

**CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA
OCUPACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE
LA VIDA DIARIA EN USUARIOS CON SECUELAS DE ENFERMEDAD
CEREBRO VASCULAR EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL EN CALI.**

**KATHERINE GOMEZ MORALES
ANA YIRE MINA LARRAHONDO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2013**

**CARACTERIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE TERAPIA
OCUPACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE
LA VIDA DIARIA EN USUARIOS CON SECUELAS DE ENFERMEDAD
CEREBRO VASCULAR EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL EN CALI.**

**KATHERINE GOMEZ MORALES
ANA YIRE MINA LARRAHONDO**

Trabajo de grado para optar el título de Terapeuta Ocupacional

**DIRECTORA
MARÍA FERNANDA SÁNCHEZ P
TERAPEUTA OCUPACIONAL**

**ASESORA
DIANA XIMENA MARTINEZ
TERAPEUTA OCUPACIONAL**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACIÓN HUMANA
TERAPIA OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2013**

Nota de Aceptación

Presidente Jurado

Jurado 1

Jurado 2

Santiago de Cali, Febrero de 2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque nos brindó la oportunidad de encontrarnos y llevar a cabo este trabajo juntas.

A la profesora María Fernanda Sánchez, nuestra directora de tesis, por brindarnos un poco de su conocimiento y experiencia profesional, por creer en nosotras para realizar este trabajo.

A la terapeuta ocupacional Diana Ximena Martínez, nuestra asesora, por su gran ayuda para hacer posible este trabajo.

A todos y cada uno de los profesores que intervinieron en el proceso de nuestra formación profesional.

A nuestras familias, amigos y amigas por su colaboración, apoyo y comprensión durante la realización de este trabajo.

Al Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. y a todo el equipo de profesionales que permitieron el desarrollo de este trabajo y por su gran colaboración.

DEDICATORIA

Katherine Gómez Morales:

Primero a Dios, por la gran bendición de ingresar a esta gran Institución, de todo el camino recorrido y de las maravillosas experiencias obtenidas.

A mi madre Liliana María Morales Ramírez, por su apoyo, su tenacidad, su amor durante todo este camino y por darme la oportunidad de realizar mis estudios.

A mi novio Juan Pablo Castro Valencia, por su amor incondicional, su colaboración absoluta y por ser mi compañero y mi amigo.

A mi padre Luis Alfredo Gómez Jaramillo y mi hermano Luis Felipe Gómez Morales, por su apoyo y acompañamiento durante toda mi carrera.

A mi tía Virginia Morales Ramírez por su amor y apoyo incondicional siempre que lo necesité.

A mi familia materna por su apoyo todo este largo camino lleno de gratas experiencias, por brindarme sus consejos, las puertas de sus casas y sus corazones.

A mi amiga Ana Yire Mina, gracias por compartir conmigo este sueño, llenos de esfuerzos y satisfacciones. A mis amigos: David, Ximena, Johana, Julián y Chris por enseñarme el verdadero significado de la amistad.

A mis profesores, que me dieron las bases académicas para formarme como profesional.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE UNAS U OTRA FORMA ESTUVIERON AHÍ
APOYANDOME, DE CORAZÓN ¡GRACIAS!

DEDICATORIA

Ana Yire Mina Larrahondo:

A Dios, por darme la oportunidad de llegar hasta este punto y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminarme y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo mi formación académica.

A mis padres y a mi familia por su amor, su incondicional apoyo, sus sacrificios, sus esfuerzos, su motivación constante, sus ejemplos de constancia y perseverancia y por ser el pilar fundamental en todo lo que soy.

A mis amigos por su apoyo y compañía durante nuestra formación profesional, en especial a Katherine Gómez por haber emprendido conmigo el camino de lucha, sacrificios y esfuerzos durante la realización de este trabajo.

Finalmente a mis docentes, aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario, que compartieron sus aprendizajes y experiencia profesional.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	16
2. JUSTIFICACIÓN	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
4. OBJETIVOS	25
4.1 OBJETIVO GENERAL	25
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
5. MARCO TEÓRICO	26
5.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	26
5.2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	34
5.3. LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV)	37
5.4. SÍNTOMAS Y SECUELAS DE LA ECV	38
5.5. ECV Y REHABILITACIÓN.....	41
5.6. REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN ECV.....	46
5.7. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	49
5.8. ESCALAS Y PRUEBAS PARA CALIFICAR LAS AVD	52
5.9. PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL: EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS.....	55
5.10. MEDIOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL.....	62
5.11. TERAPIA OCUPACIONAL EN ECV	64
5.12. MARCOS DE REFERENCIA Y MODELOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO	66
5.13. PRACTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)	71
5.14. PRACTICA ACTUALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACION DE USUARIOS POST-ECV	73
6. MARCO CONTEXTUAL	75

6.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.....	75
6.2. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.....	76
6.3. SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	82
7. DISEÑO METODOLÓGICO	84
7.1. TIPO DE DISEÑO:.....	84
7.2. POBLACION, MUESTRA Y CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:	85
7.3 VARIABLES	86
7.4. SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE RECOLECCION DE DATOS	90
7.5. PRUEBA PILOTO	91
7.6. FASES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	92
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	96
9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	97
9.2 ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES QUE UTILIZAN LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES	106
9.3 ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES A LOS MEDIOS DE INTERVENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE USUARIOS CON SECUELAS DE ECV.	118
9.4 ANALISIS DE LAS ESCALA FIM PARA MEDIR EL CAMBIO EN LA EJECUCION DE LA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	122
10. DISCUSIÓN.....	128
11.CONCLUSIONES.....	134
12. RECOMENDACIONES.....	136
13. LIMITACIONES	137
14. BIBLIOGRAFIA	138
12. ANEXOS.....	144
ANEXO 1.	144
ANEXO 2.	149

ANEXO 3.	153
ANEXO 4.	155
ANEXO 5.	159
ANEXO 6.	161

LISTA DE GRÁFICOS

	PAG.
Gráfico N° 1. Comprende el porcentaje de sesiones observadas teniendo en cuenta cada uno de los usuario.....	107
Gráfico N° 2. Porcentaje de intervenciones aplicadas	107
Gráfico N° 3. Promedio de duración de las intervenciones de Terapia Ocupacional.	109
Gráfico N° 4. A quien está dirigida la actividad	110
Gráfico N° 5. Tipo de actividad utilizada durante la intervención de las terapeutas ocupacionales del Hospital Universitario Del Valle.....	111
Gráfico N° 6. Orientación de la intervención en las actividades de la vida diaria ...	112
Gráfico N° 7. Intervención orientada al componente motor	115
Gráfico N° 8. Intervención orientada al componente cognitivo	115
Gráfico N° 9. Intervención orientada al componente psicosocial	116
Gráfico N° 10. Enfoque o técnica utilizada por los terapeutas ocupacionales de una institución de tercer nivel en Cali	117
Gráfico N° 11. Resultado de la escala FIM en el usuario 1.....	123
Gráfico N° 12. Resultado de la escala FIM en el usuario 2	124
Gráfico N° 13. Resultado de la escala FIM en el usuario 3	124
Gráfico N° 14. Resultado de la escala FIM en el usuario 4.....	125
Gráfico N° 15. Resultado de la escala FIM en el usuario 5.....	126

GLOSARIO

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Actividades que están orientadas al cuidado del propio cuerpo (adaptado de Rogers y Holm, 1994, págs. 181-202). AVD también se refiere a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades personales de la vida (APVD). Estas actividades son —fundamentales para vivir en un mundo social, que permitan la supervivencia y el bienestar|| (Christiansen y Hammecker, 2001, p. 156).

REHABILITACIÓN

La rehabilitación en medicina es definida por la OMS como «el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles» y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en

parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación¹.

INDEPENDENCIA

Un estado auto-dirigido de que se caracteriza por la capacidad de un individuo para participar en ocupaciones necesarias y preferidas de una forma satisfactoria independientemente de la cantidad o tipo de asistencia externa deseada o requerida.

- La auto-determinación es esencial para alcanzar y mantener la independencia;
- La independencia de un individuo no está relacionada a si él o ella desempeña las actividades relacionadas a una ocupación por sí mismo o por sí misma, desempeña las actividades en un entorno adaptado o modificado, hace uso de varios aparatos o estrategias alternativas, o supervisa la actividad siendo completada por otros;
- La independencia es definida por la cultura y valores del individuo, sus sistemas de apoyo, y la habilidad para dirigir su vida; y
- La independencia de un individuo no debe fundamentarse en criterios pre-establecidos, la percepción de observadores externos, o en cómo se alcanza la independencia|| (AOTA, 2002a, p. 660)².

BAÑO, DUCHA.

Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y estregarse, así como el mantenimiento oportuno de una postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la baño.

¹fuelle: Potencial eléctrico [en línea], disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Rehabilitaci%C3%B3n_\(Medicina\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Rehabilitaci%C3%B3n_(Medicina))

² Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da. Ed.) 2008.

CUIDADO DE LA VEJIGA Y LOS INTESTINOS.

Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.

VESTIDO.

Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.

COMER.

La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.

ALIMENTACIÓN.

Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto no es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.

MOVILIDAD FUNCIONAL.

Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.

CUIDADO DE LA AYUDAS TÉCNICAS PERSONALES.

Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.

HIGIENE PERSONAL Y ASEO.

Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas, entre otros.

ACTIVIDAD SEXUAL.

Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.

DORMIR/DESCANSO.

Periodo de inactividad, con un fin reparador.

HIGIENE DEL INODORO.

Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

PRACTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

«Práctica Basada en Evidencia es la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación con la pericia profesional y los valores del usuario». La idea de la PBE se apoya sobre varios principios o elementos esenciales, que pueden ser resumidos del modo siguiente (Greenhalgh et al., 2003; Sackett et al., 2000; Weil, 1999):

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM).

La Medida de Independencia Funcional (FIM) fue desarrollada para ofrecer un sistema uniforme de medición de la discapacidad basada en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías para su uso en el sistema médico en los Estados Unidos (McDowell y Newell, 1996).

TERAPIA OCUPACIONAL:

Según lo establecido en la ley 949 de 2005:

“[...] La Terapia Ocupacional es una profesión liberal de formación universitaria que aplica sus conocimientos en el campo de la seguridad social y la educación y cuyo objetivo es el estudio de la naturaleza del desempeño ocupacional de las personas y las comunidades, la promoción de estilos de vida saludables y la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con discapacidades y limitaciones, utilizando procedimientos de acción que comprometen el autocuidado, el juego, el esparcimiento, la escolaridad y el trabajo como áreas esenciales de su ejercicio³.

³ LEY 949 DE 2005. Diario Oficial No. 45.853 de 17 de marzo de 2005. Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente [En línea] [Consultado el 21 de Septiembre de 2011]. Disponible en (http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2005/ley_0949_2005.html).

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, que genera grandes costos para el servicio de salud y la sociedad (Isard, 1992). Se ha estimado que un tercio de las personas que sobreviven a la Enfermedad Cerebrovascular seguirá siendo dependiente de otros para el cuidado (Dennis, 1987).

La rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular representa un considerable reto para Terapeutas Ocupacionales (Mackay, 1995), debido a que esta puede afectar el desempeño de actividades en cualquier ámbito de la vida incluyendo las siguientes: (1) las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) necesarias para la supervivencia y que son "las tareas que a todos compromete cada día de la vida con el fin de mantener el nivel de atención personal "(Hopson 1981). (2) las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que son necesarias para el mantenimiento de una vivienda en un determinado contexto socio-cultural. (3) actividades profesionales (tales como el empleo remunerado). (4) actividades relacionadas con pasatiempos y de ocio, la recreación física y el deporte de entretenimiento⁴.

La Terapia Ocupacional tiene como objetivo permitir a los usuarios el mayor nivel de bienestar y satisfacción con la vida mediante la participación en una ocupación significativa (COT, 2004). De igual manera tiene como finalidad específica favorecer el desempeño mediante el uso de medios terapéuticos, tales como actividades propositivas, proceso de enseñanza- aprendizaje, relación terapéutica y el contexto.

⁴LEGG L, DRUMMOND A, LANGHORNE P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke (Review).The Cochrane Library. 2009, Issue 1

Para lograr un proceso de rehabilitación exitoso los Terapeutas Ocupacionales tienen la responsabilidad profesional de que sus intervenciones sean eficaces y seguras para los usuarios, por lo cual se ven cada vez más obligados a argumentar las intervenciones y demostrar la validez clínica (Alsop, 1997), a través de la investigación pues es una actividad fundamental que debe sustentar la práctica profesional, sin embargo, la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) representa un desafío para los profesionales, puesto que varios estudios demuestran que hay una falta de bibliografía que describa los patrones de práctica de los Terapeutas Ocupacionales que trabajan en la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios post-ECV.

A partir de lo anterior, se planteó el proyecto de investigación que caracterizó las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional, respecto a la fundamentación teórica y a la PBE al dirigir sus intervenciones o procedimientos de rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria, de usuarios con secuelas de ECV en una institución de tercer nivel de Cali.

Durante la investigación, se examinó el documento que fundamenta la intervención de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de los usuarios con secuelas de ECV encontrando que éste se apoya en evidencia científica y cumple con requisitos establecidos a nivel nacional para su desarrollo; a través de la observación de sesiones terapéuticas se identificaron los principales enfoques utilizados por los terapeutas ocupacionales en sus intervenciones, se evidenció que existe adherencia de estos profesionales al documento base; mediante el análisis de la Medida de Independencia Funcional FIM, se encontró que los usuarios con secuelas de ECV presentaban mayor restricción en las actividades básicas de la vida diaria tales como aseo personal, uso del baño, baño y ducha, vestido y movilidad funcional, de igual forma, se evidenció un cambio significativo

en la independencia funcional de las actividades básicas de la vida diaria de cada usuario objeto de estudio mediante la aplicación de la FIM, lo cual apoya que la fundamentación teórica de la cual depende el quehacer profesional responde a las necesidades de la población investigada, según lo plantea la PBE.

Con este trabajo se abre paso a nuevas investigaciones dirigidas a evidenciar la eficacia de los enfoques utilizados por los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, con el fin de respaldar y mejorar el quehacer profesional de acuerdo a la práctica basada en la evidencia.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad Cerebrovascular (ECV) es una de las principales causas de muerte e incapacidad física permanente en el mundo. La incidencia de la ECV en diferentes poblaciones varía desde las reportadas en Shangai con 76.1 por cada 100.000 habitantes, 158 por cada 100.000 habitantes en Nueva Zelanda, hasta 940 por cada 100.000 habitantes en Rotterdam en personas mayores de 55 años. En Estados Unidos aproximadamente ocurren 700.000 casos nuevos por año. Se calcula que la incidencia global para Europa es de 235/100.000, es decir cerca de 1.070.000 nuevos casos por año, lo que hace del ECV un serio problema de salud pública en el mundo.⁵

Interesantemente, la incidencia del ECV ha mostrado una tendencia a la disminución en algunas poblaciones del primer mundo. En el estudio de Rochester, al comparar los periodos de 1945 a 1949 y de 1975 a 1979, hay una disminución del 54% de nuevos casos de ECV y en Nueva Zelanda se encontró una disminución del 11% al comparar los años 1992 y 2003⁶.

La incidencia calculada para América Latina varía entre 35 y 183 casos por cada 100.000, cifra menor a las reportadas en países de Europa y Asia⁷.

En Colombia el estudio realizado en Sabaneta-Antioquia, encontró una incidencia anual ajustada por edad y sexo de 88.9 casos por 100.000. Esta relativa baja incidencia fue atribuida por los autores del estudio, al impacto de los programas de salud pública, al bajo índice de analfabetismo de esta población, el control de

⁵ Report of the Stroke Progress Review Group. NIHS. April. 2002. disponible en: http://www.ninds.nih.gov/find_people/groups/stroke_prg/04_2002_stroke_prg_report.htm

⁶ ANDERSON CS, CARTER KN, HACKETT ML, FEIGIN V, BARBER PA, BROAD JB, *et al.* Auckland Regional Community Stroke (ARCOS) Study Group. Trends in stroke Incidence in Auckland, New Zealand, during 1981 to 2003. *Stroke* 2005; 36:2087-2093.

⁷ JIANG B, WANG WZ, CHEN H, HONG Z, YANG QD, WU SP, *et al.* Incidence and trends of stroke and its subtypes in China. Results from three large cities. *Stroke* 2006; 37:63-68.

factores de riesgo y posiblemente a un mejor tratamiento de la enfermedad. El comportamiento del ECV en Colombia en cuanto al género y edad; es similar al reportado en otros estudios con una mayor incidencia en hombres (118.7 vs. 61.8/100.000) que se triplica sobre los 60 años. Si bien no se conocen datos de incidencia del ECV en la población colombiana, en términos generales se puede decir que la incidencia ajustada hallada para la población de Sabaneta, se encuentra dentro de lo esperado para un país latinoamericano⁸.

En Santiago de Cali, en una institución de tercer nivel como el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E” se atienden anualmente 4314 número de casos. Lo que muestra, que las consecuencias sociales, físicas y emocionales de las enfermedades cerebrovasculares son de gran importancia clínica.

En el servicio de Terapia ocupacional de consulta externa de una institución de tercer nivel como el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E, asisten aproximadamente 40 usuarios con secuelas de ECV anualmente.

Los Terapeutas Ocupacionales tienen la responsabilidad profesional de asegurarse de que sus intervenciones sean eficaces y seguras para los usuarios, por lo cual se ven cada vez más obligados a justificar sus intervenciones y demostrar la eficacia clínica; la investigación y la aplicación clínica es una actividad esencial que debe sustentar la práctica profesional; sin embargo, la evidencia sugiere que hay un problema en la utilización de los resultados de la investigación (Alsop, Eakin et al, 1997;. Humphris, 1998; Nutley y Davies, 2000).

⁸ SILVA F, QUINTERO C, ZARRUK JG. Comportamiento epidemiológico de la ECV, 2008.

Lo anterior evidenció la necesidad de investigar sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional para la rehabilitación en actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de enfermedad cerebro vascular en el Hospital Universitario del Valle.

Esta investigación proporcionará beneficios a la institución tales como:

- La evidencia de que los documentos que guían las intervenciones en Terapia Ocupacional para usuarios con enfermedad cerebro vascular cumplen o no los principios de la práctica basada en la evidencia.
- Permitirá establecer si las intervenciones que se realizan en la institución cumplen o no los estándares de calidad establecidos para la prestación de servicios de rehabilitación.

Beneficios para la sociedad:

- Mostrar si los procedimientos que se realizan en la institución se ubican en el nivel de la atención y si están respondiendo a las necesidades de la población que atienden.

Beneficios para la Universidad:

- Este proyecto puede ser base para futuras investigaciones, en la temática de diseño e implementación de protocolos de intervención en Terapia Ocupacional para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular. También podrán estar dirigidas a la caracterización de los métodos de rehabilitación más efectivos para usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular.

Beneficios para la profesión:

- Evidenciar si las intervenciones realizadas por los terapeutas ocupacionales en una institución de tercer nivel de Cali, cumplen o no con los principios de la práctica clínica basada en la evidencia.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

La Terapia Ocupacional es una profesión que estudia el Desempeño Ocupacional humano a través de las características físicas, mentales, sociales y espirituales de la persona vinculadas a ocupaciones de autocuidado, juego o trabajo, y realizadas en un contexto físico, temporal y socio cultural. Promueve el bienestar ocupacional, conserva, restaura o compensa la calidad del desempeño ocupacional autónomo, productivo y gratificante de personas y grupos a lo largo de la vida, previene los riesgos y atiende las disfunciones asociadas a deficiencias psicobiológicas, discapacidades personales y barreras ambientales por medio del análisis, ejecución y adaptación de ocupaciones significativas, el diseño y aplicación de estrategias y productos tecnológicos y el establecimiento de una relación terapéutica acorde con las necesidades individuales⁹.

Uno de los principales grupos poblacionales con los que trabajan los terapeutas ocupacionales son los usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular (ECV), la cual es una de las principales causas generadoras de discapacidad y dependencia en la población adulta, debido a que esta condición de salud se caracteriza por un déficit neurológico ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo cerebral, con la presencia de: trastornos motores, trastornos

⁹ TRUJILLO R, Alicia, Terapia Ocupacional Conocimiento y práctica en Colombia. Universidad Nacional de Colombia, Primera edición 2002.

perceptuales; trastornos sensoriales; trastornos emocionales, psicológicos y/o de la conducta.¹⁰

La enfermedad cerebrovascular es la principal causa de limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en el hogar y en la comunidad ya que afecta negativamente la calidad de vida de la persona.

En relación a la independencia funcional del usuario, esta se ve restringida en actividades de la vida diaria básicas que impliquen movilidad funcional, el cuidado persona y la participación en la comunidad, tales como compras, la cocina, limpieza, lavandería, uso de teléfono, uso del transporte, manejo de la rutina medicamentosa y manejo de las finanzas, ya que estas actividades requieren de niveles más complejos de función, por la interacción con el medio ambiente y que son necesarias para la vida independiente en comunidad.

El objetivo principal desde Terapia Ocupacional (T.O) con los usuarios con secuelas de ECV es: lograr que el usuario alcance el nivel más alto de independencia y participación en las tareas de naturaleza ocupacional, iniciando con las actividades básicas de la vida diaria, como son: alimentación, baño, vestido e higiene personal, lo cual permitirá al usuario vivir sin precisar ayuda continua de otros, aumentando su autoestima, autonomía y calidad de vida.

Los Terapeutas Ocupacionales tienen la responsabilidad profesional para asegurarse de que sus intervenciones sean eficaces y seguras para los usuarios, más aún en una era de reformas estructurales y operativos de salud, por lo cual se ven cada vez más obligados a justificar sus intervenciones y demostrar la eficacia clínica (Alsop, 1997); la investigación y la aplicación clínica es una actividad esencial que debe sustentar la práctica profesional; sin embargo, la evidencia

¹⁰DOMINGO García Ana María, Occupational Therapy's treatment in cerebrovascular damages, Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 3. Febrero 2006

sugiere que hay un problema en la utilización de los resultados de la investigación (Alsop, Eakin et al, 1997;. Humphris, 1998; Nutley y Davies, 2000), sobre todo en la práctica clínica de terapia ocupacional.

Diversos estudios han demostrado que los terapeutas ocupacionales basan su plan de intervención en las experiencias previas y las opiniones de sus colegas como fuentes en la recopilación de información para la toma de decisiones clínicas. Por ejemplo, los autores Bennett y Wheatley (2000), evidencian que hay una falta de bibliografía que describa los patrones de práctica de los terapeutas ocupacionales que trabajan con usuarios que tienen deterioro cognitivo posterior al ECV.

Los terapeutas ocupacionales no utilizan la investigación para fundamentar sus prácticas en la prestación de servicios de rehabilitación para los usuarios que han sufrido un ECV; el conocimiento de esto, puede dar una idea de las necesidades de los terapeutas ocupacionales para integrar la investigación en la práctica.¹¹

A partir de lo anterior se evidenció la necesidad de investigar sobre la fundamentación teórica y la evidencia científica que tienen los terapeutas ocupacionales para dirigir sus intervenciones o procedimientos de rehabilitación en usuarios con secuelas de ECV, o por el contrario si las intervenciones se basaban en experiencias propias de los terapeutas en las instituciones. Adicionalmente se analizan las diferentes modalidades y variaciones de las intervenciones encaminadas a la rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV.

¹¹CHIA-Lin Koh, HOFFMANN Tammy, BENNETT Sally and MCKENNA Kryss, Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists, *Australian Occupational Therapy Journal* (2009) **56**, 324–331.

Formulación del problema

¿Las intervenciones para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria, en usuarios con secuelas de ECV empleadas por los terapeutas ocupacionales de una institución de tercer nivel de la ciudad de Cali, responden a los principios que guían la práctica basada en la evidencia?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Caracterizar las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV en las actividades básicas de la vida diaria, en el marco de la práctica basada en la evidencia.

4.2 Objetivos Específicos

Analizar los documentos que fundamentan la intervención de Terapia Ocupacional para la rehabilitación de usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular (ECV) en una institución de tercer nivel de Cali.

Identificar las intervenciones que aplican o utilizan los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV.

Medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales a los medios de intervención para la rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria de usuarios con secuelas de ECV establecidos por la institución en la cual se ofrecen los servicios de rehabilitación.

Determinar el cambio en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, de los usuarios con secuelas de ECV, con los procedimientos aplicados por los terapeutas ocupacionales durante el proceso de rehabilitación.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Autores:** David C. Good, MD, FAAN; Kerstin Bettermann, MD, PhD; Raymond K. Reichwein, MD

Título: “*Stroke Rehabilitation*” (Rehabilitación de la Enfermedad cerebrovascular)

Revista: Continuum

Año de publicación: 2003

Resumen:

Pese a las mejoras en la prevención y el tratamiento agudo, la enfermedad cerebrovascular sigue siendo una condición común y una de las principales causas de discapacidad permanente. Para los usuarios que han tenido una ECV, es importante un programa de rehabilitación efectivo para maximizar la recuperación funcional y la calidad de vida. La rehabilitación puede ocurrir en un número de diferentes escenarios físicos y con frecuencia es coordinado por un equipo de trabajo integral e interdisciplinario de profesionales. La rehabilitación incluye el re-entrenamiento para recuperar la pérdida de la función compensatoria y estrategias de enseñanza.

Una serie de enfoques de formación de interés se han desarrollado en los últimos años para complementar los programas más tradicionales de rehabilitación. Una variedad de dispositivos de adaptación están disponibles

para mejorar la movilidad y el desempeño en el autocuidado, y estos dispositivos deben ser prescritos para los usuarios.

Los médicos que atienden a los usuarios durante la rehabilitación de la ECV deben ser conscientes de las potenciales complicaciones que se pueden generar, como la disfagia, la incontinencia urinaria, el dolor en el hombro, la espasticidad, las caídas y la depresión post- ECV.

La participación del usuario y los cuidadores en la rehabilitación es esencial en el proceso. Es importante formar y educar a estas personas en los aspectos de la atención post-ECV, en las expectativas para la recuperación, y en la prevención de una enfermedad cerebrovascular secundaria.

Temas relacionados con la reintegración en la comunidad, incluyendo aspectos como la conducción y la formación profesional deben abordarse en los usuarios de forma apropiada. La Rehabilitación de la ECV es una parte importante del “proceso de la atención en ECV”, que incluye la prevención, la atención en etapa aguda, la rehabilitación y la prevención secundaria.

- **Autores:** Juan Camilo Suárez-Escudero, Sandra Catalina Restrepo Cano, Elsa Patricia Ramírez, Claudia Liliana Bedoya, Iván Jiménez

Título: *Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en usuarios con ataque cerebrovascular*

Revista: Acta Neurológica Colombia **Vol. 27 No. 2**

Año de publicación: Junio 2011

Resumen:

Se realiza este estudio con el objetivo de describir las características clínicas, los aspectos sociales, laborales y la percepción funcional individual en usuarios con ACV, atendidos en una institución neurológica de Colombia; a través de un estudio descriptivo en 81 usuarios, con tiempo de

egreso hospitalario entre seis meses y dos años; retrospectivamente se recolectaron datos de historia clínica, referente a signos y síntomas, y territorio vascular comprometido. Posteriormente se aplicó una encuesta de 19 preguntas abiertas sobre percepción, evolución y estado actual de discapacidad secundaria al evento.

Resultados: Se evaluaron 71,6% usuarios con ACV isquémico, 19,8% hemorrágico y 8,6% lacunar. El territorio más afectado fue cerebral media (58%). Los síntomas más frecuentes al ingreso fueron disartria y trastorno motor en extremidades. El 65,3% refirió mejoría subjetiva de la deficiencia motora. El 64,3% de los usuarios eran laboralmente activos antes del ACV, solo 10,7% continúan en su oficio previo.

Conclusión. El tipo isquémico es la principal causa de ataque cerebrovascular agudo en esta institución. Las manifestaciones clínicas dadas por alteraciones motoras y del habla están acordes al territorio vascular afectado. A pesar de la autopercepción de mejoría existe un impacto considerable en el ámbito laboral de esta población.

- **Autores:** Elizabeth Caldwell, Mary Whitehead, Jennifer Fleming and Lara Moes

Título: *“Evidence-based practice in everyday clinical practice: Strategies for change in a tertiary occupational therapy department”* (Práctica basada en la evidencia de la práctica clínica diaria: Estrategias para el cambio en el departamento terciario de la terapia ocupacional)

Revista: Journal compilation, Australian Association of Occupational Therapists

Año de publicación: 2007

Resumen:

La práctica basada en evidencia es un enfoque que ha ganado el reconocimiento para facilitar la transferencia de la evidencia en la calidad la práctica clínica. Si bien los profesionales de terapia ocupacional tienen la responsabilidad profesional de velar por que su práctica sea eficaz, también tienen la responsabilidad de aplicar estructuras y sistemas que apoyen el quehacer profesional. Una revisión de la literatura ha demostrado evidencia limitada de determinados modelos de organización de la práctica para facilitar la transferencia de conocimientos a la práctica de terapia ocupacional. Este documento resume las medidas adoptadas por el trabajo de terapeutas ocupacionales en un hospital universitario terciario grande para desarrollar y aplicar un modelo de utilización de la investigación. Un desafío para el futuro es llevar a cabo una evaluación formal del modelo.

- **Autores:** Lorie G. Richards, PhD, OTR, Nancy K. Latham, PhD, PT, Diane U. Jette, PhD, PT, Lauren Rosenberg, OTR, Randall J. Smout, MS, Gerben DeJong, PhD

Título: *“Characterizing Occupational Therapy Practice in Stroke Rehabilitation”* (Caracterización de práctica de terapia ocupacional en la Rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular)

Revista: Arch Phys Med Rehabil: Vol. 86, No. 2

Año de publicación: Diciembre 2005

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo describir cómo en la terapia ocupacional (TO), las actividades realizadas durante la rehabilitación de usuarios con ECV varían según el ingreso, el estado funcional y con el tiempo, y cómo el tiempo gastado en las diversas actividades se relaciona con el estado funcional al alta.

Se realizó un estudio observacional de cohortes en seis hospitales de rehabilitación para usuarios hospitalizados en los Estados Unidos.

Se concluye que las actividades se centraron en una combinación de corrección de las deficiencias y en la readaptación funcional específica de tareas, en el nivel de habilidad de cada paciente, más tiempo en actividades de alto nivel se relaciona con una mayor éxito en la rehabilitación, sin embargo, las actividades de más alto nivel siguen siendo las actividades menos comunes previstas en usuarios hospitalizados que reciben rehabilitación.

- **Autores:** Lynn Legg, Avril Drummond, Peter Langhorne

Título: *“Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke”* (Terapia ocupacional para usuarios con dificultades en las actividades de la vida diaria después de la enfermedad cerebrovascular)

Revista: Cochrane Stroke Group.

Año de publicación: 2009

Resumen

La terapia ocupacional tiene como objetivo ayudar a las personas a alcanzar su máximo nivel de funcionalidad e independencia en todos los aspectos de la vida cotidiana. Esta investigación se realizó con el fin de determinar si la terapia ocupacional centrada específicamente en las actividades básicas de la vida diaria mejora la recuperación de los usuarios después de la enfermedad cerebrovascular. Para lo cual se realizaron búsquedas en el grupo de ECV de Cochrane *“Stroke Group Trials Register”* (última búsqueda enero de 2006). Además, se realizaron búsquedas en diferentes grupos de investigación.

Se identificaron 64 ensayos potencialmente elegibles y se incluyeron nueve estudios (1258 participantes). Los usuarios que reciben intervenciones de

terapia ocupacional tienen menos probabilidades de empeorar y más probabilidades de ser independientes en su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, la naturaleza exacta de la intervención de terapia ocupacional para lograr máximo beneficio necesita ser definida.

- **Autores:** Janne M. Veerbeek, MSc; Gert Kwakkel, PhD; Erwin E.H. van Wegen, PhD; Johannes C.F. Ket; Martijn W. Heymans, PhD

Título: “*Early Prediction of Outcome of Activities of Daily Living After Stroke*” (Predicción temprana de resultados de las actividades de la vida diaria tras una enfermedad cerebrovascular)

Revista: American Stroke: American Heart Association, Inc.

Año de publicación: 2011

Resumen

El conocimiento sobre los factores que predicen el resultado de las actividades de la vida diaria (AVD) es de suma importancia en el manejo de una enfermedad cerebrovascular.

Esta revisión analiza la calidad metodológica de los estudios de pronóstico en la fase temprana posterior a la enfermedad cerebrovascular para identificar las variables que predicen los resultados del desempeño en las AVD después de la ECV, a través de búsquedas sistemáticas de estudios de pronóstico en usuarios con ECV.

Debido a la insuficiente calidad metodológica de la mayoría de los estudios de pronóstico, el valor predictivo de muchos determinantes para el resultado clínico de las AVD sigue sin estar claro. Futuros estudios de cohortes deben centrarse en la predicción temprana con modelos simples para mejorar la aplicación en la gestión de tiempos y la investigación.

- **Autores:** Janne M. Veerbeek, MSc; Gert Kwakkel, PhD; Erwin E.H. van Wegen, PhD; Johannes C.F. Ket; Martijn W. Heymans, PhD

Título: *“Activities, participation and satisfaction one-year post stroke”* (Las actividades, la participación y la satisfacción en un año después de la enfermedad cerebrovascular)

Revista: Disability and Rehabilitation

Año de publicación: Abril 2007

Resumen

Este estudio se realizó con el propósito de evaluar las consecuencias crónicas de la enfermedad cerebrovascular en términos de limitaciones en la actividad, la participación restringida y la insatisfacción de la vida, y la relación entre estas variables, en los supervivientes de ECV que viven en la comunidad por un año, se estudiaron un total de 56 usuarios con ECV (edad media: 57,7) que completaron un programa de rehabilitación y fueron evaluados un año después de la llegada a sus domicilios, utilizando los siguientes instrumentos: Medida de Independencia Funcional (FIM), Cuestionario de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLq), Sort Tarjeta de Actividad (AEC), un cuestionario de trabajo, la vida- Cuestionario de Satisfacción (Li-Sat 9) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).

Se evidenció que la vivienda de los sobrevivientes de la ECV, en la comunidad demuestra la insatisfacción un año después de la aparición, esto se correlaciona con limitación de la actividad y la participación restringida. Los hallazgos ofrecen una necesidad imperiosa para los servicios de rehabilitación con un enfoque en la participación en las actividades de la vida diaria y de ocio, con el fin de mejorar la satisfacción de esta población.

- **Autora:** Mary Stergiou-Kita

Título: *“Implementing Clinical Practice Guidelines in occupational therapy practice: Recommendations from the research evidence”* (Implementación de Guías de Práctica Clínica en el trabajo práctico de la Terapia Ocupacional: Las recomendaciones de la evidencia en la investigación)

Revista: Australian Occupational Therapy Journal

Año de publicación: 2010

Resumen

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son herramientas importantes en la práctica basada en la evidencia, en las que se integran la evidencia de la investigación, la experiencia clínica y la entrada del usuario de formular recomendaciones para la situación clínica específica. Con el impulso de usar los datos de investigación en la atención en salud, se prevé que los terapeutas ocupacionales estén cada vez más involucrados en la implementación de las GPC en la práctica. La evidencia de la investigación ha puesto de manifiesto varios factores que puede afectar a la absorción de guía, y una variedad de estrategias que pueden facilitar la aplicación.

Los factores dentro de la propia norma (por ejemplo calidad, complejidad y la claridad), dentro del practicante (por ejemplo la experiencia, percepciones y creencias), el usuario (por ejemplo las expectativas y las preferencias) y el contexto de la práctica (por ejemplo disponibilidad de recursos, la cultura organizacional y la opinión los líderes) pueden afectar el éxito de la aplicación. Actualmente, no hay evidencia concluyente para apoyar el uso de una implementación de la estrategia sobre otra, en todas las situaciones.

La elección de la estrategia de implementación debe tener en cuenta la pauta para ser implementado, el contexto de la práctica y los desafíos previstos para la puesta en práctica.

- **Autores:** Amanda Welch Dip COT Pg Dip ED MSc y Pamela Dawson MCSP Dip Soc Res PGCED PhD

Título: *“Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice”* (Cerrando la brecha: el aprendizaje colaborativo como estrategia para integrar la evidencia dentro de la práctica de terapia ocupacional)

Revista: Journal of Evaluation in Clinical Practice

Año de publicación: 2006

Resumen

Los principios de la gestión clínica se aplican como guías para las buenas prácticas a todos los profesionales, sin embargo, la práctica basada en evidencia (PBE) es todo un desafío para los profesionales que carecen de la confianza para publicar una investigación. Para los terapeutas que no deseen llevar a cabo un estudio formal corre el riesgo de convertirse en un ente sin poder dentro de una cultura de la PBE.

Las oportunidades para desarrollar habilidades en la investigación se han centrado en el consumo de la información del modelo de difusión que tiene un efecto limitado. En los procesos de aprendizaje se recomienda capacitar a los profesionales para cerrar la brecha entre teoría y práctica.

Se reafirmó la falta de confianza del terapeuta ocupacional en la PBE. Se encontró una excesiva dependencia de profesionales al conocimiento personal.

5.2. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El sistema nervioso central (SNC) es una estructura extraordinariamente compleja la cual recoge millones de estímulos por segundo que procesa y memoriza

continuamente, adaptando las respuestas del cuerpo a las condiciones internas o externas.

El SNC, no solo controla todos los procesos que ocurren en nuestro cuerpo recibiendo información de las diferentes partes del mismo y enviando instrucciones para que la “maquinaria” funcione correctamente, sino que también nos permite interaccionar con el medio ambiente, recibiendo, procesando y almacenando los estímulos recibidos por los órganos de los sentidos. Finalmente, el sistema nervioso, y en particular el cerebro, constituye una central de inteligencia responsable de que podamos aprender, recordar, razonar, imaginar, crear y gozar de sentimientos¹².

Está constituido por:

- Encéfalo anterior que se subdivide en: Hemisferios cerebrales y Diencefalo (tálamo e hipotálamo)
- Tronco encefálico: se refiere a todas las estructuras que hay entre el cerebro y la médula espinal, esto es, el Mesencéfalo o Cerebro Medio, el Puente o protuberancia y el Bulbo raquídeo o Médula Oblongada);
- Cerebelo
- Médula espinal.

Todo el neuro-eje está protegido por estructuras óseas: cráneo y columna vertebral y por tres membranas denominadas meninges que envuelven por completo el neuro-eje, interponiéndose entre este y las paredes óseas y se dividen en encefálicas y espinales. De afuera hacia adentro, las meninges se denominan duramadre, aracnoides y piamadre¹³.

¹² Potencial eléctrico [en línea] NEUROLOGÍA: ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO, disponible en: <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v001.htm>

¹³ Potencial eléctrico [en línea] NEUROLOGÍA: ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO- disponible en: <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v004.html>

La vascularización del sistema nervioso central se da por dos pares de arterias craneales, las cuales son las encargadas de transportar el oxígeno y la glucosa llegan a las células nerviosas. Justo debajo del cuello, cada una de las dos arterias carótidas comunes se divide en una rama externa, la carótida externa, que lleva sangre a la parte externa craneal, y una rama interna, la carótida interna, que lleva sangre a la porción anterior del cerebro. Las dos arterias vertebrales se unen formando la arteria basilar, que irriga la parte posterior del cerebro. A nivel de la base del cerebro existe un sistema denominado círculo de Willis que une ambos sistemas y sirve como compensación si se obstruye alguna de las arterias.

Las enfermedades del sistema nervioso central se pueden clasificar en los siguientes grandes grupos:

Enfermedades del desarrollo: son aquellas que se producen durante el desarrollo embrionario o post-natal de la persona y, en su mayor parte, son enfermedades congénitas debidas a la mutación de algún gen. Algunas de estas enfermedades son la enfermedad de Down, la Agenesia del Cuerpo Calloso y un gran número de malformaciones del cerebro y de la médula espinal.

Enfermedades degenerativas: son las que se producen por degradación de parte de los componentes del sistema nervioso central por una causa cualquiera, incluyendo el envejecimiento. Entre ellas, se pueden incluir las enfermedades desmielinizantes (que se deben a una degeneración de la vaina de mielina que recubre los nervios). Aunque algunos autores las clasifican como un grupo separado debido a su relevancia. Entre estas enfermedades, podemos citar la enfermedad de Alzheimer y la Esclerosis Múltiple.

Enfermedades vasculares: son aquellas que se derivan de algún desorden o problema de tipo vascular, que produce lesiones en el sistema nervioso central por un aporte defectuoso de sangre y de oxígeno. Entre estas, se encuentra la Enfermedad Cerebrovascular siendo una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados¹⁴.

5.3. LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV)

La Organización Mundial de la Salud define la Enfermedad Cerebrovascular ECV como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, caracterizada por un déficit neurológico ocasionado por la disminución del aporte sanguíneo 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.

La causa principal de la ECV es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

Las causas más importantes de la ECV son los factores de riesgo modificables, dentro de los que se encuentran: dietas malsanas, inactividad física y consumo de tabaco.

Los efectos de la dieta malsana y de la inactividad física pueden manifestarse como "factores de riesgo intermedios": aumento de la tensión arterial y del azúcar y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad.

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular.

¹⁴Potencial eléctrico [en línea] ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO disponible en: <http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v004.html>

Otros determinantes de las ECV son los cambios sociales, económicos y culturales, la pobreza y el estrés¹⁵.

5.4. SÍNTOMAS Y SECUELAS DE LA ECV

El síntoma más frecuente de la ECV es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara, otros síntomas consisten en la aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos, confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se dice, problemas visuales en uno o ambos ojos, dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación, dolor de cabeza intenso de causa desconocida, y debilidad o pérdida de conciencia¹⁶.

Dentro de las principales secuelas que se presentan están:

- Trastornos motores: hemiparesia o hemiplejia del hemicuerpo contra lateral a la lesión, alteraciones en el tono muscular, problemas motores como la pérdida de simetría, presencia de movimientos anormales y en bloque, pérdida de las reacciones automáticas y de la coordinación entre ambas manos y otras deficiencias motrices secundarias.
- Trastornos perceptuales (heminegligencia, agnosias, apraxias, problemas con el esquema corporal y déficit visuales)
- Trastornos sensitivos sensibilidad superficial y profunda; trastornos de la comunicación (afasias o disartrias)

¹⁵ Potencial eléctrico [en línea] Enfermedades cardiovasculares, Nota informativa, Septiembre de 2011- Organización Mundial de la Salud- disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

¹⁶ Potencial eléctrico [en línea] Enfermedades cardiovasculares, Nota informativa, Septiembre de 2011- Organización Mundial de la Salud- disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

- Trastornos emocionales, psicológicos y/o de la conducta (ansiedad, sentimientos de frustración, cambios bruscos del estado de ánimo, depresión).¹⁷

La enfermedad cerebrovascular es una de las principales causas de muerte e incapacidad física permanente en el mundo. En el Reino Unido la enfermedad cerebrovascular es la tercera causa de mortalidad y la primera causa de discapacidad a largo plazo, debido a que cada año más de 150.000 personas sufren un ECV.¹⁸ En Estados Unidos se estima que más de 700.000 personas cada año sufren un ECV con 4,8 millones de supervivientes¹⁹.

En América Latina la tasa de incidencia varía de 89 casos por cada 100.000 personas en Colombia y 120 casos en México, hasta 350 casos en América del Sur (Uribe y colaboradores, 1997, Nuñez 2002, Saposnik y Del Brutto, 2003). Se estima que de cada cuatro personas que sufren un ECV, habrá un muerto y tres sobrevivientes, con el 80% de estos últimos con algún grado de discapacidad (Banco Mundial 1996). En México, aproximadamente 267.000 nuevos casos de discapacidad son reportados anualmente, 43.000 (16%) de los que son secundarios a una enfermedad cerebrovascular (Lozano-Ascencio et al. 1996).

La ECV es también una de las enfermedades más costosas en la sociedad moderna. En 2004, el costo de la ECV en los EE.UU. se estimó en \$ 53,6 mil

¹⁷ DOMINGO García Ana María, Occupational Therapy's treatment in cerebrovascular damages, Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 3. Febrero 2006

¹⁸ National Institute for Health and Clinical Excellence: STROKE: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack (TIA). The National Collaborative Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians of London 2008 [<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG68FullGuideline.pdf>], ISBN 978-1-86016-339-5.

¹⁹ American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2004 Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2003.

millones (directos e indirectos); los costos indirectos están asociados con la pérdida de productividad que pueden llegar a ser hasta de un 58% de los costos de toda la vida. Los análisis muestran que la enfermedad cerebrovascular, es vista por más de la mitad de las personas en riesgo como una condición de salud peor que la muerte (Niemi et al).

En el Reino Unido, la enfermedad cuesta alrededor de 7.000 millones de euros por año. La incidencia de ECV aumenta considerablemente con la edad y a pesar de que se cuentan con las mejores medidas de prevención primaria y secundaria, el número total de enfermedades cerebrovasculares se prevé en aumento a nivel mundial.²⁰

Para el año 2020 la ECV se proyecta como la cuarta causa de discapacidad Ajustada por Años de Vida. El cuidado de estas personas incrementa los costos de la enfermedad, la mayoría de las veces siendo asumidos por las propias familias o por la comunidad, como ocurre en Colombia en donde este tipo de cuidados no están contemplados dentro del Sistema General de Seguridad Social²¹.

De acuerdo a los datos mencionados anteriormente se evidencia que las consecuencias de la ECV impacta de forma significativa el contexto familiar, socioeconómico y comunitario de las personas afectadas y sus cuidadores, ya que

²⁰ I. TREGER, J. SHAMES, S. GIAQUINTO & H. RING. Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, September 2007; 29(17): 1397 – 1403

²¹ SILVA Federico, QUINTERO Carlos, ZARRUK Juan Guillermo- GUÍA NEUROLÓGICA 8: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, Capítulo 2: *COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA*, Instituto de Investigaciones, Fundación Cardiovascular de Colombia, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga (2007)

es un evento que cambia la vida, en la forma de desenvolverse e interactuar con el medio (familiar, laboral, personal).

5.5. ECV Y REHABILITACIÓN

El objetivo de la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular es asegurar que cada usuario llegue al máximo nivel posible en sus capacidades físicas, funcionales y psicosociales, y buscar la recuperación en los límites de su deterioro. En teoría, la rehabilitación facilita un grado de mejora mayor de lo que se producen espontáneamente.

Rehabilitación precoz: Incluye desde la fase aguda hasta los tres a seis primeros meses tras el ictus. Debe ser proporcionada a todos los usuarios en la fase aguda de la ECV. El objetivo será la prevención de complicaciones, como retracciones articulares, contracturas de extremidades hemipléjicas, trombosis venosas o úlceras por presión. Se iniciará desde el primer día, e incluirá cambios posturales horarios durante el día y cada dos horas por la noche, uso de almohadas para evitar posturas incorrectas en las extremidades y movilización tanto activa como pasiva de las extremidades hemipléjicas. Se procurará incorporar al usuario en la cama y luego sentarlo en un sillón lo antes posible, siempre que la situación clínica lo permita. En el usuario con hemorragia subaracnoidea se diferirá la rehabilitación hasta la tercera semana para no aumentar el riesgo de sangrado.

Rehabilitación tardía: Se realiza tras la fase aguda, generalmente ya fuera del centro hospitalario y es la continuación de la rehabilitación precoz. Su principal objetivo es la reducción de la incapacidad. Cada usuario debe ser evaluado individualmente, estableciendo unos objetivos funcionales concretos. Se utilizarán

para ello técnicas de fisioterapia y terapia ocupacional, que pueden ser apoyadas en casos concretos con tratamientos farmacológicos supervisados por el neurólogo y el fisiatra, como fármacos antiespásticos (diazepam, lioresal, tizanidina) y denervación química con toxina botulínica.

El equipo rehabilitador: Se requiere un equipo multidisciplinar en el que participen de forma coordinada el usuario y su familia, médico de atención primaria, médico fisiatra, neurólogo, fisioterapeuta, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, enfermería y trabajador social. En cada fase de la evolución de la ECV la rehabilitación tendrá unos objetivos precisos y una sistemática particular.

El neurólogo actuará como organizador del equipo. En estrecha colaboración con el médico fisiatra y los otros miembros del equipo se diseñará el programa global de rehabilitación y se ayudará a la familia y a todo el personal sanitario involucrado a entender la situación del usuario. El neurólogo, el médico fisiatra o ambos indicarán medidas farmacológicas y terapéuticas de otro tipo si se precisan.

La función del fisioterapeuta es la del entrenamiento para la marcha y el terapeuta ocupacional se encarga preferentemente del reentrenamiento de las actividades de la vida diaria. El fonoaudiólogo se requiere para mejorar la capacidad de comunicación en caso de afasias y otros trastornos del lenguaje. La implicación de la familia en todo este proceso es fundamental. Cada déficit originado por la ECV tendrá una técnica rehabilitadora especial.

1. ***Rehabilitación de la marcha:*** La mayoría de los usuarios volverán a caminar con un adecuado entrenamiento, y hasta el 85% de los que presentan debilidad permanente pueden ser autónomos con o sin ayuda de muletas o bastón. La rehabilitación de la marcha comienza desde la fase en cama. Se inicia con actividades para mejorar la sedestación y el equilibrio en bipedestación, principalmente con técnicas de descarga de

peso. Posteriormente se usarán barras paralelas, caminadores, muletas o bastón, dependiendo de la habilidad alcanzada. En ocasiones se precisarán ortesis para facilitar la marcha y prevenir contracturas. La infiltración muscular con toxina botulínica puede ser de utilidad en el tratamiento de muslos hiperadducidos o pies invertidos en equino que dificulten la marcha.

2. **Rehabilitación del miembro superior:** La recuperación es lenta, pudiendo durar hasta años, en especial la de los movimientos finos. Se debe evitar la subluxación del hombro con la colocación de una almohada bajo el miembro superior afectado, y prevenir el edema mediante ejercicios de elevación, movilización y masaje, para los que el usuario podrá usar su miembro no afectado. Cuando la función retorne se comenzará con ejercicios de prensión y extensión de muñeca y dedos. Se deben favorecer los movimientos cotidianos, como abotonarse, peinarse o comer. En todos los casos se evitará fortalecer el agonismo flexor con pelotas de mano y otros artefactos.
3. **Actividades de la vida diaria:** Deben usarse todas las capacidades funcionales y hacer los cambios físicos necesarios en el hogar para potenciar la autonomía del usuario. Se procurará minimizar en lo posible las barreras arquitectónicas. Será preciso instalar barandillas y asideros, elegir la silla de ruedas más adecuada de ser precisa, colocar los utensilios al alcance del usuario o enseñarle a pasar de la silla de ruedas a la cama o al carro. Alrededor de un 50% de los usuarios alcanzan una independencia absoluta para las actividades de la vida diaria. Se insistirá en la vuelta a los hobbies y aficiones del usuario, en la práctica de ejercicios y deportes no competitivos, así como en su reincorporación al trabajo, adecuando tales actividades a sus déficit neurológicos.

Se recomendarán cambios y adaptaciones en la casa según los casos, como la instalación de asideros para pasar de la silla de ruedas al W.C., rampas en vez de escaleras que faciliten la libre circulación en silla de ruedas, ampliación del ancho de los umbrales y de las puertas, instalación de elevadores de sillas de ruedas adaptados a escaleras, empleo de grifos que puedan ser manejados con las muñecas o los antebrazos, uso de alargadores para alcanzar objetos, o disposición de los objetos personales (dormitorio, cocina y baño) en cajones bajos facilitando su accesibilidad. Se procurarán medidas de seguridad en la cocina, baño y en el resto del domicilio, evitándose los suelos encerados, alfombras u otros objetos que dificulten la deambulaci3n y faciliten las caídas. Es recomendable el uso de ropa fácil de poner y quitar, comenzando con la introducci3n de la extremidad más débil y ayudándose luego con la otra y el resto del cuerpo. Puede ser de vital importancia disponer de una guía con los teléfonos de emergencia cerca del teléfono y a la vista del usuario. Si se presentan problemas en la esfera sexual, se recomendará al usuario comentarlos con su pareja, ser realista respecto a su discapacidad, cambios en la postura habitual a la hora de hacer el amor dependiendo de los déficits o uso de lubricantes que faciliten el acto sexual.

4. **Control esfinteriano:** La mayoría de los usuarios con secuelas de ECV grave padecen incontinencia o retenci3n urinaria. El entrenamiento vesical será precoz. Se evitará el uso de sondas, utilizando preferentemente colectores externos en los casos de incontinencia, pudiendo ser de utilidad fármacos anticolinérgicos como imipramina, oxibutinina o propantelina en casos de incontinencia crónica debida a hiperreflexia vesical, se recomendará la disminuci3n de la ingesta de líquidos a partir de la tarde-noche. En casos de retenci3n urinaria se recomienda el sondaje

intermitente en mujeres y el permanente en hombres, extremando los cuidados de la sonda, que será cambiada con periodicidad. Para disminuir el riesgo de infecciones urinarias puede ser de utilidad la acidificación de la orina con ácido ascórbico.

Habrà que tomar medidas para evitar el estreñimiento, tan frecuente en estos usuarios, como la adopción de una pauta de evacuación intestinal (tras el desayuno), el empleo de una dieta rica en fibra (cereales integrales, vegetales y fruta) y con abundantes líquidos, uso coadyuvante de preparados comerciales de fibra vegetal y si es preciso de laxantes osmóticos no catárticos y reblandecedores de las heces.

5. **Déficit cognitivos:** Los déficit cognitivos dificultan la rehabilitación de estos usuarios. Los trastornos de la percepción viso-espacial, heminegligencia, anosognosia, desorientación topográfica, agnosia en el reconocimiento de partes de su cuerpo o afasia sensorial entre otros, dificultarán en gran medida el proceso rehabilitador. Habrá que individualizar cada caso identificando el déficit y utilizando técnicas específicas a cada caso.
6. **Habla:** Durante los tres primeros meses se consigue la mayor recuperación espontánea del lenguaje. En las afasias se utilizarán recursos verbales y no verbales, con palabras habladas y escritas, gestos y paneles con dibujos. El usuario disártrico se favorece de ejercicios orales y respiratorios que mejoren el control de la articulación y de la respiración. Dicha rehabilitación deberá estar a cargo de un fonoaudiólogo.
7. **Disfagia:** La disfagia debida a la ECV es mayor para los líquidos que para los alimentos sólidos. Por ello se debe comenzar la alimentación oral con alimentos semisólidos, e ir progresando lentamente hasta una alimentación normal. La postura idónea para la alimentación del usuario disfágico es la

vertical con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante. Se recomendará al usuario la introducción de pequeñas cantidades de alimento en la boca y la deglución de cada bocado antes de ingerir el siguiente. En ocasiones será precisa la sonda nasogástrica permanente, extremando siempre los cuidados para evitar la broncoaspiración; en estos casos, una alternativa más cómoda pero no exenta de complicaciones es la gastrostomía.

8. **Aspectos psicológicos, sociales y económicos:** Es frecuente que tras la regreso al hogar y en lo posible a la vida previa, el usuario y familia no asuman la nueva situación, desencadenándose cuadros depresivos. Dicha condición se puede perpetuar por la pérdida del status social y laboral debido al déficit, con deterioro del estado económico del usuario y de la familia. Esta circunstancia podrá ser mitigada mediante apoyo psicológico al usuario y a la familia, y un adecuado trabajo social²².

5.6. REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN ECV

La ECV es la principal causa de limitaciones en la actividad y restricción en la participación que afectan negativamente la salud en relación con la calidad de vida, debido a que se afecta en el usuario la capacidad para participar en el hogar y en la comunidad.

La independencia funcional del usuario se ve restringida en actividades de la vida diaria básicas que impliquen movilidad funcional y el cuidado personal, mientras que en las actividades de la vida diaria instrumentales abarca tareas más complejas involucradas con la participación interna y de la comunidad, tales como

²² EZPELETA David Md, APUNTES DE NEUROLOGÍA, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Hospital Universitario Quirón Madrid, 2002

compras, la cocina, limpieza, lavandería, uso de teléfono, uso del transporte, manejo de la rutina medicamentosa y manejo las finanzas, por lo cual requieren de niveles más complejos de función, por la interacción con el medio ambiente y que son necesarias para la vida independiente en comunidad.

Los procesos de habilitación / Rehabilitación Integral se definen como procesos por medio de los cuales, mediante el uso conjunto de acciones de índole terapéutico, educativo, formativo y social, se le da a la persona con discapacidad la oportunidad de desarrollar la máxima funcionalidad e independencia posibles, con el fin último de que esta logre un mejoramiento en su calidad de vida y una plena integración a su medio social, familiar y ocupacional.²³

Uno de los objetivos más importantes de la rehabilitación después del ECV, es alcanzar la mayor independencia como sea posible en la realización de las AVD, pues estas influyen inmensamente al sentido de la autoestima de una persona y también disminuye la carga sobre las familias y cuidadores.²⁴.

Aproximadamente del 50 al 60% de los sobrevivientes de la ECV son casos con secuelas moderadas o mínimas, y estos usuarios se benefician enormemente de la rehabilitación. Históricamente, varios métodos de tratamiento se han introducido y adoptado por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. La aplicación métodos de rehabilitación de la ECV adoptada por los terapeutas varía mucho en función de sus conocimientos previos, la experiencia, las habilidades clínicas y preferencias personales. La disponibilidad de una gran cantidad de métodos de

²³GARCÍA, S., AMAYA, L., CARRILLO, MV COBOS, AM., CRISTANCHO, L., ESPINOSA, F., SANTACRUZ, ML. *Lineamientos para la prestación de servicios de rehabilitación*. Grupo Funcional De Discapacidad. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá. Bogotá, Abril De 2007

²⁴David C. Good, MD, FAAN; Kerstin Bettermann, MD, PhD; Raymond K. Reichwein, MD. *Stroke Rehabilitation-: ACTIVITIES OF DAILY LIVING* Volume 17(3) Neurorehabilitation. June 2011: pp 545-567.

tratamiento muestra que las prácticas de rehabilitación están en constante evolución o que no dan respuesta²⁵.

La mayoría de profesionales de la salud (médico de asistencia primaria, médico fisiatra, neurólogo y otros especialistas) son expertos en el tratamiento agudo del ECV y están familiarizados con las cuestiones importantes relacionadas con la prevención primaria y secundaria. Sin embargo, estos profesionales están menos familiarizados con los aspectos de la rehabilitación del ECV. A pesar de que están en una posición única para participar en el continuo y completo proceso de la atención, incluyendo la admisión en estado agudo, la rehabilitación, el seguimiento y la prevención secundaria. El conocimiento de la rehabilitación de la ECV permite a un especialista responder a las preguntas del usuario y su familia con respecto a las complicaciones secundarias que se presenten, el pronóstico y temas relacionados a las secuelas psicosociales a mediano y largo plazo²⁶.

Lo anterior muestra la importancia del abordaje desde Terapia Ocupacional el tema de la rehabilitación de personas con secuelas de ECV. Interesa abordar las preguntas que surgen de tales prácticas de intervención, partiendo de la consideración de la Terapia Ocupacional como una disciplina que se basa en la recolección, comprensión y manejo de la actividad humana; la actividad que se configura como instrumento propio y distintivo del rol. En tal sentido, resulta primordial conocer la adherencia de los profesionales a la fundamentación teórica y a la evidencia científica para dirigir sus intervenciones o procedimientos de rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV.

²⁵ PRADEEP NATARAJAN; ASHLEY OELSCHLAGER; ARVIN AGAH; PATRICIA S. POHL; S. OMAR AHMAD; WEN LIU; Current clinical practices in stroke rehabilitation: Regional pilot survey; Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 45, Number 6, 2008

²⁶ DAVID C. GOOD, MD, FAAN; KERSTIN BETTERMANN, MD, PHD; RAYMOND K. REICHWEIN, MD Stroke Rehabilitation-

5.7. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)²⁷

Las AVD son las acciones que se realizan a lo largo de día y son generalmente las mismas para todos, diferenciándose por el contexto cultural, los hábitos y roles adquiridos, son la base de la funcionalidad de las personas. Las actividades de la vida diaria (AVD) son las ocupaciones que componen la actividad cotidiana, actividad conformada por las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio.

Es necesario para ello el procesamiento mental de datos, la manipulación física de los objetos y el movimiento dirigido. Algunas AVD pueden realizarse de forma automática y otras necesitan de una preparación cortical, programación y gestión previa, así como tener habilidades innatas o aprendidas para llevarlas a cabo.

Las actividades de la vida diaria son diferenciadas según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA), en Actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales.

Las actividades de la vida diaria básicas o ABVD, son definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria que se realizan en mayor o menor medida a lo largo del día y están destinadas al cuidado y calidad de vida de uno mismo.

Dentro de este grupo se encuentran Las siguientes actividades:

- **Baño, ducha.** Engloba todo lo que ello conlleva, desde poder coger los objetos como esponja, jabones y demás, hasta la propia acción de enjabonarse y estregarse, así como el mantenimiento oportuno de una postura durante la acción o las transferencias para entrar o salir de la baño.

²⁷Potencial eléctrico [en línea], Terapia Ocupacional.com, disponible en: http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.0ct08.pdf

- **Cuidado de la vejiga y los intestinos.** Incluye el control completo y el vaciado voluntario de vejiga e intestinos.
- **Vestido.** Además de incluir la propia acción de vestido-desvestido, incluye la correcta elección de las prendas en función del clima o situación para la que se empleará la ropa.
- **Comer.** La habilidad de mantener y manipular comida o líquido en la boca y tragarlo.
- **Alimentación.** Pese a que pueda parecer que comer y alimentarse son lo mismo, esto no es así. Alimentarse es el proceso de llevar la comida o líquidos desde el plato o vaso a la boca.
- **Movilidad funcional.** Moverse de una posición a otra, así como movilidad en la cama, sofá, silla de ruedas, cualquier tipo de transferencia, cambios funcionales, deambulación y transporte de objetos.
- **Cuidado de la ayudas técnicas personales.** Engloban el correcto uso de ellas, así como la limpieza y mantenimiento.
- **Higiene personal y aseo.** Coger y usar los objetos para este fin. Incluye cualquier actividad de aseo del propio cuerpo. Peinado, corte de uñas, limpieza de boca, aplicación de desodorantes, pintado de uñas, entre otros.
- **Actividad sexual.** Involucrarse en actividades para llegar a la satisfacción sexual.
- **Dormir/descanso.** Periodo de inactividad, con un fin reparador.
- **Higiene del inodoro.** Coger y usar los objetos para este fin. Incluye, la limpieza, la transferencia hasta el inodoro, mantenimiento de la posición durante la actividad o el cuidado de las necesidades menstruales o urinarias.

Las **actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI)** se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo

complejas y que generalmente su realización es opcional, ya que pueden ser delegadas a otros.

- **Cuidado de los otros:** Incluye supervisar y proveer de cuidados a los otros.
- **Cuidado de las mascotas:** Al igual que en la anterior actividad, consiste en supervisar y proveer de cuidados, pero en este caso a los animales.
- **Cuidado de los niños:** Formar y supervisar a los niños, para favorecer su desarrollo natural.
- **Uso de los sistemas de comunicación:** Uso de tecnología para comunicarse como teléfonos, ordenadores, sistemas especiales de comunicación para sordos e invidentes, entre otros.
- **Movilidad en la comunidad:** Moverse en la comunidad, saber emplear autobuses, trenes, taxis, conducción.
- **Manejo de temas financieros:** Uso del dinero y recursos fiscales.
- **Cuidado de la salud y manutención:** Desarrollo, cuidado y mantenimiento de hábitos saludables.
- **Crear y mantener un hogar:** Obtención y mantenimiento de las propiedades y objetos personales y domésticos.
- **Preparación de la comida y limpieza:** Preparación de una dieta equilibrada, así como limpieza de los utensilios empleados.
- **Procedimientos de seguridad y respuestas antes emergencias:** Conocimiento y desarrollo de estrategias para mantener un entorno seguro. Saber actuar y disponer de los medios necesarios ante situaciones de emergencia.
- **Ir de compras:** Planificar la compra así como ejecutarla.

5.8. ESCALAS Y PRUEBAS PARA CALIFICAR LAS AVD

Muchas escalas se han ideado para evaluar las actividades de la vida diaria (AVD), entre estas escalas están:

Índice de Katz de independencia de las actividades de la vida diaria: Ideado inicialmente en 1958 para personas con fracturas de cadera. Desde 1963, se ha utilizado como instrumento de valoración en instituciones geriátricas. Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del usuario para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer, con tres posibles respuestas que nos permiten clasificar a los usuarios en siete grupos (de mayor dependencia a mayor independencia)²⁸. El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas, se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Se basa en el estado actual de la persona y no en la capacidad de realizarlas.

La Evaluación de las Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS): es una evaluación observacional que permite examinar la relación entre las habilidades motoras y de proceso y el desempeño en las actividades para establecer la competencia actual y predecir el desempeño en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Diseñado para ser usado como una evaluación observacional del desempeño de una persona en las actividades elegidas por él (a la persona se le ofrecen 17

²⁸Potencial eléctrico [en línea] Instrumentos para la Valoración de la Capacidad Física y las Actividades de la Vida Diaria, disponible en: <http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.04.04.1.-instrumentos-para-la-valoracion-de-la-capacidad-fisica-y-las-actividades-de-la-vida-diari.html>

actividades distintas para realizar), para determinar si tiene un déficit motor o de procesamiento. Permite la evaluación simultánea de las capacidades de adaptación, conceptuales, organizacionales y de atención del individuo en relación con el equilibrio, la movilidad, la coordinación y las capacidades de fuerza que tienen un impacto en conjunto sobre la competencia del individuo para desarrollar trabajos de la vida diaria de una manera funcional.

Consta de dieciséis (16) ítems de habilidades motoras y veinte (20) ítems de habilidades de procesamiento que son puntuadas mediante una escala del uno (1) al cuatro (4), en la que el cuatro (4) expresa competencia y el uno (1) déficit. Las habilidades motoras y de procedimiento (AMPS) proporciona información detallada y útil de cómo se desempeña una persona. Para las personas que presentan dificultad en el desempeño, las habilidades motoras y de procedimiento (AMPS) identifica que aspectos del desempeño (es decir, habilidades) presentan dificultad y que grado de complejidad de las formas ocupacionales pueden realizar una persona²⁹.

El Índice de Barthel (BI):

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10,15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios de producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor

²⁹Potencial eléctrico [en línea], disponible en: <http://www.medicine.mcgill.ca/strokeengine-assess/assessmenttool-domains-en.html>

dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia³⁰.

Este índice mide el grado en que una persona puede funcionar de manera independiente y participar en sus actividades cotidianas, también indica la necesidad de asistencia en el cuidado. El índice fue desarrollado para su uso en los usuarios de rehabilitación con trastornos neuromusculares o musculoesqueléticos, ECV y otros, y también puede ser utilizado para los usuarios de oncología³¹.

La Medida de independencia funcional (FIM), es una versión revisada y ampliada de la escala anterior que se utiliza comúnmente en la rehabilitación del ECV en los Estados Unidos³². La Medida de Independencia Funcional (FIM) fue desarrollada para ofrecer un sistema uniforme de medición de la discapacidad basada en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías para su uso en el sistema médico en los Estados Unidos (McDowell y Newell, 1996). La FIM evalúa 18 actividades: 13 con énfasis motor relacionado con autocuidado (alimentación, aseo, baño, vestirse la parte superior del cuerpo, vestirse la parte inferior del cuerpo, peinado), control de esfínteres (vejiga e intestinal), movilidad (traslados a cama, silla, silla de ruedas, inodoro, bañera o ducha) y locomoción (caminar o mover la silla de ruedas, usar las escaleras); 5 con un énfasis cognitivo que involucra a la comunicación (comprensión, expresión) y la cognición social (interacción social, resolución de problemas, memoria). La evaluación se realiza a través de una observación (por parte de un observador entrenado), usando una escala ordinal de siete puntos que gradúa la cantidad de

³⁰ TRIGÁS FERRÍN MARÍA, INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Medicina Interna.

³¹Potencial eléctrico [en línea], disponible en: <http://www.medicine.mcgill.ca/strokeengine-assess/assessmenttool-domains-en.html>

³²DAVID C. GOOD, MD, FAAN; KERSTIN BETTERMANN, MD, PHD; RAYMOND K. REICHWEIN, MD: Stroke Rehabilitation- *NATURAL HISTORY AND PREDICTING RECOVERY AFTER STROKE*

asistencia que necesitan las personas para completar una actividad; la puntuación más alta es igual a la independencia máxima; el puntaje varía de 18 a 126³³.

El nivel de discapacidad del usuario indica la responsabilidad de cuidar de ellos y los elementos se califican sobre la base de cómo se requiere la asistencia de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria³⁴.

En Colombia, específicamente en algunas clínicas de tercer nivel, se utiliza esta escala para medir el grado de funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria, desde el momento en que ocurre la ECV y después de la intervención, con el fin de medir mejorías en su desempeño en las mismas.

5.9. PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL: EVALUACIÓN, INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RESULTADOS³⁵

La perspectiva que tiene la Terapia Ocupacional es comprender que el usuario es un ser ocupacional, lo que implica la realización de ocupaciones significativas que son básicas para el mantenimiento de la salud y bienestar. Los problemas y preocupaciones que se contemplan en la evaluación e intervención desde la perspectiva ocupacional, se basan en las teorías de la Terapia Ocupacional y se definen como problemas o riesgos en el desempeño ocupacional. Durante la intervención, el enfoque permanece en la ocupación y los esfuerzos se dirigen a que el usuario se involucre en actividades. Los profesionales de Terapia Ocupacional ponen en práctica la teoría, la evidencia, el conocimiento y las destrezas con respecto al uso terapéutico de las ocupaciones para impactar positivamente en la salud, el bienestar y la satisfacción para la vida del usuario. Para ello se utilizan actividades terapéuticas que incluyen las ocupaciones reales

³³ WILLARD Y SPACKMAN, Terapia Ocupacional 10ª Edición- Editorial Panamericana, 2003

³⁴ Potencial eléctrico [en línea], disponible en: <http://www.medicine.mcgill.ca/strokeengine-assess/assessmenttool-domains-en.html>

³⁵ Potencial eléctrico [en línea], disponible en: http://www.terapiaocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.0ct08.pdf; <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>

de la vida diaria.

Proceso de evaluación

En la evaluación el T.O busca identificar lo que el usuario quiere y necesita hacer, teniendo en cuenta las habilidades y patrones de desempeño, demandas de la actividad y el entorno, con los factores que actúan como apoyos o barreras para el desempeño.

El proceso de evaluación se divide en dos subprocesos, el perfil ocupacional y el análisis del Desempeño Ocupacional. El perfil ocupacional incluye información sobre el cliente y sus necesidades, sus problemas y las preocupaciones de su ejecución en las áreas de ocupación. También se explora el entorno y la historia del usuario en referencia a las ocupaciones y actividades. La información recolectada debe responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Quién es el usuario (persona, incluidos familiares, cuidadores, y otras personas importantes)?
2. ¿Por qué están solicitando los servicios, y cuáles es la problemática actual del usuario en cuanto a su participación en las ocupaciones y en las actividades de la vida diaria?
3. ¿Cuáles son las áreas de la ocupación que no están afectadas, y cuáles son las áreas que están afectadas?
4. ¿Qué contextos y entornos apoyan o limitan la participación en las ocupaciones deseadas?
5. ¿Cuál es el historial ocupacional del usuario (esto es: experiencias de la vida, valores, intereses, patrones previos de participación en las ocupaciones y en las actividades en la vida diaria, incluso los significados asociados con ellas)?
6. ¿Cuáles son las prioridades, expectativas del usuario y sus resultados deseados?

El Desempeño Ocupacional se define como la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria: básicas, instrumentales y avanzadas. El Desempeño Ocupacional resulta de la consecución de la ocupación y ocurre a través de una interacción dinámica entre el usuario, la actividad y el entorno.

El análisis del Desempeño Ocupacional se centra en reunir e interpretar la información utilizando instrumentos de valoración diseñados para observar, medir y examinar los factores que apoyan o lo limitan.

Este análisis del Desempeño Ocupacional implica lo siguiente:

1. Síntesis de la información del perfil ocupacional para centrarse en las áreas ocupacionales específicas y los contextos que deben ser atendidos.
2. Observar el desempeño ocupacional del usuario durante actividades relevantes a las ocupaciones deseadas, examinando la eficacia de las destrezas y los componentes de ejecución.
3. Seleccionar y utilizar evaluaciones específicas para medir las destrezas y los componentes de ejecución, según corresponda.
4. Seleccionar evaluaciones, según sea necesario, para identificar y medir más específicamente los contextos o entornos, demandas de las actividades, y las características del usuario que influyen en las destrezas y los componentes de ejecución.
5. Interpretar los datos de la evaluación para determinar qué apoya la ejecución y lo que la limita o restringe.
6. Desarrollar las hipótesis sobre las fortalezas y las limitaciones del desempeño ocupacional del usuario.
7. Establecer metas en colaboración con el usuario que se dirijan a los resultados deseados.

8. Determinar los procedimientos para medir los resultados de la intervención.
9. Delinear un posible enfoque o enfoques de intervención basado en las mejores prácticas y en las evidencias disponibles.

En el proceso de evaluación frecuentemente se utilizan varios métodos para evaluar al usuario, el contexto, la ocupación o la actividad, y el desempeño ocupacional. Estos métodos pueden incluir una entrevista con el usuario y familiares o cuidadores, la observación del desempeño y del contexto, revisión de la historia clínica, y evaluación directa de aspectos específicos de la ejecución. Pueden ser utilizadas herramientas de evaluación formales e informales, estructuradas y no estructuradas, y de criterio estandarizadas o normalizadas.

Comprendiendo cómo estos aspectos influyen dinámicamente entre sí, el terapeuta ocupacional puede evaluar qué intervenciones contribuirán en la mejora del desempeño ocupacional del usuario.

Los conocimientos y habilidades del terapeuta ocupacional, así como los principios teóricos y evidencia disponibles, guían su razonamiento clínico para la selección y aplicación de diversas teorías y marcos de referencia durante el proceso de rehabilitación.

Proceso de intervención

Durante este proceso, la información obtenida en la fase de evaluación, se integra con la teoría, los marcos de referencia y las pruebas, y se acopla en el razonamiento clínico para desarrollar un plan y llevarlo a cabo. El plan de intervención guía las acciones del terapeuta ocupacional y se basa en las prioridades del usuario. Las intervenciones son dirigidas a mejorar componentes de ejecución, áreas ocupacionales, adaptar contextos y modificar demandas de la

actividad con el fin de mejorar el desempeño ocupacional y facilitar la participación del usuario en una ocupación significativa, todo esto en colaboración con el usuario.

La intervención se provee para ayudar al usuario a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para satisfacer necesidades; y para modificar el contexto en el que participa el usuario.

Las intervenciones varían dependiendo del usuario y del contexto de la prestación de servicios. Por lo cual el término actual utilizado para referirse a los usuarios que asisten a los servicios de terapia ocupacional varía entre los escenarios de práctica y los modelos de prestación de servicios.

El diseño del plan de intervención debe estar enfocado en:

1. Los objetivos, los valores, las creencias y las necesidades ocupacionales del usuario.
2. La salud y el bienestar del usuario.
3. Las destrezas y componentes de ejecución del usuario.
4. La influencia colectiva que tiene el contexto, las demandas de la actividad y el usuario sobre éste.
5. El contexto de la prestación del servicio en el cual tiene lugar la intervención (por ejemplo, las expectativas del cuidador, la finalidad de la organización, los requerimientos del pagador, la legislación aplicable).
6. La mejor evidencia científica.

La selección, el diseño del plan de intervención y las metas están dirigidos a hacer frente a las necesidades actuales y a las necesidades potenciales del usuario relacionados con la participación en ocupaciones.

La planificación de la intervención incluye los siguientes pasos:

1. Desarrollar el plan. El terapeuta ocupacional desarrolla el plan con el cliente, y el asistente de terapia ocupacional contribuye al desarrollo del plan.

El plan incluye

- Metas objetivas y medibles con un plazo de tiempo.
- Enfoque o enfoques de intervención de terapia ocupacional
 - promover
 - restaurar
 - Mantener
- Mecanismos para la prestación del servicio
 - Personas proporcionando la intervención
 - Tipos de intervenciones
 - Frecuencia y duración del servicio.

2. Considerar las necesidades y planificación para posible alta.

3. Seleccionar los instrumentos para medir resultado.

4. Hacer recomendaciones o planes caseros según sea necesario.

Revisión del plan de intervención

La revisión de la intervención es el proceso continuo de re-evaluar y revisar el plan de intervención, la eficacia de la intervención, así como el progreso hacia los resultados. Al igual que durante la planificación de la intervención, este proceso incluye la colaboración con el usuario teniendo en cuenta sus metas. La re-evaluación y la revisión pueden conducir a cambios en el plan de intervención.

La revisión de la intervención incluye los siguientes pasos:

1. Re-evaluar el plan y cómo éste se está implementando en relación con el logro de los resultados.

2. Modificar el plan según sea necesario.
3. Determinar la necesidad para continuar o terminar los servicios de terapia ocupacional y la necesidad de remitir a otros servicios o profesionales.

El resultado global del proceso de intervención de terapia ocupacional mejorar el desempeño ocupacional, proporcionar bienestar al usuario y mejorar su calidad de vida.

Durante la implementación de la intervención y la re-evaluación, el usuario y el terapeuta, pueden modificar los resultados deseados para ajustar/ acomodar el cambio a las necesidades, los contextos, y las habilidades para su desempeño.

Proceso de seguimiento de los resultados

El terapeuta ocupacional y el usuario pueden redefinir los resultados deseados cuando se realice el análisis del desempeño ocupacional y el desarrollo del plan de intervención.

La ejecución de los resultados incluye los siguientes pasos:

1. Seleccionar los tipos de resultados y la medición de éstos, pero sin estar limitar el desempeño ocupacional, la adaptación, la salud y el bienestar, la participación, la auto-gestión, la calidad de vida del usuario.
 - La elección de la medida para evaluar los resultados se eligen al principio del proceso de intervención.
 - Seleccionar medios para evaluar los resultados que sean válidas, fiables, y apropiadamente sensibles al cambio en el desempeño ocupacional de usuario y que sean consistentes con los resultados.

- Seleccionar el instrumento para medir los resultados para un usuario deber ser congruentes con sus objetivos y metas.
- La elección del instrumento de medición de los resultados debe estar vinculada a la capacidad actual o potencial para predecir futuros resultados.

2. Utilizar los resultados para medir el progreso y modificar las metas y las intervenciones.

- Comparar el progreso con respecto al logro de la meta durante todo el proceso de intervención.
- Valorar la utilización del resultado y las consecuencias de tomar las decisiones sobre la futura dirección de la intervención (por ejemplo, continuar, modificar o terminar la intervención, proporcionar seguimiento, referir a otros servicios o profesionales).

5.10. MEDIOS TERAPÉUTICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL³⁶

La Ocupación lleva implícita una serie de actividades que son elegidas y ejecutadas diariamente por el individuo con el fin de satisfacer sus necesidades básicas y /o su auto-realización. Es así como los medios que utiliza el TO son:

- La actividad con propósito
- El proceso enseñanza aprendizaje
- La relación terapéutica
- El ambiente.

³⁶ TRUJILLO ROJAS, ALICIA. Terapia Ocupacional: Conocimiento y Práctica en Colombia. Editorial Universidad Nacional Edición 2002

La actividad: Permite la participación activa del sujeto en el cual se tiene en cuenta sus habilidades, capacidades, su nivel de motivación, intereses, sentimiento de competencia, su capacidad para la adquisición de habilidades y/o destrezas para una ejecución eficaz y eficiente en las áreas de ejecución ocupacional (Actividades de la vida diaria, Actividades laborales productivas y juego y/u ocio). Se utiliza como instrumento evaluativo o de intervención a lo largo de la continua función-disfunción ocupacional, previniendo y permitiendo la armonización integral de la persona.

Para usar la actividad, el TO debe realizar un:

- **Análisis:** Es un proceso por el cual nos apropiamos de los elementos inherentes que brinda la actividad. Sirve para determinar el propósito “terapéutico” de la actividad en las áreas de ejecución ocupacional.
- **Selección:** Requiere el balance entre las necesidades e intereses del individuo, el repertorio de habilidades personales y un modelo o acercamiento en el cual el Terapeuta Ocupacional escoge o guía su trabajo.
- **Adaptación:** Proceso que modifica la actividad para acoplarla a la meta.

Proceso Enseñanza- Aprendizaje: Se refiere al conjunto de acciones y estrategias que utiliza el sujeto de formación considerado individual o colectivamente contando con la gestión facilitadora y orientadora del TO, para lograr los objetivos de la formación ocupacional.

Relación terapéutica: se da la interacción entre dos o más personas en un contexto, en donde se crean patrones comportamentales y de comunicación que demarcan un proceso de influencia mutua (terapeuta- usuario). En las relaciones interpersonales el factor que prima es **la empatía**, la cual es la habilidad para percibir y entender el rol del otro y ser capaz de vivenciar sus sentimientos,

actitudes, valores y creencias a partir de su desempeño ocupacional.

Las fases de la relación interpersonal son:

- Adaptación,
- Control,
- Productividad
- Identidad.

El Ambiente: Es un compendio de factores naturales, sociales y culturales, etno-demográficos, políticos, económicos entre otros, existentes en un lugar y en un momento determinado que influyen en el estado físico y mental del individuo.

Estos aspectos llevan al individuo a tener una serie de:

- Actitudes
- Creencias
- Valores
- Formas de acción individual y grupal.

El TO reconoce que el ambiente tiene un efecto benéfico en el individuo, por lo cual:

- Altera
- Renueva
- Forma o adiciona elementos del ambiente.

Con el fin de:

- Remover barreras para la ejecución de las actividades.
- Brindar oportunidades de desarrollo, potencialización.
- Aprender a desarrollar modos de ejecución.

5.11. TERAPIA OCUPACIONAL EN ECV

El objetivo principal desde T.O con los usuarios con secuelas de ECV es: lograr que el usuario alcance el nivel más alto de independencia en las actividades de la

vida diaria y así mismo potenciar su participación en las tareas de naturaleza ocupacional, iniciando con las actividades básicas de autocuidado como son: alimentación, baño, vestido e higiene personal, requeridas para los diversos contextos que caracterizan su vida diaria.

El terapeuta ocupacional debe reentrenar con el usuario y la familia, aquellas actividades en la que presente dificultad, así mismo enseñarles el uso de ayudas técnicas que precise:

- Movilidad en cama. Ejercicios a realizar sobre la misma:
 - 1) Despegar la pelvis de la cama
 - 2) Abrir y cerrar las rodillas
 - 3) Girar las rodillas juntas hacia la derecha e izquierda sin mover los hombros
 - 4) Trasladarse arriba/abajo y derecha/izquierda en la cama.
- Paso decúbito supino a sedente, equilibrio y control de tronco al borde de la cama. Sedente primero al borde de la cama con asistencia, hasta conseguirla independientemente contra resistencia al empuje. Hay que insistir en la correcta alineación de los segmentos.
- Alimentación: indicándoles la postura correcta para comer (sentados, con los pies apoyados en el suelo, espalda recta apoyada sobre el respaldo de la silla, brazo pléjico sobre la mesa y comiendo plato por plato no con la bandeja entera)
- Transferencia a la silla de ruedas, a la cama, al sanitario, a la ducha/bañera, etc.
- Vestido: primero la parte superior después la inferior y al final concluyendo las prendas más complejas (ropa interior). Hay que tener en cuenta el lugar donde coloquemos la ropa y la posición de la misma para que no haya riesgo de caídas. Hay que secuenciar las tareas y proporcionar al usuario las estrategias necesarias para que pueda hacerlo de una forma óptima.

- Baño: incluyendo la transferencia a la bañera o plato de ducha, siempre se realizara esta actividad en sedente.
- Deambulaci3n por la habitaci3n con o sin ayudas t3cnicas en diferentes posiciones y direcciones. Tambi3n por la planta y el hospital fomentando la interacci3n con otros usuarios. En aquellos que no sea posible la marcha les enseñaremos a auto-propulsar su silla de ruedas para que se muevan de forma aut3noma.
- Subir y bajar escaleras de forma aut3noma³⁷.
- Muchos tipos de dispositivos de adaptaci3n se pueden utilizar para hacer que la persona sea m3s funcional e independiente, incluyendo dispositivos de alimentaci3n. Puede ser necesario adaptar en el hogar, rampas de construcci3n, cambio de mobiliario, cambio de manijas de puertas, instalar barras de apoyo, o ampliar las puertas, para facilitar el acceso y movilidad de la persona con secuelas de ECV en su hogar³⁸.

5.12. MARCOS DE REFERENCIA Y MODELOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

Marco de referencia del Neurodesarrollo³⁹

Proviene del desarrollo de la neurofisiolog3a y est3 basado en los principios del control motor, de la facilitaci3n neuromuscular y de la integraci3n sensorial. Este marco est3 concebido para ser utilizado en todo tipo de alteraciones del sistema nervioso central. Sus intenciones primarias: la restauraci3n del tono muscular normal, la organizaci3n postural adecuada y la recuperaci3n del movimiento

³⁷ DOMINGO GARC3A ANA MAR3A T.O. Tratamiento de Terapia Ocupacional en el Accidente Cerebro-vascular, Hospital de Guadarrama- Revista Gallega de Terapia Ocupacional

³⁸ DAVID C. GOOD, MD, FAAN; KERSTIN BETTERMANN, MD, PHD; RAYMOND K. REICHWEIN, MD Stroke Rehabilitation: *ACTIVITIES OF DAILY LIVING*

³⁹ POLONIO L3PEZ, BEGOÑA. *Terapia Ocupacional en discapacitados f3sicos: teor3a y pr3ctica*. Ed. M3dica Panamericana. Madrid. 2003. P.13-30.

normal. Su objetivo inmediato es lograr el equilibrio entre inhibición y facilitación, promoviendo las secuencias fisiológicas de control motor.

Diferentes enfoques se basan en este marco, a continuación se resumirán los más utilizados:

- **Enfoque Bobath o de control motor⁴⁰**: el tratamiento se orienta a frenar los patrones anormales de movimiento, devolviendo al usuario el control motor perdido; realizar la intervención siguiendo una secuencia de desarrollo; provocar los patrones básicos de movimiento y las respuestas de enderezamiento y de equilibrio, mediante los estímulos sensoriales adecuados; controlar la postura y el tono anormales, empleando patrones de inhibición de los reflejos (PIR).
- **Enfoque Kabat o de facilitación neuromuscular propioceptiva⁴¹**: este enfoque se basa en la idea de que el uso de la información propioceptiva o aferente de forma repetida “facilita” (por recepción sináptica) los mecanismos neuromusculares. Por otro lado, afirman que la actividad cotidiana se desarrolla en patrones de movimiento o conjuntos de movimientos integrados en formas diagonal o espiral alrededor de unos ejes o pivotes (cadera y hombro).
- **Enfoque de Brunstrom o terapéutica por el movimiento⁴²**: este método consiste en estimular los patrones motores normales mediante la producción de movimientos que son combinaciones de las sinergias básicas flexoras y extensoras y estímulos de los reflejos primitivos (cuando hay escaso movimiento voluntario y pocas posibilidades de recuperarlo). Por tanto, su fin está orientado a hacer surgir movimiento reflejo y reacciones motoras primitivas con el objetivo de ayudar al usuario a iniciar

⁴⁰ Ibídem p. 16

⁴¹ Ibídem p. 16.

⁴² Ibídem p. 17.

el movimiento voluntario y a controlar las sinergias, antes de llegar a un control motor selectivo (Trombly, 1990a).

- **Enfoque de Rood o de estimulación sensorial⁴³**: este enfoque utiliza las siguientes técnicas para su aplicación: estimulación cutánea mediante el cepillado rápido y suave, que facilita la estimulación de grupos musculares inhibidos; aplicación de frío para reducir la actividad de los husos neuromusculares; estímulo de los dermatomas mediante pequeños golpeteos, haciendo presión en el vientre muscular o con vibraciones; movilización lenta o estiramiento rápido para producir un efecto facilitador o inhibidor; estimulación vestibular: movimientos de la cabeza, los giros, posicionamiento sobre una pelota terapéutica, etc., producen estimulación vestibular y reducen la hipertonía.

Marco de Referencia Rehabilitador⁴⁴

Se orienta a lograr en la persona la mayor independencia posible en las actividades de la vida diaria, enseñando al usuario a compensar el déficit subyacente que no puedan remediarse. Se apoya en cuatro premisas básicas:

- Una persona puede recuperar la independencia a través de la compensación.
- La motivación para la autonomía está influenciada por los valores, los roles y los hábitos del usuario.
- La motivación para la autonomía no puede separarse del contexto ambiental. El entorno doméstico, el sistema de soporte familiar o la situación económica del usuario son ejemplos de las influencias ambientales sobre la motivación para la autonomía.

⁴³ Ibídem p. 17.

⁴⁴ Ibídem p. 21.

- Para que la autonomía sea posible, es necesario un mínimo de destrezas cognitivas y emocionales.

En este marco, se enseña al usuario a compensar los déficit mediante el uso de técnicas y/o equipos adaptados que incluyen la utilización de ortesis, ayudas técnicas para la vida diaria o adaptaciones y/o modificaciones en el hogar y en el entorno (Duton, Levy y Simón, 1998)

Modelo de Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)⁴⁵

Describe las competencias profesionales y el contenido del proceso de T.O. consiste en tres áreas de ejecución (actividades de autocuidado, trabajo y actividades productivas y actividades de ocio y juego), tres componentes de la ejecución (sensoriomotor, cognitivo- integración cognitiva y psicológico-psicosocial) y dos contextos de ejecución (aspectos ambientales y temporales). El desempeño en las áreas de ejecución tiene lugar en el contexto en el cual se llevan a cabo las actividades. Por esta razón, el modelo refleja los aspectos temporales y del entorno de los contextos del desempeño.

Este modelo se basa en la idea de que el individuo requiere una serie de capacidades mínimas para desarrollar sus roles vitales dentro de la sociedad de forma satisfactoria y adecuada, teniendo en cuenta la edad, la cultura y el entorno en que desarrolla su vida. El desempeño ocupacional se refiere a la capacidad de ejecutar aquellas tareas que hacen posible la realización de los roles ocupacionales⁴⁶.

⁴⁵ POLONIO LÓPEZ, BEGOÑA; DURANTE MOLINA, PILAR; NOYA ARNAIZ, BLANCA. *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2003. P. 104.

⁴⁶ *Ibíd*em p. 25.

Las áreas del desempeño ocupacional son las categorías de la actividad humana que son parte típica de la vida cotidiana. Son actividades de auto cuidado, de trabajo, actividades productivas y actividades de ocio o juego.

Los componentes del desempeño son patrones de conducta aprendidos durante el desarrollo que, en una variedad de grados y en diferentes combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las áreas del desempeño ocupacional. Incluyen tres tipos de componentes: sensitivo-motor, cognitivo y de integración cognitiva, y sicosocial y psicológico.

Los contextos del desempeño son situaciones o los factores que influyen en la participación de una persona en las áreas del desempeño deseadas y/o requeridas. Incluyen los aspectos temporales y los aspectos ambientales de la ejecución ocupacional.

Relación entre el MDO y el enfoque del Neurodesarrollo⁴⁷.

Todos los abordajes del Neurodesarrollo están dirigidos a la recuperación del control motor perdido. No consideran la motivación, la atención, la disfunción en los roles, ni la influencia de esos factores en la conducta motora. Sin embargo, los abordajes del Neurodesarrollo pueden ser utilizados en terapia ocupacional para preparar al usuario para un mejor desempeño y como método preventivo de la discapacidad a través de la participación en la ocupación. Cuando se utilizan previamente para facilitar la actividad propositiva, los abordajes del neurodesarrollo pueden ser un método valioso dentro del MDO, dirigidos a las áreas del desempeño y a los componentes de ejecución.

Relación entre el MDO y el enfoque rehabilitador.

El término rehabilitación significa “retorno a la habilidad”, que es el retorno a la más plena utilidad física, psíquica, social, económica y laboral que le sea posible a

⁴⁷ Ibídem p. 30.

la persona. Significa la habilidad para vivir y trabajar con las capacidades residuales. Por tanto, el foco principal del programa de tratamiento son más las capacidades que las discapacidades. La rehabilitación está relacionada con el valor intrínseco, la dignidad del individuo y con la restauración de una vida propositiva y satisfactoria.

5.13. PRACTICA DE TERAPIA OCUPACIONAL BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)

La planificación de la intervención en terapia ocupacional, implica, según Polonio (2003), la identificación de problemas y necesidades de la persona, sujeto de atención y la utilización de todo recurso disponible para la intervención; tanto, material como humano; la eficacia en este proceso se traduce en la clave de la efectividad de la terapia, es por ello, que comprender el proceso es esencial. El proceso de planificación de intervención, se basa, en el o los problemas, además, de análisis del mismo y ocurre en tres estadios: organización de la información, establecimiento de metas y objetivos y por último, el diseño de programa en donde es obligatorio la participación del razonamiento clínico.

El razonamiento clínico, es entendido por Labrador, como un proceso implícito dentro de la planificación, elección y actuación del terapeuta ocupacional, que se refleja en el cuidado del cliente. El cual, se desarrolla e integra mediante la experiencia y la práctica, en otras palabras, no depende exclusivamente del conocimiento teórico, sino del dominio cognitivo, de la práctica y experiencia vivida⁴⁸.

Según lo anterior el razonamiento clínico es un proceso cognitivo, que se obtiene a través de la práctica, y está mediando por las estrategias utilizadas tales como,

⁴⁸ SANTANA, Z. Del razonamiento clínico a la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia. Espacio T.O. Venezuela. Revista electrónica, Nº 1, 2008

interpretación de la información y planeación de actividades, esto se adquiere a través la experiencia y la búsqueda de información que esté basada en evidencia científica, lo cual le permitirá al terapeuta ocupacional la toma de decisiones.

El primer concepto de Práctica Basada en la Evidencia (PBE) fue originariamente suministrada por Sackett y colaboradores y fue comúnmente aceptada por las profesiones sanitarias; los autores la definieron como el «uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia en el proceso de toma de decisiones acerca del cuidado de la salud de la persona⁴⁹» (Sackett et al., 1996).

A fin de conciliar el uso de la evidencia científica con el juicio profesional y las características específicas de cada usuario, la definición primaria fue posteriormente adaptada en los siguientes términos: «Práctica Basada en Evidencia es la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación con la pericia profesional y los valores del usuario». La idea de la PBE se apoya sobre varios principios o elementos esenciales, que pueden ser resumidos del modo siguiente (Greenhalgh et al., 2003; Sackett et al., 2000; Weil, 1999):

1. Formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario. Tales cuestiones pueden ser relativas a diagnóstico, prevención, tratamiento o pronóstico.
2. Búsqueda, en la literatura científica, de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada.
3. Valoración crítica de la evidencia hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada.

⁴⁹ «Evidence-based practice is the conscientious, explicit and judicious use of current evidence in making decisions about the care of individuals» (Sackett et al., 1996).

Tomado del Artículo: MORAGO Pedro. Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social, Universidad de Oxford, Vol. 17 (2004): Páginas 5-20

4. Aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales y los valores y preferencias del usuario.
5. Evaluación periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada.
6. Revisión y perfeccionamiento de la intervención adoptada para aplicaciones sucesivas de la misma⁵⁰.

5.14. PRACTICA ACTUALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACION DE USUARIOS POST-ECV⁵¹

Históricamente, varios métodos de tratamiento se han introducido y adoptado por fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Los métodos de rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular adoptada por los terapeutas varían mucho en función de sus conocimientos previos, la experiencia clínica, las habilidades clínicas y las preferencias personales (según DeGangi y Nilsson). La disponibilidad de una gran cantidad de métodos de tratamiento muestra que las prácticas de rehabilitación están en constante evolución.

En los estudios realizados por Latham y Richards, llegaron a la conclusión que la terapia ocupacional utiliza múltiples enfoques en los tratamientos. Los terapeutas proporcionan entrenamiento en tareas funcionales, basada en las habilidades funcionales de los usuarios.

Los métodos de rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular adoptada por los terapeutas varían mucho dependiendo de varios factores. La disponibilidad de una

⁵⁰ MORAGO Pedro. Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social, Universidad de Oxford, Vol. 17 (2004): Páginas 5-20

<http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS0404110005A.PDF>

⁵¹ PRADEEP NATARAJAN et al. Current clinical practices in stroke rehabilitation: Regional pilot survey. Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 45, Number 6, 2008

gran cantidad de métodos de tratamiento y muestra que las prácticas de rehabilitación de usuarios post-ECV están en constante evolución.

En el estudio de Hafsteinsdóttir y colaboradores (2007) señala que los terapeutas ocupacionales y físicos practican técnicas clínicas tales como Brunnstrom / PNF y Bobath, para la rehabilitación de usuarios post-ECV, recibidas en su formación profesional, a pesar de la falta de evidencia para apoyar estos enfoques.

Según el estudio de Pradeep, los terapeutas parecen adoptar un enfoque ecléctico y combinan los principios de los diferentes enfoques en su práctica actual, que puede indicar la necesidad de un enfoque óptimo para ser desarrollado a través de más investigación. Los terapeutas ocupacionales y físicos utilizan las técnicas para la rehabilitación de los usuarios, pero con un énfasis diferente en función de las condiciones individuales. Y generalmente los objetivos están encaminados la reeducación de los movimientos normales y facilitar la adaptación a la función.

Según los resultados de la investigación del autor mencionado anteriormente los métodos preferidos para la rehabilitación de los usuarios que han sufrido una enfermedad cerebrovascular son los métodos Bobath y Brunnstrom, que están siendo utilizados por un 93% y el 85% de los terapeutas físicos y ocupacionales, respectivamente. Algunos métodos de tratamiento más recientes que han demostrado ser eficaces se practican sólo por una minoría de los terapeutas tales como la Terapia de movimiento inducida por restricción.

6. MARCO CONTEXTUAL

6.1. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” Empresa Social del Estado, como centro docente asistencial, ofrece el desarrollo de modelos de atención e investigación en salud y formación de Talento Humano altamente competente.

Mediante el Decreto Departamental N°1807 del 7 de noviembre de 1995 el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” se transforma en Empresa Social del Estado, en cumplimiento al artículo 194 y 197 de la Ley 100 de 1993. Se entiende así como una categoría especial de entidad pública descentralizada del orden Departamental adscrita a la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, artículo 195 de la Ley 100 de 1993.

El Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. ha trabajado desde hace varios años en la definición y estandarización de procesos y procedimientos bajo lineamientos de la norma ISO 9001:2000, por lo cual tomaron la determinación de trabajar por la certificación de las Unidades de Salud Mental, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Nuclear, Banco de Sangre y Lavandería. El plan a mediano plazo contempla replicar esta experiencia en los demás servicios de la Institución, para construir el Hospital del siglo XXI en donde la prestación de los servicios de Salud tenga total garantía de la calidad.

MISIÓN

Brindar como Empresa Social del Estado, Servicios de Salud de mediana y alta complejidad, a la comunidad Nacional e Internacional con énfasis en el

Departamento del Valle del Cauca, asegurando el equilibrio financiero y la rentabilidad social; ofreciendo servicios de alta tecnología y garantizando la calidad de la atención con personas competentes, motivadas y altamente comprometidas. Como Hospital Universitario, participa en la formación, desarrollo y actualización del Talento Humano en la modalidad formal y educación para el trabajo, privilegiando lo público con lo público, en el marco de los convenios docencia - servicios, con instituciones educativas nacionales e internacionales.

VISIÓN

En el año 2015, el Hospital Universitario del Valle como Empresa Social del Estado será líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad en Latinoamérica, el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud y protagonista en el desarrollo de políticas de la Salud Nacional.

POLÍTICA DE LA CALIDAD

Brindar a cada uno de nuestros usuarios excelentes servicios de salud al dedicar los mayores esfuerzos en el mejoramiento continuo y en garantizar la satisfacción de nuestros clientes; apoyados en talento humano competente y en desarrollo de servicios y proyectos estratégicos que nos consoliden como el mejor escenario para la formación académica y una entidad que trabaja por el equilibrio financiero y la rentabilidad social.

6.2. UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

CONTEXTO HISTÓRICO

En el año de 1966 fue creado el servicio de Medicina Física y Rehabilitación como parte del servicio de ortopedia del Hospital Universitario del Valle, desde ese entonces ha tenido un carácter académico asistencial consolidándose el 17 de

Mayo de 1973 como una Unidad autónoma. A lo largo de los últimos años ha desarrollado programas de promoción, prevención, habilitación, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas en situación de discapacidad que residen en el Suroccidente Colombiano.

Ante la prestación de servicios bajo condiciones inapropiadas, debido a una planta física en mal estado y a la obsolescencia de equipos y materiales terapéuticos y dada a la gran cantidad de usuarios en situación de discapacidad, a los cuales no se les podía prestar el servicio en condiciones óptimas, la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación decidió en Octubre del año 2004 elaborar y presentar el proyecto de remodelación de un Centro de Rehabilitación en Cali para víctimas de minas y violencia; el cual fue gestionado a través de la Vicepresidencia de la República de Colombia, el Observatorio Nacional de Minas, la Campaña Nacional contra Minas Antipersona y la Dirección General del Hospital Universitario del Valle.

Este proyecto fue posicionado ante entes financiadores, con objetivos misionales en la rehabilitación de las personas en situación de discapacidad por minas antipersona y violencia; de esta manera el pueblo y Gobierno Japonés a través de su Embajada en Colombia decidió apoyarlo en Febrero del año 2005 y entregó los recursos necesarios para la adecuación locativa y la adquisición tecnológica, el día 30 de Marzo de 2005, en acto protocolario realizado en el Palacio de Nariño con la presencia del señor Presidente de la República de Colombia, el Embajador de Japón, el Director del Hospital Universitario del Valle, el equipo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación y demás gestores.

Igualmente concurren en la financiación del proyecto el Hospital Universitario del Valle con recursos propios y la Gobernación del Valle del Cauca. El 13 de Mayo de 2005 se inició la construcción y fue inaugurado el 13 de Junio de 2006 contando con la presencia de todos los actores que participaron en la

consolidación de este Centro de Rehabilitación, que se constituye como orgullo del Valle del Cauca y del País.

OBJETIVO

Optimizar las capacidades de los usuarios con discapacidad, para lograr su integración a la vida familiar, social y laboral, a través de la utilización de los recursos en Medicina Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Trabajo Social y Psicología, con criterios de calidad, oportunidad y efectividad. Contribuir, por su carácter docente-asistencial en la formación de personal de salud a nivel de pregrado y postgrado, mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, para el desempeño de profesionales idóneos en lo científico, humano, social y laboral.

PLANTA FÍSICA

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación cuenta con modernas instalaciones, ubicada en el primer piso del Hospital.

Se encuentra dividida en áreas de: Consulta médica, psicología, trabajo social, Fisioterapia y acondicionamiento físico, Terapia ocupacional y del lenguaje, Electro-diagnóstico, Plazoleta de entrenamiento, deambulación y movilidad comunitaria, con piscina climatizada.

ÁREAS FUNCIONALES DE ATENCIÓN

- Consulta médica especializada en Medicina Física y Rehabilitación Electro-diagnóstico
- Fisioterapia
- Terapia Respiratoria
- Terapia Ocupacional
- Fonoaudiología

- Rehabilitación Cardíaca
- Rehabilitación Pulmonar
- Rehabilitación de Piso Pélvico
- Rehabilitación Visual
- Psicología
- Trabajo Social

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

1. Programa De Rehabilitación Integral Básica Funcional Para El Adulto Ciego.

El Proceso de Rehabilitación comprende las siguientes áreas:

- Terapia Ocupacional Integral, en la que se incluyen: Actividades de la Vida Diaria,
- Desarrollo de la habilidad Sensoperceptual, Cognitiva y Manual.
- Tiflología: Orientación y Movilidad en espacios cerrados y abiertos, Alternativas de la comunicación (Braille, Ábaco, inicio en el manejo del computador empleando Programa Jaws).
- Apoyo Psicosocial al usuario y su familia desde las áreas de Psicología y Trabajo social.
- Terapia Física Integral: acondicionamiento físico y estimulación de cualidades comprometidas por pérdida de la visión (balance, equilibrio y coordinación).

2. Programa De Rehabilitación Cardíaca

El programa de Rehabilitación Cardíaca tiene como objetivo promover el máximo nivel funcional del usuario con compromiso cardiovascular mediante la prescripción y ejecución del ejercicio físico, la modificación en el desempeño de actividades, la educación en la reducción de factores de riesgo modificables, para

facilitar su participación e integración a la vida cotidiana con el fin de mejorar su calidad de vida.

3. Programa De Rehabilitación Pulmonar

El programa de Rehabilitación Pulmonar tiene como objetivo promover el máximo nivel funcional cardiopulmonar, en usuarios con enfermedades pulmonares crónicas y factores de riesgo para adquirirlas; mediante la prescripción y ejecución del ejercicio físico, la modificación en el desempeño de actividades, la educación en la reducción de factores de riesgo modificables y exacerbaciones propias de su condición de salud, que faciliten su participación e integración a la vida cotidiana con el fin de mejorar su calidad de vida.

Servicios ofrecidos:

Prueba de función pulmonar: Espirometría curva flujo volumen pre y post broncodilatador. Test de caminata de 6 minutos. Presiones inspiratorias máximas y presiones espiratorias máximas. Test de pulsoximetría Prueba de ejercicio cardiopulmonar: Ergo-espirometría.

4. Programa De Rehabilitación De Piso Pélvico

El Programa de Rehabilitación de Piso Pélvico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, es un programa clínico de manejo profesional especializado, enfocado al tratamiento de todas aquellas alteraciones de la musculatura del piso pélvico que generan su debilidad o incompetencia e influyen en el adecuado funcionamiento del sistema genitourinario y ano-rectal, impactando de manera negativa en la calidad de vida.

Objetivos del Programa:

Reeducar y fortalecer los músculos del piso pélvico, optimizar su función y minimizar efectos producidos por su inadecuado funcionamiento.

Educar al usuario en el manejo de patologías que generan incontinencia urinaria y fecal, asegurando su participación activa en el proceso de rehabilitación.

Indicaciones:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia de urgencia.
- Incontinencia fecal.
- Prolapsos genitales.
- Síndromes dolorosos del piso pélvico.
- Postquirúrgico prostatectomía.
- Postparto.

5. Programa De Rehabilitación Vestibular

Es un conjunto de ejercicios y actividades donde se promueve la compensación vestibular, es decir; el conjunto de procesos que llevan a la recuperación del equilibrio, después de un episodio de vértigo.

Incluye:

- Educación al usuario y su familia
- Manejo de síntomas
- Ejercicios para recuperar el equilibrio
- Reentrenamiento para desempeñar las actividades de la vida diaria
- Manejo psicológico
- Duración 2 semanas (Aproximadamente)

Está a cargo de los servicios de fisioterapia, Psicología y Terapia Ocupacional se ofrece en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del HUV.

HORARIOS DE ATENCIÓN:

De lunes a viernes entre las 7:00 a.m. y las 5:30 p.m.

Las citas o información adicional pueden ser solicitadas en los teléfonos:

620 60 95 - 620 61 83 ó 620 61 84

6.3. SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

La planta física del servicio cuenta con 8 salones los cuales están distribuidos de la siguiente forma:

- Taller de ortesis
- Actividades de la vida diaria 1: este espacio está dotado con una cocina integral la cual cuenta con elementos de uso común para la ejecución de tareas ocupacionales requeridas para la preparación de alimentos, cuidado y mantenimiento del hogar. En esta misma área esta una sala y un comedor, cuenta con elementos que se utilizan en la simulación de tareas instrumentales de mantenimiento del hogar. Este espacio es utilizado para proceso evaluativo y entrenamiento en las AVD.
- Actividades de la vida diaria 2: este espacio está dotado con cama, baño y ducha con adaptaciones en el entorno, para realizar proceso evaluativo y entrenamiento en estas actividades.
- Estimulación multisensorial
- Coordinación dinámica
- Taller de desempeño ocupacional
- Salón para grupo
- Oficina de Terapia Ocupacional

El servicio de terapia ocupacional desarrolla programas integrales de rehabilitación los cuales cumplen con los más altos estándares de calidad en un ambiente cálido y amable.

Interviene en los siguientes programas:

- Rehabilitación en trauma

- Rehabilitación del amputado
- Rehabilitación de alteraciones de columna vertebral
- Rehabilitación cardíaca
- Rehabilitación pulmonar
- Rehabilitación neurológica de origen central y periférico
- Neurodesarrollo
- Rehabilitación del usuario quemado
- Elaboración de ortesis y equipo especial
- Escuela de padres
- Atención de las alteraciones en las habilidades escolares

En el servicio de terapia ocupacional se desarrollan el diagnóstico y pronóstico ocupacional, a través de la implementación de pruebas evaluativas estandarizadas y no estandarizadas, que permiten identificar los riesgos, problemas o desequilibrios del Desempeño Ocupacional de los usuarios y orientar el proceso de rehabilitación funcional con enfoque integral.

Para el servicio de Terapia Ocupacional, la valoración de la capacidad funcional debe permitir, determinar las posibilidades de cambio no solo de la autonomía personal de un usuario, sino desde su posibilidad de vivir de una manera independiente.

Ofrece los servicios de terapia en hospitalización y en consulta externa dentro de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Para esto cuenta con cinco terapeutas ocupacionales:

- 2 Tiempo completo
- 2 Medio tiempo

Debido a la función del Hospital Universitario del Valle como centro Docente Asistencial y formador de talento humano, sostiene en la actualidad convenio con la Universidad del Valle y cuenta con estudiantes de Práctica Profesional I y II para octavo y noveno semestre, y Taller del Desempeño para los estudiantes de décimo semestre del Programa Académico de Terapia Ocupacional, quienes reciben supervisión por parte de una docente Ad Honorem y docente ocasional de la Universidad del Valle.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE DISEÑO:

Esta investigación fue de tipo descriptivo observacional- longitudinal, debido a que su objetivo fue describir el estado, los factores, procedimientos y las características de una población específica y la temporalidad de las mediciones y la existencia de seguimiento que se realizarán a lo largo de un período de tiempo.

7.2. POBLACION, MUESTRA Y CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

UNIVERSO:

Estuvo compuesto por los usuarios con secuelas de ECV, atendidos en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E, en el período comprendido entre junio y septiembre del 2012.

La caracterización de las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en esta investigación, estuvo circunscrita al desempeño de los mismos durante la realización de intervenciones terapéuticas; por lo tanto se incluyó dentro del estudio a una población de sujetos con enfermedad cerebro vascular, para

observar y medir los componentes que caracterizan el proceso de atención en Terapia Ocupacional.

POBLACION:

La muestra a conveniencia es una estrategia utilizada especialmente para muestras pequeñas y muy específicas. Los investigadores deciden, según sus criterios de interés y basándose en los conocimientos que tienen sobre la población, qué elementos entrarán a formar parte de la muestra de estudio. Las estrategias son variadas y responden a los enfoques de investigación, algunas son las siguientes: Muestreo de casos extremos, muestreo de casos poco usuales, muestreo de casos con máxima variación, muestreo de subgrupos homogéneos, entre otros. En este muestreo «no probabilístico» fue muy importante definir con claridad los criterios de inclusión y exclusión, y cumplirlos rigurosamente⁵².

MUESTRA A CONVENIENCIA:

Usuarios con secuelas de ECV remitidos al servicio de consulta externa de Terapia Ocupacional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E en el período comprendido entre julio y septiembre del 2012 y que cumplieron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mayores de 18 años con secuelas de ECV que hubieran sido remitidos al servicio de consulta externa de Terapia Ocupacional

⁵² C. Fuentelsaz Gallego. Cálculo del tamaño de la muestra. Enfermera de investigación. Hospital Universitario «Vall d’Hebron». Barcelona; FRAILE CALLE LUIS. Investigación en enfermería. *Universidad Salamanca. Licenciado en Ciencias de la Educación. Master en Comunidades Europeas y Enfermero.*

- Usuarios con secuelas de ECV que desearan participar del estudio y firmaran el consentimiento informado.
- Usuarios que se encontraran afiliados a una entidad prestadora de servicios de salud.
- Usuarios a los que se les hubiese programado un mínimo de 10 sesiones de intervención.

CRITERIOS QUE CAUSARON EL RETIRO DEL ESTUDIO:

- Inasistencia al 35% de las sesiones programadas en Terapia Ocupacional.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios que hubiesen sufrido una ECV anteriormente.
- Usuarios que vivieran fuera de la ciudad de Cali.

7.3 VARIABLES

Variable independiente: Intervenciones de Terapia Ocupacional (T.O) en usuarios con secuelas de ECV.

Variable dependiente: Ejecución en las Actividades Básicas de la Vida Diaria

Variable interviniente: Principios de la Practica Basada en la Evidencia

Variables	Definición Operacional	Indicadores	Nivel de Medición
Intervenciones en Terapia Ocupacional en usuarios con secuelas de ECV	Utilización de procedimientos y medios terapéuticos para la rehabilitación de actividades de la vida Diaria.	Tipos de intervenciones	NOMINAL: Si No No Aplica Instrumento de recolección: Rejilla de registro observacional de las intervenciones de T.O en ECV (ver anexo 2).
		Tiempo de las intervenciones	
		Medios Terapéuticos utilizados	
		Duración de la técnica aplicada	
Ejecución en las AVDB	Realización de las actividades orientadas al cuidado del propio del cuerpo que se realizan en mayor o menor medida a lo largo del día y están destinadas al cuidado y calidad de vida de uno mismo.	Calificación de la FIM Nivel de participación e independencia en las actividades	ORDINAL: Independencia completa: no es necesario algún ayudante, realiza la tarea con seguridad dentro de una cantidad de tiempo razonable, y sin dispositivos, ayudas, o modificadores de la tarea. Independencia modificada: No es necesario algún ayudante, pero requiere más tiempo normal para hacer una tarea, o requiere de un dispositivo de asistencia o modificación de la tarea Supervisión o preparación de los

		medios: necesita solamente alguien cerca o necesita las órdenes o supervisión para ejecutar la tarea (sin contacto físico). Mínima asistencia por contacto o ayuda: la persona aporta el 75% o más del esfuerzo necesario para hacer la tarea. Moderada asistencia o ayuda: la persona aporta más del 50% y menos del 75% del esfuerzo necesario para hacer una tarea y no requiere más que un ayudante o contacto. Máxima asistencia o ayuda: la persona pone menos del 50% del esfuerzo necesario para hacer una tarea, pero al menos el 25%. Asistencia o ayuda completa o total: la persona pone menos del 25% del esfuerzo necesario para hacer una tarea. Instrumento de recolección: Medida de Independencia Funcional (FIM) (ver anexo 5)
Principios de la PBE	Elementos esenciales	NOMINAL:

	que permitirán la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación con la pericia profesional y los valores del usuario.		Cumple No cumple Instrumento de recolección: Lista De Chequeo Para La Examinación De Documentos Que Fundamentan La Intervención En Terapia Ocupacional en el HUV- Cali (Ver anexo 4).
--	---	--	---

Tabla. Operacionalización de las Variables

7.4. SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizaron cinco instrumentos de recolección de datos:

- Lista de Chequeo, para la examinación de los documentos que fundamentan la intervención en terapia Ocupacional para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria de usuarios con secuelas de ECV, en el HUV (ver anexo 3).
- Grabación de videos: el sistema de video permitió observar la totalidad de las intervenciones y re-observarlas, de igual modo facilitó ver la relación entre los objetivos de tratamiento, la técnica utilizada y la calidad de las intervenciones (medios terapéuticos).
- Rejilla de registro observacional, la cual apoyó lo evidenciado en las intervenciones y facilitó la identificación de las intervenciones que aplicaron o utilizaban los Terapeutas Ocupacionales para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV (ver anexo 4).
- Observación de los resultados de la FIM en la evaluación inicial y evaluación final del usuario con secuela de ECV, lo cual permitió evidenciar los cambios en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, en esta población, con los procedimientos aplicados por los Terapeutas Ocupacionales durante el proceso de rehabilitación (ver anexo 5).
- Lista de chequeo la cual permitió medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales a los métodos de intervención para la rehabilitación en las

actividades básicas de la vida diaria de usuarios con secuelas de ECV establecidos por la institución en la cual se ofrecen los servicios de rehabilitación (ver anexo 6).

7.5. PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto de una de las técnicas de recolección de información: la rejilla de registro observacional, para la cual se seleccionaron dos usuarios con secuelas de ECV de una institución de tercer nivel de Cali. El diseño del instrumento de recolección de la información se realizó teniendo en cuenta el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, Edición 2008, los marcos de referencia Neurodesarrollo y Rehabilitador.

Se observó dos intervenciones realizadas por Terapeutas Ocupacionales, la primera a una mujer de 43 años, y la segunda observación a un hombre de 72 años, la duración de cada observación fue de aproximadamente 30 minutos. Durante la recolección de la información la rejilla de registro observacional se modificó, como resultado de la reformulación de los ítems a observar, que posteriormente facilitaron la recolección de la información.

Las modificaciones fueron las siguientes:

En la parte de información general se adicionaron los siguientes ítems: fecha de inicio del tratamiento, edad del usuario, hace cuanto sufrió la ECV, intervenciones previas y las intervenciones actuales del usuario, esta información se incluyó para contextualizar la intervención y de igual forma conocer más datos que permitiera determinar el cambio en la realización de las actividades básicas de la vida diaria del usuario.

En la sección de información específica de la intervención, se adicionó el ítem de descripción de la sesión, en donde se sintetizó las acciones o actividades que se llevaban a cabo durante la intervención.

En la sección de medios utilizados por la terapeuta ocupacional, se adicionó la duración del medio con el propósito de conocer, el tiempo de utilización dentro de la sesión.

7.6. FASES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente proyecto se realizó en las siguientes fases:

FASE 0 Formulación de Proyecto y búsqueda bibliografía: Planteamiento de objetivo, investigación bibliográfica en relación al papel del Terapeuta Ocupacional con la población con secuelas de Enfermedad Cerebrovascular.

FASE 1 Estructuración del proyecto:

Con base en la información adquirida en la fase anterior se procedió a estructurar el proyecto considerando: los objetivos, el marco teórico y contextual, la metodología, cronograma, presupuesto entre puntos necesarios para la realización del mismo.

Luego se procedió a realizar una prueba piloto con dos personas que cumplieron los criterios de inclusión pero no participaban de la investigación, finalmente se realizó la corrección de los instrumentos de recolección de información y el diseño metodológico. (Ver Prueba Piloto)

Posteriormente se realizó la presentación a directivas en comité técnico de la UMFR del Hospital.

FASE 2 Aprobación por el comité de ética:

Se realizó la presentación del proyecto de investigación y se esperó el consentimiento para su ejecución.

FASE 3: Recolección de información:

En la realización de este proyecto investigativo se aplicaron cinco instrumentos de recolección de información: una Lista de Chequeo para la caracterización de los documentos que fundamentan la intervención de Terapia Ocupacional para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE; se tomó registro de cada intervención a través de Ayuda audiovisual (video); una Plantilla de Registro Observacional, la cual facilitó la identificación de los métodos que aplicaron los Terapeutas Ocupacionales durante las intervenciones; una Lista de Chequeo la cual permitió medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales a los métodos de intervención para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV establecidos por la institución, y la Observación de los resultados de la prueba estandarizada FIM en la evaluación y reevaluación de los usuarios con secuelas de ECV.

Las listas de chequeo y la plantilla de registro observacional, fueron instrumentos creados por las investigadoras, los puntos considerados en cada instrumento de recolección de información, tuvieron como base la literatura, aportes del modelo del Desempeño Ocupacional de la AOTA, y de los marcos de referencia de Neurodesarrollo y Rehabilitador.

Los instrumentos fueron ajustados y validados gracias a los resultados de la prueba piloto realizada por el grupo de investigación conformado por Katherine Gómez y Ana Yire Mina, estudiantes de Terapia Ocupacional quienes fueron las encargadas de aplicar las herramientas de recolección.

La población del proyecto fueron los usuarios con secuelas de ECV que se remitieron al servicio de Terapia Ocupacional en consulta externa y que cumplieron los criterios de inclusión.

El primer paso para el proceso de recolección de la información fue la presentación del proyecto de investigación a las terapeutas, practicantes de Terapia Ocupacional que formaban parte del servicio, y a la población objeto de estudio (usuarios con secuelas de ECV), luego se establecieron acuerdos para la participación a través consentimiento informado, el cual consideró los aspectos de tiempo en la participación, responsabilidades, garantías sobre la confidencialidad de la información, termino de la participación, entre otros. Se estableció un cronograma para la observación de las intervenciones.

El segundo paso consistió en el desplazamiento de las investigadoras hasta la Institución Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE, para la examinación de los documentos que fundamentan la intervención de Terapia Ocupacional para la rehabilitación de usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular a través de la aplicación de la lista de chequeo y la entrevista.

El tercer paso consistió en realizar el proceso de observación a cada intervención realizada a la población objeto de estudio mediante la toma de video y el registro en la plantilla observacional, de igual forma se observó la aplicación de la prueba FIM en la evaluación inicial de cada usuario.

El cuarto paso consistió en revisar cada grabación videográfica de las intervenciones junto con la plantilla observacional con el fin de identificar cada medio de intervención aplicado por las Terapeutas Ocupacionales y si lo evidenciado en la plantilla coincidía con el video. Una vez se finalizó este paso, se

destruyó el video manteniendo las garantías de confidencialidad de los participantes del estudio.

El quinto paso fue la aplicación de la lista de chequeo con la cual se midió la adherencia de los Terapeutas Ocupacionales a los medios de intervención para la rehabilitación en las actividades básicas de la Vida Diaria de usuarios con secuelas de ECV establecidos por la Institución.

El sexto paso consistió en observar la evaluación final de cada usuario con la prueba FIM, para determinar los cambios en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, de los usuarios con secuelas de ECV, con los procedimientos aplicados por los Terapeutas Ocupacionales durante el proceso de rehabilitación.

Fase 4: Interpretación de los resultados:

Los resultados recolectados se almacenaron en el programa Microsoft Excel® a través de una base de datos donde se sintetizó la información obtenida de los documentos que fundamentan la intervención de Terapia Ocupacional para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV. Se creó una segunda base de datos donde se condensó la información de las intervenciones observadas, enumeradas por código para cada usuario y terapeuta. Igualmente para el análisis estadístico se utilizó el programa Microsoft Excel® a través de representaciones gráficas, finalmente tras el análisis de los datos obtenidos se genera una discusión donde se dio respuesta a la pregunta problema, a los objetivos general y específicos y se establecieron las conclusiones de la investigación.

Fase 5: Presentación del trabajo:

Se realizará la presentación del proyecto de investigación ante el Comité del Programa Académico de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle, donde se elegirían a los evaluadores que realizarán la revisión y calificación del proyecto de investigación.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Cuando se propuso realizar esta investigación, se asumieron responsabilidades, compromisos no solamente con el grupo de investigación, usuarios o sujetos de investigación sino con uno mismo y con la sociedad. Los investigadores fueron los encargados de transmitir la pasión por el trabajo, la importancia y el valor ético por lo que se hace.

Por esta razón, se tuvieron en cuenta unas consideraciones éticas, en donde primó el reconocimiento de cada uno de los investigadores conformado por dos estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad del Valle, que durante el transcurso de su preparación han demostrado un gran compromiso por la investigación y responsabilidad en sus deberes académicos. Además, cuentan con la capacidad y disposición de reflexión y comunicación para comprender los valores sociales, las prioridades, vulnerabilidades y las inquietudes de los sujetos potenciales del estudio; por otro lado, el reconocimiento social e intelectual que se puede tener con la realización de este proyecto, sin dejar a un lado el respeto por la verdad, la dignidad humana, la honestidad y la autonomía de los participantes de la investigación.

Esta honestidad se tuvo en cuenta en aspectos como la recolección de información, donde los métodos utilizados para obtener los datos fueron muy específicos, para evitar sesgos o inconvenientes en su validez.

En esta investigación se realizó la recolección de datos de usuarios con secuelas de ECV en proceso de rehabilitación en el servicio de consulta externa de Terapia

Ocupacional del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”; se tuvo en cuenta la protección de la información obtenida en las intervenciones. Además se realizó la diligencia de dos consentimientos informados (ver anexo 1 y 2), el cual fue un procedimiento que garantizó que la decisión de los participantes del estudio, fue completamente informada de forma verbal y escrita y que se respetó su autonomía⁵³.

Finalmente, la publicación de esta investigación se pudo llevar a cabo sin ninguna dificultad, porque no se tuvo en cuenta ningún otro escritor o autor debido a que no es una sucesión de investigaciones anteriores.

9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La examinación de los documentos que fundamentan la intervención de los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E” se realizó a través de tres documentos:

1. ***Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano***⁵⁴.

Es un documento que contiene una revisión sistemática de guías metodológicas para el desarrollo y evaluación de Guías de práctica clínica (GPC) en distintas partes del mundo y se toma como referencia para mejorar su calidad, de acuerdo con su evaluación.

⁵³ Comité Institucional de Revisión de Ética Humana, Acta de Aprobación N° 07-012 del 03 de mayo del 2012

⁵⁴ Elaborado por la Fundación Santa Fe de Bogotá, Ministerio de la Protección Social y Colciencias. Edición: septiembre 2009

Este documento define la Guía de práctica clínica (GPC) como el conjunto de afirmaciones desarrolladas de manera sistemática, para asistir a profesionales de la salud y usuarios en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas.

En ese sentido, la calidad de una GPC se habrá de juzgar en función de la claridad de sus recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica. La evaluación de una GPC también dependerá de la medida en que efectivamente logre su objetivo primordial: influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos.

Una GPC basada en la evidencia presenta recomendaciones apoyadas en la mejor evidencia científica disponible y el consenso de expertos, profesionales de la salud y usuarios. También se involucra en el proceso a todos los grupos de interés.

En el contexto del SGSSS colombiano, la asignación de dichos recursos se debe regir por los principios de equidad, eficiencia, solidaridad, universalidad, integralidad y participación social.

2. **Decreto 1011 de 2006⁵⁵**: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. **Principios de la Práctica Basada en la Evidencia⁵⁶** (PBE): elementos esenciales sobre los que se apoya la PBE:

⁵⁵ Decreto Numero 1011 De 2006 (3 Abril 2006)

- Formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario. Tales cuestiones pueden ser relativas a diagnóstico, prevención, tratamiento o pronóstico.
- Búsqueda, en la literatura científica, de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada.
- Valoración crítica de la evidencia hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada.
- Aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales y los valores y preferencias del usuario.
- Evaluación periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada.
- Revisión y perfeccionamiento de la intervención adoptada para aplicaciones sucesivas de la misma⁵⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior, se examinó la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) del servicio de Terapia Ocupacional para la rehabilitación de usuarios con secuelas de enfermedad cerebrovascular en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E”. Consta de 10 puntos donde se explica de forma clara y concisa el proceso de evaluación e intervención con estos usuarios, siendo los siguientes:

⁵⁶ GREENHALGH Et al., 2003; Sackett et al., 2000; WEIL, 1999

⁵⁷MORAGO Pedro. Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social, Universidad de Oxford, Vol. 17 (2004): Páginas 5-20, disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS0404110005A.PDF>

1. **Objetivos:** se exponen los objetivos en los cuales debe estar basada la intervención de las terapeutas de ocupacionales de la institución con los usuarios con secuelas de ECV.
2. **Alcance:** da cuenta de la trascendencia de la intervención y la población que cubre dentro de la institución en este caso salas de hospitalización, unidades de cuidado especial y consulta externa del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E.
3. **Responsabilidad:** quienes tienen el compromiso de ejecutarla.
4. **Enfoque general:** contiene la definición de las lesiones neurológicas en las que se centra la guía de manejo.
5. **Diagnóstico:** contiene los puntos en los cuales se debe basar la evaluación para emitir el diagnóstico ocupacional.
6. **Tratamiento:** detalla el procedimiento y orden en el cual se debe llevar a cabo el protocolo de intervención.
7. **Flujograma de manejo:** representa el proceso de ejecución de la guía de manejo.
8. **Seguimiento:** da cuenta de los controles que se deben realizar al usuario:
 - Control con el médico especialista para determinar avance en el tratamiento en terapia ocupacional.
 - Controles periódicos en terapia ocupacional a 3 meses, 6 meses, hasta 1 año para verificar la funcionalidad del usuario.
9. **Periodicidad para la revisión:** se establece cada cuánto se debe revisar o actualizar la guía de manejo.

10. **Referencias:** detalla la revisión bibliográfica que fundamenta la realización de la guía de manejo.

DESARROLLO DEL ANÁLISIS

El documento *Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*, señala que una vez el documento (guía de práctica clínica) se ha terminado se pueden seleccionar pares externos independientes para que hagan una revisión final a la guía, recomendando que el grupo de evaluación sea multidisciplinario y conocedores o expertos del tema de la Guía de Práctica Clínica. Se deben incluir a los pacientes y cuidadores en los apartes que les corresponden. El número de revisores puede variar de 10 a 15 dependiendo del tema.

Con base en estos requerimientos, se evidenció que la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” ESE no cumple con el requisito de revisión de la misma, de acuerdo a lo examinado ya que las personas encargadas de redactarla fueron dos terapeutas ocupacionales de la institución y no fue revisada por pares externos, debido a que la revisión fue realizada por la subdirectora de la Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación con aprobación del director operativo del servicio en salud del hospital.

De igual forma, la *Guía metodológica para la elaboración de Guías de práctica clínica basadas en la evidencia de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano* expone que en la elaboración de una guía de práctica clínica pueden emplearse tres tipos de métodos:

1. Consenso informal (método informal o juicio global subjetivo)
2. Consenso formal (a pesar de basarse en el método formal no tiene la sistematización de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)).
3. Basadas en la evidencia (aplicación de la MBA).

Con base en este documento, se puede decir que el método utilizado para la elaboración de la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) de la Institución, es el método formal, basado en la evidencia, debido a que cumple con características tales como:

1. El sustento principal está basado en evidencia científica porque la ECV constituye un problema de importancia en salud pública, no solo por la mortalidad sino por la restricción en la participación de las actividades. Esto ha incidido en que sea un tema con una alta gama de investigaciones, porque afecta directamente el desempeño ocupacional del usuario, el cual es el fundamento de intervención de los terapeutas ocupacionales.
2. La revisión bibliográfica está fundamentada en publicaciones médicas y propias de Terapia Ocupacional, entre los años 1990- 2005.
3. Requiere de un análisis crítico de la literatura revisada, a partir de la búsqueda bibliográfica se realiza un análisis que da cuenta de una guía de manejo para usuarios con secuelas de ECV.

4. Especifican cada cuánto debe realizarse la actualización de la misma, en la Guía de manejo se especifica que debe ser revisada y actualizada cada año.

Basados ahora en el decreto número 1011 de 2006⁵⁸ se puede determinar que la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) cumple con los criterios de pertinencia y continuidad.

Este decreto define pertinencia como el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios siendo menores que los beneficios potenciales. La Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) cumple con este criterio debido a que está diseñada para cumplir con los requerimientos de la intervención terapéutica de dos diagnósticos específicos en este caso ECV, dando cuenta del manejo que debe llevarse a cabo con la población basados en evidencia científica.

En cuanto a continuidad es definida como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. En la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se evidencia detalladamente el proceso y orden secuencial que debe ser llevado a cabo por los terapeutas ocupacionales de la Institución en el tratamiento con los usuarios que presenten estas lesiones neurológicas.

⁵⁸ Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta la examinación de la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se establece si esta cumple o no con los principios de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE).

1. Primer principio de la PBE: formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario. La Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), cumple con este principio debido a que la ECV es una de las principales causas de muerte e incapacidad física permanente en el mundo y en América Latina, con una tasa de incidencia que varía de 89 casos por cada 100.000 personas en Colombia y 120 casos en México, hasta 350 casos en América del Sur (Uribe y colaboradores, 1997, Nuñez 2002, Saposnik y Del Brutto, 2003). La estadística arrojada por el DANE en el año 2010 indica que la ECV se encuentra dentro de las 10 primeras causas de defunción en Colombia ya que se presentan 3734 casos al año, además en el Valle del Cauca se presentan 453 casos y en Cali la incidencia es de 234 casos al año⁵⁹.
2. El segundo principio de la PBE, se refiere a la búsqueda en la literatura científica de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada. Según lo examinado en la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), no se cumple con este principio, pues no se encuentran artículos de investigación recientes y aunque se basa en bibliografía fundamentada por 6 publicaciones que sustenta la

⁵⁹Potencial eléctrico [en línea], disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=788&Itemid=119.

intervención en Terapia Ocupacional en usuarios con secuelas de ECV desarrolladas entre los años 1990 y 2005, la revisión evidencia que dicha literatura cuenta con ediciones más recientes producidas entre los años 2000 y 2007, las cuales pudieron ser base teórica en la realización de la guía de manejo.

3. El tercer principio habla sobre la valoración crítica de la evidencia hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada; a partir de la revisión bibliográfica se evidencia que durante el desarrollo de la guía de manejo no se referencian autores o publicaciones que justifiquen por qué dicha información es relevante y basada en la evidencia, llevando al lector a consultar cada una de las publicaciones para valorar la relevancia de los conceptos y procedimientos mencionados, por lo tanto la Guía no cumple con este principio.
4. El cuarto principio se refiere a la aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia, la experiencia profesional, los valores y necesidades identificadas del usuario. Este se cumple debido a que en la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), se encuentra explícito el orden secuencial en el que debe llevarse a cabo la intervención justificado desde la evidencia científica y la experiencia profesional.
5. El quinto principio describe que la evaluación debe ser periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada; la guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), señala que los documentos deben revisarse como

mínimo una vez al año y cada vez que se presente una variación en el procedimiento, aunque se han realizado revisiones y actualizaciones de la guía desde su fecha de expedición (2008), en los años 2010 y 2011, estas no han sido publicadas por lo tanto no se cumple con este principio, debido a que los profesionales y estudiantes se basan en la primera versión de la Guía de manejo para llevar a cabo sus intervenciones con usuarios.

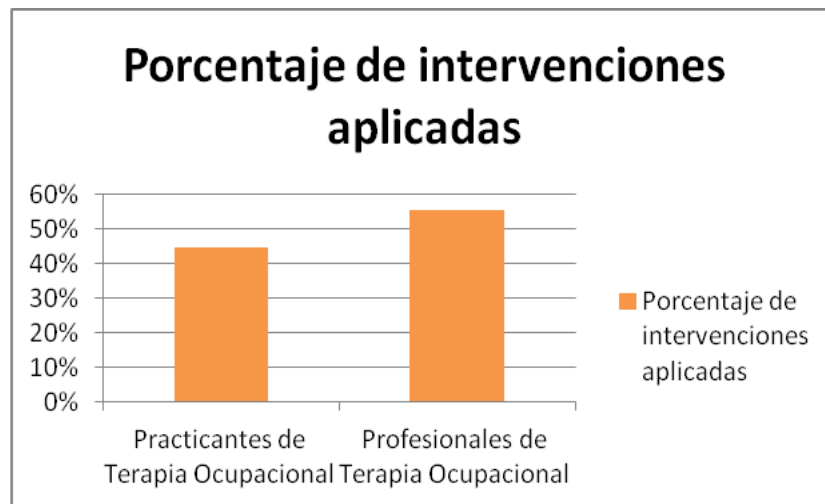
6. El sexto principio se refiere a la revisión y perfeccionamiento de la intervención adoptada para aplicaciones sucesivas de la misma. Este principio no se cumple, debido a que no se han publicado versiones actualizadas de la guía de manejo desde su expedición, por lo cual no hay evidencia que dé cuenta si se han perfeccionado las técnicas de intervención.

9.2 ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES QUE UTILIZAN LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES

La identificación de las intervenciones que utilizan los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV en una institución de tercer nivel en Cali, se realizó a través de 36 observaciones (ver gráfica 1) a dos profesionales de Terapia Ocupacional, los cuales ejecutaron el 56% de las intervenciones totales y a 3 practicantes de Terapia Ocupacional con el 44% de intervenciones (ver gráfica 2).



Grafica 1: comprende el porcentaje de sesiones observadas teniendo en cuenta cada uno de los usuario



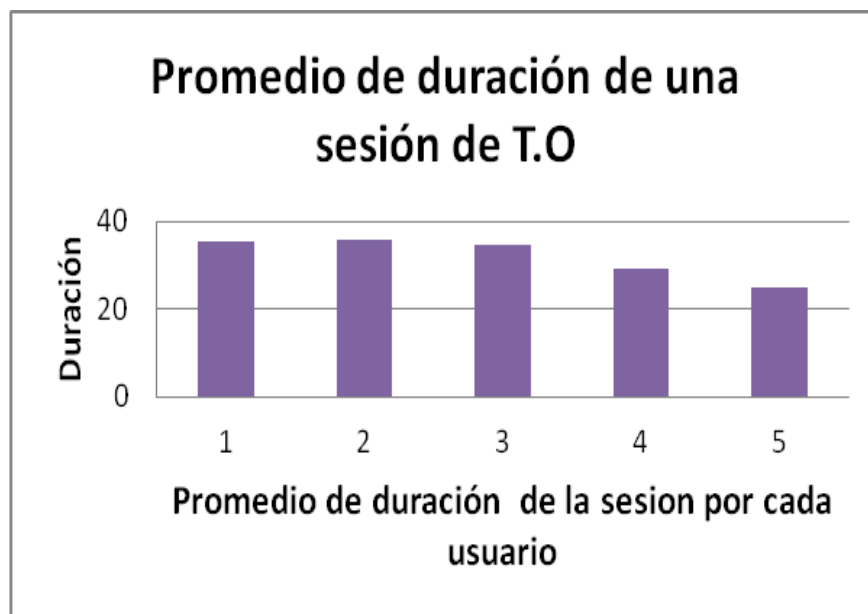
Grafica 2: Porcentaje de intervenciones aplicadas

Se encuentra que los tiempos dispuestos para la intervención de los usuarios en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Física y de Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, son de 30 minutos para los profesionales, tiempo establecido por la subdirección de la unidad y de 45 minutos para los estudiantes de la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, según el convenio docencia-servicio establecido con la institución. Podría decirse

que la diferencia de tiempo de intervención entre profesionales y practicantes es debido a la productividad en la atención de usuarios con la que deben cumplir los profesionales cada mes. La Institución ha estipulado que la intervención a usuarios con secuelas de ECV debe ser realizada una a dos veces por semana, de acuerdo al pronóstico y a los objetivos establecidos. Cabe mencionar que si los usuarios son atendidos una vez a la semana la intervención dura 60 minutos, lo cual equivale a dos sesiones de terapia ocupacional. Sin embargo, dicha duración no se encuentra documentada en la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) –documento Guía de la intervención-.

Las observaciones arrojaron que en promedio una intervención de terapia ocupacional dura entre 25 y 36 minutos (ver gráfica 3). De acuerdo a la búsqueda bibliográfica la intensidad idónea de la terapia no ha sido determinada, se recomienda que el tiempo de intervención oscile entre 30-60 minutos al día, sin embargo no se ha demostrado mayor beneficio con programas más intensivos⁶⁰, de acuerdo a esto las intervenciones de Terapia Ocupacional de la institución cumplen con el tiempo mínimo de atención a un usuario con secuelas de ECV, cabe resaltar que este tiempo de intervención puede verse afectado por factores externos relacionados con el usuario y el contexto, tales como retraso en la llegada, faltas injustificadas, la movilización hasta el lugar de la intervención, inconvenientes con los convenios establecidos entre las EPS del régimen subsidiado o contributivo de los usuarios y la institución y extensión en el tiempo de intervenciones realizadas por otros profesionales de la salud.

⁶⁰ARIAS CUADRADO A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin 2009; 70 (3): 25-40



Grafica 3: Promedio de duración de las intervenciones de Terapia Ocupacional

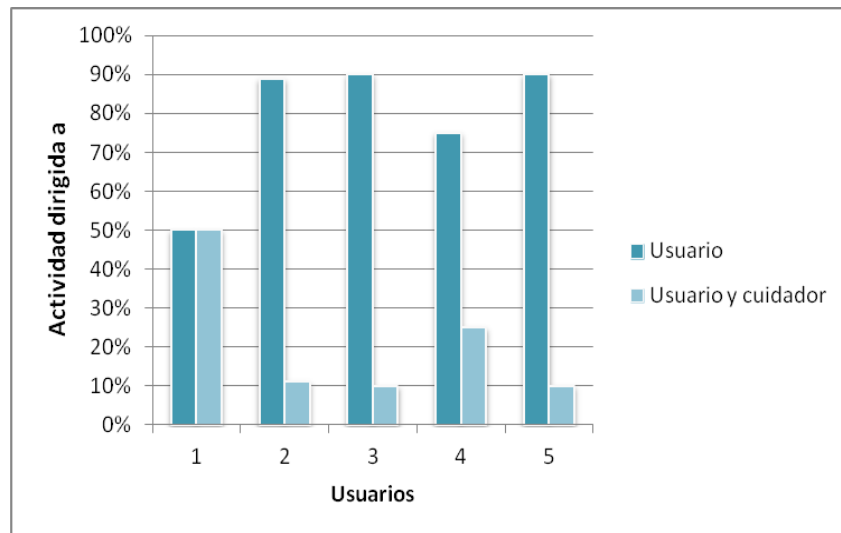
Teniendo en cuenta a quien está dirigida la actividad se encontró que el 90% de las intervenciones estuvieron dirigidas al usuario y el 10% al usuario y su cuidador (ver gráfica 4), esto es debido a que el objetivo principal de la intervención es alcanzar la máxima independencia y funcionalidad del usuario en las actividades básicas de la vida diaria. De igual forma, la educación y formación de la familia o cuidadores es a menudo un aspecto importante de la rehabilitación integral⁶¹.

Lo anterior da cuenta que el servicio cumple con los estándares de calidad en la prestación de servicios ambulatorios contemplados en la resolución 1445/06⁶² en la cual se expone que la institución debe garantizar que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al usuario y su familia como resultado de su atención, en temas relacionados con los cuidados y autocuidado

⁶¹GOOD David C. , MD, ; BETTERMANN Kerstin , MD, PhD; REICHWEIN Raymond K. , MD : Stroke Rehabilitation, Lippincott Williams & Wilkins Copyright 2011.

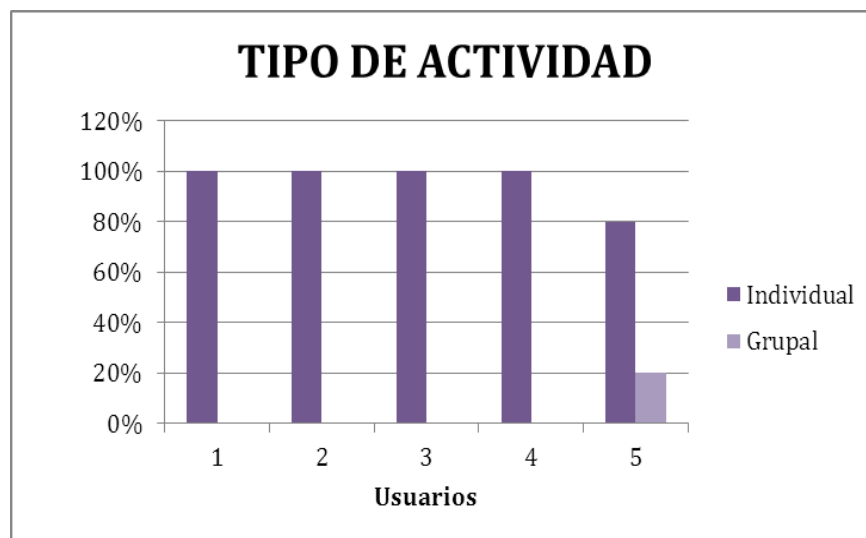
⁶²Anexo 3: Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias. En la sección de proceso de consulta o atención.

en casa (dietas especiales, planes caseros, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)



Gráfica 4: A quien está dirigida la actividad

En cuanto al tipo de actividad, basados en el registro fílmico y las observaciones se establece que las intervenciones de los terapeutas ocupacionales son 90% individuales y 10% grupales (ver gráfica 5), por lo cual se realizó una revisión bibliográfica en busca de evidencia científica que permitiera establecer la efectividad de una intervención grupal o individual, sin embargo no se encuentran datos que apoyen dicha premisa.



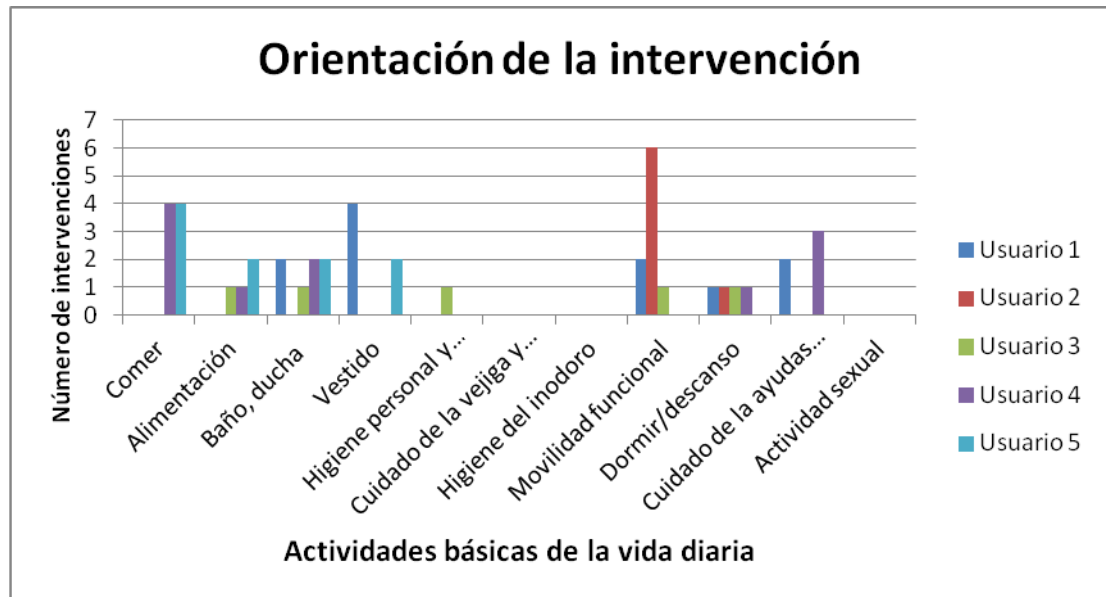
Gráfica 05: Tipo de actividad utilizada durante la intervención de las terapeutas ocupacionales del Hospital Universitario Del Valle.

A través del registro fílmico, las observaciones y diligenciamiento de las rejillas de registro observacional, se cuantificaron y clasificaron las intervenciones que los terapeutas ocupacionales aplican para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, encontrando que estas están orientadas en primer lugar hacia la independencia del usuario en la movilidad funcional, seguido de la actividad de comer y alimentarse, y en tercer lugar la actividad de vestido (ver gráfica 6).

La independencia funcional del usuario se ve restringida en actividades básicas de la vida diaria que impliquen movilidad funcional y cuidado personal⁶³.teniendo en cuenta lo anterior en los planes de tratamiento uno de los objetivos más importantes de la rehabilitación después del ECV, es alcanzar la mayor independencia como sea posible en la realización de las AVD, pues estas influyen

⁶³GARCÍA, S., AMAYA, L., CARRILLO, MV COBOS, AM., CRISTANCHO, L., ESPINOSA, F., SANTACRUZ, ML *Lineamientos para la prestación de servicios de rehabilitación*. Grupo Funcional De Discapacidad. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá. Bogotá, Abril De 2007

inmensamente al sentido de la autoestima de una persona y también disminuye la carga sobre las familias y cuidadores.⁶⁴

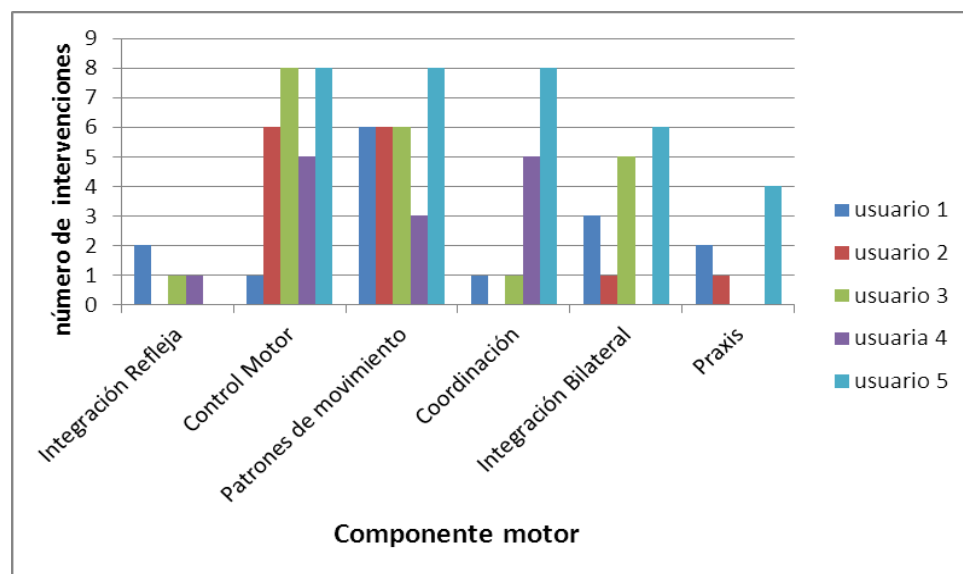


Grafica 6: orientación de la intervención en las actividades de la vida diaria

Teniendo en cuenta el registro fílmico, las rejillas de registro observacional y el análisis cuantitativo de los datos, se encontró que las intervenciones de las terapeutas ocupacionales de la institución inicialmente se enfocan en actividades que promuevan el control motor, los patrones de movimiento y la coordinación (ver grafica 7), con base a lo anterior se podría decir que las intervenciones están enfocadas en los principales aspectos que se ven alterados en los usuarios con secuelas de ECV. Debido a que entre las principales consecuencias de una ECV, están la pérdida de movilidad (siendo la hemiplejia un problema frecuente), del control motor, la coordinación y la destreza manual, generando en los usuarios la necesidad de asistencia para la ejecución de las actividades diarias como la

⁶⁴DAVID C. GOOD, MD, FAAN; KERSTIN BETTERMANN, MD, PHD; RAYMOND K. REICHWEIN, MD Stroke Rehabilitation-: *ACTIVITIES OF DAILY LIVING*. American Academy of Neurology. 2011

alimentación, la higiene personal, el transporte y la movilización en general⁶⁵; razón por la cual las intervenciones de las terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, se enfocan principalmente en actividades que incluyan flexibilidad, coordinación, fuerza y equilibrio con el propósito de recuperar el control motor necesario para la ejecución de las actividades diarias⁶⁶.



Grafica 7: intervención orientada al componente motor

De acuerdo a la metodología utilizada para el análisis de los datos, se obtuvo que las intervenciones de los terapeutas ocupacionales orientadas hacia el componente cognitivo se enfocaron principalmente en mejorar la memoria, secuenciación, orientación temporo-espacial y la formación de conceptos (ver gráfica 8). Puede decirse que las intervenciones están orientadas a estos aspectos

⁶⁵ PAIXÃO TEIXEIRA, C. SILVA, LD. *Las Incapacidades Físicas de Pacientes con Accidente Vascular Cerebral: Acciones de Enfermería*. Revista Enfermería Global. Publicación N° 15. Febrero 2009

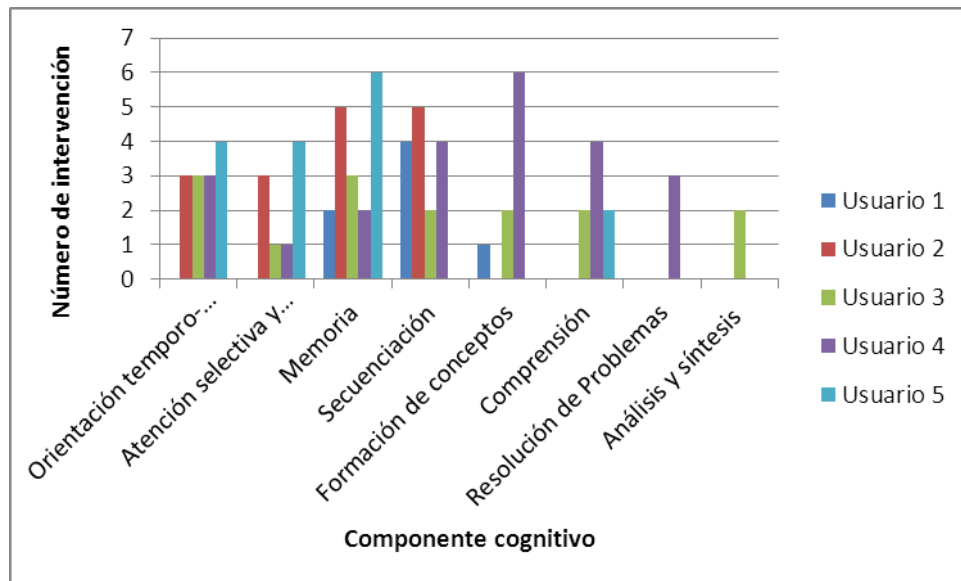
⁶⁶ ARTMED Organização Mundial da saúde. *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia pra fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde*. 2007.

debido a que los trastornos cognitivos son una consecuencia frecuente de la enfermedad cerebrovascular (Patel 2003; Tatemichi 1994), ya que la cognición abarca los procesos que permiten a las personas “pensar”, incluida la capacidad de concentrarse, recordar y aprender, y también puede incluir metaprocesos como el funcionamiento ejecutivo (Unsworth 1999).

Otra premisa que puede apoyar lo anterior es que hay estudios que han encontrado una relación significativa entre las capacidades cognitivas y el rendimiento funcional (Abreu 1987; Hanson 1997; Poole 1991). Por lo tanto, los trastornos cognitivos pueden reducir la independencia de los usuarios que han tenido una ECV para realizar las actividades cotidianas básicas (como comer, vestirse y usar el baño) y las actividades cotidianas instrumentales (como las tareas domésticas e interacciones sociales), (Hochstenbach 2000; Patel 2003; Zinn 2004). Como resultado, los usuarios con trastornos cognitivos después de una enfermedad cerebrovascular a menudo requieren atención y apoyo permanente, que puede ser una carga para sus cuidadores y para la sociedad (Blake 2002; Doyle 2002).⁶⁷.

Por lo cual la terapia ocupacional desempeña una función única e importante en un enfoque multidisciplinario de tratamiento de los trastornos cognitivos (Zoltan 2007). Ya que los terapeutas ocupacionales evalúan y tratan los déficit cognitivos para ayudar a los usuarios a alcanzar su máximo nivel de independencia funcional y realizar las funciones vitales deseadas y necesarias (Legg 2006; Poole 1991).

⁶⁷ HOFFMANN T, BENNETT S, KOH C, MCKENNA K. Terapia ocupacional para las alteraciones cognitivas en pacientes con accidente cerebrovascular (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD006430. DOI: 10.1002/14651858.CD006430

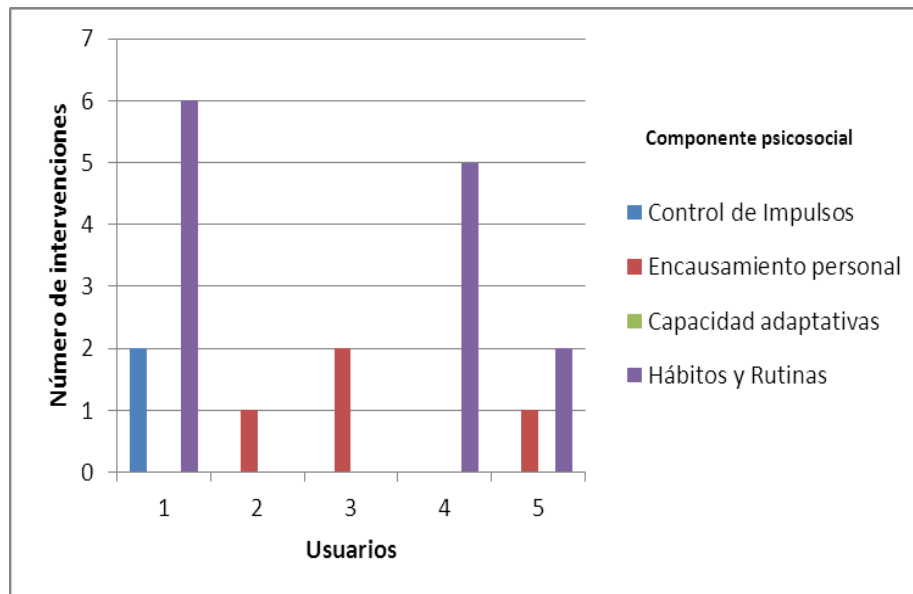


Grafica 8: Intervención orientada al componente cognitivo

En el análisis cuantitativo de los datos se obtiene que las intervenciones de los terapeutas ocupacionales orientadas hacia el componente psicosocial, se enfocan principalmente en promover los hábitos y las rutinas, favorecer el encausamiento personal y el control de impulsos (ver gráfica 9).

Lo anterior responde a que una de las principales alteraciones psicosociales en los usuarios con secuelas de ECV es el desequilibrio en los hábitos y las rutinas, debido a que presentan ausencia de actividades productivas durante tiempo prolongado dedicado al descanso, y pasan tiempo de ocio sin saber qué hacer, algunos usuarios pueden tener hábitos no adecuados socialmente (como levantarse a fumar por la noche o tener hábitos de higiene insuficientes); también es común encontrar cambios en la creencia que tienen acerca de sus habilidades; lo anterior se debe que en los usuarios con ECV hay una pérdida real de habilidades, derivadas de secuelas a nivel motor, cognitivo y/o afectivo-relacional. La percepción del sujeto puede variar entre: creer que no cuenta con ninguna

habilidad (centrándose únicamente en el déficit y no en el potencial) o tener una percepción no adecuada de sus capacidades⁶⁸.



Gráfica 9: Intervención orientada al componente psicosocial

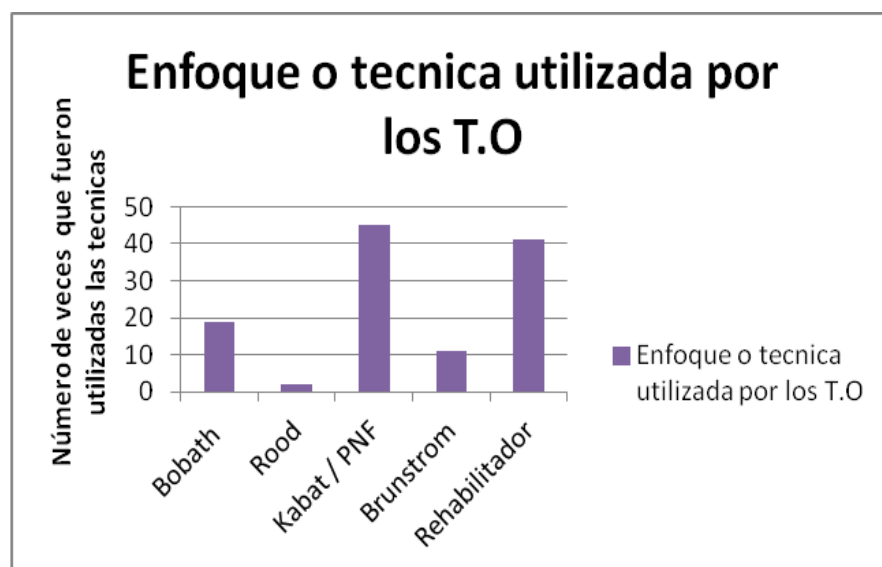
A través del registro fílmico, las observaciones y diligenciamiento de las rejillas de registro observacional, se determinó que los enfoques más utilizados por los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV en una institución de tercer nivel en Cali son: PNF en primer lugar, seguido por las técnicas del Marco de Referencia Rehabilitador y por último Bobath (ver gráfica 10), según el estudio de Pradeep Natarajan y colaboradores⁶⁹, los enfoques PNF/ Brunstrom y Bobath/Neurodesarrollo son los enfoques más utilizados para la rehabilitación de personas con secuelas de ECV, a pesar de la falta de evidencia para apoyar estos enfoques. Esto da cuenta que los enfoques que utilizan los terapeutas ocupacionales de la institución están dentro de los preferidos para

⁶⁸DE LAS HERAS MUÑOZ Beatriz y GARCÍA BALADÉS Eva; Aplicación del Modelo de Ocupación Humana en Personas con Daño Cerebral Adquirido: Una Perspectiva de Trabajo en Grupo; 2007

⁶⁹PRADEEP NATARAJAN, PhD y colaboradores. Current clinical practices in stroke rehabilitation: Regional pilot survey. Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 45, Number 6, 2008. Pages 841–850

rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, que basan su intervención en evidencia científica y que utilizan múltiples técnicas para lograr los objetivos planteados los cuales están enfocados a proporcionar funcionalidad e independencia en la realización de las actividades de la vida diaria.

Este estudio (Pradeep Natarajan y colaboradores,) también reveló que los terapeutas ocupacionales adoptan un enfoque principal y lo combinan con los principios de los diferentes enfoques en su práctica actual, lo cual puede indicar la necesidad de investigaciones que permitan el desarrollo de un enfoque para la rehabilitación de este tipo de población.



Grafica 10: Enfoque o técnica utilizada por los terapeutas ocupacionales de una institución de tercer nivel en Cali

9.3 ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES A LOS MEDIOS DE INTERVENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE USUARIOS CON SECUELAS DE ECV.

Para medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales del Hospital Universitario del Valle Evaristo García E.S.E al documento base que fundamenta la intervención para la rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria de usuarios con secuelas de ECV (Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV)) se analizaron y cuantificaron los datos obtenidos en la lista de chequeo para medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales, en la cual se revisaron las rejillas observacionales, los videos de cada intervención, junto con las evaluaciones funcionales y los planes de tratamiento de cada usuario, de las cuales dos fueron diseñadas por profesionales y tres por practicantes en Terapia Ocupacional.

Se evidenció que los terapeutas ocupacionales ejecutan las evaluaciones funcionales con base a lo establecido en la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), la cual indica que debe recopilarse información relacionada con: anamnesis, componentes de ejecución, áreas del desempeño y contexto, se encuentra que este último no es evaluado por la mayoría de los terapeutas.

Se puede decir que lo hallado se debe a que por aspectos como la duración de la sesión (30 minutos) y el tiempo de evaluación asignado (una sesión) los profesionales en Terapia Ocupacional, optan por evaluar inicialmente los aspectos encaminados a la independencia y autonomía funcional del usuario, y la evaluación del contexto es recopilada durante el proceso de rehabilitación.

En el caso de los practicantes en Terapia Ocupacional, este ítem no debería ser omitido, debido a que hace parte de su ejercicio académico y además como se mencionó anteriormente, cuentan con un mayor tiempo en la intervención (45 minutos) y tienen dos sesiones para ejecutar la evaluación funcional, lo cual indicaría que se requiere reforzar la fundamentación teórica relacionada con la evaluación de usuarios con secuelas de ECV.

Lo anterior se apoya con la premisa que expone Polonio donde afirma que planificación de la intervención en terapia ocupacional, implica, la identificación de problemas y necesidades de la persona, sujeto de atención y la utilización de todo recurso disponible para la intervención; tanto, material como humano; la eficacia en este proceso se traduce en la clave de la efectividad de la terapia, es por ello, que comprender el proceso es esencial⁷⁰.

En relación al plan de tratamiento, se halló que la mayoría de los terapeutas ocupacionales inicialmente se enfocan hacia el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria, a través de los medios terapéuticos (actividad con propósito, proceso enseñanza-aprendizaje, relación terapéutica y el ambiente), para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios dentro de su proceso de rehabilitación, debido a que la actividad con propósito permite la participación activa del usuario en el cual se tiene en cuenta sus habilidades, capacidades e intereses; el proceso enseñanza- aprendizaje son un conjunto de estrategias que utiliza el terapeuta ocupacional para lograr los objetivos establecidos, el cual es utilizado dentro de la intervención; la relación terapéutica es la interacción que se da dentro de la intervención entre el terapeuta y el usuario permitiendo percibir y entender el rol del otro y ser capaz de vivenciar sus sentimientos, actitudes, valores y creencias a partir de su desempeño ocupacional

⁷⁰SANTANA, Z. Del razonamiento clínico a la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia. Espacio T.O. Venezuela. Revista electrónica, Nº 1, 2008

y el ambiente es el lugar donde se lleva a cabo la intervención lo cual influye en el estado físico y mental del usuario⁷¹.

Durante las observaciones se encontró que la mayoría de las terapeutas ocupacionales relacionan el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria con los componentes de ejecución basados en la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), excepto en un caso que solo se enfocó hacia la rehabilitación del componente motor. Se podría decir, que si la intervención solo se enfoca hacia aspectos del componente motor sin relacionarlo con las actividades de la vida diaria, no se generaría impacto en el desempeño ocupacional del usuario, el cual es el objeto de estudio de los terapeutas ocupacionales.

En las observaciones realizadas se encuentra que los profesionales en Terapia Ocupacional no establecen meta, objetivo general y específicos en sus planes de tratamiento lo cual no cumple con lo establecido con la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV). Según Santana, el proceso de planificación de la intervención, se basa, en las necesidades del usuario y ocurre en tres estadios: organización de la información (evaluación), establecimiento de metas y objetivos y por último, el diseño de programa (plan de tratamiento) en donde es obligatorio la participación del razonamiento clínico.

Se halló que las intervenciones de los terapeutas ocupacionales están dirigidas principalmente a las actividades básicas de la vida diaria y hacia el uso de tecnología en rehabilitación, esto se da de acuerdo al abordaje con el que se inicia la rehabilitación, realizando actividades sencillas que se van complejizando,

⁷¹TRUJILLO ROJAS, Alicia. Terapia Ocupacional: Conocimiento y Práctica en Colombia. Editorial Universidad Nacional Edición 2002

debido a que las actividades productivas y de juego y ocio que demandan mayor nivel de funcionalidad en el usuario.

En el relación al seguimiento del proceso de rehabilitación según la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), esta cita debe darse al mes, a los tres meses, a los seis meses y/o al año del alta, se encontró que en ninguno de los casos se da cita control para seguimiento, lo cual obedece a que varios usuarios abandonaron el proceso de rehabilitación por cambios a otras instituciones, a otro lugar de residencia o por vencimiento del convenio entre la EPS del usuario y la institución y otros continúan con su plan de tratamiento. Según la revisión bibliográfica el seguimiento se realiza cuando el proceso de rehabilitación ha terminado y es con el propósito de valorar la capacidad funcional del usuario, chequeo de ortesis o el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria. Durante el primer año o año y medio, el médico puede autorizar una consulta de rehabilitación para seguimiento en caso de producirse algún deterioro funcional o complicación. Las más comunes son

- Pérdida o empeoramiento de su capacidad funcional con respecto al último registro.
- Dolor secundario a espasticidad, hombro doloroso, Dolor Regional Complejo o dolor neuropático, no controlable con medidas convencionales.
- Necesidad de dispositivos ortésicos.
- Valoración y consejo de las necesidades del paciente en la vuelta al hogar (ayudas técnicas, adaptación del domicilio, etc.)⁷²

⁷² ARIAS CUADRADO A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin 2009; 70 (3): 25-40

En general se evidencia que hay adherencia en las intervenciones ejecutadas por los terapeutas ocupacionales del Hospital Universitario del Valle a la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a un Trauma craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), puesto que cumplen con los ítems establecidos en el documento, lo cual da cuenta que están basados en evidencia científica y experiencia profesional y confirma lo expuesto en los estudios realizados por Latham y Richards, donde concluyen que la terapia ocupacional utiliza múltiples enfoques en los tratamientos. Los terapeutas proporcionan entrenamiento en tareas funcionales, basadas en las habilidades funcionales de los usuarios.

9.4 ANALISIS DE LAS ESCALA FIM PARA MEDIR EL CAMBIO EN LA EJECUCION DE LA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

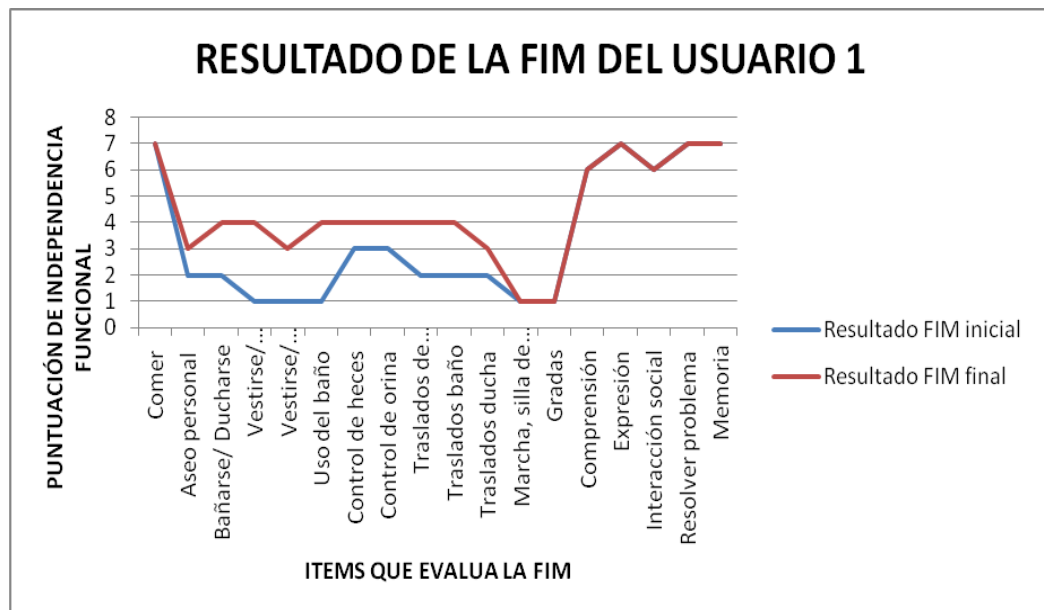
La ECV es la principal causa de deterioro funcional, por lo cual durante el proceso de rehabilitación se debe cuantificar la capacidad funcional de los usuarios, con el propósito de conocer el cambio en la ejecución de las actividades de la vida diaria, el nivel de independencia alcanzado y para determinar la duración del proceso, es por esto que la Medida de Independencia Funcional (FIM) es ampliamente utilizado y aceptado como una herramienta de evaluación para medir el nivel funcional del usuario en la actividades de la vida diaria, y puede ser utilizada para evaluar el estado funcional de los usuarios durante todo el proceso de rehabilitación⁷³.

Para determinar el cambio en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, de los usuarios con secuelas de ECV, se analizaron los registros fílmicos y

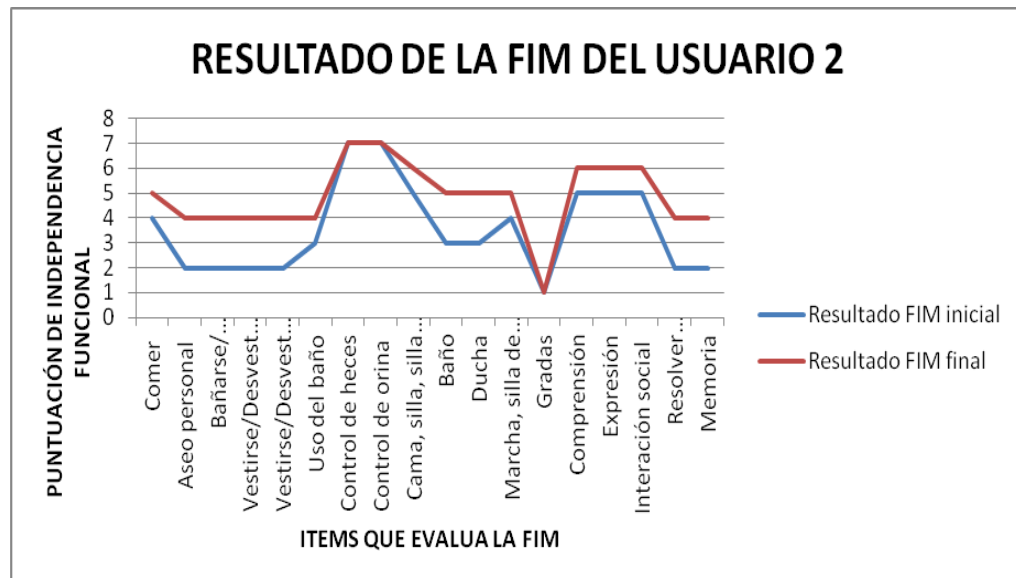
⁷³ CHUMNEY DOUGLAS, et al. Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review. Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 47, Number 1, 2010. Pages 17–30

se compararon los resultados de la medida independencia funcional (FIM) aplicadas a los usuarios antes de iniciar el proceso de rehabilitación y al cabo de 10 sesiones de intervención. El análisis arrojó que la mayoría de los usuarios presentaron cambios en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, principalmente en las actividades de comer, aseo personal, baño, vestido, control de esfínteres, la movilidad funcional y desplazamiento.

Al inicio del proceso de rehabilitación, el usuario 1 (74 años) en el resultado de la FIM obtuvo 61 /126, evidenciando mayor compromiso en las actividades de baño y ducha, vestido, uso del baño y movilidad, al cabo de 10 intervenciones, el resultado de la FIM fue 79/126, obteniendo cambios en las actividades de uso del baño, baño y ducha y vestido principalmente (ver gráfica 11). El usuario 2 (56 años) obtuvo un puntaje de 64/126, presentando restricción en las actividades de aseo personal, baño y ducha, vestido, uso del baño y traslados, el puntaje final de la FIM fue 87/126, mejorando en las actividades de traslados, aseo personal, baño y ducha y vestido (ver gráfica 12).

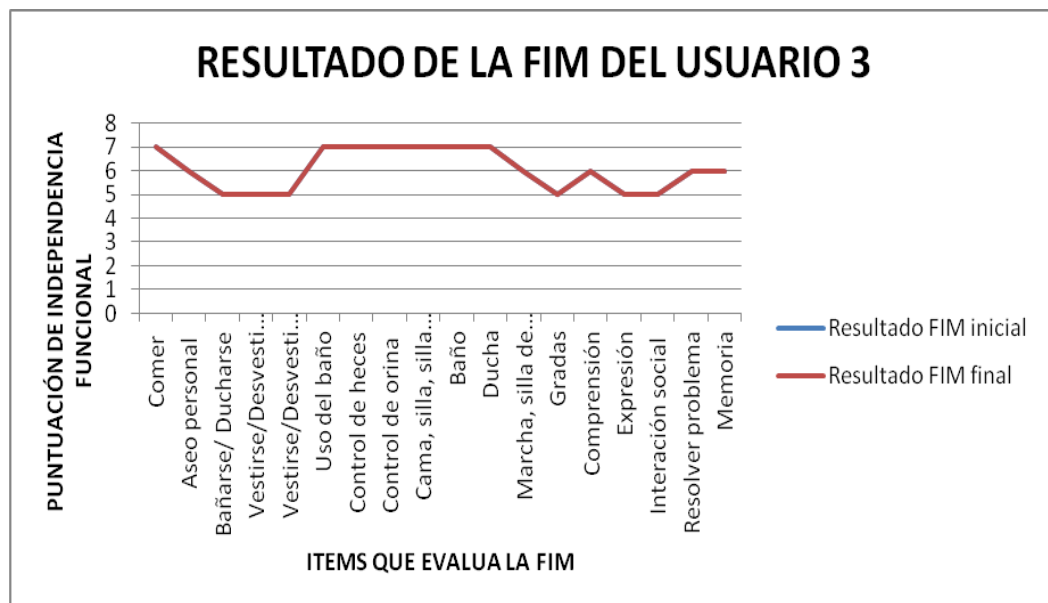


Gráfica 11: Resultado de la escala FIM en el usuario 1



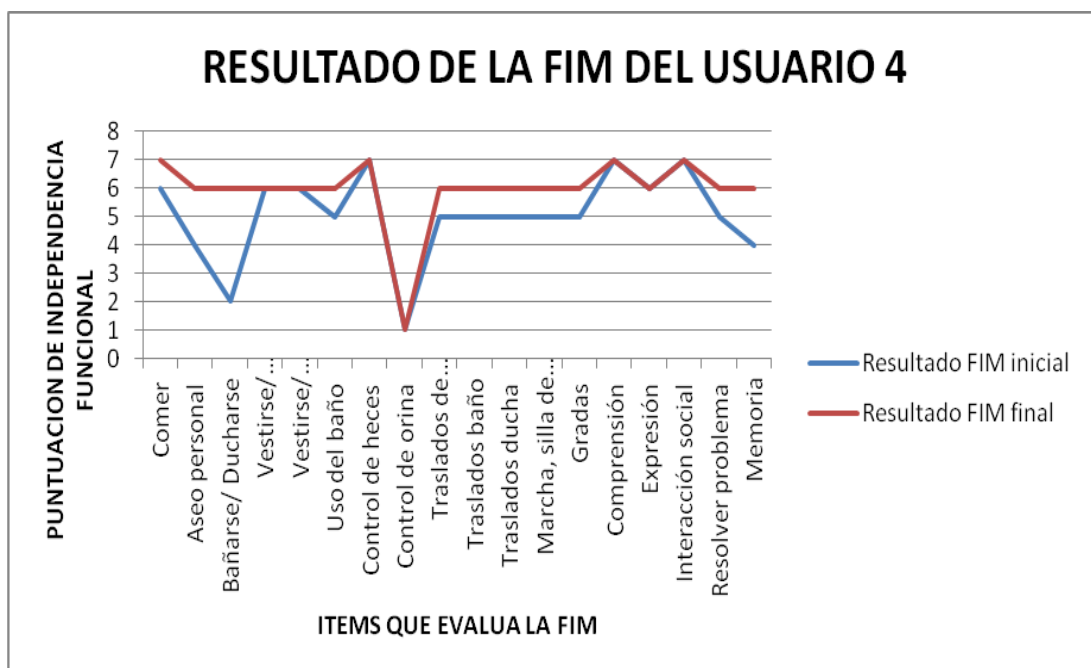
Gráfica 12: Resultado de la escala FIM en el usuario 2

El usuario 3 (54 años) en la escala FIM obtuvo un pontaje inicial y final de 109/126, no se observaron cambios en la ejecución de las actividades de la vida diaria (ver gráfica 13). Puede inferirse que este resultado fue debido a factores externos tales como la inasistencia del usuario a las intervenciones programadas.



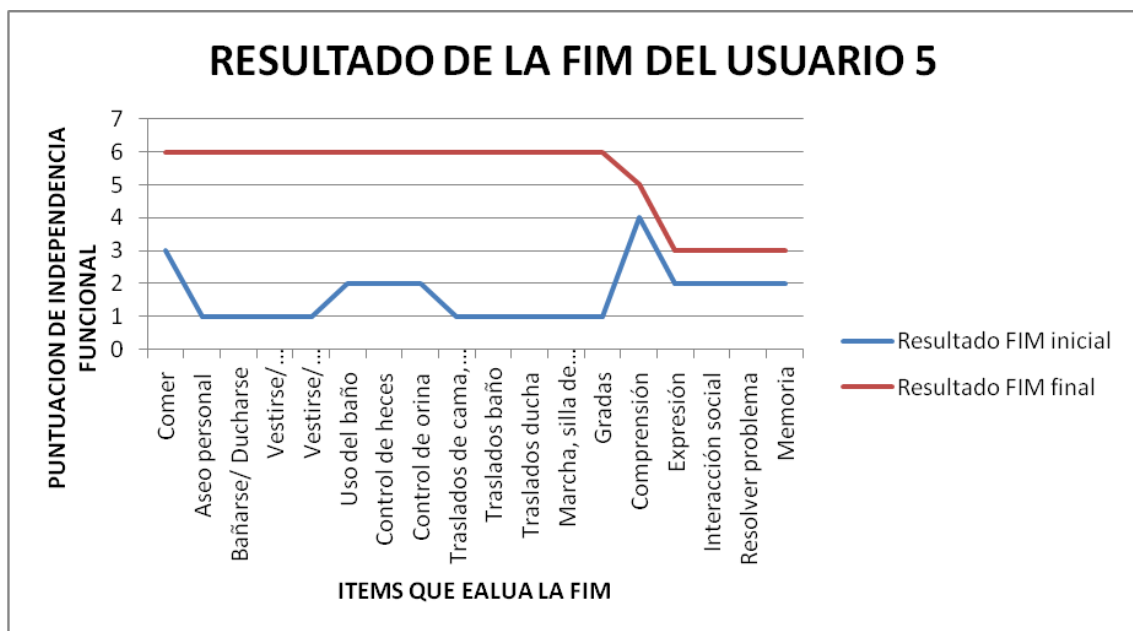
Gráfica 13: Resultado de la escala FIM en el usuario 3

El resultado de la FIM inicial del usuario 4 (64 años) fue de 91/126, observando mayor restricción en las actividades de aseo personal, baño y ducha, uso del baño, traslado y movilidad, el puntaje final fue de 107/126, evidenciando cambios en las actividades anteriormente mencionadas(ver gráfica 14).



Gráfica 14: Resultado de la escala FIM en el usuario 4

El usuario 5 (72 años), obtuvo en la FIM un puntaje de 30/126 presentando limitación en la realización de actividades de aseo personal, baño y ducha, vestido, movilidad funcional, traslados y alimentación. El puntaje final arrojado fue de 95/126, presentando cambio significativo en la ejecución de las actividades anteriormente mencionadas (ver gráfica 15).



Gráfica 15: Resultado de la escala FIM en el usuario 5

Según los datos reportados podría decirse que los usuarios con secuelas de ECV presentan mayor restricción en las actividades básicas de la vida diaria tales como aseo personal, uso del baño, baño y ducha, vestido y movilidad funcional.

Se halló que el usuario que alcanzó el mayor nivel de independencia funcional fue el usuario 4 con un puntaje de 107/126 según la escala FIM, en cuanto al nivel de recuperación se encontró que el usuario 5 fue quien obtuvo una variación de 65 puntos al comparar la valoración inicial (30/126) Vs la final (95/126), seguido por el usuario 2 con una variación de 23, luego el usuario 1 con una variación de 18, el usuario 4 obtuvo una variación de 16 y por último el usuario 3 no presentó variación. Lo anterior muestra una tendencia hacia que la edad no se relaciona directamente con la ganancia funcional, lo cual es apoyado en el estudio de Bagg et al. quien concluyó que, aunque la edad juega un cierto papel en las puntuaciones totales de la FIM y la proyección de alta, no tiene un aporte

significativo para el beneficio funcional y las ganancias del usuario con secuelas de ECV en los tratamientos de rehabilitación⁷⁴.

De los cinco usuarios participantes del estudio 4 fueron hombres y 1 mujer, esta última fue quien presentó la mayor curva de mejoramiento global. Sin embargo el estudio de O'nes et al. (2009) concluyó que el género no tuvo ningún efecto sobre los resultados del tratamiento. La misma falta de relación entre el género y los beneficios funcionales se observó en los estudios Suputtitada et al. (2003) y Wyller et al (1997).

⁷⁴ O'nes, et al. / Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status. *NeuroRehabilitation* 25 (2009) 241–249.

10. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación dan respuesta a la pregunta problema. Se indagó si las intervenciones para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria, en usuarios con secuelas de ECV empleadas por los terapeutas ocupacionales de una institución de tercer nivel de la ciudad de Cali, respondían a los principios que guían la práctica basada en la evidencia.

Para dar respuesta a esta pregunta fue necesario examinar el documento base de la institución, la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), la identificación de las intervenciones que aplican o utilizan los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV y medir la adherencia de los terapeutas ocupacionales a los medios de intervención para la rehabilitación en las actividades básicas de la vida diaria de usuarios con secuelas de ECV.

La examinación arrojó que la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), cumple con dos de los seis principios los cuales son formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario y el segundo la aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia, la experiencia profesional, los valores y necesidades identificadas del usuario.

Para que la guía de manejo cumpla con los demás principios se debe actualizar la evidencia científica, la cual debe ser derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica, durante la búsqueda y la utilización de esta

evidencia se debe referenciar los autores o publicaciones que justifiquen por qué dicha información es relevante y basada en la evidencia. Según A. Gómez la calidad de la evidencia científica que subyace a la toma de decisiones puede estar condicionada por la pérdida de actualización científica debido a que la información médica se produce y renueva permanentemente de manera inabarcable influyendo de manera errática o no validada en la práctica⁷⁵.

Sin embargo esto no quiere decir que las intervenciones no estén basadas en evidencia científica ya que al realizar la comparación con la Guía metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano⁷⁶, se encontró que el método utilizado para su elaboración fue el método formal, basado en la evidencia, debido a que cumple con características tales como: el sustento principal está basado en evidencia científica, la revisión bibliográfica está fundamentada en publicaciones médicas y propias de Terapia Ocupacional, entre los años 1990- 2005, evidencia un análisis crítico de la literatura revisada y especifican cada cuánto debe realizarse la actualización de la misma, lo anterior es apoyado por el decreto número 1011 de 2006 con el cual se determina que la guía de manejo cumple con los criterios de continuidad y pertinencia debido a que está diseñada para cumplir con los requerimientos de la intervención terapéutica de dos diagnósticos específicos en este caso ECV y se evidencia detalladamente el proceso y orden secuencial que debe ser llevado a cabo por los terapeutas ocupacionales de la Institución en el tratamiento con los usuarios que presenten dicho diagnóstico.

⁷⁵ GOMEZ DE LA CAMARA, A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2003, vol.26, n.1 [citado 2012-11-07], pp. 11-26.

⁷⁶ Elaborado por la Fundación Santa Fe de Bogotá, Ministerio de la Protección Social y Colciencias. Edición: septiembre 2009

La observación de 36 intervenciones terapéuticas (dos profesionales de terapia ocupacional y 3 practicantes de terapia ocupacional los cuales atendieron a un número total de 5 usuarios) permitió la identificación de las intervenciones que aplican o utilizan los terapeutas ocupacionales para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria en usuarios con secuelas de ECV, se halló que en promedio una intervención de Terapia Ocupacional dura entre 25 y 36 minutos cumpliendo con el tiempo mínimo de atención, ya que en la búsqueda bibliográfica la intensidad idónea de la terapia no ha sido determinada por lo cual recomiendan que el tiempo de intervención oscile entre 30-60 minutos al día(Arias 2009), se encuentra que las actividades son dirigidas en un 90% al usuario y en un 10% al usuario y su cuidador, actualmente no se encuentran evidencias que respalden la importancia de una intervención grupal o individual para usuarios con secuelas de ECV.

La clasificación y cuantificación de la evidencia hallada en la recolección de información, arrojó que las intervenciones están orientadas en primer lugar hacia la independencia del usuario en la movilidad funcional, seguido de la actividad de comer y alimentarse, y en tercer lugar la actividad de vestido, lo que coincide con la literatura científica, la cual indica que uno de los objetivos más importantes de la rehabilitación después del ECV, es alcanzar la mayor independencia como sea posible en la realización de las AVD⁷⁷. En relación a los componentes de ejecución, se encuentra que las intervenciones inicialmente se enfocan en actividades que promuevan el control motor, los patrones de movimiento y la

⁷⁷DAVID C. GOOD, MD, FAAN; KERSTIN BETTERMANN, MD, PHD; RAYMOND K. REICHWEIN, MD. Stroke Rehabilitation: *ACTIVITIES OF DAILY LIVING*. 2008

coordinación, componentes necesarios para la ejecución de las actividades básicas diarias⁷⁸.

En el componente cognitivo, las intervenciones se enfocaron principalmente en promover la memoria, secuenciación, orientación temporo-espacial y la formación de conceptos, debido a que los trastornos cognitivos pueden reducir la independencia de los usuarios que han tenido una ECV para realizar las actividades cotidianas básicas⁷⁹; y las intervenciones orientadas hacia el componente psicosocial, se enfocaron principalmente en promover los hábitos y las rutinas, favorecer el encausamiento personal y el control de impulsos, lo que a su vez favorece la funcionalidad en las AVD.

De acuerdo a los datos recolectados, se determinó que los enfoques más utilizados por los terapeutas ocupacionales son: la técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva PNF en primer lugar, seguido por las técnicas del Marco de Referencia Rehabilitador y por ultimo Bobath, de acuerdo a la revisión bibliográfica (estudio de Pradeep Natarajan y colaboradores⁸⁰), estos enfoques se encuentran entre los más utilizados por los terapeutas ocupacionales a nivel mundial, ya que son los que se aplican en la formación académica y en la experiencia; de igual manera no hay evidencia sólida de documentos que apoyen la eficacia de dichos enfoques.

⁷⁸ ARTMED. Organização Mundial da saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia pra fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde.; 2007.

⁷⁹ HOFFMANN T, BENNETT S, KOH C, MCKENNA K. Terapia ocupacional para las alteraciones cognitivas en pacientes con accidente cerebrovascular (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD006430. DOI: 10.1002/14651858.CD006430

⁸⁰ PRADEEP NATARAJAN, PhD y colaboradores. Current clinical practices in stroke rehabilitation: Regional pilot survey. Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 45, Number 6, 2008. Pages 841–850

Según la evidencia encontrada los terapeutas ocupacionales si ejecutan sus intervenciones basados en la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), sin embargo durante el proceso de evaluación, se halló que solo en un caso fue valorado el entorno o contexto, esto causó interés debido a que la meta del terapeuta ocupacional durante la rehabilitación es facilitar las interacciones entre la persona, el entorno o contexto y las actividades u ocupaciones con el fin de conseguir que el usuario alcance el resultado deseado que respalde su salud y su participación en la vida⁸¹. Razón por la cual puede decirse que esto es debido a factores como el tiempo de intervención (30 minutos) o por el enfoque con el cual inicia la rehabilitación.

En el diseño del plan de tratamiento se encontró que la mayoría de los terapeutas ocupacionales inicialmente se enfocan hacia el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria, hacia el uso de tecnología en rehabilitación, a través de los medios terapéuticos (actividad con propósito, proceso enseñanza-aprendizaje, relación terapéutica y el ambiente) con base a evidencia científica.

La revisión y análisis de la rejilla para medir la adherencia, los registros fílmicos, las evaluaciones y planes de tratamiento permitieron establecer que si hay adherencia a la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) puesto que cumplen con los ítems establecidos allí, lo cual da cuenta que están basados en evidencia científica y experiencia profesional.

La adherencia de los terapeutas ocupacionales al documento base de la institución, y el uso de la evidencia científica durante la evaluación, el establecimiento de metas y objetivos y el diseño del plan de tratamiento, se evidenció a través de la comparación de la FIM inicial (en la evaluación) y final (en

⁸¹ Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso (2da. Ed.) 2008.

la sesión número 10) aplicada a los usuarios, mostrando un incremento en la puntuación y nivel de independencia, evidenciándose cambios significativos en la ejecución funcional e independiente de las actividades básicas de la vida diaria tales como: aseo personal, uso del baño, baño y ducha, vestirse y movilidad funcional.

La caracterización de las intervenciones de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, permitió establecer que el objetivo principal en la fase inicial del proceso de rehabilitación está dirigido a lograr la mayor independencia del usuario en las actividades básicas de la vida diaria, debido a que el análisis de la FIM arrojó que los usuarios presentan mayor restricción en las actividades de aseo personal, uso del baño, baño y ducha, vestido y movilidad funcional, lo cual se relaciona directamente con el abordaje llevado a cabo por las terapeutas ocupacionales de la institución. De igual forma dicha comparación y análisis de los resultados de la FIM determinó que la edad no influye directamente sobre la ganancia funcional de los usuarios.

11. CONCLUSIONES

- Los resultados del análisis de los documentos que fundamentan la intervención de los terapeutas ocupacionales en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV en el Hospital Universitario del Valle, dan cuenta que las intervenciones están apoyadas en evidencia científica, sin embargo la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) esta desactualizada.
- Los resultados permitieron establecer que los terapeutas ocupacionales durante el proceso de rehabilitación relacionan el entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria con los componentes de ejecución, utilizando como herramienta los medios terapéuticos (actividad con propósito, proceso enseñanza-aprendizaje, relación terapéutica y el ambiente).
- La identificación de las intervenciones que aplican los terapeutas ocupacionales permitió conocer que los enfoques más utilizados por los terapeutas ocupacionales son: PNF, las técnicas del Marco de Referencia Rehabilitador y Bobath, los cuales corresponden a la tendencia mundial, sin embargo no hay evidencia sólida de investigaciones que apoyen la eficacia de dichos enfoques.
- Se logra identificar que los terapeutas ocupacionales de la institución tienen adherencia a la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión

neurológica secundaria a un Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), lo cual puede evidenciarse durante el proceso de evaluación, el establecimiento de los objetivos terapéuticos, la planeación del plan de tratamiento y durante la ejecución de la intervención.

- Mediante la aplicación de la escala FIM al inicio y al final del proceso de rehabilitación, se encontró aumento en la puntuación y nivel de independencia en la mayoría de los usuarios observados, lo cual demuestra la adherencia de los terapeutas ocupacionales a la guía de manejo y a su vez, indica que la Guía de manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico y Enfermedad Cerebrovascular, se encuentra dirigida a responder a las necesidades de esta población, en relación a las actividades básicas de la vida diaria.
- El análisis de la FIM permitió determinar que los usuarios presentaron cambios significativo en el nivel de independencia y funcionalidad, principalmente en las actividades básicas de la vida diaria relacionadas con: aseo personal, uso del baño, baño y ducha, vestirse y movilidad funcional.

12. RECOMENDACIONES

- Es necesario actualizar la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), teniendo en cuenta evidencia científica reciente, debido a que los terapeutas y practicantes de Terapia Ocupacional de la institución ejecutan sus intervenciones basados en dicho documento.
- Es importante el convertir la Guía de Manejo en Terapia Ocupacional de lesión neurológica secundaria a Trauma Craneoencefálico (TCE) y Enfermedad Cerebrovascular (ECV) en un protocolo de intervención integral basada en evidencia científica actual y en las tendencias de la práctica clínica con dicha población.
- Es conveniente que para futuros estudios de investigación el tamaño de la muestra aumente con el fin de corroborar los resultados de este estudio.
- Se recomienda realizar investigaciones que apoyen la eficacia de los enfoques utilizados en la rehabilitación de usuarios con secuelas de ECV, para respaldar el quehacer profesional de acuerdo a la práctica basada en la evidencia.

13. LIMITACIONES

- El tamaño de la muestra y los criterios de selección puede significar que los participantes del estudio no son representativos dentro de la población con secuelas de ECV.
- La asistencia irregular de los usuarios a las sesiones programadas de Terapia Ocupacional, debido a diferentes factores externos (transporte, clima, movilizaciones dentro de la ciudad, etc.).
- Durante el período de toma de resultados se presentaron pocas remisiones de usuarios con secuelas de ECV al servicio de Terapia Ocupacional, lo que indica la necesidad de crear estrategias dentro de la institución para favorecer el ingreso de los usuarios al servicio.

14. BIBLIOGRAFIA

Libros

- POLONIO López, Begoña. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica*. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2003. P.13-30.
- POLONIO López, Begoña; Durante Molina, Pilar; Noya Arnaiz, Blanca. *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2003. P. 104.
- TRUJILLO, Rojas Alicia. *Terapia Ocupacional. Conocimiento y Práctica en Colombia*. Primera edición 2002.
- WILLARD Y SPACKMAN, *Terapia Ocupacional 10° Edición*- Editorial Panamericana, 2003

Publicaciones seriadas (revistas artículos)

- Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin* 2009; 70 (3): 25-40
- Beatriz de las Heras Muñoz y Eva García Baladés; *Aplicación del Modelo de Ocupación Humana en Personas con Daño Cerebral Adquirido: Una Perspectiva de Trabajo en Grupo*; 2007
- CHIA-Lin Koh, et al. Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists, *Australian Occupational Therapy Journal* (2009) 56, 324–331. Obtenido desde la base de datos EBSCO (Masterfile) en internet: <http://www.ebsco.com>
- Chumney Douglas, et al. Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population:

Systematic review. Journal of Rehabilitation Research & Development.
Volume 47, Number 1, 2010. Pages 17–30

- David C. Good, MD, FAAN; Kerstin Bettermann, MD, PhD; Raymond K. Reichwein. Stroke Rehabilitation- MD: ACTIVITIES OF DAILY LIVING.
- David C. Good, MD, FAAN; Kerstin Bettermann, MD, PhD; Raymond K. Reichwein Stroke Rehabilitation-, MD: NATURAL HISTORY AND PREDICTING RECOVERY AFTER STROKE
- DOMINGO García Ana María, Occupational Therapy`s treatment in cerebrovascular damages, Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 3. Febrero 2006.
- EZPELETA David Md, Especialista en Neurología, Apuntes De Neurología, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Hospital Universitario Quirón Madrid, 2002.
- GOMEZ DE LA CAMARA, A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2003, vol.26, n.1 [citado 2012-11-07], pp. 11-26.
- Hoffmann T, Bennett S, Koh C, McKenna K. Terapia ocupacional para las alteraciones cognitivas en pacientes con accidente cerebrovascular (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 9. Art. No.: CD006430. DOI: 10.1002/14651858.CD006430.

- I. TREGER, et al. Return to work in stroke patients. Disability and Rehabilitation, September 2007; 29(17): 1397 – 1403. Obtenido desde la base de datos EBSCO (Masterfile) en internet: <http://www.ebsco.com>
- Legg L, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke (Review).The Cochrane Library. 2009, Issue 1.
- Lineamientos Para La Prestación De Servicios De Rehabilitación. García, S., Amaya, L., Carrillo, Mv Cobos, Am., Cristancho, L., Espinosa, F., Santacruz, Ml. Grupo Funcional De Discapacidad. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá. Bogotá, Abril De 2007
- María Trigás ferrín INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña.
- MORAGO Pedro. Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social, Universidad de Oxford, Vol. 17 (2004): Páginas 5-20.
- Oñes, et al. / Effects of age, gender, and cognitive, functional and motor status. NeuroRehabilitation 25 (2009) 241–249.
- Organização Mundial da saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia pra fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde. Artmed; 2007.

- Paixão Teixeira, C. Silva, LD. LAS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ACCIONES DE ENFERMERÍA. Revista Enfermería Global. Publicación N° 15. Febrero 2009
- Pradeep Natarajan; Ashley Oelschlager; Arvin Agah; Patricia S. Pohl; S.; Current clinical practices in stroke rehabilitation: Regional pilot survey; Journal of Rehabilitation Research & Development. Volume 45, Number 6, 2008. Obtenido desde la base de datos EBSCO (Masterfile) en internet: <http://www.ebsco.com>
- Santana, Z. Del razonamiento clínico a la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia. Espacio T.O. Venezuela. Revista electrónica, N° 1, 2008.
- SILVA Federico, et al. Guía Neurológica 8: Enfermedad Cerebrovascular, Capítulo 2: *Comportamiento Epidemiológico De La Enfermedad Cerebrovascular En La Población Colombiana*, Instituto de Investigaciones, Fundación Cardiovascular de Colombia, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.
- Stroke Rehabilitation- David C. Good, MD, FAAN; Kerstin Bettermann, MD, PhD; Raymond K. Reichwein, MD: ACTIVITIES OF DAILY LIVING. 2008

Fuentes electrónicas

- American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics – 2004 Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2003.
- Enfermedades cardiovasculares, Nota informativa, Septiembre de 2011- Organización Mundial de la Salud- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.
- García, S., Amaya, L., Carrillo, Mv Cobos, Am., Cristancho, L., Espinosa, F., Santacruz, Ml. Lineamientos Para La Prestación De Servicios De Rehabilitación. Grupo Funcional De Discapacidad. Secretaría Distrital De Salud De Bogotá. Bogotá, Abril De 2007. <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Discapacitados/Reh%20Institucional/Lineamientos%20servicios%20de%20rehabilitaci%C3%B3n.pdf>.
- Instrumentos para la Valoración de la Capacidad Física y las Actividades de la Vida Diaria <http://www.biopsicologia.net/nivel-5-discapacidad/2.2.04.04.1.-instrumentos-para-la-valoracion-de-la-capacidad-fisica-y-las-actividades-de-la-vida-diaria.html>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence: STROKE: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack (TIA). The National Collaborative Centre for Chronic Conditions. Royal College of Physicians of London 2008 [<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG68FullGuideline.pdf>], ISBN 978-1-86016-339-5.

- Neurología: Anatomía Y Fisiología Del Sistema Nervioso
<http://www.iqb.es/neurologia/visitador/v001.html>.
- Silva F et al. Comportamiento epidemiológico de la ECV.2008.
http://infodoctor.org/neuro/cap5_7.html.
- http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=788&Itemid=119.
- http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_trabajo_terapia_ocupacional_rev.0ct08.pdf.
- <http://www.medicine.mcgill.ca/strokeengine-assess/assessmenttool-domains-en.html>

Normas jurídicas: leyes, reglamentos, órdenes ministeriales, decretos, resoluciones.

- Resolución nº 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993)
- Decreto Número 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Lineamientos técnicos para el registro de los datos del registro individual de la prestación de servicios de salud – RIPS
- Lineamientos para la prestación de servicios de Rehabilitación, Bogotá, abril de 2007.

12. ANEXOS

ANEXO 1.



Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante, digna de fe y crédito, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. Además, este método incluye técnicas de observación, reglas para el razonamiento y la predicción, ideas sobre la experimentación planificada y los modos de comunicar los resultados experimentales y teóricos que serán de gran ayuda para esta investigación.

Esta investigación tiene por título *“Caracterización de las Intervenciones de Terapia Ocupacional para la rehabilitación en Actividades Básicas de la Vida Diaria en usuarios con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular en una Institución de tercer nivel en Cali”*. El propósito de este estudio es obtener información relevante que dé cuenta si las intervenciones para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria, en usuarios con secuelas de ECV empleadas por los Terapeutas Ocupacionales de una institución de tercer nivel de la ciudad de Cali, responden a los principios que guían la práctica basada en la evidencia.

Dentro de la investigación se tendrán en cuenta los usuarios con secuelas de ECV que estén llevando a cabo el proceso de rehabilitación en el servicio de

consulta externa de Terapia Ocupacional en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E”, que cumplan con los criterios de inclusión e ingresen entre los meses julio a septiembre del 2012.

El tiempo dentro del cual participaran los usuarios en la investigación, será de dos meses (Julio a septiembre del 2012) tiempo en el cual se realizará la recolección de información, es decir un período de tiempo de 10 sesiones de 30 minutos por usuario, dos veces a la semana. El procedimiento consiste en la observación y grabación de video de cada intervención realizada por los Terapeutas Ocupacionales.

Durante la grabación de los videos y toma de registro no se tendrá en cuenta el nombre del usuario, se utilizará un código para identificarlo, cabe resaltar que las grabaciones solo serán vistas por las investigadoras y de ninguna manera se revelaran las identidades de los usuarios objeto de estudio. El sistema de video permitirá observar la totalidad de las intervenciones, de igual modo facilitará ver la relación entre los objetivos de tratamiento, los medios utilizados y la calidad de las intervenciones, de acuerdo a los principios de la práctica basada en la evidencia. Cada grabación tendrá una duración de 30 minutos (tiempo que dura la sesión) y estará apoyada por una plantilla de registro observacional en la cual estará el código de identificación del usuario, lo cual no le causará ningún riesgo físico, psicológico, económico o profesional. Por el contrario este estudio beneficiará a la población con secuelas de ECV que sean atendidas en el servicio de consulta externa de Terapia Ocupacional, ya que el estudio permitirá demostrar si los procedimientos que se realizan en la institución responden a las necesidades de la población que atienden.

La participación en el proyecto hace parte del tiempo en que los usuarios asistan a las sesiones terapéuticas, las cuales deben ser mínimo 10 y la responsabilidad que tienen es la de asistir en su totalidad a las sesiones programadas, teniendo en cuenta que de su asistencia depende la recolección de la información suficiente para el estudio, de tal forma que si el usuario no asiste a dos sesiones será retirado del estudio. Los participantes no recibirán compensaciones por su participación diferentes a conocer los resultados del estudio; además no incurrirán en gastos diferentes al copago que exige su entidad prestadora de servicio y el transporte desde su vivienda a la institución y viceversa; su participación en la investigación es de carácter voluntario, se garantiza la confidencialidad de la información, también el derecho a conocer la información nueva respecto al estudio si la hubiera.

Cualquiera de los sujetos de investigación está en la capacidad y tiene la autonomía para rechazar su participación en el proyecto. Por otra parte, su participación le dará en primer lugar derecho a recibir un informe de resultados sobre la información arrojada por la investigación, los cuales serán expuestos en un documento que será publicado como Trabajo de Grado de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, y esté abierto para toda la comunidad educativa y profesional.

La información recolectada solo se ejecutará a través de registros sin realizar ninguna intervención o modificación de las variables del individuo. Además, es preciso decir que la información recolectada estará bajo extrema confidencialidad, el nombre de los sujetos de investigación no son relevantes en la muestra y la información referida no tendrá repercusiones en ningún aspecto. En el caso contrario, las investigadoras del proyecto serán quienes tengan toda la responsabilidad y las encargadas de asumir cualquier aspecto legal.

Las garantías de confidencialidad que se ofrecen al sujeto de investigación son el completo anonimato, para que no sea posible la identificación de estos. De esta manera, se adoptará un código en las fichas de registro que no tendrá ninguna relación con sus datos personales. La información generada por este estudio es estrictamente confidencial, se mantendrá la privacidad del usuario y no será identificado en ninguna publicación, es importante resaltar que los videos obtenidos durante las observaciones, serán destruidos de la carpeta virtual que los contiene y de la papelera de reciclaje del computador, por lo que no quedará registro alguno que identifique al usuario. La historia clínica de los usuarios objetos de estudio podrá ser revisada con fines de garantizar la veracidad de la información sólo por personal autorizado para tal fin.

Si se llega a tener alguna duda el usuario objeto de estudio podrá contactar al comité de ética de la Universidad del Valle Teléfono: (2) 518 56 77/ Correo electrónico: eticasalud@univalle.edu.co. O contactar a las investigadoras

Katherine Gómez Morales 317 7889788

Ana Yire Mina Larrahondo 318 4365159

La participación de los sujetos en la investigación terminará en el momento en que se haya obtenido la recolección de información y finalice la totalidad de las sesiones (10).

El participante del estudio obtendrá una copia de este documento.

“Declaro que he leído el contenido de este formato, se me ha informado el objetivo y los procedimientos requeridos para esta investigación, así como el hecho de que la información ofrecida se mantendrá bajo estricta confidencialidad y que no se utilizará mi nombre o cualquier otra información que pueda identificarme.”

“He escuchado la explicación dada por la Investigadora. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este proyecto y las mismas me han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de esta hoja de consentimiento. Mi firma en este documento certifica que soy mayor de edad, que tengo capacidad legal para consentir y que consiento a participar”.

_____	_____	_____
Participante	Firma Sujeto	Fecha
_____	_____	
Testigo 1	Firma	
_____	_____	
Testigo 2	Firma	

ANEXO 2.



Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Rehabilitación Humana



ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigación es un proceso que, mediante la aplicación del método científico, procura obtener información relevante, digna de fe y crédito, para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento. Además, este método incluye técnicas de observación, reglas para el razonamiento y la predicción, ideas sobre la experimentación planificada y los modos de comunicar los resultados experimentales y teóricos que serán de gran ayuda para esta investigación.

Esta investigación tiene por título *“Caracterización de las Intervenciones de Terapia Ocupacional para la rehabilitación en Actividades Básicas de la Vida Diaria en usuarios con secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular en una Institución de tercer nivel en Cali”*. El propósito de este estudio es obtener información relevante que dé cuenta si las intervenciones para la rehabilitación de las actividades básicas de la vida diaria, en usuarios con secuelas de ECV empleadas por los Terapeutas Ocupacionales de una institución de tercer nivel de la ciudad de Cali, responden a los principios que guían la práctica basada en la evidencia.

Dentro de la investigación se realizarán observaciones a las intervenciones ejecutadas por los terapeutas ocupacionales a usuarios con secuelas de ECV del servicio de consulta externa de Terapia Ocupacional en el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García E.S.E”. Estas observaciones serán llevadas a cabo durante los meses de julio a septiembre del 2012

El tiempo dentro del cual participaran los terapeutas ocupacionales en la investigación, será de tres meses (julio a septiembre del 2012) tiempo en el cual se realizará la recolección de información, es decir un período de tiempo de 10 sesiones de 30 minutos por usuario, dos veces a la semana. El procedimiento consiste en la observación y grabación de video de cada intervención realizada por los Terapeutas Ocupacionales.

Durante la grabación de los videos y toma de registro no se tendrá en cuenta el nombre del Terapeuta Ocupacional, se utilizará un código para identificarlo, cabe resaltar que las grabaciones solo serán vistas por las investigadoras y de ninguna manera se revelaran las identidades de los participantes del estudio. El sistema de video permitirá observar la totalidad de las intervenciones, de igual modo facilitará ver la relación entre los objetivos de tratamiento, los medios utilizados y la calidad de las intervenciones, de acuerdo a los principios de la práctica basada en la evidencia. Cada grabación tendrá una duración de 30 minutos (tiempo que dura la sesión) y estará apoyada por una plantilla de registro observacional en la cual estará el código de identificación del terapeuta ocupacional, lo cual no le causará ningún riesgo físico, psicológico, económico o profesional. Por el contrario este estudio beneficiará a la profesión ya que permitirá evidenciar si las intervenciones realizadas por los terapeutas ocupacionales en una institución de tercer nivel de Cali, cumplen con los principios de la práctica clínica basada en la evidencia. De igual modo el estudio permitirá demostrar si los procedimientos que se realizan en la institución responden a las necesidades de la población que atienden.

La participación en el proyecto hace parte del tiempo en que los Terapeutas Ocupacionales ejecuten las sesiones terapéuticas, las cuales deben ser mínimo 10 y la responsabilidad que tienen es estar presente durante toda la sesión, teniendo en cuenta que de ello depende la recolección de la información suficiente

para el estudio. Los participantes no recibirán compensaciones por su participación diferentes a conocer los resultados del estudio; además no incurrirán en gastos; su participación en la investigación es de carácter voluntario, se garantiza la confidencialidad de la información, también el derecho a conocer la información nueva respecto al estudio si la hubiera.

Cualquiera de los sujetos de investigación está en la capacidad y tiene la autonomía para rechazar su participación en el proyecto. Por otra parte, su participación le dará en primer lugar derecho a recibir un informe de resultados sobre la información arrojada por la investigación, los cuales serán expuestos en un documento que será publicado como Trabajo de Grado de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, y esté abierto para toda la comunidad educativa y profesional.

La información recolectada solo se ejecutará a través de registros sin realizar ninguna intervención o modificación de las variables del individuo. Además, es preciso decir que la información recolectada estará bajo extrema confidencialidad, el nombre de los sujetos de investigación no son relevantes en la muestra y la información referida no tendrá repercusiones en ningún aspecto. En el caso contrario, las investigadoras del proyecto serán quienes tengan toda la responsabilidad y las encargadas de asumir cualquier aspecto legal.

Las garantías de confidencialidad que se ofrecen al sujeto de investigación son el completo anonimato, para que no sea posible la identificación de estos. De esta manera, se adoptará un código en las fichas de registro que no tendrá ninguna relación con sus datos personales. La información generada por este estudio es estrictamente confidencial, se mantendrá la privacidad del terapeuta Ocupacional y no será identificado en ninguna publicación, es importante resaltar que los

videos obtenidos durante las observaciones, serán destruidos de la carpeta virtual que los contiene y de la papelera de reciclaje del computador, por lo que no quedará registro alguno que identifique al participante.

Si se llega a tener alguna duda el Terapeuta Ocupacional objeto de estudio podrá contactar al comité de ética de la Universidad del Valle Teléfono: (2) 518 56 77/ Correo electrónico: eticasalud@univalle.edu.co. O contactar a las investigadoras Katherine Gómez Morales 317 7889788

Ana Yire Mina Larrahondo 318 4365159

La participación de los sujetos en la investigación terminará en el momento en que se haya obtenido la recolección de información y finalice la totalidad de las sesiones (10).

El participante del estudio obtendrá una copia de este documento.

“Declaro que he leído el contenido de este formato, se me ha informado el objetivo y los procedimientos requeridos para esta investigación, así como el hecho de que la información ofrecida se mantendrá bajo estricta confidencialidad y que no se utilizará mi nombre o cualquier otra información que pueda identificarme.”

“He escuchado la explicación dada por la Investigadora. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este proyecto y las mismas me han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de esta hoja de consentimiento. Mi firma en este documento certifica que soy mayor de edad, que tengo capacidad legal para consentir y que consiento a participar”.

Terapeuta Ocupacional

Firma Sujeto

Fecha

Testigo 1

Firma

Testigo 2

Firma

ANEXO 3.

LISTA DE CHEQUEO PARA LA EXAMINACION DE DOCUMENTOS QUE FUNDAMENTAN LA INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA INSTITUCION DE TERCER NIVEL DE CALI

INFORMACIÓN GENERAL			
Fecha de Observación:	Nombre del Documento:	Actualización #:	Fecha de expedición:
Autores del documento:			
PARTE A. Ítems para verificar la Calidad de la Atención en Salud:			
La Calidad de la Atención de Salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios del servicio⁸². (Decreto Numero 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud) Se verificará si el presente documento cumple con los principios que evalúan y mejoran la Calidad de la Atención de Salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud:			
	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1. Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales			

⁸² Decreto Numero 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

2. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.			
PARTE B. Ítems para verificar la relación del Documento con los principios de la PBE:			
La Práctica Basada en Evidencia (PBE) es la integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación con la destreza profesional y los valores del usuario ⁸³ . Se verificará si el presente documento responde a los principios que guían la práctica basada en la evidencia:			
	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
3. Formulación de una cuestión clínica precisa basada en los problemas o necesidades del usuario.			
4. Búsqueda, en la literatura científica, de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada.			
5. Valoración crítica de la evidencia hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada.			
6. Aplicación de la evidencia sólida y relevante a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales y los valores y preferencias del usuario.			

⁸³

MORAGO Pedro. Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social, Universidad de Oxford, Vol. 17 (2004): Páginas 5-20

7. Evaluación periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada.			
8. Revisión y perfeccionamiento de la intervención adoptada para aplicaciones sucesivas de la misma.			

ANEXO 4.

REJILLA DE REGISTRO OBSERVACIONAL DE LAS INTERVENCIONES EN TERAPIA OCUPACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN DE USUARIOS CON SECUELAS ECV

INFORMACIÓN GENERAL					
Fecha de Observación:	Fecha de inicio del tratamiento	Código del usuario:	Edad del usuario	Sesión #:	Terapeuta #:
Hora de inicio:	Actividad Dirigida a:				
Hora de finalización:	USUARIO ☐ CUIDADOR ☐ AMBOS ☐ OTROS ☐ (CUAL) -----				
Hace cuanto sufrió la ECV		Intervenciones previas			
		Si ☐ No ☐ Cuales: _____			

	Intervenciones actuales diferentes a Terapia Ocupacional Si ☐ No ☐ Cuales: _____				
INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE LA INTERVENCIÓN					
Objetivos de la intervención:					
Descripción de la sesión:					
TIPO DE ACTIVIDAD					
INDIVIDUAL ☐ GRUPAL ☐ VISITA DOMICILIARIA ☐			PROCESO ENSEÑANZA- APRENDIZAJE PRÁCTICA ☐ TEÓRICO ☐ TEÓRICO- PRÁCTICO ☐		
INTERVENCIÓN ORIENTADA A:					
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA					
Come	SI	NO APLICA	Cuidado de la vejiga y los intestinos	SI	NO APLICA
Alimentación			Higiene del inodoro		
Baño, ducha			Movilidad funcional		

Vestido			Dormir/descanso		
Higiene personal y aseo			Cuidado de la ayudas técnicas personales		
			Actividad sexual		
COMPONENTES DEL DESEMPEÑO					
C. MOTOR		C. SENSOPERCEPTUAL		C. COGNITIVO	
Integración Refleja		Modulación Sensorial		Orientación temporo-espacial	
Control Motor		Percepción Visual		Atención selectiva y sostenida	
Patrones de movimiento		Esquema Corporal		Memoria	
Coordinación		Lateralidad		Secuenciación	
Integración Bilateral				Formación de conceptos	
Praxis				Comprensión	
				Resolución de Problemas	
				Análisis y síntesis	
ENFOQUE O TÉCNICA UTILIZADA POR LA T.O					
			SI	NO	NO APLICA
					DURACIÓN
Estabilidad y fijación del tronco, cintura escapular y caderas en las diferentes posturas					
Técnicas de facilitación					
Técnicas de inhibición					
Técnicas de estimulación					
Tapping					
Descargas de peso					
Repetición de patrones normales					
Patrones Cinéticos (diagonales)					
Aumento de la estabilidad					
Restablecimiento de la coordinación					
Reentrenamiento del equilibrio					
Patrones de movimiento					
Reeducación motriz					

Reeducación sensorial				
Reeducación perceptual				
Simplificación del trabajo				
Mecánica Corporal				
Conservación de energía				
Protección articular				
Equipamiento de Mecanoterapia				
Manejo del estrés- Relajación				
Uso de Tecnología de Rehabilitación				
Modificación en el hogar y el entorno				
Motivación para la autonomía del usuario				
OBSERVACIONES:				

Referencias

- BOLET, Lázaro Antonio Método Bobath, 2009
- AGUILAR, Ángela Dalila y colaboradores, Relación entre Conceptos de Intervención Terapéutica en Adultos con Lesión del sistema Neuromuscular, Universidad Autónoma de Manizales, 2008
- Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, Edición 2008
- Polonio López, Begoña. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 2003. P.13-30

ANEXO 5.

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL



USO EXCLUSIVO DE REHABILITACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
EVALUACIÓN
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL				FIM		WeeFIM				
Apellidos y Nombres:				Edad	Sexo	Historia clínica				
Diagnostico:				CIE10	Servicio	Sala	Cama			
Expectativas e intereses: _____										
FECHA (Día-Mes-Año)										
M O V I M I E N T O	AUTOCUIDADO			Actual	Potencial	Actual	Potencial	Actual	Potencial	Meta
	Comer									
	Aseo personal									
	Bañarse/ Ducharse									
	Vestirse/ Desvestirse (parte superior del cuerpo)									
	Vestirse/ Desvestirse (parte inferior del cuerpo)									
	Uso del baño									
	CONTROL DE ESFINTERES									
	Control de heces									
	Control de orina									
	TRASLADARSE									
	Cama, silla, silla de ruedas									
	Baño									
	Ducha									
	MOVILIDAD									

	Marcha, silla de ruedas, gateo Gradas								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RE C O N O C I M I E N T O	COMUNICACIÓN								
	Comprensión								
	Expresión								
	COGNICIÓN SOCIAL								
	Interacción social								
	Resolver problema								
	Memoria								

MOVIMIENTO TOTAL									
RECONOCIMIENTO TOTAL									

TOTAL									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESPONSABLE →				
---------------	--	--	--	--

Nivel	Descripción	ayudante
7	Independencia completa: no es necesario algún ayudante, realiza la tarea con seguridad dentro de una cantidad de tiempo razonable, y sin dispositivos, ayudas, o modificadores de la tarea o ambiente.	No
6	Independencia modificada: No es necesario algún ayudante, pero requiere más tiempo normal para hacer una tarea, o requiere de un dispositivo de asistencia o modificación de la tarea	No
5	Supervisión o preparación de los medios: necesita solamente alguien cerca o necesita las órdenes o supervisión para ejecutar la tarea (sin contacto físico).	Si
4	Mínima asistencia por contacto o ayuda: la persona aporta el 75% o más del esfuerzo necesario para hacer la tarea.	Si
3	Moderada asistencia o ayuda: la persona aporta más del 50% y menos del 75% del esfuerzo necesario para hacer una tarea y no requiere más que un ayudante o contacto.	Si
2	Máxima asistencia o ayuda: la persona pone menos del 50% del esfuerzo necesario para hacer una tarea, pero al menos el 25%.	Si
1	Asistencia o ayuda completa o total: la persona pone menos del 25% del esfuerzo necesario para hacer una tarea.	Si

ANEXO 6.

LISTA DE CHEQUEO PARA MEDIR LA ADHERENCIA DE LOS TERAPEUTAS OCUPACIONALES A LOS MÉTODOS DE INTERVENCIÓN PARA LA REHABILITACIÓN EN LAS AVD DE USUARIOS CON ECV ESTABLECIDOS POR UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE CALI

INFORMACIÓN GENERAL				
Fecha de Observación:	Código del usuario:		Sesión #:	Terapeuta #:
Hora de inicio: Hora de finalización:			Fecha:	
A continuación se verificará si los medios terapéuticos utilizados por las terapeutas ocupacionales en la intervención con los usuarios con secuelas de ECV cumplen y responden a los aspectos contemplados en los Documentos que fundamenta la intervención establecidos por la Institución:				
Aspectos que se manejan en el Documento Base		Cumple	No Cumple	Observaciones
Los OBJETIVOS cumplen con los lineamientos establecidos en el Documento base que establece la Institución.				
La Terapeuta Ocupacional fundamenta su intervención a partir del Documento Base establecido por la Institución según el diagnostico				
Diagnóstico: • Realiza Anamnesis				

• Evalúa los Componentes de Ejecución				
• Evalúa las Áreas del Desempeño				
• Evalúa los Contextos de Desempeño				
Tratamiento: • Componente Neuromuscular: Hace uso los medios terapéuticos (ACTIVIDAD, ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, RELACIÓN TERAPÉUTICA, CONTEXTO)				
• Componente Sensorial: Hace uso los medios terapéuticos (ACTIVIDAD, ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, RELACIÓN TERAPÉUTICA, CONTEXTO)				
• Componente Perceptual y Cognitivo: Hace uso los medios terapéuticos (ACTIVIDAD, ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, RELACIÓN TERAPÉUTICA, CONTEXTO)				
• Áreas de Ejecución (AVD, Actividades Productivas, Actividades de Juego y Ocio): Hace uso los medios terapéuticos (ACTIVIDAD, ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, RELACIÓN TERAPÉUTICA, CONTEXTO)				
La Terapeuta Ocupacional realiza el seguimiento establecido por el Documento Base				
OBSERVACIONES GENERALES				