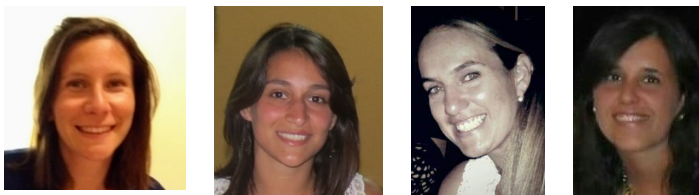


Caso clínico EXPERIENCIA DE ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO: DESDE EL AGUDO HACIA SU RECUPERACIÓN

EXPERIENCE OF INTERDISCIPLINARY APPROACH IN A PATIENT WITH SKULL TRAUMA: FROM ACUTE TO RECOVERY

Autoras

Marianela Conti^a, Ana Clara Coradello ^b, Raquel Cordich^c, María Juliana Habib^d.



Resumen

Introducción: el objetivo principal de este caso clínico fue mostrar cómo el abordaje temprano interdisciplinario en pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano (a partir de ahora TEC) favoreció el pronóstico de recuperación desde la fase aguda en la sala de cuidados intensivos hasta su reinserción social. **Métodos:** el método empleado para desarrollar el tratamiento terapéutico fue principalmente un abordaje interdisciplinario, donde se aplicaron las herramientas de evaluación específicas de cada área y su correspondiente plan de tratamiento (Psicopedagogía, Kinesología y Fisiatría, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología). Además se utilizaron para la recogida de información fuentes directas e indirectas. La modalidad de atención fue de manera intensiva con una frecuencia de tres veces por semana en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Interzonal General de Agudos San José de la localidad de Pergamino, Buenos Aires, Argentina. **Conclusiones:** la intervención temprana del equipo interdisciplinario fue uno de los pilares fundamentales para poder alcanzar de modo satisfactorio los objetivos propuestos desde las diferentes áreas de abordaje anclados de modo conjunto, para poder llegar a la independencia del paciente tanto en las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, vestido, alimentación) como el aspecto socio afectivo, educacional y comunicacional logrado. El trabajo interdisciplinario junto con la colaboración y contención familiar permitieron alcanzar favorablemente los objetivos mediatos e inmediatos propuestos por cada área.

DeCS Disfunción cognitiva; Terapia Ocupacional; Actividades de la Vida Diaria; Autonomía Personal; Cognición.

Summary

Introduction: the main goal of this clinical case report was to show how the role of the occupational therapist in mild cognitive impairment could help to delay the onset of dementia. Furthermore, another aims was minimise cognitive and functional impact caused by the impairment with non-pharmacological interventions because the pharmacological treatment was contraindicated in this case because of the underlying pathology, diabetes mellitus. **Methods:** this treatment with a holistic perspective has been framed in the Plan de Atención al Deterioro Cognitivo en Extremadura which was implemented in Extremadura in the year 2007 in order to meet the health requirements from a population with a high rate ageing. The cognitive stimulation, which is founded in theories like neuroplasticity or cognitive reserve, in conjunction with compensatory strategies, were developed in order to encourage the personal autonomy and to preserve the effectiveness in activities of daily living. **Conclusion:** the cognitive intervention from the point of view of occupational therapy contributed to improve the performance in the different occupational areas and the complete process involved a better quality of life too. In conclusion, was important that the occupational therapist be part in the treatment of mild cognitive impairment, not only when dementia appear.

MeSH Mild Cognitive Impairment; Occupational Therapy; Activities of Daily Living; Personal Autonomy, Cognition.

Como citar este documento

Conti M, Coradello AC, Cordich R, Habib MJ. Experiencia de abordaje interdisciplinario en un paciente con traumatismo de cráneo: desde el agudo hacia su recuperación. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2018 [fecha de la consulta]; 15(28): 299-304. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num28/pdfs/caso1.pdf>

Lévanos_ Get up_ Llévanos



Derechos de autor



Texto recibido: 10/08/2018 Texto aceptado: 05/10/2018 Texto publicado: 30/11/2018

^aLic. En Psicopedagogía. Servicio de Rehabilitación, Hospital Agudos San José Pergamino. Consultorio Privado. E-mail de contacto marinelaconti@yahoo.com.ar ^bLic. En kinesología y Fisiatra, Servicio de Rehabilitación, Hospital Agudos San José Pergamino. Consultorio Privado. E-mail de contacto ana_coradello@hotmail.com ^cTerapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación, Hospital Agudos San José Pergamino. Junta evaluadora de certificado único de discapacidad Municipalidad de Pergamino. E-mail de contacto raquelcordich@hotmail.com ^dLic. En Fonoaudiología, Servicio de Rehabilitación, Hospital Agudos San José Pergamino. Consultorio Privado. Atención Primaria De Salud, Municipalidad de Pergamino. E-mail de contacto july_habib@hotmail.com



Introducción

Se presenta a continuación el desarrollo de un caso clínico de un joven de 13 años de edad que ingresó al Hospital Interzonal General de Agudos San José de la ciudad de Pergamino tras sufrir un accidente de tránsito produciendo un TEC grave.

Podemos definir el TEC como la alteración de la función cerebral o alguna otra evidencia de patología cerebral, causado por alguna fuerza externa.

Esta definición, realizada en el año 2010 en el Congreso Americano de Rehabilitación en Medicina, plantea un rango amplio de patologías que podrían encuadrar dentro de la definición de TEC como son los siguientes eventos:

- Impacto del cráneo por un objeto.
- Impacto de un objeto contra el cráneo.
- Fuerzas de aceleración y desaceleración sin impacto directo contra el cráneo.
- Cuerpo extraño penetrando en el cráneo.
- Fuerzas generadas por explosión.
- Otras fuerzas no definidas.

En la actualidad la principal causa de TEC son los accidentes de tránsito, con una alta mortalidad ⁽¹⁾. En la mayoría de los pacientes que sufren estos tipos de lesiones se evidencian dificultades en el aspecto cognitivo, conductual, motor, comunicacional y sensorial, generando así una restricción de la participación en las actividades básicas de la vida diaria y en su reintegro familiar y social; generando una sobrecarga en los cuidados de su entorno.

Es una patología compleja y heterogénea que afecta principalmente a adultos jóvenes en edad productiva de la vida, lo cual genera un problema crítico de salud pública ⁽²⁾. En el presente caso clínico se quiere demostrar la importancia de una intervención temprana desde la Unidad de Cuidados Intensivos y de un abordaje de rehabilitación mediante un equipo interdisciplinario.

Las terapias de rehabilitación que conformaron el equipo de trabajo en esta experiencia clínica fueron: Médico Fisiatra, Kinesiología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía. El servicio de rehabilitación que pertenece al Hospital Interzonal de la localidad de Pergamino funciona en el mismo predio por lo cual el abordaje se realizó de modo intensivo.

En la atención diaria del Servicio de Rehabilitación, se cubren pacientes ambulatorios e internados. Las consultas más frecuentes suelen relacionarse a: trastornos del neurodesarrollo, Accidente cerebro vascular (a partir de ahora ACV), TEC, deterioros cognitivos y síndromes demenciales.

El equipo de salud es definido por la Organización Mundial de la Salud como una asociación no jerarquizada de personas, con distintas disciplinas profesionales, pero teniendo un objetivo en común, que es el de brindar en cualquier ámbito a los pacientes y familiares la atención más integral de salud posible ⁽³⁾.

Métodos

Para la recogida de información se emplearon fuentes directas e indirectas de información. Como método directo se utilizaron escalas estandarizadas que determinaron niveles de dependencia funcional tales como: Glasgow; aplicada en el ingreso del paciente en Cuidados Intensivos de Pediatría (UTI) y en el egreso de dicho sector. Las evaluaciones COVS (escala de habilidad funcional en TEC) y FIM (Medida de Independencia Funcional) fueron utilizadas en las fases de rehabilitación hospitalaria y ambulatoria.

Además, dentro de los métodos directos queremos destacar la importancia de la observación, de la mirada clínica tanto en las posibilidades y limitaciones del paciente, predisposición de su entorno; aspecto fundamental para llevar a cabo un tratamiento interdisciplinario.

Como método indirecto se tuvieron en cuenta datos relevantes de la historia clínica e informes de otros profesionales de atención especializada (Médico Neurólogo, Médico Cirujano, Médico Clínico). El abordaje de tratamiento interdisciplinario se llevó a cabo de forma intensiva con una frecuencia de tres veces por semana en cada una de las disciplinas.



Aspectos éticos

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética. El participante y su familia fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad, atendiendo a la ley 25.326 de protección de los datos personales.

Exposición del caso

Se presenta un caso clínico de joven de 13 años con TEC, tras sufrir un accidente de tránsito en moto. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría (a partir de ahora UTIP), en el Hospital Interzonal de Agudos San José, Ciudad de Pergamino, con un hematoma extradural occipital y con un Glasgow 4/15.

El hematoma extradural es un tipo de hematoma intracraneano, se produce cuando se forma un coágulo de sangre debajo de los huesos del cráneo, pero por encima de la duramadre, que es la membrana resistente que cubre el cerebro. Por lo general, provienen de un desgarramiento en una arteria que va justo debajo del cráneo, llamada arteria meníngea media.

El paciente puede tener diversos grados de síntomas asociados con la gravedad de la lesión en el cráneo. A continuación se enumeran los síntomas más comunes de esta lesión. Sin embargo, cada individuo puede experimentarlos de una forma diferente.

Los síntomas pueden incluir: confusión, pérdida de conciencia, visión borrosa, dolor de cabeza intenso, pérdida de memoria a corto plazo, tales como dificultad para recordar los acontecimientos que conducen hasta y durante el traumatismo, dificultad para hablar, dificultad para caminar, mareos, debilidad en un lado o área del cuerpo, convulsiones, cambios de conducta como irritabilidad⁽⁴⁾.

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Puntuación: 15 Normal < 9 Gravedad 3 Coma profundo⁽⁵⁾.

En la primera etapa de atención; el paciente descrito estuvo en unidad de cuidados intensivos dada la severidad del cuadro. Luego de pasado un periodo de días logró estabilidad clínica permitiendo así comenzar con el abordaje temprano de la rehabilitación interdisciplinaria en dicha unidad.

Desde el área de rehabilitación se realizó un abordaje interdisciplinario de Kinesioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Psicopedagogía en tres etapas, entendiéndose así al proceso de rehabilitación después de un TEC grave. Constituyéndose tres fases:

- FASE AGUDA: Unidad de Terapia Intensiva.
- FASE SUBAGUDA: Internación en Clínica Médica (Hospitalaria).
- FASE AMBULATORIA: Rehabilitación en hogar/consultorio⁽²⁾.

El tiempo de internación en UTIP fue de 60 días, en ese periodo se aplicaron estímulos sensoriales como música, movilizaciones pasivas, masajes orofaciales con diferentes texturas y temperaturas, y se realizaron cuidados posturales mediante la utilización de adaptaciones blandas, entendiéndose por las mismas a los dispositivos realizados con materiales blandos (goma espuma, placa de poli fan, etc.), empleados con el fin de lograr la postura más adecuada buscando evitar la aparición de escaras⁽⁶⁾. Luego el joven fue trasladado a la sala de Clínica Médica con un Glasgow 12/15.

En esta etapa (hospitalaria) y en la ambulatoria cada una de las disciplinas abordó al paciente de la siguiente forma:

Desde el área de Terapia Ocupacional se dio inicio al abordaje con objetivos a corto plazo que se ven reflejados en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (a partir de ahora A.V.D) con la mayor autonomía posible. En primera instancia; y en conjunto al



abordaje kinésico; se utilizaron actividades estratégicas acordes a su edad cronológica, tal como el uso de elementos tecnológicos (lentes de realidad virtual) con el fin de lograr mayor control de tronco.

Con el correr de las sesiones se incorporaron elementos personales adaptados (tenedor, cuchara, peine, etc.) que con el trabajo de rehabilitación fue logrando darle uso de modo convencional, siendo estos empleados en su rutina diaria por poco tiempo en el periodo de transición.

En la fase ambulatoria, realizó la mayoría de las A.V.D de forma independiente, solo requirió supervisión por cuestiones de seguridad (traslados, uso del baño, bañera, etc.) y se continuó fortaleciendo y entrenando lo logrado para buscar alcanzar objetivos a largo plazo.

Además, se evaluó y trabajó en su reinserción social con su grupo de pares, intentando mantener las actividades propias de su edad cronológica, con las limitaciones o no que se evidenciaron, aspecto trabajado en conjunto con el área de Psicopedagogía.

En el área de Kinesiología se hizo hincapié en el trabajo de control motor de tronco en sedestación, fortalecimiento de la musculatura extensora y abdominal, estimulación de la fuerza de miembros superiores e inferiores y carga de peso en bipedestación estática. Funcionalmente se trabajó en la colaboración de manera gradual para las transferencias de silla de ruedas a camilla, de sedestación a bipedestación y cambios de decúbito. Presentó un cuadro motor de cuadriparesia a predominio del hemicuerpo derecho con hipotonía de eje, control cefálico y de tronco agotables, por lo que requirió asistencia máxima para realizar las transferencias.

En la fase ambulatoria, logró la marcha independiente sobre superficies planas con asistencia de un andador anterior en tramos de hasta 50 mts. Continuó el tratamiento poniendo énfasis en actividades motoras superiores de coordinación, equilibrio y bipedestación dinámica para lograr una marcha con postura erguida.

Desde el área de Fonoaudiología, la alimentación del paciente en un primer momento era por sonda nasogástrica, ya que al realizarle el Blue Test se evidenciaban microaspiraciones. Al tiempo, se reevaluó la deglución del paciente y se sugirió comenzar paulatinamente con alimentación por vía oral.

El área de Psicopedagogía y Fonoaudiología trabajaron en co-terapia, debido a los breves tiempos atencionales del paciente, haciendo hincapié en evaluar habilidades comunicativas (coordinación fonorespiratoria, aspectos pragmáticos del lenguaje) y cognitivas (comprensión, percepción, atención, funciones ejecutivas, lectura, cálculo).

En ese momento, se observó que presentaba fuga de aire al fonar debido a la decanulación y apoyo respiratorio débil, lo que provocaba que la voz del joven sonara débil y por momentos inaudible. En relación a la alimentación, el paciente se alimentaba con semisólidos.

En el área de Psicopedagogía se observó que en relación a los aprendizajes escolares, lograba una adecuada lectura de palabras con estructuras silábicas simples y comprendía oraciones sencillas. No lograba resolver cálculos (sumas de una cifra), reconociendo cantidades pequeñas. En la escritura se observaba que en algunas ocasiones invertía letras en una palabra.

Lograba realizar análisis y síntesis de juicios, semejanzas y diferencias y absurdos verbales/gráficos.

Luego de unos meses de trabajo, el joven logró realizar sumas y restas sencillas y comenzó a extender sus tiempos atencionales. Reconoció nociones espaciales y temporales, recordó diversos estímulos (memoria a corto y largo plazo).



El paciente pudo lograr comunicarse e interactuar con fluidez e ingerir diversos alimentos y líquidos sin espesante por lo que se le dio el alta del tratamiento en el área de Fonoaudiología. Desde Psicopedagogía se orientó incluir al paciente en un proyecto de integración escolar con un acompañante terapéutico que lo asista en cuestiones personales. Logró comprender y tener fluidez lectora, escribir adecuadamente y resolver situaciones problemáticas.

Pregunta al lector **¿Es la intervención interdisciplinaria necesaria para el abordaje de pacientes con traumatismo craneo encefálico? ¿Cuál es el pronóstico de recuperación en un paciente abordado tempranamente?**

Respuesta La importancia del abordaje temprano del paciente, desde el ingreso a UTIP, radica en brindarle los estímulos necesarios para su evolución, tanto sensoriales, cognitivos como motores, buscando mejorías que favorezcan el proceso de rehabilitación posterior para alcanzar el mejor pronóstico posible.

Lo que la evidencia disponible nos muestra con el caso presentado, es que mientras más precozmente se inicie la rehabilitación, los pacientes presentarán mejores resultados funcionales, menor estadía hospitalaria y mayor probabilidad de alta, manteniendo la mirada biopsicosocial de la persona ⁽²⁾.

El trabajo interdisciplinario requiere de una comunicación fluida no sólo entre profesionales sino con la familia del paciente y es necesario que cualquier orientación brindada sea consensuada por todos los miembros, funcionando así bajo un marco referencial común.

Consideramos a la coterapia como la estrategia terapéutica que nos permite abordar al paciente desde diversas disciplinas con un objetivo común, apuntando todos en la misma dirección, estableciendo un lenguaje único y asumiendo los terapeutas diferentes roles complementarios.

“En lo individual, la participación en un equipo interdisciplinario implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema, es decir, reconocer su incompletud.” (Stolkiner)⁽⁷⁾

Desde aquí la necesidad de este tipo de abordaje, donde se permite visualizar al paciente desde diferentes perspectivas, intercambiar opiniones, discutir el caso y los objetivos conjuntos de trabajo. Frente a cualquier complejidad con la que nos encontremos se van tejiendo redes tanto dentro como fuera de la institución para crear un intercambio fecundo, logrando este vínculo desde la etapa temprana donde ocurrió la lesión. A partir de esto será más sencillo consolidar acuerdos básicos ideológicos entre los miembros del equipo que permiten plantear el problema y desplegar las acciones necesarias para transformar los obstáculos en posibilidades de generar cambios, buscando los mejores resultados que, sin duda, giran en torno a la autonomía y reinserción social del sujeto ⁽³⁾.

Concluyendo y basándonos en la evidencia que nos otorga el caso planteado, consideramos que el abordaje interdisciplinario desde el primer momento ocurrido el TEC fue favorable en su recuperación, con buen pronóstico general, en las distintas aéreas abordadas. Evidenciándose una mejoría desde el aspecto motor, comunicacional, cognitivo, social, entre otros. Cabe aclarar que el accionar del entorno socio familiar aportó de forma positiva en la cadena interdisciplinaria de abordaje..

Conclusión El recorrido teórico y las intervenciones clínicas realizadas hasta el día de hoy, nos permiten concluir que los pacientes que han sido tratados y abordados de forma temprana, integral e interdisciplinaria, tienen un pronóstico más favorable en la construcción de aprendizajes, en su autonomía en las actividades básicas de la vida diaria, en su desempeño motor, en el despliegue y



desarrollo del lenguaje expresivo y comprensivo, en sus modos de vincularse y las interacciones con grupo de pares. Nos parece substancial tener presente que la rehabilitación después de un TEC grave debe iniciarse en la fase aguda de la atención hospitalaria para optimizar los resultados del tratamiento.

El reconocimiento de las variaciones en el modelo de atención ha favorecido la introducción del concepto de interdisciplina. La formación de equipos interdisciplinarios promueve tener un conocimiento generalizado de los pacientes, su familia y su entorno social. Asimismo dentro del equipo se formulan canales de comunicación y acuerdos. La contribución y el aporte de cada integrante del equipo permite y favorece la construcción de aprendizajes compartidos. Los espacios de coterapia implican acuerdos entre profesionales en las formas de abordaje terapéutico, en poder construir un lenguaje en común, formular preguntas a través del diálogo y la discusión sin caer en una posición reduccionista.

Coincidimos en que al momento de la internación la urgencia gira en torno a lo orgánico, pero no debemos dejar de lado la importancia de la rehabilitación de las diversas funciones, el poder trabajar con los padres y/o tutores para fortalecer el vínculo con sus familiares, mediante la escucha de sus preocupaciones y expectativas.

Intentamos convocar siempre a un trabajo interdisciplinario e intersectorial, promoviendo un vínculo activo entre salud, familia y educación según lo requiera la complejidad y singularidad del caso.

Agradecimientos

Agradecemos al paciente y sus familiares su predisposición por hacer público este caso clínico. Este escrito no ha recibido financiación de ningún tipo y no presenta conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Toledo J, Van Isseldyk F. Traumatismo craneoencefálico I. En: 1er Curso de Patologías Neuroquirúrgicas de Guardia y Consultorio Servicio de Neurocirugía. H.E.C.A. Buenos Aires, Argentina; 2013. p. 1
2. Dr. Claudio Soto A., Dr. Pablo Salinas T., Dra. Gabriela Hidalgo G. Aspectos fundamentales en la rehabilitación post TEC en el paciente adulto y pediátrico. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(2): 306-313.
3. Dra. Bibiana Vázquez., Lic. Magdalena Veronesi. Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post-UCI. Syllabus. 2013; 30(3): 154-155.
4. Servicio de Neurocirugía del Hospital Británico de Buenos Aires [Internet]. Hematoma extradural Disponible en <https://neurocirugiahb.com.ar/enfermedades/hematoma-extradural>.
5. Muñana J, Rodríguez JE, Ramírez EA. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado Enfermería Universitaria [Internet]. 2014, 11(1): 24-35 Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358733536005.pdf>
6. Eloina Valero Merlos, María San Juan Jiménez. Manual Teórico Práctico de Terapia Ocupacional. Intervención desde la infancia a la vejez. 1 Editorial Monsa S.A: España; 2010.
7. Stolkner, Alicia. La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi. 1999; 3(10): 1-4.

Lévanos_Get up_Llévanos



Derechos de autor

