

BLETIN DE NOVEDADES del Servicio de Documentación

Nº 31, MAYO 2013



Sumario

Pg 1...Desde Dentro

Pg 4...Novedades Bibliográficas

Pg 6...Eventos

Pg 8...Recursos en Red

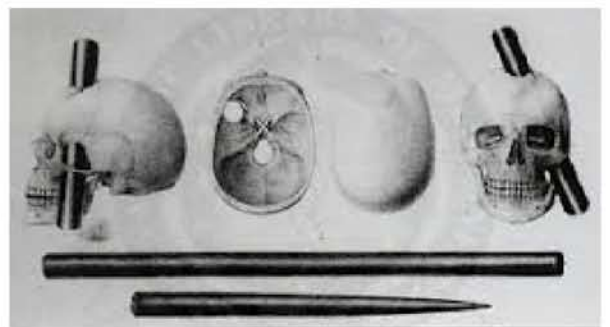
Pg 9...Artículo del Mes

» LA HISTORIA DE PHINEAS GAGE Y EL ESTUDIO DEL LÓBULO FRONTAL



La historia de Phineas Gage comenzó el 13 de septiembre de 1848 sobre las 4 y media de la tarde. Phineas Gage, un joven capataz de 25 años, se dirigió hacia su puesto de trabajo para continuar en la construcción de la vía de ferrocarril en Cavendish (Vermont, Estados Unidos). Como cualquier otro día, el joven Gage colocó una carga explosiva en un hueco perforado en la roca y comenzó a compactarla usando una barra de hierro. Sin embargo, en aquella ocasión el joven olvidó colocar una capa de arena encima de la pólvora, o bien, la barra produjo una chispa al chocar con la roca. Fuera cual fuese el desencadenante, el caso es que la mezcla hizo explosión, propulsando la varilla hacia la cabeza del joven incrustándose en su cara por debajo del ojo izquierdo.

La barra metálica, de 105 centímetros de largo, 3 de diámetro y 7 kilos de peso había atravesado el cráneo de Gage y había volado 20 metros antes de caer en la tierra, manchada de sangre y restos de tejido cerebral. Sin embargo, a pesar del aparatoso accidente y tras unos minutos inconsciente, el joven capataz recuperó el conocimiento, comenzó a hablar e incluso caminó hasta el carruaje que lo llevaría hasta la posada donde se alojaba, para recibir atención médica. Los médicos lograron cortar la hemorragia, mientras Gage hablaba y relataba el desafortunado suceso. La recuperación posterior fue asombrosa.



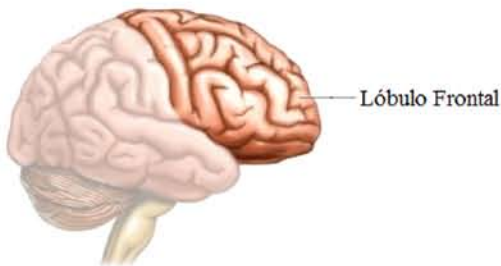
El caso de Phineas Gage fue seguido por el doctor Harlow, quien examinó la naturaleza del daño y las secuelas causadas por la barra de hierro. Poco tiempo después Harlow describió un importante cambio en la personalidad de Gage, que era corroborado por su familia y

» amigos. De forma previa al accidente, se mostraba como una persona respetuosa, educada, responsable y reconocido entre compañeros y jefes; sin embargo, tras el fatal accidente se convirtió en una persona irresponsable, impulsiva, caprichosa, irritable y descortés.



Dr. John Martyn Harlow

El caso de Phineas fue estudiado con detalle, tratando de descubrir la localización cerebral de aspectos como la personalidad o el comportamiento social.



La lesión que sufrió Phineas tuvo lugar en el lóbulo frontal, el lóbulo de nuestro cerebro que más tarda en madurar y donde residen las funciones superiores más complejas de nuestra especie, como la personalidad, el juicio ético y moral, el comportamiento social, la gestión de la conducta... Más concretamente, la

lesión se produjo alrededor de la zona orbitofrontal, área que se ha relacionado con la toma de decisiones y la planificación de la conducta. Además, este área es la encargada de inhibir las acciones inapropiadas y el área que nos permite controlar nuestros impulsos. Todo ello explicaría el nuevo patrón de conducta, desinhibido e impulsivo que mostraba Phineas después del desafortunado accidente.

El caso de Phineas Gage, fue uno de los principales hitos de la investigación sobre las funciones ejecutivas y los lóbulos frontales, y éste junto con otros pacientes de casos similares, contribuyeron al estudio de la implicación del lóbulo frontal en este tipo de procesos.

Las funciones ejecutivas son las funciones cognitivas más complejas y evolucionadas del ser humano, como se mencionó anteriormente, y desempeñan un papel esencial en las actividades de la vida diaria.

Es bastante frecuente encontrar déficits en las funciones ejecutivas en personas que han sufrido daño cerebral. Los déficits en las funciones ejecutivas pueden provocar en este tipo



de pacientes una limitada conciencia de los déficits en la vida diaria, dificultad para establecer prioridades, planificar y seleccionar objetivos; dificultad para secuenciar los pasos necesarios, para realizar tareas complejas, disminución de la iniciativa, apatía, problemas para inhibir conductas inapropiadas, dificultad para adecuar y modificar la conducta según sean las demandas del entorno, estimación del tiempo, etc.

Los déficits en estas funciones, producen además alteraciones en la regulación de otros procesos cognitivos a los que el lóbulo frontal gestiona y dirige como un director de orquesta.

Desde la neuropsicología se trabaja para que las personas que han sufrido un daño cerebral y a consecuencia de ello, poseen déficits en dichas funciones, sean capaces de compensarlos con estrategias (descomponer tareas complejas en otras más simples, pensar antes de actuar, prestar atención a las circunstancias únicas de cada situación, poner en marcha lo aprendido a través del entrenamiento en solución de problemas, habilidades sociales...), que hagan que en las actividades cotidianas sean lo más autónomos posible.

Gracias al caso de Phineas y otros importantes pacientes, que impulsaron el estudio de las bases cerebrales de nuestra conducta; hoy en día conocemos muchos más datos acerca de cómo funciona nuestro cerebro y se han planteado nuevas hipótesis acerca de nuestras funciones cerebrales y la correspondencia entre diferentes zonas cerebrales y aspectos específicos de nuestra conducta. Sin embargo, aún quedan muchas hipótesis por plantear y es necesario seguir estudiando cómo funciona el cerebro para poder intervenir y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren algún tipo de daño cerebral.

Sara Garzarán Vicente

Neuropsicóloga en Prácticas CEADAC

» REVISTAS

Brain Injury

Vol. 27 N° 3 – Marzo 2013

Vol. 27 N° 4 – Abril 2013

Dysphagia

Vol. 28 N° 1 – Marzo 2013

Gait & Posture

Vol. 37 N° 4 – Abril 2013

Neuropsychological Rehabilitation

Vol. 23 N° 2 – Abril 2013

Physical Therapy

Vol. 93 N° 3 – Marzo 2013

OTRAS REVISTAS

60 y más

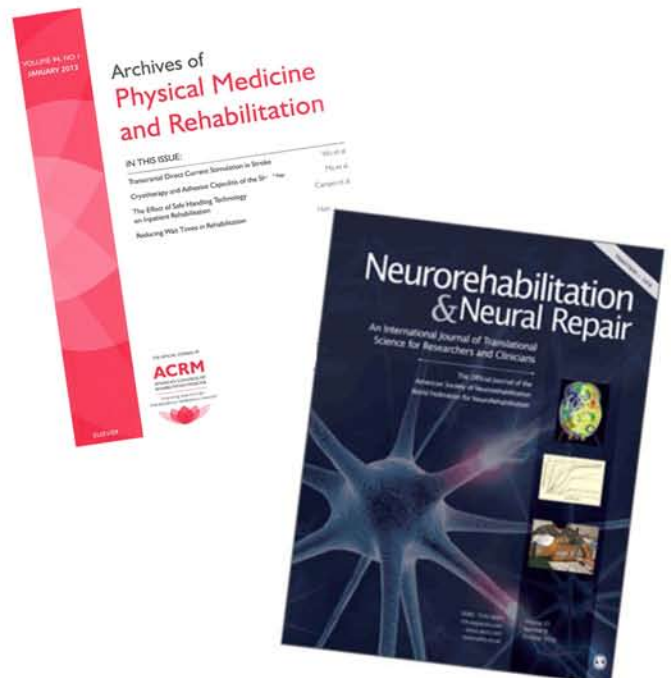
N° 318- Febrero 2013

Integra

Vol. 16 N° 44 – Marzo 2013

Trauma

Vol. 24 N° 1 – Enero/Marzo 2013



» LIBROS

Manual de afasia y de terapia de la afasia

Nancy Helm-Estabrooks, Martin L. Albert.

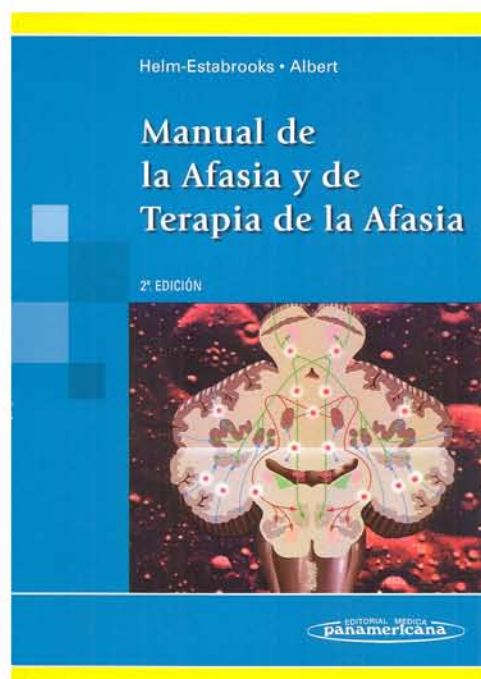
Ed. Médica Panamericana.

Más información en la web:

<http://www.medicapanamericana.com>

El conocimiento de los síndromes clínicos de las afasias facilita la comprensión de su patogénesis, propicia la comunicación entre logopedas, neuropsicólogos y neurólogos y favorece el desarrollo de nuevas y creativas aproximaciones terapéuticas. Dichos síndromes dependen de signos clínicos, normales o no, pero en los complejos problemas verbales de la afasia no siempre es fácil o, incluso, posible determinar si una función lingüística concreta en una persona con afasia es normal. Así pues, dado que muchos síndromes se definen siguiendo criterios diferentes, es difícil decidir la presencia o ausencia del mismo sin analizar todos los criterios.

La singular posición de los autores conjuga el valor clínico e investigador de los síndromes afásicos clásicos, corroborados en los últimos 150 años de investigación, con los estudios más recientes de la neurociencia cognitiva y de la neuroimagen que, finalmente, han reforzado la importancia y utilidad clínica de una comprensión tradicional de los mismos.



» EVENTOS

» IV JORNADA CONJUNTA INSS-CEADAC: EL DAÑO CEREBRAL Y LA INCAPACITACIÓN CIVIL

31 de mayo 2013 en Madrid

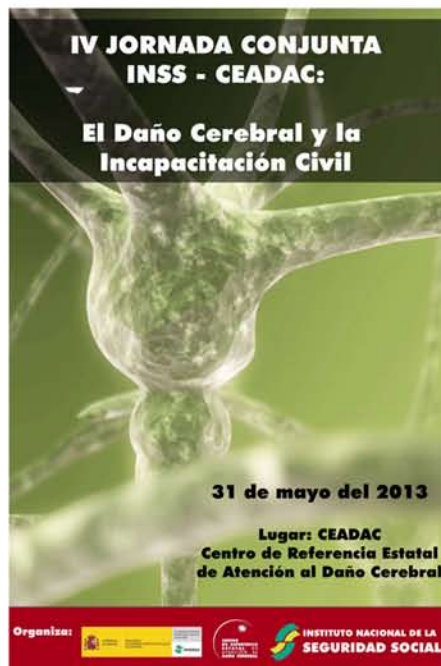
Organiza: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC).

Lugar de celebración: CEADAC (C/Río Bullaque, nº1, 28034 Madrid).

Inscripción: [enviando datos personales a centro.recursos@ceadac.es](mailto:enviando_datos_personales_a_centro.recursos@ceadac.es)

Más información:

<http://bit.ly/164IHDz>



» PSICOMOTRICIDAD Y TERAPIA OCUPACIONAL UNA APROXIMACIÓN A SUS CAMPOS DE INTERVENCIÓN: PREVENCIÓN Y TERAPIA EN LA INFANCIA, ADOLESCENCIA, ADULTEZ Y VEJEZ.

24, 25 y 26 de mayo, 7, 8 y 9 junio de 2013 en Madrid

Organiza APETO

Lugar de celebración: CEADAC

Más información e inscripción:

<http://bit.ly/12fHL8X>

» EVENTOS

51º CONGRESO SERMEF

Del 29 de mayo al 1 de junio 2013 en Salamanca

Organiza SERMEF

Lugar de celebración: Palacio de Congresos de Salamanca

Más información e inscripción:

<http://sermefsalamanca2013.com/?seccion=informacion>

2ª PRIMAVERA INCLUSIVA

El Club Deporte para Daño Cerebral Adquirido organiza la segunda edición de la Primavera Inclusiva para personas con DCA y sus familiares y amigos, que se celebrará el domingo 9 de junio en el Parque Juan Carlos I, desde las 10:30 hasta las 16:30.

Durante la jornada se realizarán una gymkana, dinámica de grupo, juegos y se les ofrecerá una comida.

Contacto:

escuelas@deporteparadca.com

www.deporteparadca.com

Juanjo:625325109 Marta:699722711

2ª PRIMAVERA INCLUSIVA
personas con DCA, amigos y familiares

Domingo, 9 de Junio
Parque Rey Juan Carlos I
De 10:30 a 16:30 horas

Gymkana,
dinámicas de grupo,
comida y juegos

Fecha de inscripción
hasta el 6 de Junio
¡APÚNTATE YA!

Precio 15 €
Socios 10€
Niños menores de 10 años gratis

Contacto:
Juanjo: 625325109
Marta: 699722711
escuelas@deporteparadca.com
www.deporteparadca.com

Patrocinados: Coca-Cola, DCA, etc.
Entidades colaboradoras: etc.

3ª FERIA DE LA DISCAPACIDAD & EMPLEO

19 y 20 de junio 2013 en Barcelona

Lugar de celebración: Hotel Rey Juan Carlos I, Barcelona

Más información:

<http://www.feriadiscapacidad.com/>



3ª FERIA
disCapacidad & Empleo
de Barcelona



Modulació Pedagògica



Anna Esclusa Feliu

Disponible en: <http://www.modulacionpedagogica.com/>



Consultado el 29 de abril de 2013
Blog en castellano y catalán

“Un nuevo proceso educativo que pretende facilitar la comunicación y la relación entre personas con graves discapacidades y sus familiares, estructurando momentos de su relación cotidiana como situaciones de aprendizaje”



“Esta familia no colabora ...”



¿Quién no ha OÍDO alguna vez una frase así?
¿Quién no la ha escuchado?
... A quién no le suena al tono de frustraciones, reproche y “impaciencia” que suele quedar asociada?

“Esta familia no colabora” es una expresión que usamos para referirnos a familias / familiares que ...

BENVENIDOS / BENVINGUTS A
MODULACIÓN PEDAGÓGICA!



ATENCIÓN PARA TRADUCCIÓN CIEEAB
POLA & PULPURA DE LA LINGÜÍSTICA



El Diario de Aexto



**Colegio Profesional de Terapeutas
Ocupacionales de Extremadura**

Disponible en: <http://aexto.blogspot.com.es/>

Consultado el 29/04/2013

“Un espacio para la información y la opinión
entre los Terapeutas Ocupacionales.”



Treatment With Botulinum Toxin Improves Upper- Extremity Function Post Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis

Norine Foley, Shelialah Pereira, Katherine Salter, [et al.]

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:977-89

Abstract

Objective: To examine whether treatment with botulinum toxin type A (BTX-A) is associated with improvements in activity capacity or performance associated with poststroke spasticity in the upper extremity.

Data Sources: MEDLINE, EMBASE, Scopus, and ISI Web of Science databases were searched from 1985 to November 2011.

Data Selection: Studies were included if (1) the study design was a randomized controlled trial comparing injection of BTX-A with placebo or a nonpharmacologic treatment condition; (2) at least 60% of the sample was composed of adult subjects recovering from either first or subsequent stroke; (3) subjects presented with moderate to severe upper-extremity spasticity of the wrist, finger, or shoulder; and (4) activity was assessed as an outcome. Studies were limited to those published in the English language.

Data Extraction: Data pertaining to participant characteristics, treatment contrasts, and outcomes assessing activity limitations were extracted from each trial. The World Health

Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health was used to identify outcomes that captured the domain of activity used within each of the included studies. Where possible, a treatment effect size was calculated for each study using the standardized mean difference _ standard error (95% confidence interval) and the results pooled.

Data Synthesis: Sixteen randomized controlled trials were identified, 10 of which reported sufficient data for inclusion in the pooled analysis (n=1000). Six different outcomes that assessed activity limitations had been used, including the Disability Assessment Scale, the Action Research Arm Test, and the Barthel Index. Overall, BTX-A was associated with a moderate treatment effect (standardized mean difference

0.352, 95% confidence interval 0.171, 0.536, P<.0001).

Conclusions: The use of BTX-A was associated with moderate improvement in upper-extremity activity capacity or performance after stroke.

El tratamiento con toxina botulínica mejora la función de la extremidad superior después del accidente cerebrovascular: una revisión sistemática y meta-análisis

Norine Foley, Shelialah Pereira, Katherine Salter, [et al.]

Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:977-89

Resumen

Objetivo: Para examinar si el tratamiento con toxina botulínica tipo A (BTX-A) se asocia con mejoras en actividad o el rendimiento asociado con la espasticidad después del ictus en la extremidad superior.

Fuentes de datos: MEDLINE, EMBASE, Scopus, y bases de datos ISI Web of Science se realizaron búsquedas desde 1985 hasta noviembre de 2011.

Selección de datos: Los estudios se incluyeron si (1) el diseño del estudio fue un ensayo controlado aleatorio comparando el empleo de BTX-A con placebo o un tratamiento no farmacológico; (2) al menos el 60% de la muestra estaba compuesta por sujetos adultos en recuperación de su primer ictus o posteriores, (3) los sujetos presentaran moderada a severa espasticidad de las extremidades superiores de la muñeca, el dedo o el hombro, y (4) la actividad se evaluó como un resultado. Los estudios se limitan a los publicados en el idioma Inglés.

Extracción de datos: Se extrajeron de cada ensayo los datos relativos a las características de los participantes, los contrastes de tratamiento y las limitaciones de la valoración de resultados de la actividad. Se utilizó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización de la Salud para identificar los resultados en relación al I dominio de actividad.

Resultados: Se identificaron dieciseis ensayos controlados aleatorizados, de los cuales 10 tenían datos suficientes para su inclusión en el análisis agrupado (nZ1000): Síntesis de los datos. Fueron utilizados seis diferentes mediciones que valoran limitaciones de la actividad, incluyendo el Disability Assessment Scale, el Action Research Arm Test, y el Barthel Index.

En general, la BTX-A se asoció con un efecto del tratamiento moderado.

Conclusiones: El uso de la BTX-A se asoció con una mejoría moderada en la capacidad de actividad o realización de la extremidad superior después del accidente cerebrovascular.

Functional Recovery of the Paretic Upper Limb After Stroke: Who Regains Hand Capacity?

Annemieke Houwink, Rinske H. Nijland, Alexander C. Geurts, Gert Kwakkel
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:839-44

Abstract

Objective: To describe recovery of upper limb capacity after stroke during inpatient rehabilitation based on the Stroke Upper Limb Capacity Scale (SULCS).

Design: Prospective observational study.

Setting: Inpatient department of a rehabilitation center.

Participants: Patients with stroke (N299) admitted to a specialized stroke rehabilitation center.

Intervention: Not applicable.

Main Outcome Measures: Upper limb capacity was assessed at the start and end of the rehabilitation phase with the SULCS (range, 0e10). The following demographic and clinical characteristics were registered: age, sex, side of stroke, stroke type, time since stroke, and length of stay in the rehabilitation center.

Results: On admission, 125 patients had no hand capacity (SULCS score, 0e3), 58 had basic hand capacity (SULCS score, 4e7), and 116 had advanced hand capacity (SULCS score, 8e10). Of the patients without initial hand capacity, 41% regained some hand

capacity (SULCS score, 4) at discharge. Of these, patients with SULCS scores of 2 and 3 had 29 and 97 times greater chance of regaining some hand capacity compared with patients with an initial SULCS score of 0, respectively. Of the patients with initial basic hand capacity, 78% regained advanced hand capacity at discharge. The SULCS score on admission explained 51% of the SULCS score variance at discharge, while time since stroke was negatively associated with upper limb recovery, explaining an additional 7% of the SULCS score variance at discharge.

Conclusions: Even patients with minimal proximal shoulder and elbow control of the upper paretic limb on admission in a rehabilitation center have a fair chance of regaining some hand capacity in the long-term after stroke, whereas patients without such proximal arm control have a much poorer prognosis for regaining hand capacity.

Recuperación funcional del miembro superior parético después del accidente cerebrovascular: ¿Quién recupera la Capacidad de la mano?

Annemieke Houwink, Rinske H. Nijland, Alexander C. Geurts, Gert Kwakkel
Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:839-44

Resumen

Objetivo: Describir la recuperación de la capacidad del miembro superior después del accidente cerebrovascular durante la rehabilitación hospitalaria basado en la Escala de Capacidad Miembro Superior en el Ictus (SULCS).

Diseño: Estudio prospectivo observacional.

Marco: departamento de pacientes ingresados de un centro de rehabilitación.

Participantes: Los pacientes con un accidente cerebrovascular ingresados en un centro especializado en rehabilitación del accidente cerebrovascular.

Intervención: No aplicable.

Principales medidas de resultado: la capacidad del miembro superior se evaluó al inicio y al final de la fase de rehabilitación con el SULCS (rango, 0e10). Las siguientes características demográficas y clínicas se registraron: edad, sexo, lado del daño, tipo de ictus, el tiempo desde el accidente cerebrovascular y la duración de la estancia en el centro de rehabilitación.

SULCS, 0 a3), 58 tenían capacidad básica habilitación.

de la mano (puntuación SULCS, 4 a 7) y 116 tenían la capacidad de mano avanzada (puntuación SULCS, 8 a 10). De los pacientes sin capacidad inicial , el 41% recuperó cierta



GOBIERNO
DE ESPAÑA


MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD




**CENTRO
DE REFERENCIA
ESTATAL DE
ATENCIÓN AL
DAÑO CEREBRAL**

Contacta con el Centro de Recursos

 www.ceadac.es

 www.facebook.com/ceadac

 www.twitter.com/CreCeadac

 centro.recursos@ceadac.es

