurológico caracterizado por pérdida del funcionamiento motor, alteración de la sensibilidad, evolucionando en un determinado momento a ciertos grados de espasticidad con un patrón característico.	-Evaluación funcional	. -dolor -sensibilidad -hipotonía -espasticidad -movimientos funcionales

DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLOGICO.

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es:

Prospectivo. Porque nos permitió conocer los beneficios del Método Perfetti en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, a medida que se fue realizando la investigación.

Según el análisis y alcance de los resultados es:

Analítico. Porque nos permitió conocer el grado de afectación, su evolución, signo y síntomas, del Evento Cerebro Vascular y los beneficios obtenidos al recibir tratamiento con Método Perfetti.

4.2 POBLACIÓN.

La población objeto de estudio estuvo constituida por un total de 22 pacientes con diagnóstico de ACV atendidos en el área de Terapia Ocupacional en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente de la ciudad de San Miguel.

4.3 MUESTRA.

La muestra con la que se realizó el trabajo de investigación fue de 6 pacientes los cuales cumplían con los criterios de inclusión.

4.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA.

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- Paciente con secuela de hemiplejia.
- Pacientes en cualquiera de las etapas (flacidez, espasticidad, recuperación relativa)
- Pacientes que presenten un nivel moderado de las funciones cognitivas en cualquiera de etapas.
- Ambos sexos.
- Personas entre las edades de 45 a 85 años

- Que acepten participar voluntariamente.
- Que asistan al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

4.4.2 CRITERIOS EXCLUSION.

- Paciente menores de 45 años de edad y mayores de 85 años de edad.
- Pacientes que sus funciones cognitivas estén severamente afectadas.
- Pacientes que se encuentre con anquilosis.
- Pacientes con problemas asociados (visión y audición).
- Paciente que no acepten participar voluntariamente.
- Paciente que no asistan al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

4.5 TIPO DE MUESTREO.

El muestreo que se utilizó en la investigación fue el no probabilístico por conveniencia ya que la muestra fue seleccionada cumpliendo con los criterios antes mencionados.

4.6 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Las técnicas de obtención de la información utilizada son: de tipo documental y de campo.

Entre las técnicas documentales que se han utilizado están: la técnica documental y bibliográfica.

Las técnicas de campo utilizadas son: la técnica de observación y la entrevista.

La técnica de observación: se ha utilizado para conocer el estado físico del paciente, la funcionabilidad del miembro superior; la motivación ante una nueva modalidad de tratamiento y la manera de cómo evoluciona a lo largo del tratamiento.

La técnica de la entrevista: ha sido utilizada para conocer la opinión de las personas que padecen esta patología; por lo que ha sido dirigida a los pacientes con diagnóstico de ACV atendidos en el área de Terapia Ocupacional de la misma institución.

4.7 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados para la obtención de la información son: documentales: la ficha bibliográfica, para consultar los libros relacionados con el tema de investigación y la ficha archivológica para la consulta de expedientes de los pacientes participantes en el estudio.

Entre los de campo: la guía de evaluación de Terapia Ocupacional para pacientes con ACV (ver anexo 5), guía de entrevista dirigida a pacientes con diagnóstico ACV en el área de Terapia Ocupacional del CRIOR (ver anexo 6).

4.8 MATERIALES.

Los materiales que se utilizaron son: mesas, sillas, textura (tela, alfombra y lija), figuras geométricas, dibujos, letras, esfera y semiesferas, atril, regletas, esponjas, tableros inclinados, cartulina con trayectorias, antifaz, balancín con peso, material de flexo-extensión de muñeca, material de desviación cubital y radial de muñeca, punto óptico y plato de Böhler.

4.9 PROCEDIMIENTO.

4.9.1 FASE DE PLANIFICACIÓN:

El desarrollo del trabajo se realizó como a continuación se detalla:

En primer lugar se eligió el tema, con el coordinador docente encargado de la asesoría. Una vez elegido se dio paso a la recolección de la información con relación al tema, a través de fuentes bibliográficas, sitios en la web.

Procedimos a reuniones grupales y luego con el docente asesor para iniciar la elaboración del perfil de investigación, continuando con la elaboración del protocolo de investigación. Recolectando la información durante el periodo comprendido de febrero a abril de 2014.

4.9.2 FASE DE EJECUCIÓN:

En un segundo momento se procedió a la ejecución de la investigación, primeramente se realizó una visita a las autoridades del CRIOR para mostrar el plan de trabajo a desarrollar, luego se realizó la consulta de los expedientes de los pacientes con diagnóstico de ECV atendidos en el CRIOR mediante la cual se seleccionó la muestra de la investigación de acuerdo a los criterios de inclusión mencionados anteriormente, una vez obtenida la muestra se dio paso a la realización de la selección de pacientes que fueron

atendidos por cada integrante del grupo investigador, lo cual se hizo al azar de modo que a cada integrante le correspondió 3 pacientes.

Se convocó a los pacientes en estudio a una reunión para explicarles, en qué consistía la investigación, y plan de trabajo a seguir y establecer los días y horas de tratamiento quedando definidos los días martes y jueves de 7:00 a.m. a 10:00 a.m. Durante un periodo de 3 meses.

Antes de iniciar el tratamiento de Terapia Ocupacional cada una de las integrantes del grupo investigador, llevó a cabo la evaluación de cada uno de los pacientes que le correspondía atender, para lo cual se utilizó la técnica de observación y el uso de la guía de evaluación de Terapia Ocupacional para pacientes con ECV.

Se brindó tratamiento de Terapia Ocupacional, durante el periodo de mayo a julio en días y horas antes mencionados.

Se efectuó nuevamente la evaluación de los pacientes en la última semana de ejecución de la investigación, con el fin de conocer el grado de evolución que cada paciente había alcanzado, después de haber recibido el tratamiento de Terapia Ocupacional con la nueva modalidad utilizando el Método Perfetti.

Se llevó a cabo el desarrollo de una actividad socio cultural con los pacientes y familiares que participaron en el estudio, en donde se compartió con ellos un pequeño refrigerio y se agradeció su participación en el proceso de investigación.

Posteriormente se procedió a la tabulación de los resultados obtenidos, los cuales fueron analizados, interpretados, se establecieron conclusiones, recomendaciones para proceder a presentar el informe final, todo esto durante el periodo comprendido de mayo a agosto de 2014.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos durante el periodo de ejecución de la investigación, los cuales se obtuvieron de la guía de evaluación inicial y final de Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular y la guía de entrevista, la cual fue realizada en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

Para efectuar la tabulación de los datos, se procedió a la formación de cuadros en los cuales se plasmaron datos como, edad, sexo, y ocupación de la población para su respectiva clasificación. Así como también otros aspectos de suma importancia como su estado físico, actividades de la vida diaria y su área cognitiva.

Para facilitar la comprensión de los resultados obtenidos, se establecieron algunos cuadros que permiten comparar el estado de la población en estudio antes y después de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional con Método Perfetti. Se realizaron graficas de barra que reflejan los datos que contienen los cuadros, para que la presentación de los resultados sea fácil de comprender e interpretar.

Además, se emplearon en los cuadros, algunas abreviaturas siendo su significado los siguientes:

M: Masculino.

F: Frecuencia.

F: Femenino.

%: Porcentaje.

Para poder tabular los datos se utilizó la siguiente formula.

$$\mathbf{F = \frac{FX}{N} \times 100}$$

N

En donde:

F: Frecuencia.

N: total de datos.

X: incógnita que presenta el tanto por ciento de la cantidad encontrada del total estudiado.

TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DATOS.
CUADRO N° 1
POBLACIÓN EN ESTUDIO POR EDAD Y SEXO.

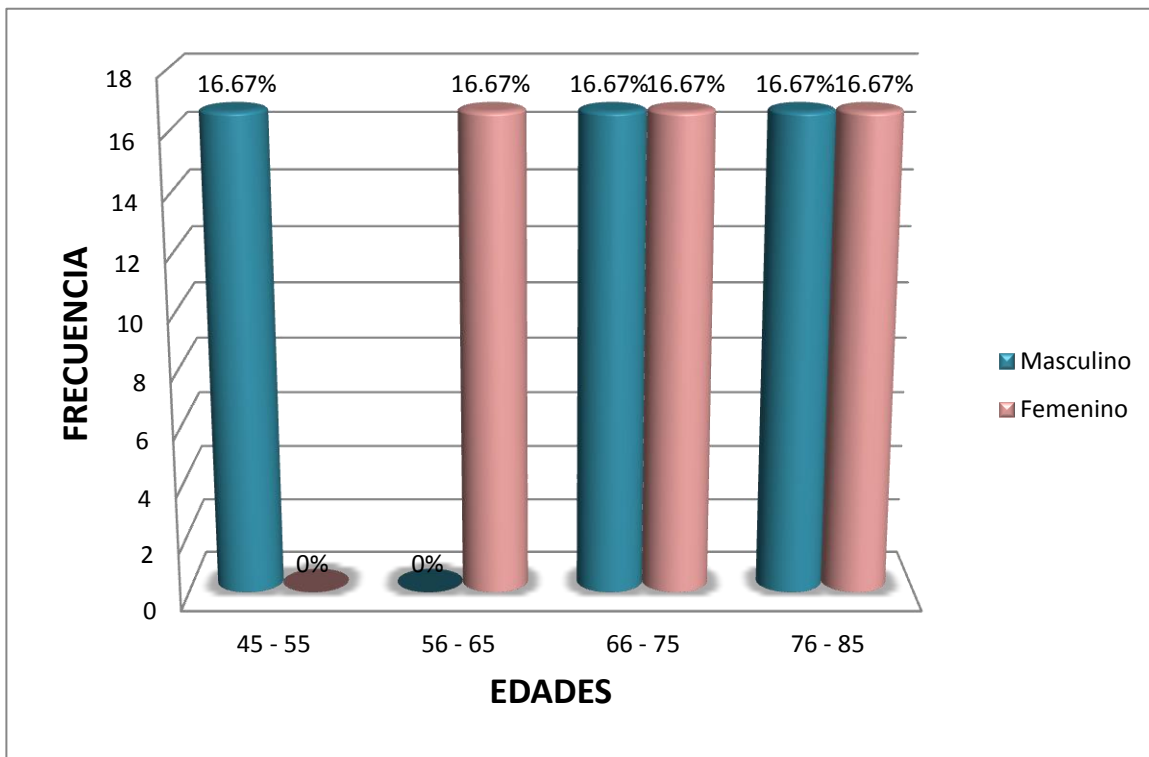
EDAD EN AÑOS	SEXO				
	M	%	F	%	TOTAL %
45-55	1	16.67	0	0	16.70
56 -65	0		1	16.70	16.70
66 -75	1	16.67	1	16.70	33.33
76 -85	1	16.67	1	16.70	33.33
TOTAL	3	50%	3	50%	100%

Fuente: Guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis: El presente cuadro muestra que el 33.3% de la población en estudio se encuentra entre las edades de 66 a 75 años, y entre 76 a 85 años, los demás se encuentran entre las edades de 45 a 55 años, y de 56 a 65 años, representando cada uno el 16.7% .

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos de los pacientes que participaron en la muestra, el mayor índice de Evento Cerebro Vascular se da entre las edades de 66 a 85 años, mostrando igual prevalencia en ambos sexos, demostrándose así que uno de los factores de riesgo es la edad a partir de los 55 años en adelante.

**GRAFICA DE BARRA N° 1
POBLACIÓN EN ESTUDIO POR EDAD Y SEXO.**



Fuente: cuadro N° 1

CUADRO N° 2
POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN

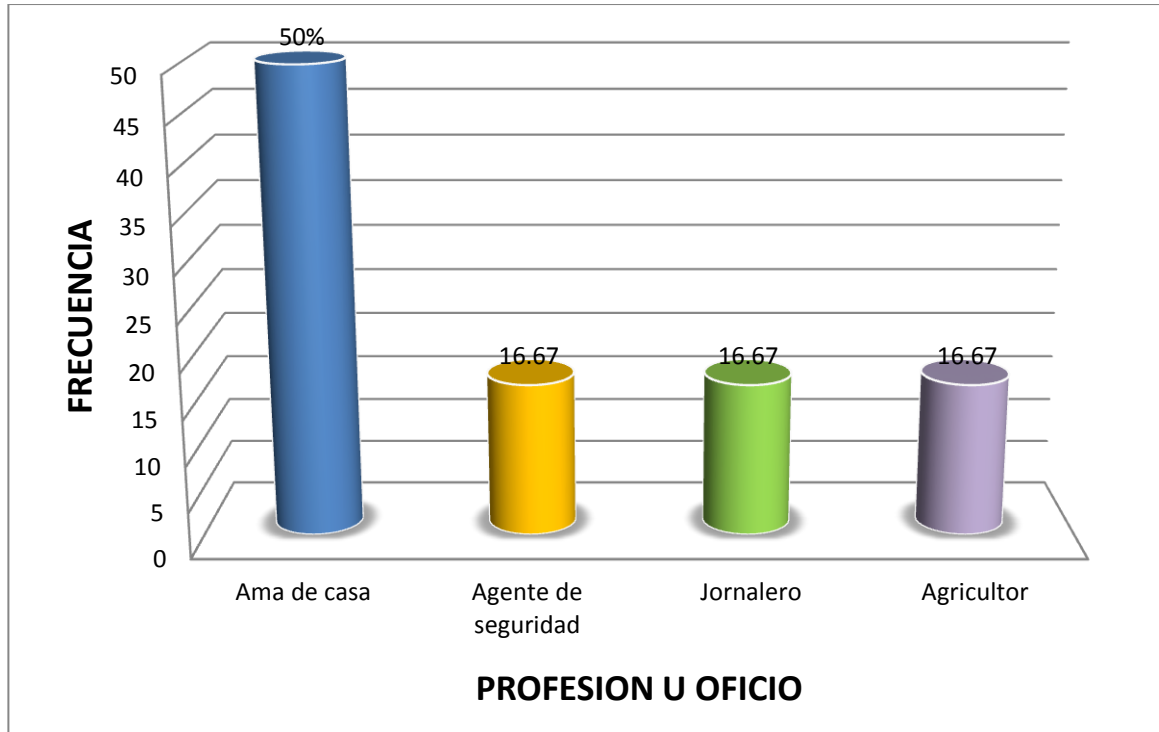
PROFESION U OFICIO	F	TOTAL %
Ama de casa	3	50
Agente de seguridad	1	17
Jornalero	1	17
Agricultor	1	17
TOTAL	6	100%

Fuente: Guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis: Los datos muestran que el 50% de la población en estudio son amas de casas, el 17% es agente de seguridad, al igual que jornalero y agricultor que también representan un 17% cada uno.

Interpretación: De acuerdo al cuadro, la mayoría de la población en estudio son amas de casa, la minoría son agente de seguridad, jornalero y agricultor, dichos trabajos requieren de mucha destreza y condición física para poder ser llevados a cabo, los cuales se han visto afectados por sufrir Evento Cerebro Vascular.

**GRAFICA DE BARRA N° 2
POBLACIÓN SEGÚN OCUPACIÓN**



Fuente: cuadro N° 2

CUADRO N° 3
CAUSAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR

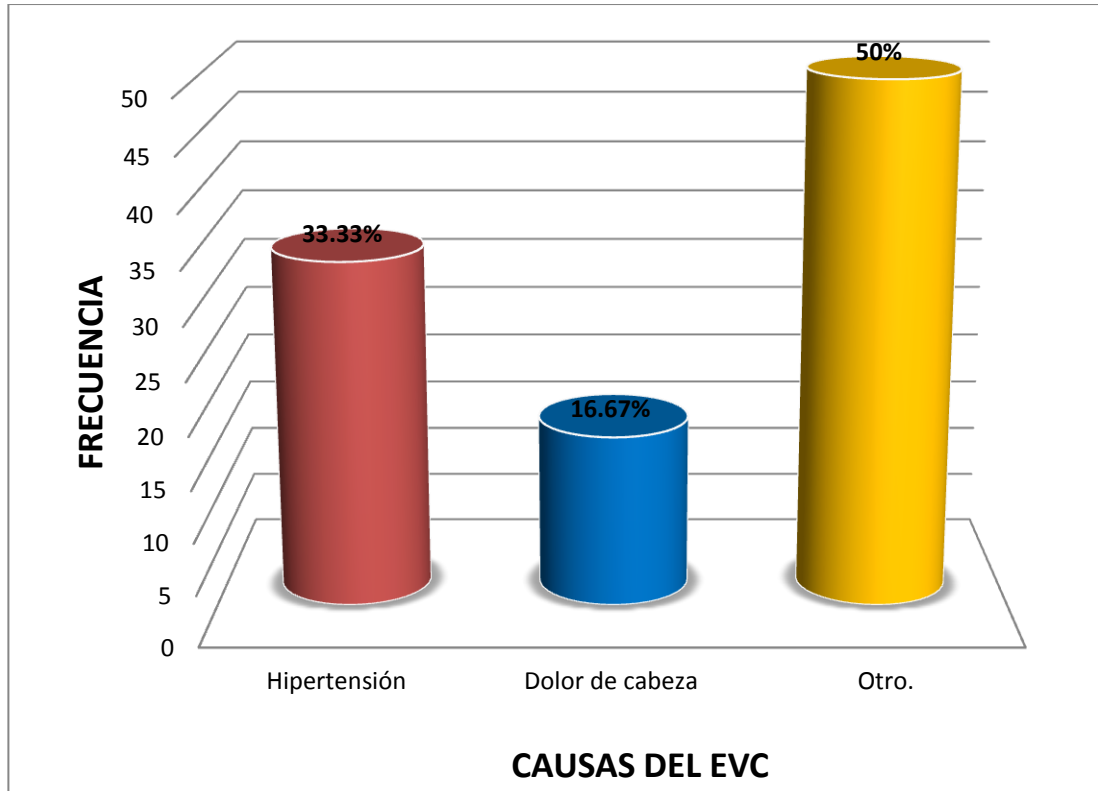
CAUSAS DEL EVC	F	TOTAL %
Hipertensión	2	33
Dolor de cabeza	1	17
Otros	3	50
TOTAL	6	100%

Fuente: Guía de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

Análisis: De acuerdo a los datos, el 33% de la población en estudio considera que la causa del Evento Cerebro Vascular ha sido la hipertensión, un 17% ha sido el dolor de cabeza, y el 50% considera que por otros motivos.

Interpretación: Según el cuadro, gran parte de la población en estudio considera que su causa ha sido por la hipertensión arterial, considerada uno de los principales factores de riesgo de Evento Cerebro Vascular hemorrágico; otra parte, menciona que dolor de cabeza ha sido su causa, y la mitad de la población en estudio desconoce las causas ya que el médico no les informo.

**GRAFICA DE BARRA N° 3
CAUSAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR**



Fuente: cuadro N° 3

CUADRO N°4
POBLACIÓN SEGÚN ETAPAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR

ETAPAS	ANTES					DESPUES				
	L	%	M	%	TOTAL %	L	%	M	%	TOTAL %
Flacidez	0	0	1	16.67	16.67	1	16.67	0	0	16.67
Espasticidad	0	0	3	50	50	3	50	0	0	50
Recuperación relativa	2	33.33	0	0	33.33	0	0	2	33.33	33.33
TOTAL	0	0	6	100%	100%	6	100%	0	0	100%

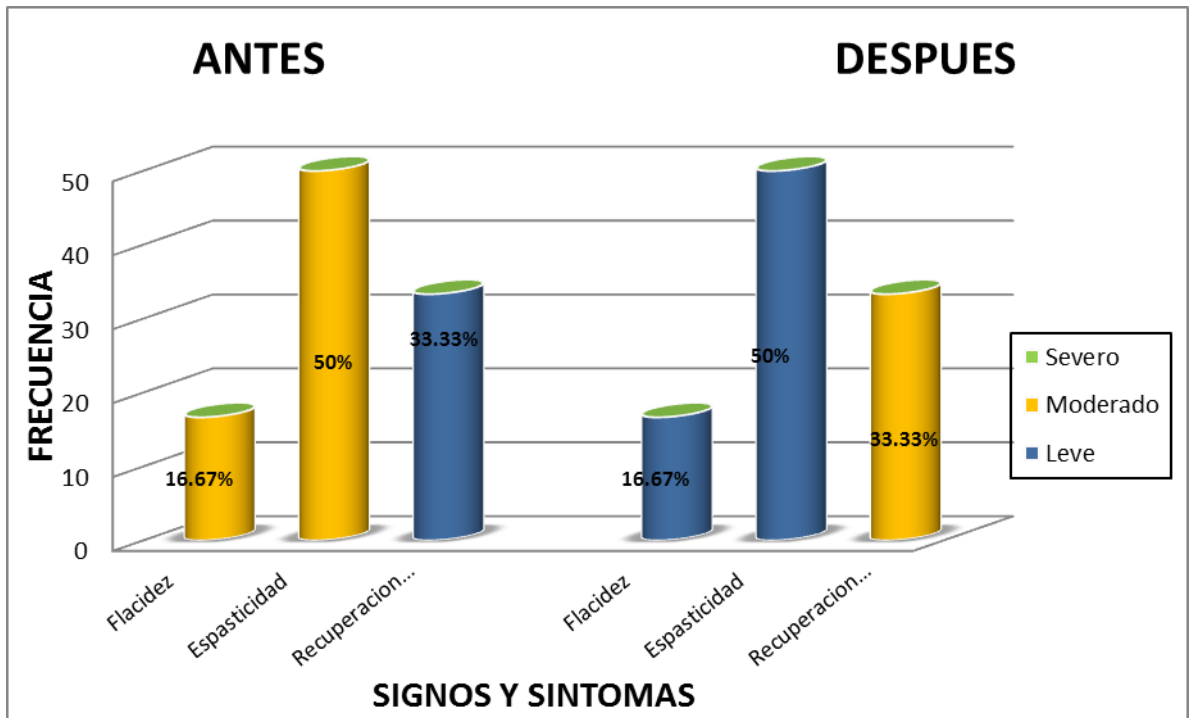
Fuente: guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis: El cuadro anterior refleja que en la evaluación inicial el 16.67% de la población en estudio presento flacidez moderada; el 50% presento espasticidad moderada, y el 33.33% se encontraban en la etapa de recuperación relativa leve.

En la evaluación final, el 16.67% de la población presento flacidez leve, el 50% espasticidad leve, y el 33.33% continuo avanzando en la etapa de recuperación relativa.

Interpretación: De acuerdo a los datos anteriores, al inicio del tratamiento una pequeña parte de la población se encontraba en la etapa flácida moderada, la mitad de la muestra en estudio presentaba espasticidad moderada y la otra parte de la población se encontraba en recuperación relativa leve, es decir estos pacientes se encontraban en el inicio de la etapa, al finalizar el tratamiento, la población en estudio presentó mejoría en las etapas; los pacientes que presentaban recuperación relativa leve es decir estaban iniciando esta etapa, avanzaron a una etapa de recuperación relativa moderada; valorándolos como moderado debido a que los paciente ya presentaban un reclutamiento motor y sinergias más adecuadas, siendo en este caso positivo para ellos. Gracias a la aplicación del Método Perfetti ayudando a mejorar la funcionabilidad de la mano hemipléjica, lográndose estos cambios con la realización de actividades cinestésicas como el reconocimiento de la posición exacta de la mano, reconocimiento de formas, superficies y trayectorias, reconocimiento de texturas, reconocimiento del espacio y cantidad de presión, reconocimiento de la presión sobre antebrazo y mano y del pulgar.

**GRAFICA DE BARRA N°4
POBLACIÓN SEGÚN ETAPAS DEL EVENTO CEREBRO VASCULAR**



Fuente: cuadro N° 4

CUADRO N° 5
POBLACIÓN SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS	ANTES							DESPUES				
	A	%	L	%	M	%	TOTAL %	A	%	L	%	TOTAL %
Dolor	0	0	3	50	3	50	100%	3	50	3	0	100%
Inflamación	6	100	0	0	0	0	100%	6	100	0	0	100%
Edema	5	83.33	1	16.67	0	0	100%	6	100	0	0	100%

Fuente: guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

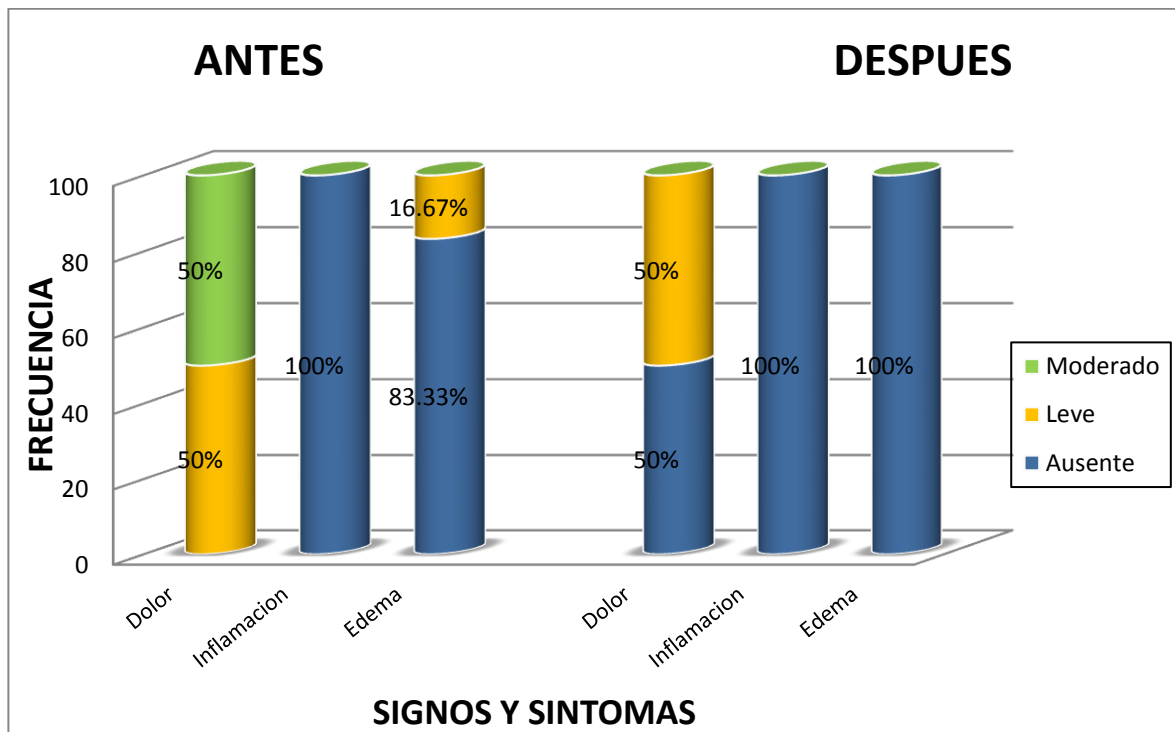
A: ausente L: moderado M: moderado

Análisis: El cuadro anterior refleja que el 50% de la población en estudio, presentaba dolor leve al inicio del tratamiento, y el otro 50% presentó dolor moderado. El 100% de la muestra no presentó inflamación. Del 100% de la población en estudio solo el 16.67% presentó edema leve.

En la evaluación final, el 50% de la población que había presentado dolor moderado paso a leve, y el otro 50% de la muestra se encontró ausente; el 100% de la población en estudio presentó ausencia de edema.

Interpretación: De acuerdo a los datos obtenidos, en la evaluación final, se obtuvieron resultados positivos que demuestran que la aplicación del Método Perfetti en los pacientes con secuela de hemiplejía ayuda a mejorar los signos y síntomas que presentan los pacientes, mostrándose así que la mitad de la población en estudio evolucionó favorablemente sin presencia de dolor, contribuyendo de esa manera a la capacidad de permanecer en la actividad por más tiempo, lográndose mejores resultado en la realización de las actividades cinestésicas las cuales se lograron con el reconocimiento de las diferentes texturas, formas y figuras, así como también las recomendaciones a seguir en casa para tratar el edema.

**GRAFICA DE BARRA N° 5
POBLACIÓN SEGÚN SIGNOS Y SÍNTOMAS**



Fuente: cuadro N° 5

CUADRO N° 6
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD SUPERFICIAL

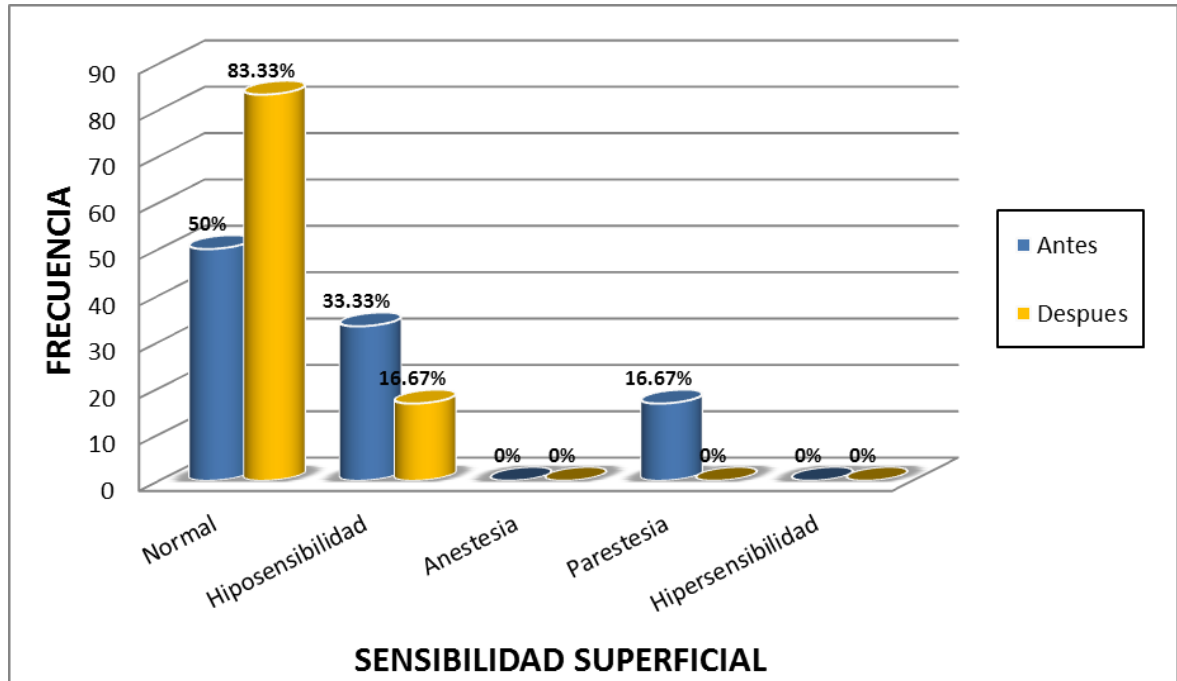
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL	ANTES		DESPUES	
	F	TOTAL %	F	TOTAL %
Normal	3	50.00	5	83.33
Hiposensibilidad	2	33.33	1	16.67
Anestesia	0	0.00	0	0.00
Parestesia	1	16.67	0	0.00
Hipersensibilidad	0	0.00	0	0.00
TOTAL	6	100%	6	100%

Fuente: Guía de Evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis: el cuadro anterior en la evaluación inicial antes de recibir el tratamiento con el Método Perfetti; el 50% de la población presentaba sensibilidad superficial normal, el 33.33% presenta Hiposensibilidad y solo el 16.67% presentaba parestesia. En la evaluación final el 83.33% presenta la sensibilidad superficial normal y solo un 16.67% presentó Hiposensibilidad, habiendo ausencia de parestesia.

Interpretación: de acuerdo a los datos obtenidos en la evaluación inicial la mitad de la población presentó la sensibilidad superficial normal, y la otra parte de la muestra presentaron hiposensibilidad y parestesia. Al finalizar el tratamiento, se obtuvieron resultados satisfactorio ya que la mayor parte de los pacientes lograron recuperar la sensibilidad superficial y solo un mínimo de los pacientes presentó hiposensibilidad y desapareciendo la parestesia. Se obtuvieron resultados positivos lográndose estos cambios gracias a la aplicación del Método Perfetti que permite trabajar de forma activa el tacto con actividades como: el reconocimiento de las diferentes texturas, figuras y letras.

GRAFICA DE BARRA N° 6
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD SUPERFICIAL



Fuente: cuadro N° 6

CUADRO N° 7
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD PROFUNDA

SENSIBILIDAD PROFUNDA	ANTES					DESPUES				
	C	%	A	%	TOTAL %	C	%	A	%	TOTAL %
Barognosia	4	66.67	2	33.33	100%	6	100	0	0	100%
Barestesia	2	33.33	4	66.67	100%	5	83.33	1	16.67	100%
Cinestesia	1	16.67	5	83.33	100%	4	66.67	2	33.33	100%
Esterognosis	0	0.00	6	100	100%	3	50	3	50	100%

Fuente: Guía de Evaluación de Terapia Ocupacional.

C: conservada A: alterada

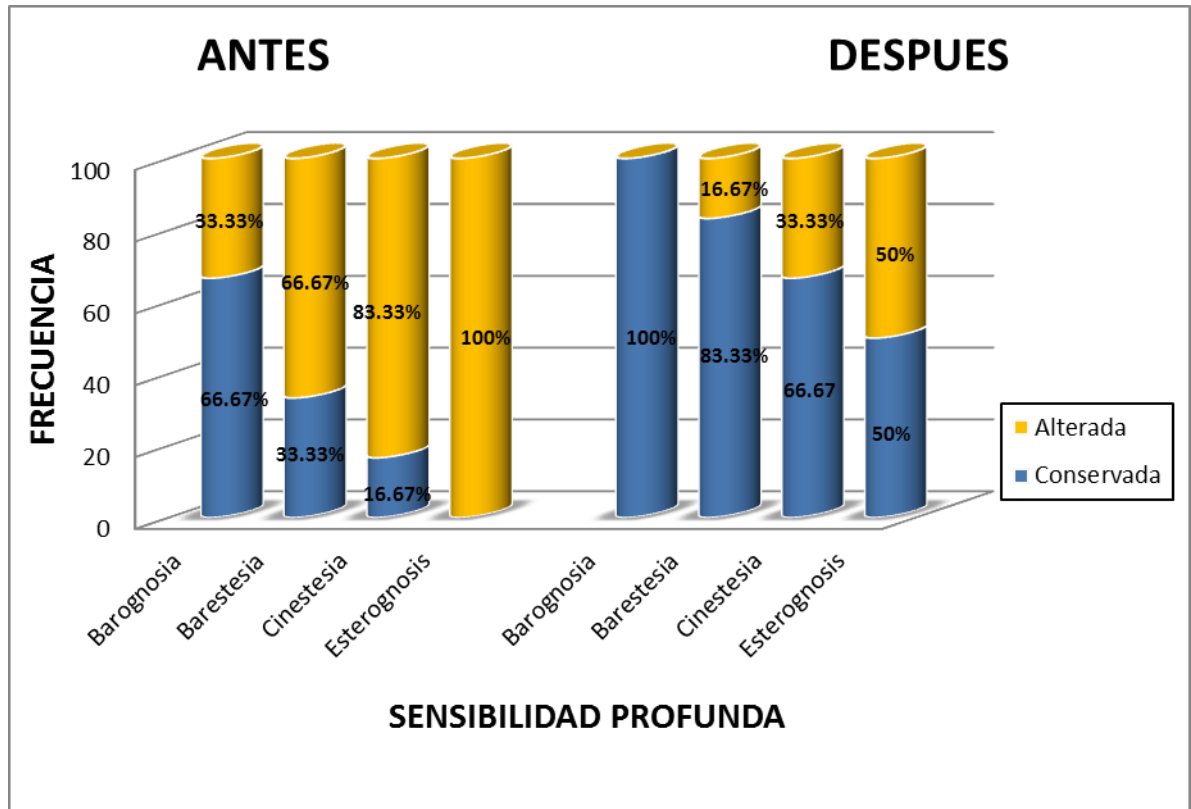
Análisis: en la evaluación inicial de la sensibilidad profunda o propiocepción, del 100% de la población en estudio, en la Barognosia el 66.67% presentó la sensibilidad conservada y un 33.33% la presentó alterada, en la Barestesia del 100%, un 33.33% la presentaba conservada y el 66.67% la presentaba alterada, en la Cinestesia del 100% de la población en estudio un 16.67% estaba conservada y el 83.33% estaba alterada. En la Esterognosis, el 100% de la población en estudio la presentaba alterada.

Después de recibir el tratamiento con el Método Perfetti, en la sensibilidad profunda, en la Barognosia, el 100% de la población en estudio presentó conservada, en la Barestesia el 83.33% presentó conservada y solo un 16.67% la presentó alterada. En la Cinestesia un 66.67% de la población en estudio estaba conservada y solo un 33.33% estaba alterada, en la Esterognosis el 50.00% de los pacientes en estudio la presentó conservada y un 50% la presentó alterada.

Interpretación: de acuerdo a los datos anteriores de la evaluación final en la Barognosia; que es la capacidad de reconocer pesos, después de recibir el tratamiento, todos los pacientes en estudio lograron una recuperación completa. En la Barestesia; que es la capacidad de reconocer la cantidad de presión en el cuerpo, al finalizar el tratamiento, los pacientes en estudio lograron una recuperación satisfactoria. En la Cinestesia; que es la capacidad de reconocer la posición del cuerpo en el espacio, se obtuvieron buenos resultados al finalizar el tratamiento con Método Perfetti. En la Esterognosis; que es la capacidad de reconocer objetos mediante el tacto, al finalizar el tratamiento la mitad de la

población obtuvo buenos resultados, mientras que la otra parte de los pacientes aun presentaban alteración. Estos resultados se obtuvieron gracias a la intervención del Método Perfetti con actividades que lograron activar las áreas del cerebro para lograr recuperar la sensibilidad perdida de la mano hemipléjica, logrando la eficacia del método que se determina por la práctica de sus ejercicios como son las actividades cinestésicas, táctiles y de presión como: reconocimiento de formas, superficies, trayectorias, reconocimiento de texturas de objetos, reconocimiento del volumen, resistencia y presión sobre el antebrazo y mano y la presión sobre el pulgar, así como también reconocimiento de la posición exacta de la mano, reconocimiento de la altura de los objetos y de la longitud de los objetos con el pulgar,

GRAFICA DE BARRA N° 7
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD PROFUNDA



Fuente: cuadro N° 7

CUADRO N° 8
DATOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA
VIDA DIARIA.

A.V.D	ANTES							DESPUES				
	Ind	%	Sem	%	Dep	%	TOTAL %	Ind	%	Sem	%	TOTAL %
Vestuario	1	16.67	4	66.67	1	16.67	100%	3	50	3	50	100%
Alimentación	5	83.33	1	16.67	0	0	100%	6	100	0	0	100%
Higiene personal	2	33.33	4	66.67	0	0	100%	3	50	3	50	100%
Instrumento	0	0	2	33.33	4	66.67	100%	1	16.67	5	83.33	100%

Fuente: guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

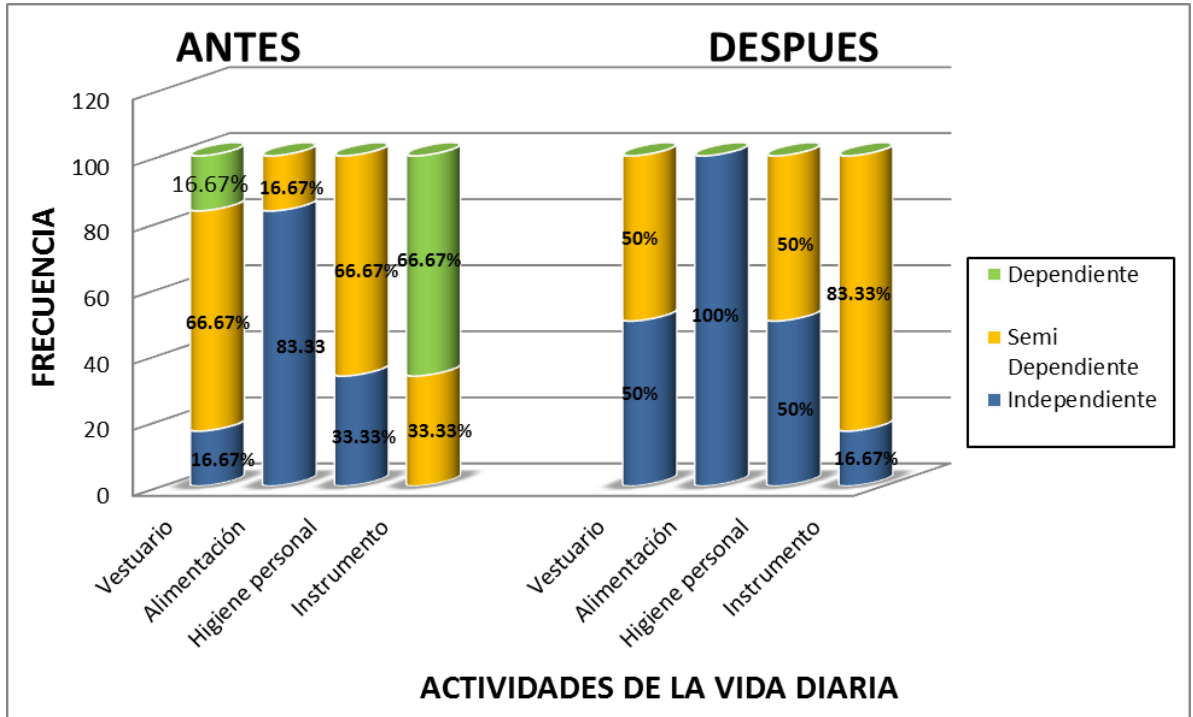
Análisis: los datos del cuadro anterior son de la evaluación de las AVD antes y después de recibir el tratamiento, y nos refleja que en vestuario solo el 16.67% era dependiente, el 66.67% semidependiente, y el 16.67% independiente. En alimentación el 83.33% independiente, el 16,67% semidependiente. En higiene personal, solo el 33.33% era independiente, el 66.67% semidependiente, en AVD instrumental, el 33.33% semidependiente, y el 66.67% dependiente.

En la evaluación final, nos muestra que en vestuario el 50% de la población es independiente, y el otro 50% es semidependiente. En alimentación el 100% de la población es independiente, en higiene personal el 50% de la población es independiente, y otro 50% es semidependiente. En AVD instrumental solamente el 16.67% es independiente, y el 83.33% es semidependiente.

Interpretación: de acuerdo a los datos anteriores podemos observar que al finalizar el tratamiento se obtuvieron buenos resultados en las Actividades de la Vida Diaria de los pacientes. La población en estudio mejoraron sus dificultades que presentaban al inicio del tratamiento, lograrse estos cambios gracias a las actividades realizadas en el tratamiento con el Método Perfetti el cual les ayudo en el vestuario como también en la alimentación, la higiene personal, dándoles la oportunidad de reintegrarse en sus habilidades cotidianas, mejorando su confianza y autoestima de sí mismos, todo estos se debe a las actividades táctiles, cinestésicas y de presión que representan cada uno de los ejercicios del Método Perfetti.

GRAFICA DE BARRA N° 8

DATOS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.



Fuente: cuadro N° 8

CUADRO N° 9
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DEL ÁREA COGNITIVA

AREA COGNITIVA	ANTES							DESPUES						
	B	%	R	%	M	%	TOTAL %	B	%	R	%	M	%	TOTAL %
Orientación en tiempo y espacio	3	50	2	33.33	1	16.67	100%	4	66.67	2	33.33	0	0	100%
Percepción visual	4	66.67	1	16.67	1	16.67	100%	5	83.33	1	16.67	0	0	100%
Percepción espacial	4	66.67	1	16.67	1	16.67	100%	5	83.33	1	16.67	0	0	100%
Praxias	5	83.33	0	0	1	16.67	100%	5	83.33	1	16.67	0	0	100%
Organización Visomotora	1	16.67	3	50	2	33.33	100%	3	50	2	33.33	1	16.67	100%
Operaciones abstractas	0	0	4	66.67	2	33.33	100%	3	50	2	33.33	1	16.67	100%

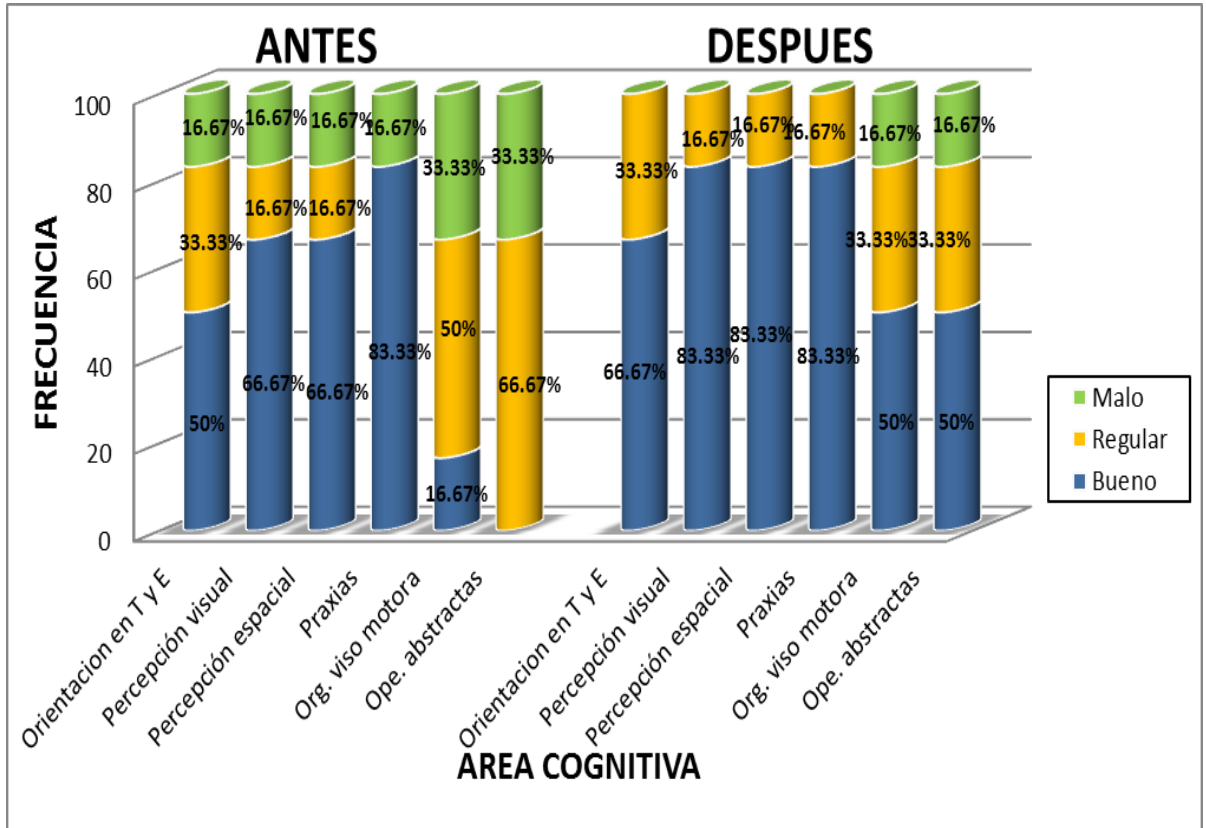
Fuente: guía de evaluación de Terapia Ocupacional.

Análisis: antes de recibir el tratamiento el 50% de la población presentó una buena orientación en tiempo y espacio, el 33,33% regular, y el 16.67% una mala orientación. En percepción visual el 66.67% de la población en estudio reflejó una buena percepción, el 16.67% regular, y otro 16.67% mala. En la percepción espacial, el 66.67% presentó una buena percepción, el 16.67% regular, y el 16.67% fue mala. En las praxias, para el 83.33% fue buena, y el 16.67% mala. En la organización visomotora, para el 16.67% fue buena, para el 50% regular, y para el 33.33% mala. En operaciones abstractas para el 66,67% fue regular, y para el 33.33% mala.

Después de recibir el tratamiento; en la orientación en tiempo y espacio, para el 66,67% fue buena, para el 33.33% regular, en la percepción visual se encontró que para el 83.33% fue buena, para el 16.67% regular. En la percepción espacial para el 83.33% fue buena, para el 16.67% regular. En las praxias para el 83.33% fue buena, regular para el 16.67%. en la organización visomotora para el 50% fue buena, para el 33.33% regular y para el 16.67% mala. En las operaciones abstractas, para el 50% fue buena, para el 33.33% fue regular y el 16,67% mala.

Interpretación: de acuerdo con los datos anteriores en la evaluación final, la mayor parte de la población en estudio logró una buena orientación en el tiempo y espacio, así como también en la percepción visual y espacial. En las praxias la mayor parte de la población presentó mejorías, así como también en la organización visomotora y en las operaciones abstractas. Al finalizar el tratamiento del Método Perfetti en área cognitiva los pacientes en estudio obtuvieron buenos resultados dando a conocer que a través de los diferentes que ejercicios realizados por el paciente a través de la mano ayuda a la reorganización el área cognitiva; así como también reorganiza el área cognitiva ayuda al mejoramiento de la mano hemipléjica de los pacientes. Los porcentajes obtenidos fueron gracias a la intervención de las actividades con los ejercicios cinestésicos, de presión y de peso e informaciones táctiles presentadas en cada uno de los ejercicios de primer, segundo y tercer grado del Método Perfetti, basándonos en el perfil del paciente para una reorganización cortical para la obtención de una respuesta adecuada.

GRAFICA DE BARRA N° 9
DATOS SEGÚN ALTERACIONES DEL ÁREA COGNITIVA



Fuente: cuadro N° 9

6. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Como grupo investigador confirmamos que la hipótesis de trabajo la cual dice de la siguiente manera:

Hi: LA UTILIZACIÓN DEL METODO PERFETTI FACILITA LA FUNCIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR HEMIPLEJICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR.

Se acepta por medio de los siguientes resultados:

En el cuadro N° 3 de la evaluación física en las etapas que presentaban los pacientes el 100% de la población mejoraron en la funcionalidad de la mano hemipléjica al finalizar el tratamiento.

En el cuadro N° 6 de la evaluación de la sensibilidad superficial el 100 % de la población en estudio presento mejoría después de finalizar el tratamiento con Método Perfetti.

En el cuadro N° 7 de la evaluación de la sensibilidad profunda el 100% de la población en estudio logro obtener resultados positivos en la funcionabilidad de la mano hemipléjica al finalizar el tratamiento.

En el cuadro N° 8 de la evaluación de las actividades de la vida diaria, queda reflejado que el Método Perfetti, contribuyó a la recuperación del miembro superior hemipléjico superando sus dificultades.

En el cuadro N° 9 de la evaluación de las funciones cognitivas, el 100% de la población en estudio obtuvo buenos resultados, comprobándose que la recuperación depende de los procesos cognitivos que se activen en el proceso de rehabilitación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. CONCLUSIONES.

Después de haber tabulado, analizado e interpretado los resultados de la investigación se llega a las siguientes conclusiones.

El Evento Cerebro Vascular tiene una mayor incidencia en las personas que sobre pasan los 45 años, encontrándose igual prevalencia en ambos sexos.

El Método Perfetti, es un método de tratamiento neurocognitivo, que se puede aplicar en Terapia Ocupacional.

El Método Perfetti, puede ser aplicado en pacientes con secuela de hemiplejía en cualquiera de sus etapas (flácida, espástica, recuperación relativa).

El Método Perfetti, ayuda a la reeducación de la funcionabilidad motora del miembro superior hemipléjico en pacientes con secuela de hemiplejía.

Se demostró que el Método Perfetti, reeduca la sensibilidad del miembro superior hemipléjico.

Se comprobó que el Método Perfetti reeduca la funcionabilidad del miembro superior hemipléjico en las actividades de la vida diaria e instrumentales.

El Método Perfetti, ayuda a reforzar y mejorar los aspectos cognitivos del paciente (percepción, atención, memoria, lenguaje,).

Dando a conocer que a mayor tiempo de aplicación de Método Perfetti mayor es el efecto rehabilitador en el miembro superior hemipléjico del paciente adulto.

8. RECOMENDACIONES.

A la Universidad de El Salvador para que facilite material de estudio actualizado sobre los diferentes métodos y técnicas de aplicación de tratamiento en rehabilitación integral a los docentes de la carrera, aumentando sus conocimientos y proporcionando nuevas y mejores herramientas de investigación.

A los estudiantes de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional, para que consoliden sus conocimientos, y se estén actualizando sobre los diferentes estudios e investigaciones en el tratamiento a pacientes con patologías neurológicas.

Al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, para que siga abriendo sus puertas a los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional contribuyendo de esa manera al desarrollo de conocimientos y aprendizaje que serán puestos en práctica por los futuros profesionales en la rehabilitación integral de los pacientes.

A la familia de los pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, para que siempre le brinden su apoyo, comprensión, dedicación, de mostrando su interés, buscando la ayuda adecuada y oportuna y motivándolos en el proceso de rehabilitación.

A los pacientes con diagnóstico de Evento Cerebro Vascular, para que sigan trabajando motivados en el proceso de su rehabilitación tomando en cuenta las sugerencias y recomendaciones de su terapeuta y puedan así obtener los resultados esperados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1- <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC068935.pdf>

2-<http://sistemanervioso-psicologiaii.blogspot.com/2012/05/cerebro-hemisferioscerebrales-e-l.html> (consultado el 3o de septiembre de 2013)

3-http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2222.pdf (consultado el 30 de septiembre 2013)

4-<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Enfermedad%20cerebrovascular.pdf> (consultado el 30 de septiembre de 2013).

5-OCÉANO EDITORES. Diccionario de Medicina Mosby. 5ª Edición, 1995, Barcelona. España. Pág. 118. (consultado el 7 de octubre de 2013)

6-BIENFAIT, Marcel, bases fisiológicas de la terapia manual y de la osteopatía. 2da Edición, Editorial Paidotribo, Barcelona, 2001, 255 págs. (Consultado el 7 de octubre de 2013)

7-SNELL, Richard S; BENITEZ, Gregorio; REYES, Joaquín Anatomía clínica para estudiantes de medicina. 6 Edición, Editorial MC Graw Hill, Interamericana, 2002, 946 págs. (consultado el 7 de octubre de 2013)

8-<http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/119-accidente-cerebro-vascular-acv> (consultada el 07 de octubre 2013)

9-<http://www.slideshare.net/juliebonilla/evento-cerebro-vascular-3857595> (consultada el 07 de octubre 2013)

10-http://200.26.134.109:8080/endeporte/hermesoft/portal/home_1/rec/arc_2222.pdf (consultado el 30 de septiembre de 2013)

11-**TESIS:** CRUZ, Blanca; PARADA, Griselda; ZANBRANO, Alba. Influencia de la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de evento cerebro vascular, con secuela de hemiplejía en etapa de recuperación relativa, entre las edades de 35 a 40 años atendidos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, de la ciudad de san miguel en el periodo de julio a septiembre 2004. Tesis de licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental. (Consultada el 17 de septiembre de 2013).

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Anatomía del cerebro.

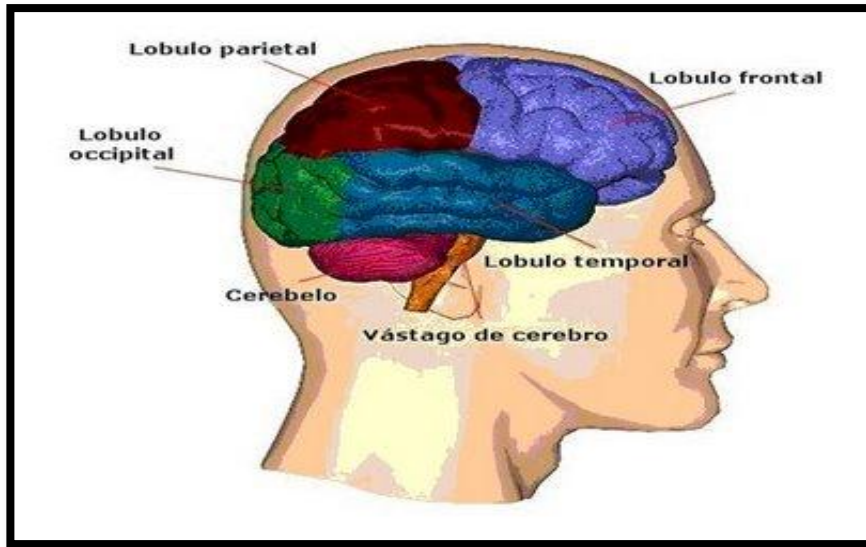


Figura 2. Irrigación sanguínea del cerebro.

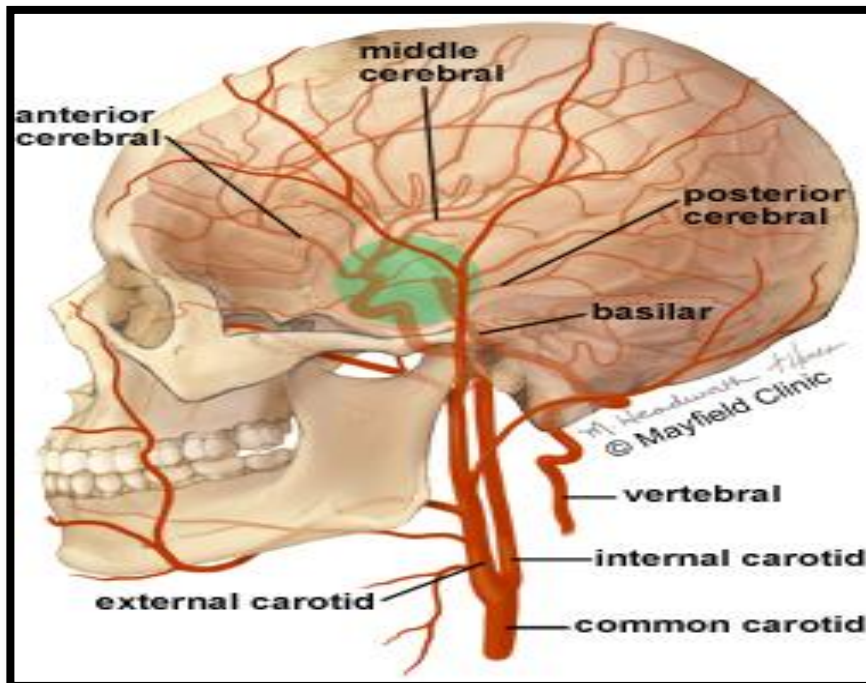


Figura 3. Accidente Cerebro Vascular.

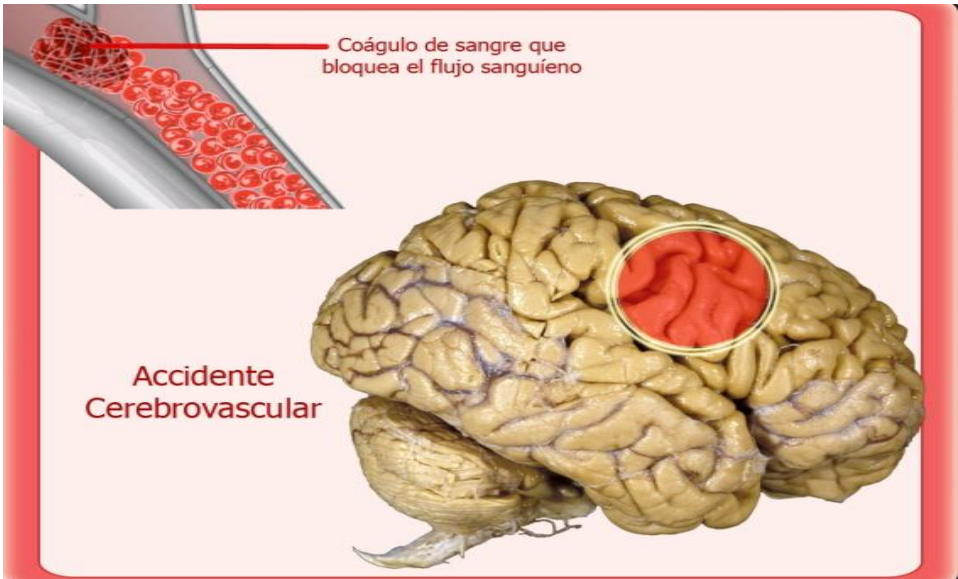


Figura 4. ECV isquémico.

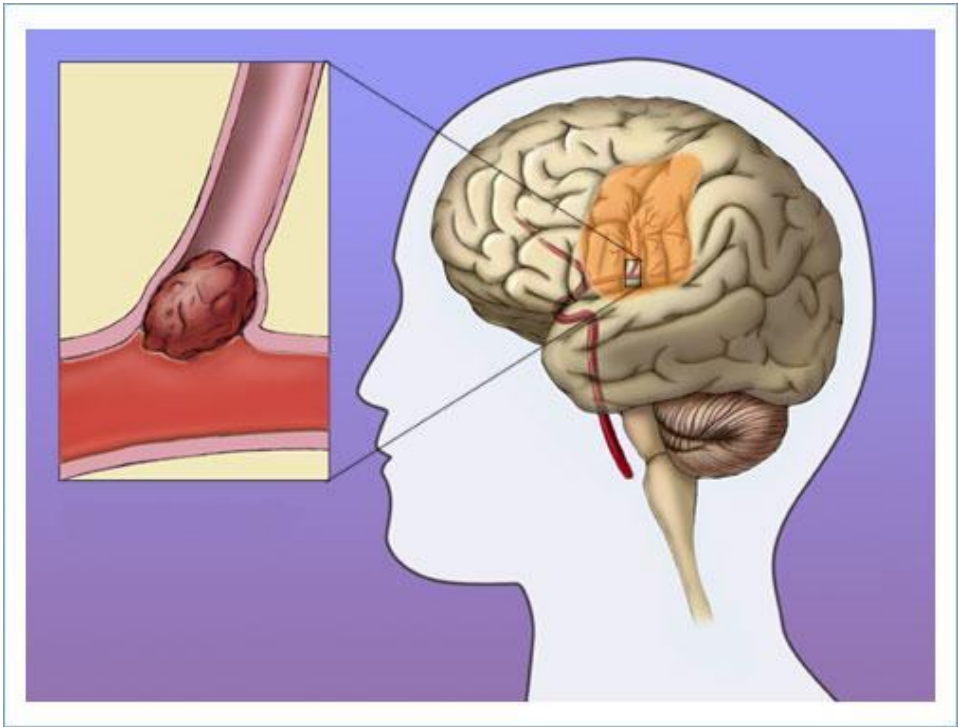


Figura 5. ECV Hemorrágico.



Figura 6. Arteriosclerosis.

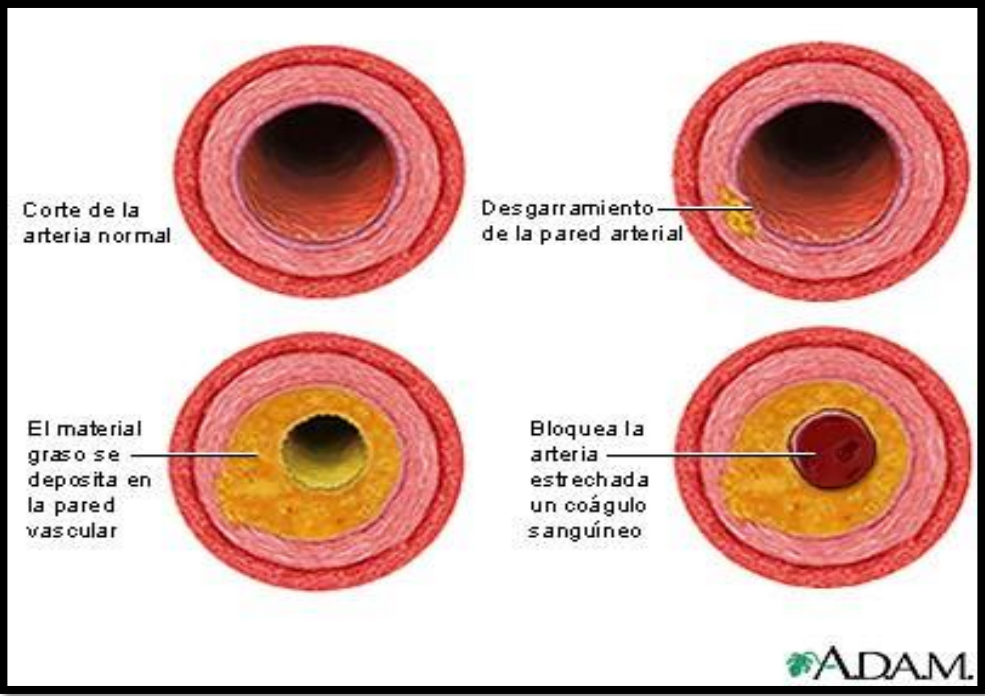


Figura 7. Factores de riesgo de ECV.



Figura 8. Signos de ECV.

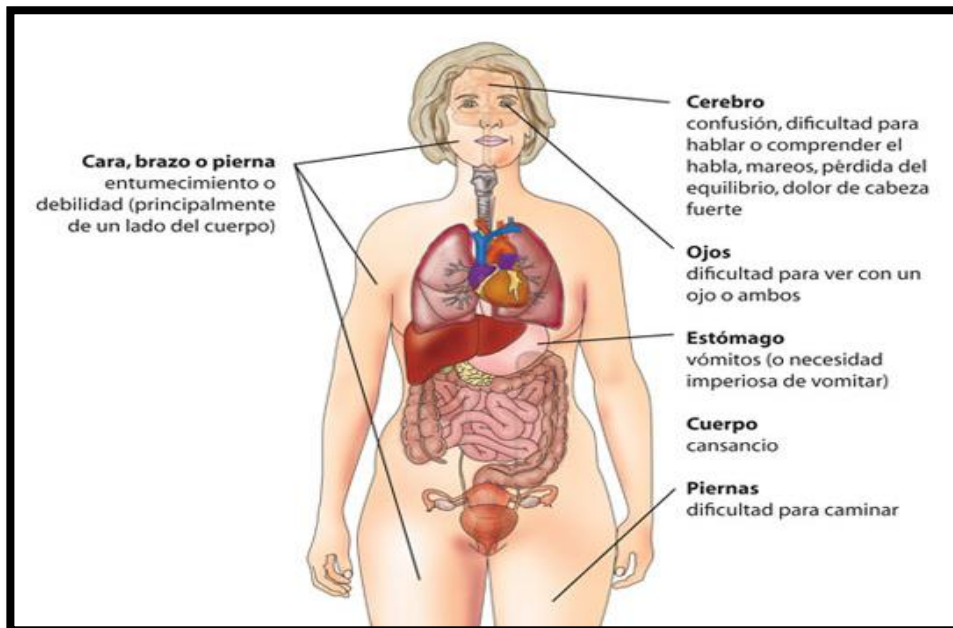


Figura 9. Síntomas de acuerdo al hemisferio cerebral afectado.

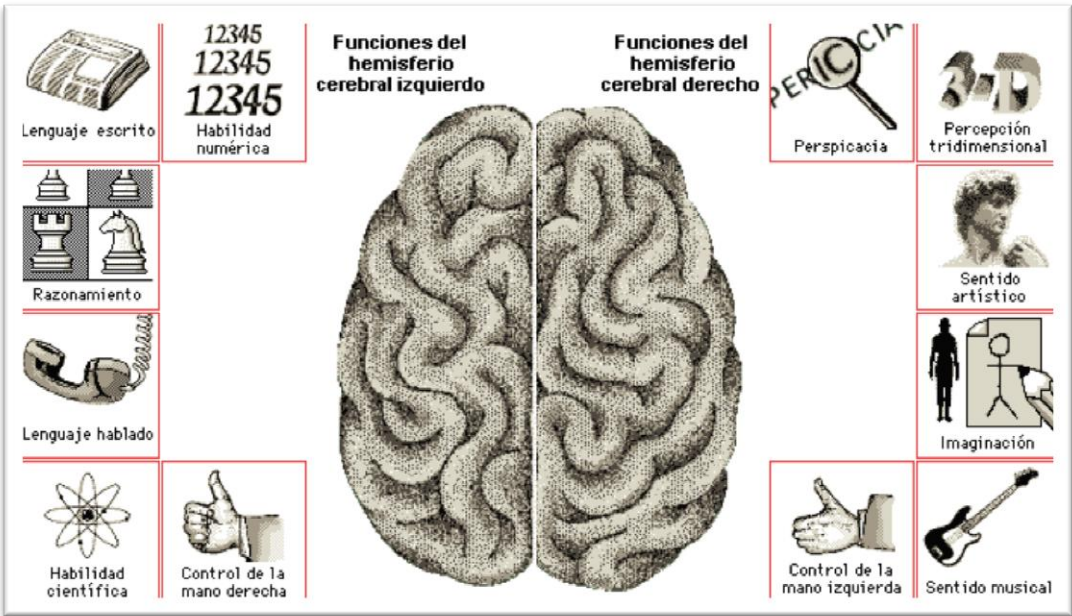


Figura 10. Hemiplejia.



Figura 11. Método Perfetti.



EJERCICIOS DE PRIMER GRADO DE MÉTODO PERFETTI.

Figura 12. Reconocimiento de la posición exacta del MS en el espacio



Figura 13. Reconocimiento de formas, superficie.



Figura 14 Reconocimiento de la posición exacta de la mano.



Figura 15. Reconocimiento del contorno de letras y figuras.



Figura 16 Reconocimiento de la altura de los objetos.

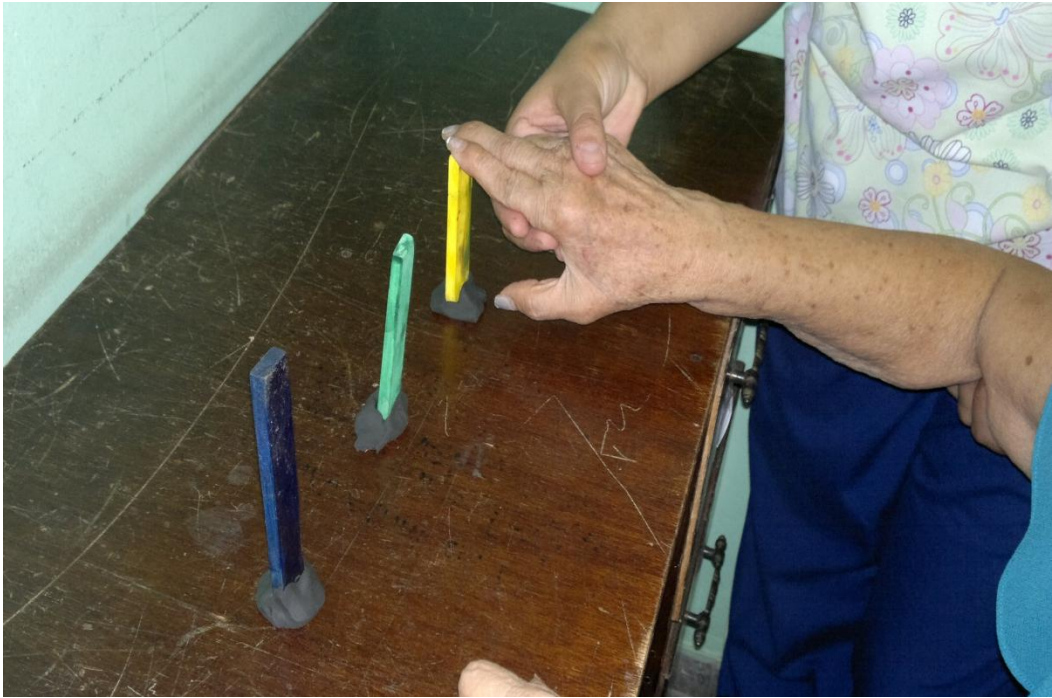


Figura 17. Reconocimiento textura de los objetos.



Figura 18.Reconocimiento del espacio.

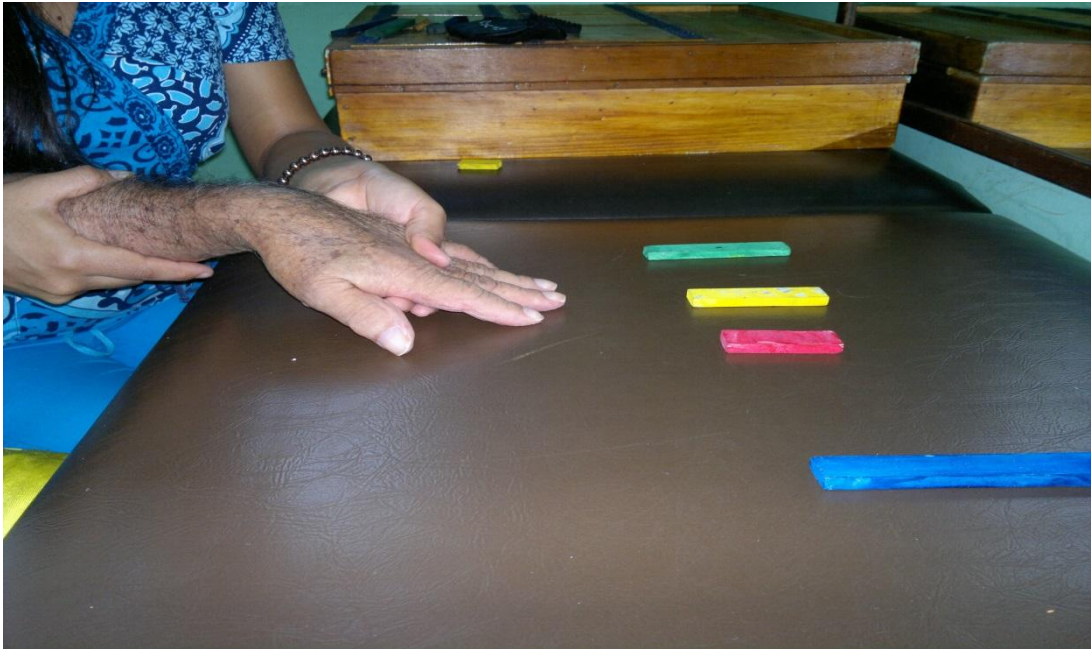


Figura 19. Reconocimiento del volumen.



Figura 20. Reconocimiento de cantidad de resistencia.



Figura 21. Reconocimiento de la cantidad de presión.



EJERCICIOS DE SEGUNDO GRADO DE MÉTODO PERFETTI.

Figura 22. Reconocimiento de la presión sobre antebrazo y mano.



Figura 23. Reconocimiento de la presión sobre el pulgar.



Figura 24. Reconocimiento de la presión sobre pulgar e índice.



Figura 25. Reconocimiento de longitud utilizando el Pulgar.



Figura 26. Reconocimiento del espacio con flexo-extensión de la muñeca.



Figura 27. Reconocimiento del espacio con desviación radial y cubital de la muñeca.

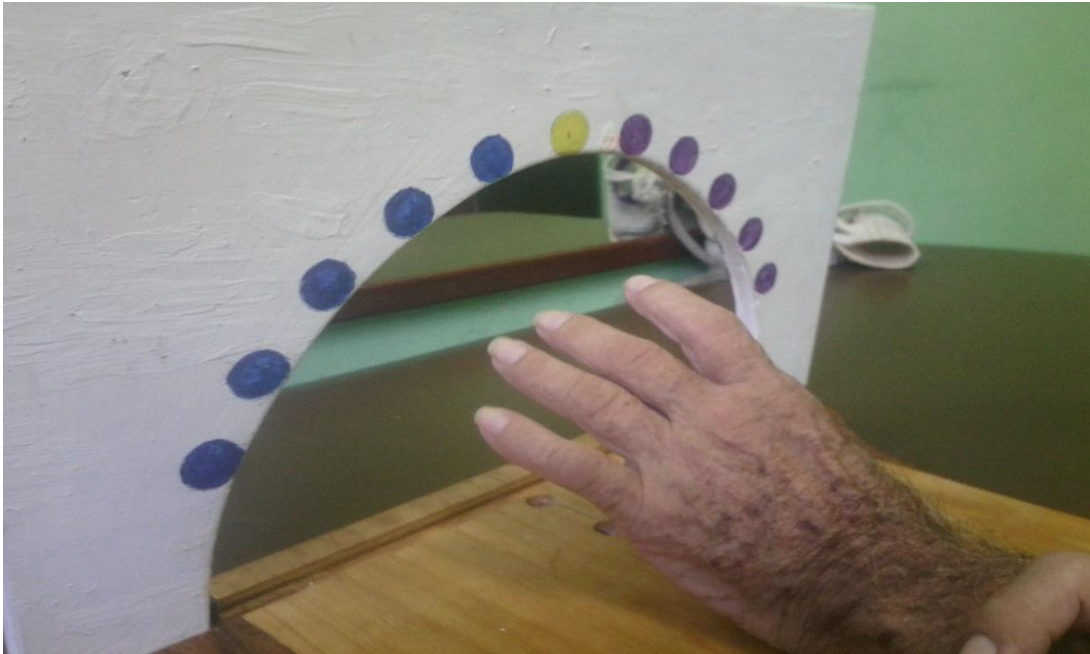
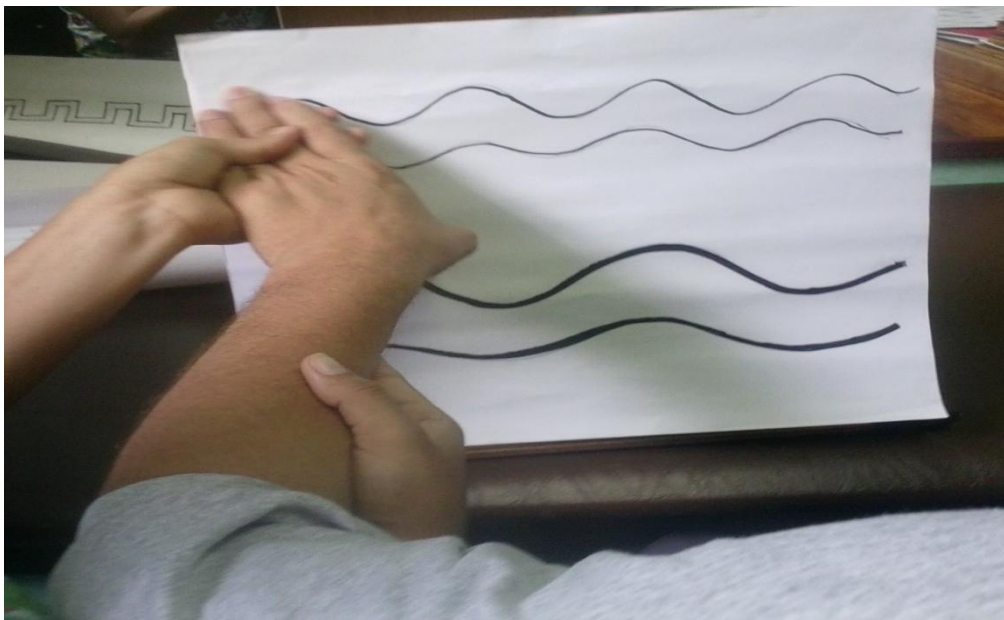


Figura 28. Reconocimiento del espacio con flexo-extensión, abducción-aducción y rotación de la muñeca.



EJERCICIOS DE TERCER GRADO DE MÉTODO PERFETTI.

Figura 29. Optimización del trazado de trayectorias



Figura 30. Optimización del trazado de trayectorias rectilíneas diversas.



Figura 31. Optimización virtual del trazado de trayectorias



ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES AÑO 2014

MESES	MARZO				ABRIL					MAYO					JUNIO				JULIO					AGOSTO			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
ACTIVIDADES																											
Inscripción del proceso de graduación	■																										
Elaboración del perfil de graduación	■	■	■																								
Elaboración del protocolo de graduación				■	■	■	■																				
Entrega del protocolo de graduación								■																			
Ejecución de la investigación										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Tabulación, análisis e interpretación de datos																						■	■				
Elaboración del informe final																						■	■				
Presentación del informe final																								■			
Presentación oral de los resultados																								■	■		

ANEXO N° 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS DESARROLLADAS EN LA EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR

MESES	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5
ACTIVIDADES																	
Solicitar autorización para ejecutar la investigación.																	
Selección de pacientes con diagnóstico de evento cerebro vascular																	
Reunión con los pacientes para informar acerca del tratamiento y definir horarios.																	
Evaluación a pacientes																	
Aplicación de tratamiento																	
Actividad de cierre de ejecución de la investigación																	

ANEXO N° 3

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO DE MATERIALES

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	PRECIO TOTAL \$
50 Hojas	Papel de colores	\$1.75	\$1.75
3	Silicón	\$2.85	\$8.55
60	Papel blanco	\$0.65	\$0.65
10	Catoncillo	\$0.50	\$5.00
4	Cartón piedra	\$1.	\$4.00
12	Pliegos de fomi	\$1.	\$12.00
1	Cuchilla de recorte	\$1.40	\$1.40
1	Pintura de dedo	\$2.25	\$2.25
1	Pintura de agua	\$4.50	\$4.50
1	Barniz	\$7.50	\$7.50
1	Tinte para madera	\$4.75	\$4.75
6	Plumones de colores	\$1.05	\$6.30
14	Esponjas	\$1.50	\$1.50
12	Velcro	\$1.00	\$12.00
3	Antifaz	\$1.00	\$3.00
2	Tableros de ensamble	\$9.00	\$18.00
2	Atriles	\$28.00	\$56.00
4	Semiesferas	\$1.25	\$5.00
4	Semiesferas con resorte	\$2.25	\$9.00
3	Balancín	\$15.00	\$45.00
12	Regletas	\$0.25	\$3.00
½ Yarda	Tela	\$1.40	\$1.40
2	Alfombras	\$1.00	\$2.00
4	Lijas	\$1.15	\$4.60
2	Flexo-extensión de muñeca	\$6.00	\$12.00
2	Material de desviación radio-cubital de muñeca	\$6.00	\$12.00
2	Atril virtual de trayectorias	\$12.00	\$24.00
2	Puntero Óptico	\$12.00	\$24.00
1	Plato de Böhler	\$12.00	\$12.00
10%	IMPREVISTOS		\$30.30
	TOTAL GENERAL		\$333.45

ANEXO N° 4

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO

Yo he sido elegida(o) para participar en la investigación llamada "BENEFICIOS DEL MÉTODO PERFETTI, APLICADO EN MIEMBRO SUPERIOR HEMIPLEJICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR, QUE ASISTEN AL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JULIO DE 2014."

Se me ha explicado en que consiste la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecha (o) con las respuestas brindadas por los investigadores.

Consiento voluntariamente a participar en esta investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FIRMA._____

FECHA._____

ANEXO N° 5

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGIA MÉDICA
CARRERA DE LIC. EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



**GUIA DE EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL PARA PACIENTES
CON EVENTO CEREBRO VASCULAR ANTES Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO**

OBJETIVO: Conocer el estado en el que se encuentra el paciente antes y después del tratamiento de T.O con Método Perfetti.

DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL PACIENTE. _____

EDAD. _____ SEXO _____

DIAGNOSTICO. _____ ETAPA _____

DOMINANCIA. _____

PROFESION. _____

FECHA DE EVALUACIÓN. _____ N° DE EXPEDIENTE _____

DIRECCION. _____

HISTORIA CLINICA

EVALUACIÓN FÍSICA:

Parámetros a evaluar	Al inicio			Al final		
	leve	moderado	severo	leve	moderado	Severo
Dolor del miembro superior hemipléjico.						
Inflamación del miembro superior hemipléjico.						
Edema del miembro superior hemipléjico.						

Etapas	Al inicio		Al final	
	Leve	Moderado	Leve	Moderado
Etapá flácida				
Etapá espástica				
Etapá en recuperación relativa				

EVALUACIÓN DE LAS SENSACIONES.

Sensibilidad superficial					
Parámetros a evaluar					
	Normal	Hiposensibilidad	Anestesia	Parestesia	Hipersensibilidad
Al inicio					
Al final					

Sensibilidad profunda o propioceptiva				
Parámetros a evaluar	Al inicio		Al final	
	Conservada	Alterada	Conservada	Alterada
Barognosia				
Barestesia				
Cinestesia				
Esterognosis				

Actividades de la vida diaria						
Parámetros a evaluar	Al inicio			Al final		
	Independiente	Semi dependiente	Dependiente	Independiente	Semi dependiente	Dependiente
Vestuario						
Alimentación						
Higiene personal						
Instrumento						

ÁREA COGNITIVA

Parámetros a evaluar	Al inicio			Al final		
	Buena	Regular	Mala	buena	Regular	Mala
Orientación en tiempo y espacio						
Percepción visual						
Percepción espacial						
Praxias						
Organización Visomotora						
Operaciones Abstractas						

Observacion: _____

ANEXO N° 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SECCIÓN DE TECNOLOGÍA MÉDICA
CARRERA DE FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EVENTO CEREBRO VASCULAR PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

OBJETIVO: Obtener los conocimientos que tienen los pacientes a cerca de su padecimiento y cuán importante es para ello recibir tratamiento de terapia ocupacional.

DATOS GENERALES:

Nombre. _____ Edad. _____ Sexo _____

Ocupación. _____ Estado Civil. _____

Fecha. _____

1. ¿sabe usted que es Evento Cerebro Vascular? SI _____ NO _____ ¿Que es? _____

2. ¿Qué actividades se le dificultan realizar a causa de su problema?

Vestirse _____ Alimentarse _____ Aseo personal _____ Trabajar _____

Deambular _____ Recreación _____ Todas _____ Otros _____

3. ¿En qué aspectos de su vida personal ha afectado esta enfermedad?

Autoestima _____ Confianza _____ Otros _____

4. ¿En cuáles relaciones de su vida la ha afectado esta enfermedad?

Relaciones sociales _____ Relaciones familiares _____

Relaciones laborales _____ Otros _____

5. ¿sabe que es Terapia Ocupacional? SI _____ NO _____ ¿Qué es? _____

6. ¿Qué beneficio espera obtener en su Tratamiento de Terapia Ocupacional?

Independencias en la AVD _____ Mejorar las relaciones _____

Mejorar la autoestima _____ Mejorar la confianza _____

7. ¿considera que el tratamiento de Terapia Ocupacional es fundamental en su recuperación? SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____