

cumplen con los criterios de diagnóstico de la migraña (International Headache Society) o con una cefalea tensional. También se empleó para diseñar un algoritmo de elección del tratamiento preventivo basado en las comorbilidades de los pacientes con migraña. El lenguaje de programación para su desarrollo fue Java, parametrizando las reglas e información asociada mediante archivos XML.

**Resultados:** Se desarrolló una *app* (CefaleApp) para el diagnóstico de la migraña para dispositivos móviles con sistema operativo Android. La *app* permite hacer el diagnóstico de migraña, cefalea tensional o mixta, estimar el impacto/discapacidad de la migraña (HIT-6, MIDAS) y genera una recomendación del tratamiento preventivo considerando la presencia de comorbilidades.

**Conclusión:** CefaleApp permite realizar en la APS un diagnóstico clínico compatible con migraña e iniciar el tratamiento preventivo precoz y personalizado de los pacientes.

## Neurofisioterapia+ Neuroterapia ocupacional P

### 20376. ESTUDIO DELPHI PARA LA CREACIÓN DE UNA ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO AGUDO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Bádenas Fernández, E.; Muñoz Carvajal, M.

*Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Objetivos:** Construir una escala de valoración multidimensional centrada en la funcionalidad del paciente neurológico agudo en el ámbito hospitalario rápida de administrar.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio tipo Delphi con la participación de 25 expertos de ámbito nacional, dentro del campo de la neurología o neurorrehabilitación. Se les enviaron 3 correos electrónicos en un periodo de dos meses consecutivos. En un primer correo se pedía qué ítems consideraban imprescindibles para la exploración de la funcionalidad. Se analizaron y ordenaron las respuestas clasificándolas en 12 esferas. En el segundo se pedía que ordenasen estas esferas de mayor a menor importancia. Discriminando las de menor valor definimos 4 categorías: estado de alerta y consciencia, función motora, transferencias y marcha. Cada categoría tiene valor propio y todas las categorías puntúan de la misma manera. Para desarrollar los ítems a valorar nos basamos en las escalas más utilizadas en el ámbito de la neurología y la neurorrehabilitación. El último presentaba la escala, pidiendo que fuesen críticos con ella y resaltarán sus debilidades, que se corrigieron.

**Resultados:** Creación de la escala Co-Mo-Tra-Ma y normas de aplicación. Se trata de una escala rápida de administrar y fácil de interpretar. Las puntuaciones de las diferentes categorías no camuflan el resto de puntuaciones, dando una imagen general del estado funcional del paciente.

**Conclusión:** Con el cuerpo de la escala desarrollado, es necesario un estudio piloto que permita medir su sensibilidad, fiabilidad, viabilidad y fortaleza para poder validar la escala e implementarla en las unidades de neurociencias.

### 21333. USO DE LA TECNOLOGÍA EN LA MEJORA DEL RAZONAMIENTO CLÍNICO EN NEURORREHABILITACIÓN

Domínguez Fernández, E.<sup>1</sup>; Lorenzo Tola, T.<sup>1</sup>; Lerma Lara, S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Neurofisioterapia. Clínica Neural Intensive; <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de la Salud. Centro Superior de Estudios Universitarios La Salle.

**Objetivos:** Dentro del ámbito de la recuperación funcional neurológica, el tratamiento de las alteraciones de la marcha es de suma importancia. Sin embargo, la toma de decisiones clínicas y planificación terapéutica frecuentemente se basan en factores subjetivos, lo que puede afectar la eficacia de las intervenciones. Este estudio se propone analizar cómo el uso de datos obtenidos mediante análisis tridimensional de la marcha puede modificar el razonamiento clínico y toma de decisiones.

**Material y métodos:** Se evaluó un caso clínico de lesión medular mediante dos cuestionarios. El primero incluyó pruebas de valoración, objetivos del paciente, diagnóstico y confianza en la propuesta terapéutica. El segundo añadió una valoración cinemática de la marcha. Participaron 3 terapeutas ocupacionales, 3 fisioterapeutas y un neurólogo. Se compararon las propuestas de intervención (tipo y dosificación de las mismas) y cambios en la toma de decisiones.

**Resultados:** El 85,7% de los participantes modificaron el RC y relevancia de las pruebas entregadas. El 42,8% modificó su propuesta terapéutica y el 77,1% la dosificación de la propuesta según los datos obtenidos. Respecto a la nueva propuesta, el 28,6% reportaron una mejora de 1 punto en satisfacción sobre 10, el 28,6% disminuyó su confianza tras recibir la información. Todos consideraron muy importante esta información para optimizar resultados.

**Conclusión:** Para lograr un alto rendimiento terapéutico, es esencial utilizar datos objetivos en la toma de decisiones clínicas. El análisis tridimensional proporciona información valiosa para optimizar recursos, diseñar planes terapéuticos más específicos, reducir incertidumbre sobre la terapia, costes del tratamiento y maximizar los beneficios.

### 20377. REHABILITACIÓN DE LAS HEMIANOPSIAS SECUNDARIAS AL ICTUS. REVISIÓN NARRATIVA

Muñoz Carvajal, M.; Bádenas Fernández, E.

*Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.*

**Objetivos:** El objetivo principal es describir el tratamiento de rehabilitación actual para la hemianopsia homónima contralateral secundaria a un ictus. Como objetivos secundarios pretendemos evidenciar la falta de protocolización y demostrar la necesidad de realizar un ensayo clínico a mayor escala.

**Material y métodos:** Se realizó una búsqueda exhaustiva de evidencia en PubMed, PEDro y Scielo con las palabras clave en términos MeSH combinados con operadores booleanos AND, OR. Se escogieron ensayos clínicos aleatorizados publicados en revistas indexadas a texto completo de los últimos 15 años: fueron seleccionados 17 artículos. Debían puntuar mínimo 6/10 en la escala PEDro y/o 3 en la escala JADAD. Finalmente fueron seleccionados 8 artículos para lectura crítica.

**Resultados:** Los artículos disponían de muestra de participantes escasa ( $n = 33,5 \pm 17,5/63,5$ ). Combinan diferentes técnicas de rehabilitación visual: VRT, estimulación transcraneal, realidad virtual, práctica de lectura; cada uno con protocolo propio de intervención, grupos control diversos y sesiones de mínimo 60 minutos/6 veces por semana. La duración total de las intervenciones varía entre 1-6 meses. En 6 de los 8 artículos sugieren que el entrenamiento visual hace mejorar los déficits visuales, aunque no se objetivan diferencias significativas entre grupos.

**Conclusión:** Los estudios sugieren que la VRT mejora los déficits visuales, pero no incluyen suficientes participantes como para extrapolar datos, invitando a hacer un estudio con mayor muestra y consensuar la rehabilitación visual: cuándo empezar, técnicas de elección, duración de las sesiones y del tratamiento. Actualmente no existen protocolos de rehabilitación visual establecidos a nivel hospitalario ni ambulatorio.