

Terapia Ocupacional en el tratamiento del dolor tras un accidente cerebrovascular: estudio de un caso

Terapia Ocupacional no tratamento da dor pós-acidente vascular encefálico: estudo de caso

Occupational Therapy in the treatment of post-cerebrovascular accident pain: a case study

 Crystian Moraes Silva Gomes¹,  Kellen Valladão Schiavo¹,  Aline Caus Zuqui¹

Recibido: 10/03/2021 Aprobado: 05/02/2022 Publicado: 15/12/2022

Objetivo: este estudio evalúa los efectos de un programa de terapia ocupacional sobre la percepción del dolor y el desempeño funcional de un paciente con dolor neuropático tras un accidente cerebrovascular. **Método:** se trata de un estudio de caso realizado entre 2018 y 2019 en un Centro Especializado de Rehabilitación con evaluaciones antes y después de la sesión de intervención mediante tres instrumentos validados. **Resultados:** Se realizaron 16 intervenciones, llegando a una disminución en la puntuación de la *Escala Visual Analógica* (Pre=7/Post=3), en la *Puntuación del Cuestionario de Dolor McGill* (Pre=59/Post=37) y en el *Índice de Dolor y Discapacidad de Hombro* (Dolor Pre=94/Post=48 y discapacidad - Pre=92,25/Post=48,45). **Conclusión:** se comprobó que el programa de intervención de terapia ocupacional promovió una disminución de la percepción del dolor, una reducción de la discapacidad y una mejora del desempeño funcional.

Descriptores: Terapia Ocupacional; Dolor; Accidente Cerebrovascular; Terapia por Estimulación Eléctrica; Rehabilitación.

Objetivo: este estudo avalia os efeitos de um programa de terapia ocupacional na percepção da dor e no desempenho funcional de um paciente com dor neuropática pós-acidente vascular encefálico. **Método:** trata-se de um estudo de caso realizado entre 2018 e 2019 num Centro Especializado de Reabilitação com avaliações antes e após sessões de intervenções através de três instrumentos validados. **Resultados:** realizou-se 16 intervenções, alcançando-se diminuição da pontuação da *Escala Visual Analógica* (Pré=7/Pós=3), no *Score do Questionário de Dor McGill* (Pré=59/Pós=37) e no *Índice de Dor e Incapacidade no Ombro* (Dor Pré=94/Pós=48 e incapacidade - Pré=92,25/Pós=48,45). **Conclusão:** constatou-se que o programa de intervenção de terapia ocupacional promoveu a diminuição na percepção da dor, a redução de incapacidades e melhora do desempenho funcional.

Descritores: Terapia Ocupacional; Dor; Acidente Vascular Encefálico; Terapia por Estimulação Elétrica; Reabilitação.

Objective: this study evaluates the effects of an occupational therapy program on pain perception and functional performance of a patient with post-stroke neuropathic pain. **Methods:** this is a case study carried out between 2018 and 2019, in a Specialized Rehabilitation Center with pre and post intervention assessments using three validated instruments. **Results:** 16 interventions were carried out, achieving a decrease in the Visual Analog Scale score (Pre=7/Post=3), in the McGill Pain Questionnaire Score (Pre=59/Post=37) and, in the Shoulder Pain and Disability Index (Pain Pre=94/Post=48 and Disability - Pre=92.25/Post=48.45). **Conclusion:** it was found that the occupational therapy intervention program promoted a decrease in pain perception, reduced disability and improved functional performance.

Descriptors: Occupational Therapy; Pain; Stroke; Electric Stimulation Therapy; Rehabilitation.

Autor Correspondiente: Crystian Moraes Silva Gomes – crystian_salazar@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) es la principal causa de muerte y discapacidad en Brasil, con relevante impacto económico y social, ya que sus consecuencias generan enormes demandas de recursos en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de rehabilitación, constituyendo un grave problema de salud pública¹. Quienes sobreviven a un ACV suelen experimentar secuelas neurológicas y complicaciones relacionadas, y el dolor es frecuente en los pacientes crónicos, lo que puede afectar a su calidad de vida.

Considerada altamente incapacitante, la hemiplejía es la principal secuela de un ACV, ya que lleva a la pérdida de la selectividad de movimientos por predominio de la musculatura antagonista, y perjudica la realización de las actividades cotidianas, la vuelta al trabajo y la vida social, lo que puede generar sufrimiento emocional e impactos negativos en la recuperación global del paciente². Los síndromes dolorosos en el hombro del paciente hemipléjico interfieren directamente en el proceso de rehabilitación motora, dificultando la recuperación de las funciones relacionadas con el movimiento del miembro superior afectado y las relaciones motoras indirectas, como el cambio de decúbito y las transferencias posturales, así como en diversas actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria³.

El dolor hemipléjico de hombro es multifactorial, y puede estar asociado a lesiones en el tejido muscular y nervioso del hombro, a una mecánica anormal de las articulaciones y a una hipersensibilidad nociceptiva central. Existen muchas etiologías postuladas para el dolor de hombro tras un ACV, con una fuerte asociación entre el dolor y examen anormal de la articulación del hombro, la anomalía sensorial ipsilateral y la debilidad del brazo⁴.

Las causas más frecuentes de dolor crónico post-ACV son: patologías musculoesqueléticas; omalgia del hemipléjico; dolor relacionado con la espasticidad; dolor neuropático, que puede ser de tipo central o tipo síndrome de dolor regional complejo tipo I⁵. El dolor neuropático como el causado por lesión o disfunción del sistema nervioso resulta de la activación anormal de la vía nociceptiva, representando un factor limitante de la recuperación funcional⁵.

El dolor es una afección frecuentemente infravalorada e infradiagnosticada, que requiere estrategias de intervención, ya que indica uno de los factores que limitan la calidad de vida y el potencial de recuperación funcional. Por ello, se caracteriza por ser una de las complicaciones más importantes del ACV, que interfiere en los cuidados de rehabilitación y en las actividades de la vida diaria. La ocurrencia de muchos síntomas y factores para su desarrollo, sugieren que esta condición puede no manifestarse como una entidad única, con características clínicas propias, variando en las diferentes etapas del ACV⁶.

El terapeuta ocupacional analiza con el cliente las interacciones con el entorno y las ocupaciones que necesita o desea realizar, buscando minimizar las barreras en el desarrollo de las actividades diarias, y tiene como objetivo restaurar la independencia funcional en las actividades diarias, mejorando el desempeño de habilidades, como la fuerza muscular, la amplitud de movimiento, el control motor, la cognición y a través de la enseñanza y el desarrollo de estrategias compensatorias, cuando la recuperación de los déficits en las áreas de desempeño no son posibles de ser alcanzados⁷.

Muchos individuos post-ACV presentan alteraciones en sus capacidades físicas, cognitivas y emocionales que impactan significativamente en el nivel de independencia en las actividades diarias. La terapia ocupacional se centra en ayudar a estas personas a alcanzar la salud, el bienestar y la participación en la vida mediante la participación en ocupaciones⁸. En este contexto, estos profesionales pueden utilizar diversas técnicas y recursos terapéuticos basados en evidencias en la rehabilitación del paciente post-ACV.

No obstante, los datos del Informe Mundial sobre la Discapacidad⁹ señalan que en muchos países desarrollados y en desarrollo la oferta de profesionales en el campo de las ciencias de la rehabilitación es insuficiente. El citado documento señala una grave disparidad entre la cantidad de terapeutas ocupacionales brasileños en relación con la tasa de 10 mil habitantes.

Un estudio transversal con 322 individuos post-ACV mostró que la mayoría de ellos (90,1%) informaron de la adopción de tratamientos para el dolor tras la lesión. Al tratamiento farmacológico accedieron el 79,8% de los participantes, los abordajes no farmacológicos fueron utilizados por 208 (64,6%), siendo la Fisioterapia la más frecuente (48,1%), seguida de la Terapia Ocupacional (15,5%); y que, a pesar de las evidencias consolidadas sobre los efectos positivos de la terapia ocupacional en el tratamiento post-ACV, una gran parte de la población tiene dificultades para acceder a este profesional¹⁰.

En Brasil, la Red de Cuidados a Personas con Discapacidad establece los Centros Especializados de Rehabilitación (CER) como puntos estratégicos en la calificación, reglamentación y creación de estándares mínimos para cuidados de personas post-ACV^{1,11}. Los CER son considerados el principal punto de acceso a los servicios de terapia ocupacional en la Atención Especializada para esta población en el Sistema Único de Salud (SUS)¹¹⁻¹².

Así pues, este estudio pretende evaluar los efectos de un programa de terapia ocupacional sobre la percepción del dolor y el desempeño funcional de un paciente con dolor neuropático post-ACV.

MÉTODO

Se trata de un estudio de caso único, que adopta el diseño A-B, en el que A indica la fase inicial previa a la intervención y B la fase posterior a la intervención. Se utilizó un abordaje cualitativo para comprender las narrativas del paciente, su historia ocupacional y la participación de la familia en el proceso de rehabilitación, obtenidas a partir de informaciones documentadas en las historias clínicas, además del abordaje cuantitativo, a través de la medición del cuadro clínico durante el proceso de rehabilitación¹³.

En la evaluación de las fases A y B se utilizaron tres instrumentos, a saber:

(I) *Cuestionario de Dolor McGill (MPQ)*¹⁴; desarrollado para obtener informaciones multidimensionales sobre el dolor a partir de la percepción subjetiva del encuestado. El MPQ mide la experiencia del dolor desde múltiples dimensiones: sensorial (dolor, localización, intensidad, calidad y patrón); afectiva (miedo, depresión y ansiedad relacionados con el dolor); cognitiva (evaluación global del dolor); y conductual (angustia y alivio);

(II) *Índice de Dolor y Discapacidad de Hombro (SPADI-Brasil)*¹⁵; desarrollado para medir el dolor de hombro y la funcionalidad para realizar las actividades de la vida diaria. Contiene trece preguntas relacionadas con la calidad de vida asociada a las disfunciones del hombro. Las preguntas se puntúan en una escala de 0 a 10, donde cero indica la realización de la actividad sin dificultad y diez la incapacidad para realizar la actividad propuesta. La puntuación máxima del cuestionario es de 130 puntos, divididos en dos medidas: escala de discapacidad con un total de 80 puntos y escala de dolor con un total de 50 puntos;

(III) *Escala Visual Analógica (EVA)*; El malestar del paciente en relación con el dolor fue evaluado por medio de este instrumento unidimensional, que utiliza el juicio visual del individuo en una dimensión estandarizada, a través de una línea horizontal de diez centímetros de largo, cuyo extremo izquierdo tiene la clasificación “leve” y en el derecho la clasificación “intensa”. Para utilizar la EVA, el evaluador pregunta al paciente por su grado de dolor, donde el número 0 significa ausencia total de dolor y 10 el nivel de dolor máximo soportable por el paciente.

Los criterios de elegibilidad del estudio fueron tener un diagnóstico de accidente cerebrovascular según la CIE-10, tener manifestaciones de dolor neuropático, según descripción clínica mediante evaluación por un fisiatra, y no tener otras comorbilidades asociadas que pudieran influir en la percepción del dolor. En la elección del participante, se consideró estar en lista de espera del servicio de Terapia Ocupacional de la Unidad de Tratamiento Neurológico del Centro de Rehabilitación Física de Espírito Santo.

Se estructuró el plan de tratamiento de terapia ocupacional, siguiendo las directrices de la *American Occupational Therapy Association*⁸ y en los estudios de Krug & McCormack⁷, y se adoptaron los siguientes procedimientos de intervención:

I) *Uso de órtesis*: se confeccionó una órtesis de termoplástico de baja temperatura, estática con soporte ventral para favorecer la alineación, evitar deformidades y mantener la posición funcional de la mano derecha, con guía para uso nocturno;

II) *Programa de ejercicios físicos*: centrado en la funcionalidad de las extremidades superiores y el tronco como componente importante para proporcionar estabilidad corporal, movilidad de los hombros y función manual;

III) *Uso de la Terapia de Estimulación Eléctrica Funcional Optimizada (FES-O)*: utilizada en la rehabilitación post-ACV para la reeducación neuromuscular de la extremidad superior y en la reducción de la subluxación del hombro y el dolor asociado⁷. La estimulación fue aplicada para promover el control del dolor, siendo modulada en los siguientes parámetros: frecuencia de 8 Hz, longitud de onda de 300 us, on/off: 5:10 s, subida/bajada: 1:1, con una duración de veinte minutos;

IV) *Entrenamiento y estimulación de la independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*: debido a la hemiplejía el entrenamiento de paciente implicó el uso de estrategias compensatorias, buscando el control motor para mejorar progresivamente el desempeño en tareas específicas que incorporaban el aumento de los movimientos proximales y distales durante las actividades de autocuidado, vestirse y desvestirse, ajustar y cerrar la ropa y los zapatos, colocar y quitar los dispositivos personales; en la movilidad funcional desplazándose de una posición o lugar a otro, y durante la realización de actividades, transferencias y transporte de objetos. En cuanto a las AIVD, se trabajó el compromiso en la preparación de las comidas y la limpieza, y el establecimiento y la gestión del hogar;

V) *Planificación de la vida diaria para la realización de actividades de ocio*: se trabajó con el paciente y su familia la planificación del tiempo libre, la identificación de intereses y las posibilidades de oportunidades de ocio adecuadas al contexto;

VI) *Orientaciones para la familia*: a lo largo del proceso de seguimiento de la rehabilitación, se elaboraron orientaciones sobre las dimensiones fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva y conductual del dolor, y se animó a los familiares a que hicieran ver al paciente las posturas inadecuadas, con instrucciones verbales, durante los ejercicios y las actividades domésticas. Mediante orientaciones y entrenamiento con el Terapeuta Ocupacional, los familiares comprendieron las capacidades del paciente, estimulando su participación en actividades en el

entorno doméstico y disminuyendo a lo largo del tratamiento el nivel de asistencia física prestada.

Los datos cuantitativos de los instrumentos de evaluación se analizaron mediante comparaciones entre las puntuaciones previas y posteriores a la intervención, realizadas en el *software* Excel®. Los datos cualitativos se organizaron y presentaron de forma descriptiva.

El desarrollo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidade Federal do Espírito Santo, recibiendo el dictamen número 3.628.685 de 2019, y todas las etapas de la investigación se desarrollaron bajo las directrices de las Resoluciones 466/2012 y 510/2016 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

El paciente en cuestión tenía 53 años, no tenía antecedentes de tabaquismo ni de alcoholismo, era evangélico, estaba casado desde hacía 30 años y vivía con su esposa y un hijo adulto. Sufrió un ACV en diciembre de 2017 y en la búsqueda por rehabilitación presentaba como secuela hemiplejía a la derecha. La queja inicial se refería a hemiplejía y “dolor extremo en el miembro superior derecho”, que le provocaba pérdida de funcionalidad, ya que es diestro, y negligencia del miembro afectado.

En cuanto a las ocupaciones productivas de estudio y trabajo, cursó la enseñanza superior y trabajó como funcionario público del Estado, siendo jubilado de esta ocupación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. En el momento de la anamnesis, declaró realizar pocas actividades, limitándose a ver la televisión con su esposa y a asistir a los servicios religiosos los fines de semana. En cuanto a las actividades de descanso y sueño, se notificaron quejas debidas a dolores en la extremidad superior afectada, que perjudicaban la calidad del sueño. El programa de intervención por sesión puede verse en la Tabla 1.

Se realizó un seguimiento del paciente durante cuatro meses, con un total de 16 sesiones de 50 minutos cada una. Los datos recogidos a través de la Escala Analógica Visual mostraron una disminución de la puntuación inmediatamente después de la intervención de terapia ocupacional (Pre = 7 / Post = 3). También se encontraron diferencias en la percepción de la intensidad del dolor mediante el Cuestionario del Dolor McGill. Pre-intervención 59 puntos y post-intervención 37 puntos, mostrando alivio del dolor, según la Tabla 2.

El SPADI-Brasil evalúa el dolor y la discapacidad asociada en diferentes afecciones musculoesqueléticas dolorosas, específicas del complejo articular del hombro. La puntuación total estandarizada del instrumento mostró una reducción de los valores, de acuerdo con las respectivas funciones descritas en los ítems de las escalas de discapacidad y dolor, en las

evaluaciones previa y posterior al tratamiento. La puntuación de incapacidad del miembro superior derecho disminuyó de 96,25 a 48,45 puntos, y la puntuación de dolor disminuyó de 94 a 48 puntos, según la Tabla 3.

Tabla 1. Procedimientos terapéuticos adoptados por sesión. Vila Velha, 2019.

Sesión	Procedimientos
I	Anamnesis, entrevista sobre historia y perfil ocupacional, aplicación de evaluaciones estandarizadas.
II	Fabricación de órtesis. Programa de ejercicios físicos. Orientaciones familiares.
III, IV, V, VI	Programa de ejercicios físicos. Terapia por estimulación eléctrica. Orientaciones familiares.
VII, VII, IX, X	Programa de ejercicios físicos. Terapia por estimulación eléctrica. Entrenamiento y estimulación de la independencia en AVD. Planificación de actividades de ocio. Orientaciones familiares.
XI, XII, XIII	Programa de ejercicios físicos. Terapia por estimulación eléctrica. Entrenamiento y estimulación de la independencia en AVD. Orientaciones familiares.
XIV, XV	Programa de ejercicios físicos. Entrenamiento y estimulación de la independencia en AIVD. Planificación de actividades de ocio. Orientaciones familiares.
XVI	Entrevista sobre cambios en el perfil ocupacional, reaplicación de evaluaciones estandarizadas. Orientaciones familiares.

Tabla 2. Cuestionario de Dolor McGill antes y después de la intervención. Vila Velha, 2019.

	Cuestionario McGill (MPQ)	
	Antes de la intervención	Después de la intervención
Sensorial	32	22
Afectivo	11	5
Cognitivo	5	3
Conductual	11	7
Total	59	37

Tabla 3. Índice de dolor y discapacidad de hombro antes y después de la intervención, según SPADI-Brasil. Vila Velha, 2019.

Índice de Dolor y Discapacidad del Hombro (SPADI-Brasil)		
Escala de Discapacidad	Antes de la intervención	Después de la intervención
1. ¿Lavarte el pelo con el brazo afectado?	10	5
2. ¿Lavarte la espalda con el brazo afectado?	10	6
3. ¿Ponerte una camisa o una blusa por encima de la cabeza?	9	2
4. ¿Ponerte una camisa que se pone por delante?	8	0
5. ¿Ponerte los pantalones?	10	2
6. ¿Poner algo en un estante alto con el brazo afectado?	10	8
7. ¿Llevar algo pesado de 5 kg con el brazo afectado?	10	8
8. ¿Sacar algo del bolsillo trasero con el brazo afectado?	10	8
Total	96,25	48,45
Escala de Dolor		
1. ¿Cuál fue la intensidad de tu dolor en el peor momento de la semana pasada?	8	4
2. ¿Cuándo te acostaste sobre el lado afectado?	9	5
3. ¿Al intentar coger algo de una estantería alta con el brazo afectado?	10	7
4. ¿Al intentar tocarte la nuca con el brazo afectado?	10	3
5. ¿Al intentar empujar algo con el brazo afectado?	10	5
Total	94	48

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó los efectos de un programa de terapia ocupacional sobre la percepción del dolor y el desempeño funcional de un paciente con dolor neuropático post-ACV, seguido en un Centro Especializado de Rehabilitación. Entendemos que el proceso de seguimiento de la rehabilitación requiere no sólo el dominio de recursos y técnicas, sino también capacidad de investigación, escucha cualificada y humanizada, y valoración precisa y global del paciente.

Definir el dolor es enfrentarse a una cuestión compleja debido a su subjetividad, y su medición debe realizarse de forma sistemática, continua y registrada de manera detallada, con el objetivo de comprender la etiología del dolor, la dirección y la eficacia del tratamiento. En este estudio de caso, el uso de instrumentos estandarizados permitió al paciente expresar sus percepciones de forma más objetiva y facilitó la comunicación entre el terapeuta ocupacional, el paciente y los familiares. A partir de la entrevista inicial y la administración de los instrumentos, se analizó la percepción y repercusión del dolor en la vida social, económica y familiar del paciente, además de identificar las incapacidades funcionales post-ACV.

Durante la entrevista sobre la historia y el perfil profesional y la evaluación previa a la intervención, el comportamiento del paciente fue de labilidad emocional, introspección e inseguridad ante el dolor, además de una postura corporal protectora en relación con la posición del miembro superior derecho. Los familiares manifestaron su preocupación por la salud mental del paciente. El dolor favorece el malestar emocional, dando lugar a experiencias emocionales desagradables, a menudo asociadas a procesos depresivos¹⁵.

Se orientó a la familia del paciente sobre la experiencia dolorosa desde sus dimensiones fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva y conductual, reforzando la importancia de adoptar estrategias de apoyo emocional y estímulo al paciente, a través de actitudes positivas de afrontamiento. Un estudio desarrollado con sujetos un año post-ACV, sugiere que el dolor influye significativamente en los cambios conductuales y en el estilo de vida del paciente, y la garantía de apoyo emocional y familiar es una estrategia eficaz para hacer frente a los factores estresantes, reduciendo los síntomas de depresión, ya que ayudan a mejorar la percepción del bienestar psicosocial del paciente¹⁶. Además, el apoyo emocional está directamente relacionado con las estrategias adaptativas de autoeficacia para hacer frente a esta condición de salud¹⁷.

A lo largo del seguimiento, el terapeuta ocupacional animó al paciente a expresar verbalmente sus sentimientos con respecto al dolor para que no hubiera somatización, promoviendo explicaciones psicoeducativas para cada síntoma y concienciando de que sus emociones pueden causar síntomas dolorosos reales, siendo la desinformación un factor negativo para la adherencia al tratamiento y la aparición de ansiedad. Se deben utilizar

estrategias psicoeducativas con el paciente y su familia en la modificación de actitudes disfuncionales, con el objetivo de proporcionar apoyo para aumentar los sentimientos de autocontrol, y la adopción de estrategias de afrontamiento positivas para reducir la percepción de impotencia, discapacidad, depresión e intensidad del dolor¹⁸.

Los pacientes post-ACV con negligencia unilateral tienen tendencia a evitar el uso de los brazos, lo que aumenta el riesgo de traumatismo de hombro debido a la falta de cuidados y posicionamiento adecuados². Los terapeutas ocupacionales utilizan diversos métodos preparatorios como parte de las sesiones de tratamiento para capacitar a los clientes para el desempeño ocupacional y la participación en ocupaciones¹⁹.

En este estudio, se utilizaron varios enfoques en el control motor post-ACV, y en la selección de estos enfoques influyeron las necesidades del paciente, la experiencia clínica del profesional y la evidencia científica. El uso de ortesis asociado al programa de ejercicio físico y el protocolo de estimulación eléctrica funcional optimizado proporcionaron el tratamiento de los déficits de control motor. La reducción del tono muscular y el aumento de la amplitud de movimiento permiten mejorar la capacidad de uso de los miembros superiores durante el desempeño funcional en actividades⁷.

Un aspecto relevante en el seguimiento de este caso fue la posibilidad de utilizar estimulación eléctrica funcional, generando contracciones en los músculos paralizados que, al contraerse, producen movimiento que puede ser utilizado funcionalmente para aumentar la participación en actividades voluntarias²⁰. Un estudio ha demostrado una eficacia superior de la combinación de estimulación eléctrica funcional asociada a sesiones de terapia ocupacional en la recuperación motora post-ACV, en comparación con las sesiones convencionales, sin electroestimulación¹⁹.

El uso de la estimulación, asociada a un entrenamiento basado en tareas cotidianas, centrado en el cliente y en las ocupaciones, puede favorecer el uso funcional de los miembros superiores en pacientes post-ACV²¹. El uso de FES-O proporciona un aumento de la fuerza muscular isométrica de los extensores de la muñeca y una reducción del tono muscular espástico²².

Los resultados de la escala de discapacidad de SPADI-Brasil revelaron que la mayoría de los ítems evaluados mostraron una mejora funcional de la extremidad afectada en la evaluación posterior a la intervención. La disminución de la función motora, la propiocepción y el tacto aliados a la negligencia son predictores del dolor de hombro post-ACV, y el aumento de la función motora se relaciona negativamente con la prevalencia del dolor en la extremidad afectada³. Tras la intervención hubo reducción del dolor y reeducación motora, evolucionando

a un cuadro de hemiparesia, con utilización del potencial residual distal del miembro superior derecho, incluyéndolo en las actividades de la vida diaria.

La terapia ocupacional ayuda a los pacientes a pasar de una postura pasiva, promovida por la dependencia y el dolor, a un papel más independiente y productivo, con mayor control y calidad de vida¹⁵. A través de la planificación rutinaria, se seleccionaron las actividades a realizar en el entorno domiciliario, utilizando estrategias compensatorias para la realización de AVD y AIVD. Además, la identificación del juego de ajedrez como recurso terapéutico para explorar nuevos pasatiempos, y el desarrollo de actividades físicas diarias como caminar y estirarse en la comunidad, en el hogar y en actividades de ocio familiar, han demostrado ser fundamentales en el control del estrés y en el entrenamiento de habilidades de afrontamiento por parte del paciente. Los pacientes con dolor pueden experimentar un desequilibrio ocupacional por desarrollar escasas actividades que les proporcionen energía y alegría, y las estrategias de afrontamiento son soluciones cotidianas que los pacientes utilizan para gestionar la vida y el dolor crónico al mismo tiempo²³.

En el presente caso, el sujeto presentó una reducción en la percepción del dolor en todos sus dominios, reflejada en su puntuación total antes y después de la intervención, medida a través de la EVA, MPQ y Escala de Dolor de SPADI-Brasil. Inicialmente, el paciente tenía restricciones en las actividades ocupacionales, que se reducían a ver la televisión y asistir a servicios religiosos los fines de semana. El dolor crónico y las ocupaciones están directamente relacionados; un aumento del dolor produce una disminución del compromiso ocupacional y el aumento del compromiso ocupacional resultó en menos dolor¹⁸.

Los pacientes con dolor neuropático pueden expresar reacciones emocionales negativas a causa de esta experiencia, que repercute directamente en su vida cotidiana. Los programas domiciliarios para individuos post-ACV, centrados en la función de los miembros superiores, la ganancia de amplitud de movimiento y el fortalecimiento muscular son relevantes para incorporar los objetivos e intereses del paciente, como estrategias para crear significado en el contexto domiciliario²⁴.

Enfoques como las visitas a domicilio permiten la evaluación del paciente en su entorno habitual, facilitando el desarrollo de estrategias de afrontamiento en casa y en la comunidad, aumentando la capacidad funcional, además de permitir la orientación y las adaptaciones del entorno para prevenir riesgos físicos, como las caídas.

CONCLUSIÓN

La presencia de dolor disuade a los pacientes de participar en programas de rehabilitación, y también puede interferir significativamente en su vida cotidiana y su calidad de vida. El protocolo de tratamiento utilizado en este estudio demostró ser eficaz para reducir el dolor y las discapacidades funcionales en individuos post-ACV. Se observaron mejoras importantes en las evaluaciones realizadas tras la intervención, en las dimensiones sensorial, afectiva, cognitiva y conductual del dolor y las discapacidades funcionales, además de la adquisición de habilidades motoras en el miembro superior derecho.

El presente estudio de caso presentó como limitación metodológica la imposibilidad de realizar visitas domiciliarias al paciente, debido a la inflexibilidad en la organización de la rutina institucional durante el período de seguimiento. Las visitas domiciliarias constituyen un elemento importante de la práctica de los terapeutas ocupacionales, por lo que creemos que un procedimiento de este tipo, además de los beneficios mencionados, podría proporcionar oportunidades para que el paciente practique en su propio hogar las técnicas y orientaciones =en el entorno de la rehabilitación.

Aunque el estudio de caso único permite examinar los efectos de la intervención cuidadosamente y con bastante detalle, su diseño limita la generalización de los resultados a una población amplia. Se requieren nuevos estudios con un tamaño de muestra mayor, con el uso de grupos de control. Se añade la importancia de un seguimiento longitudinal del caso, para monitorear la permanencia de las ganancias funcionales observadas tras la intervención.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 2016 [citado el 14 ago. 2020]. 74p. Disponible en: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf
2. Caglar NS, Akin T, Aytakin E, Komut EA, Ustabasioglu F, Okur S, et al. Pain syndromes in hemiplegic patients and their effects on rehabilitation results. *J Phys. Ther Sci.* [internet]. 2016 [citado el 14 ago. 2020]; 28(3):731-37. DOI: <https://doi.org/10.1589/jpts.28.731>
3. Lindgren I, Lexell J, Jönsson A-C, Brogårdh C. Left-sided hemiparesis, pain frequency, and decreased passive shoulder range of abduction are predictors of long-lasting poststroke shoulder pain. *PM&R* [internet]. 2012 [citado el 14 ago. 2020]; 4(8):561-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.04.007>
4. Gamble GE, Barberan E, Laasch HU, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AK. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *Eur J Pain (Lond.)*. [internet]. 2002 [citado el 14 ago. 2020]; 6(6):467-74. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00055-1](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00055-1)
5. Gaspar AT, Antunes F. Dor crónica após acidente vascular cerebral. *Sinapse*. 2010 [citado el 14 ago. 2020]; 10(2):38-44. Disponible en: http://cgmdesign.fatcow.com/spn/pdf/Sinapse/Sinapse_Vol10_N2_Nov10.pdf#page=40
6. Torres-Parada M, Vivas J, Balboa-Barreiro V, Marey-López J. Post-stroke shoulder pain subtypes classifying criteria: towards a more specific assessment and improved physical therapeutic care.

- Braz J Phys Ther. (Impr.). [internet]. 2019 [citado el 14 ago. 2020]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.02.010>
7. Krug G, McCormack G. Occupational therapy: evidence-based interventions for stroke. *Mo Med*. 2009 [citado el 14 ago. 2020]; 106(2):145-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19397116/>
8. American Occupational Therapy Association. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. *Rev Ter Ocup USP [Internet]*. 2015 [citado 14 ago. 2020]; 26(esp):1-49. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>.
9. World Health Organization, World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. Trad Lexicus Serv Linguíst. São Paulo: Governo do Estado (São Paulo), Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência; 2012 [citado el 13 dez. 2022]. p.99. Disponible en: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf
10. Haslam BS, Butler DS, Kim AS, Carey LM. Chronic pain following stroke: Current treatment and perceived effect. *Disability and Health J [internet]*. 2020 [citado el 14 ago. 2020]; 100971 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100971>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Internet] D.O.U., Brasília, DF; 2012; [citado el 14 ago. 2020]. 94-95p. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
12. Campos MF, Souza LADP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface comun. saúde educ*. 2015 [citado el 13 dic. 2022]; 19: 207-210. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>
13. Deitz JC. Single-Subject Research. In: Kielhofner G, organizador. *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia: FA Davis Company; 2006 [citado el 13 dic. 2022]. p.141-154.
14. Ngamkham S, Vincent C, Finnegan L, Holden JE, Wang ZJ, Wilkie DJ. The McGill Pain Questionnaire as a multidimensional measure in people with cancer: an integrative review. *Pain manag. nurs. [internet]*. 2012 [citado el 14 ago. 2020]; 13(1):27-51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.12.003>
15. Martins J, Napoles BV, Hoffman CB, Oliveira AS. Versão brasileira do Shoulder Pain and Disability Index: tradução, adaptação cultural e confiabilidade. *Braz J Phys Ther*. 2010 [citado el 14 ago. 2020]; 14(6):527-36. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-574786>
16. Reverté-Villarroya S, Suñer-Soler R, Font-Mayolas S, Dávalos Errando A, Sauras-Colón E, Gras-Navarro A, et al. (2021). Influence of Pain and Discomfort in Stroke Patients on Coping Strategies and Changes in Behavior and Lifestyle. *Brain Sci*. 2021 [citado el 13 dic. 2022]; 11(6): 804. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci11060804>
17. Minshall C, Ski CF, Apputhurai P, Thompson DR, Castle DJ, Jenkins Z, et al. Exploring the Impact of Illness Perceptions, Self-efficacy, Coping Strategies, and Psychological Distress on Quality of Life in a Post-stroke Cohort. *J. Clin. Psychol. Med. Settings*. 2020 [citado el 13 dic. 2022]; 28(1), 174-180. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09700-0>
18. Strong J. Incorporating cognitive-behavioral therapy with occupational therapy: a comparative study with patients with low back pain. *J Occup Rehabil*. 1998 [citado el 14 ago. 2020]; 8(1):61-71. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Incorporating-Cognitive-Behavioral-Therapy-with-A-Strong/dcb22c3dc78758cf5f62af7e8f34d6807bdcd1>
19. Law LL, Fong KN, Li RK. Multisensory stimulation to promote upper extremity motor recovery in stroke: A pilot study. *Br. j. occup. ther. [internet]*. 2018 [citado el 14 ago. 2020]; 81(11):641-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/0308022618770141>
20. Marquez-Chin C, Popovic MR. Functional electrical stimulation therapy for restoration of motor function after spinal cord injury and stroke: a review. *Biomed. eng. online. [internet]*. 2020 [citado el 13 dic. 2022]; 19(1):1-25. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12938-020-00773-4>

21. Hermann VH, Herzog M, Jordan R, Hofherr M, Levine P, Page SJ. Telerehabilitation and electrical stimulation: An occupation-based, client-centered stroke intervention. *Am. j. occup. ther.* [internet]. 2010 [citado el 13 dic. 2022];64(1):73-81. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.64.1.73>
22. Oshiro SH, Oliveira CL, Bim ACS, Oliveira GSR, Riberto M. Estimulação elétrica funcional otimizada em pacientes com hemiparesia por doença cerebrovascular. *Acta Fisiátr.* [internet]. 2012 [citado el 13 de dic. de 2022];19(1):46-9. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103684>
23. Skjutar Å, Schult ML, Christensson K, Müllersdorf M. Indicators of need for occupational therapy in patients with chronic pain: occupational therapists' focus groups. *Occup Ther Int.* [internet]. 2010 [citado el 14 ago. 2020];17(2):93-103. DOI: <https://doi.org/10.1002/oti.282>
24. Donoso Brown EV, Fichter R. Home programs for upper extremity recovery post-stroke: a survey of occupational therapy practitioners. *Top Stroke Rehabil.* [internet]. 2017 [citado el 14 ago. 2020];24(8):573-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/10749357.2017.1366013>

Editor Asociado: Víctor Augusto Cavaleiro Corrêa.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Crystian Moraes Silva Gomes y **Aline Caus Zuqui** contribuyeron a la concepción, recogida y análisis de datos, redacción y revisión. **Kellen Valladão Schiavo** participó en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Gomes CMS, Schiavo KV, Zuqui AC. Terapia Ocupacional en el tratamiento del dolor tras un accidente cerebrovascular: estudio de un caso. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(4):825-37. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

GOMES, C. M. S.; SCHIAVO, K. V.; ZUQUI, A. C. Terapia Ocupacional en el tratamiento del dolor tras un accidente cerebrovascular: estudio de un caso. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 4, p. 825-37, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Gomes, C.M.S., Schiavo, K.V., & Zuqui, A.C. (2022). Terapia Ocupacional en el tratamiento del dolor tras un accidente cerebrovascular: estudio de un caso. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(4), 825-37. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons