

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Lic. Verónica Cremonte, Lic. Melania Ron, Lic. Lorena Degue

SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL - CENTRO DE REHABILITACIÓN
FLENI - ESCOBAR

DIRECCIÓN DE CONTACTO: FLENI, RUTA 9, KM 52,5; ESCOBAR. // verocremonte@hotmail.com

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentar el programa de seguimiento (PS) luego del alta de pacientes internados en FLENI durante el periodo 2005. El PS comenzó a desarrollarse a partir del mes de mayo de 2004 y tiene como objetivo principal investigar la efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional (TO) en la atención de pacientes neurológicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud no solamente se ve afectada por las estructuras y funciones del cuerpo (lo específicamente físico), sino también por inhabilidad de la persona para realizar actividades y participar en situaciones de vida, reconociendo en esto la influencia del entorno y los factores personales de cada uno. Y es así como aprueba la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en la cual trata de ir mas allá del campo médico e incluir ámbitos sociales.

Define: "limitaciones de actividad" como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades; habla de "participación" como la implicación en una situación vital, describe lo que el individuo hace en su ambiente/ entorno real; y "restricciones en la participación" son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto

real en el que vive; y por último define calidad de vida como "percepción personal de un individuo dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses".

La integración a la comunidad es entonces tomada o definida como la participación del individuo en su comunidad y es el objetivo final de la rehabilitación.

La mayoría de las personas que participan de un programa de rehabilitación esperan reinsertarse en sus roles sociales, familiares y ocupacionales que desarrollaban antes de la lesión.

Es en este marco de la salud donde la intervención de TO cobra su verdadero rol teniendo como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad, capacitándola para participar en las diferentes áreas de su desempeño cotidiano que le son significativas.

Para lograr estos objetivos utilizamos como marcos de abordaje el Modelo de la Ocupación Humana centrado en apoyar a las personas en el logro de un desempeño satisfactorio en roles ocupacionales significativos en las diferentes actividades de la vida diaria (básicas, de trabajo, estudio y tiempo libre). El desarrollo de habilidades para el desempeño ocupacional involucra la intervención en el desarrollo y/ o mantenimiento de capacidades sensoriomotoras, de procesamiento y sociales para lograr la integración ocupacional satisfacto-

ria en sus ambientes relevantes; y el Modelo de Desempeño Ocupacional Canadiense, centrado en el paciente. Su mirada está basada en la necesidad del paciente, jugando éste un rol activo en el tratamiento y estableciendo desde el inicio del mismo sus prioridades e intereses en función de su cultura y estilo de vida, teniendo en cuenta siempre las ocupaciones que desempeñaba antes de la lesión. Este abordaje nos permite encontrar en el paciente un aliado comprometido a generar cambios en su independencia, sabiendo que la motivación del paciente juega un rol importantísimo en el proceso de rehabilitación. (Kielhofner, G, 1994).

Si tenemos en cuenta que el objetivo principal de la TO es capacitar a la persona para participar en las actividades de la vida diaria que le son significativas, ¿cómo sabremos si el trabajo cotidiano ofrecido a estos pacientes resulta efectivo una vez que se van de alta de la institución? ¿Cómo sabremos si logran mantener el nivel de independencia alcanzado, si son capaces de participar en actividades significativas recuperando así la calidad de vida?

Debido a que no hay demasiada información sobre el trabajo que hacemos y sustentados en principios de "la práctica basada en la evidencia", surge la necesidad de crear un sistema de evaluación del desempeño al alta, que sirva para medir resultados y que además refleje las expectativas de nuestro trabajo, aquello para lo cual se trabajó, ya que creemos que sólo midiendo los resultados y analizando la intervención se puede examinar la eficacia de la misma. Por eso mismo, creamos el PS en el año 2004.

Métodos: Para poder llevar a cabo el PS requerimos de la confección de un sistema de evaluación conformado por alguna escala estandarizada y preguntas estructuradas y semiestructuradas que conforman el "cuestionario de seguimiento" (CS) a utilizar. En el CS evaluamos las diferentes áreas de desempeño ocupacional basándonos en los marcos de referencia antes mencionados. Estas áreas son nivel de independencia funcional (IF), nivel de participación en la comunidad (PC) y nivel de reinserción laboral (RL).

El CS es completado al momento del alta del paciente por la terapeuta que llevó a cabo su tra-

tamiento, por ser ella quien más lo conoce y ha trabajado sobre sus intereses y expectativas. Luego el Seguimiento (S) es telefónico y se realiza a los 3, 6, 12 y 24 meses posteriores al alta definitiva del paciente. Los datos se analizan en forma anual.

Resultados: durante el año 2005 se realizaron un total de 73 seguimientos de pacientes entre los 6 meses y el año posteriores al alta de internación, de los cuales se contactaron 35 pacientes con accidente cerebro vascular (ACV), 11 con traumatismo de cráneo (TEC) y 25 con lesión medular (LM).

El análisis de los datos del periodo 2005 nos demostró que, aunque los pacientes con ACV por características de la patología, continúan mejorando su nivel de independencia y participación, el porcentaje de reinserción laboral es muy bajo al igual que en pacientes con TEC, ya que los impedimentos cognitivos suelen ser factores predictivos y determinantes para la reinserción laboral y comunitaria. Los pacientes con LM constituyen la población que más participa en estas actividades.

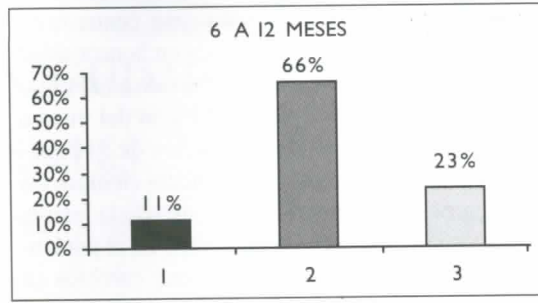
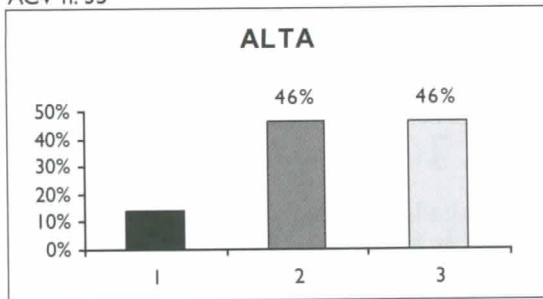
Del análisis de los resultados obtenidos en este período, surgió la necesidad de crear dos programas específicos para intentar tratamientos más efectivos a esta problemática: el programa de salidas a la comunidad y el programa de reinserción laboral, en los cuales se incluye al paciente en actividades que desafíen su desempeño (tanto cognitivo como físico) en situaciones reales de vida antes que se vaya de alta de internación.

El próximo análisis nos aportará datos relevantes sobre la eficacia o no de dichos programas.

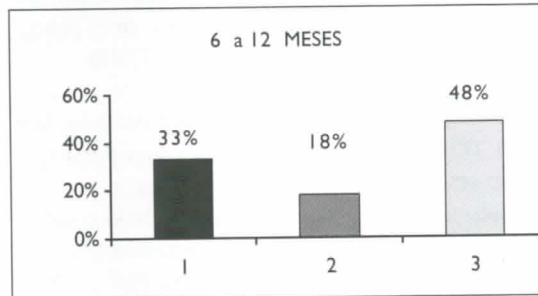
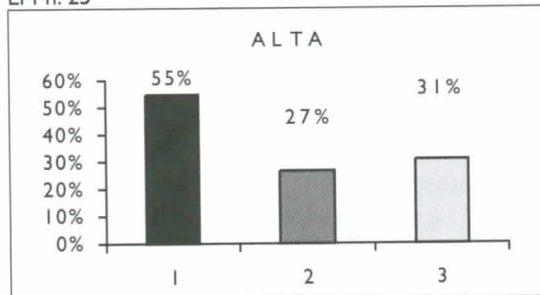
CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta que todo programa de rehabilitación tiene como prioridad maximizar el nivel de participación en situación de vida de la persona, poder contar con un programa de seguimiento nos permite valorar la consolidación de los logros a través del tiempo, permitiéndonos pensar nuevos programas de tratamiento que se implementan para realizar con mayor eficacia nuestro trabajo ●

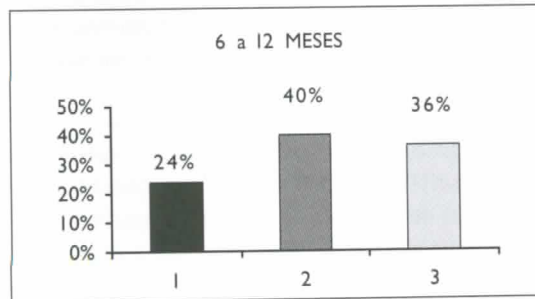
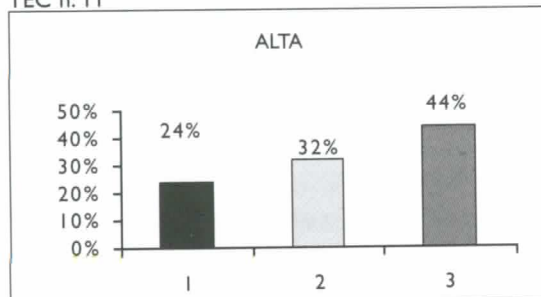
I- Grado de Independencia Funcional.
ACV n: 35



LM n: 25

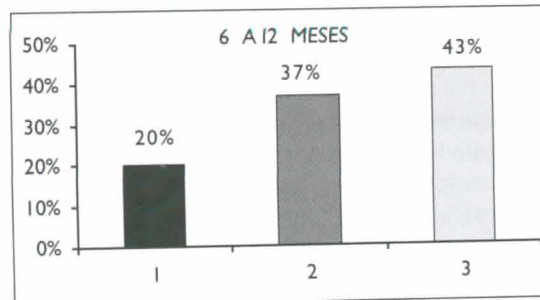
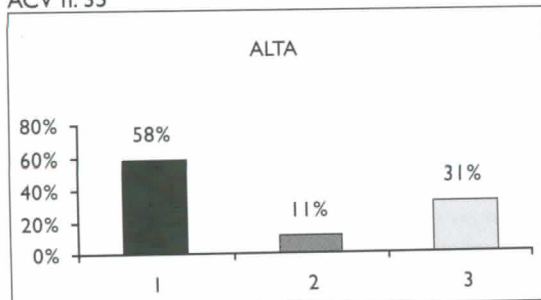


TEC n: 11

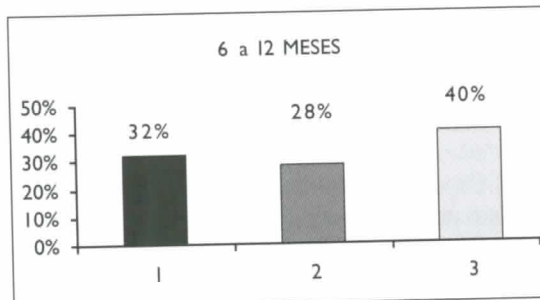
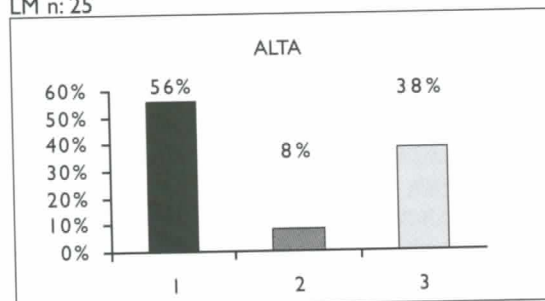


■ Dependiente ■ Independiente □ Asistido

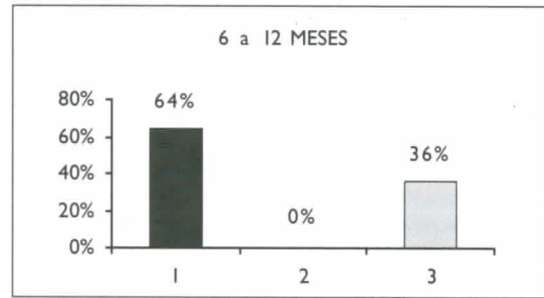
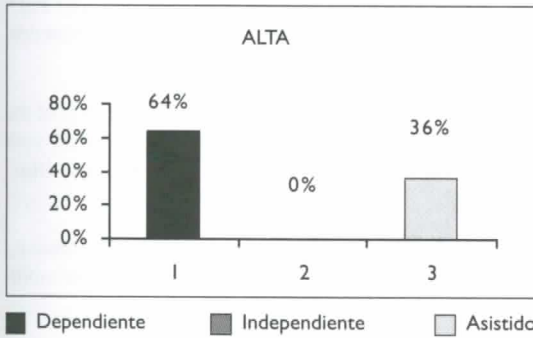
II- Grado de Participación en la comunidad
ACV n: 35



LM n: 25

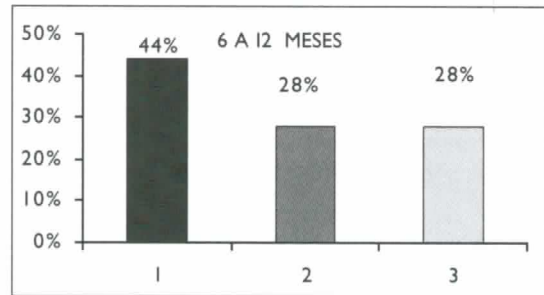
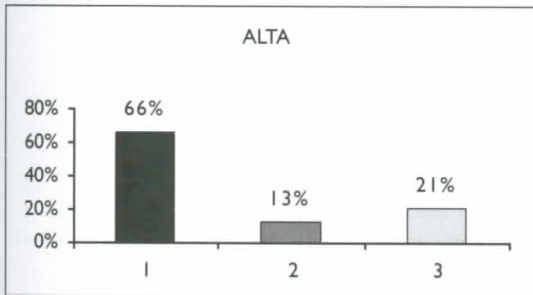


TEC n: 11

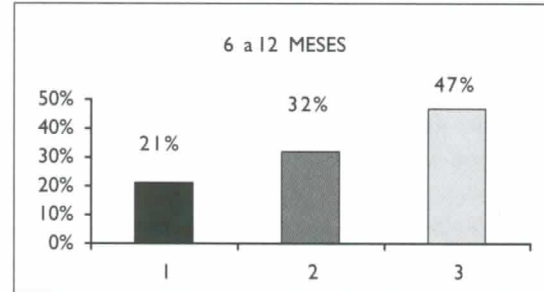
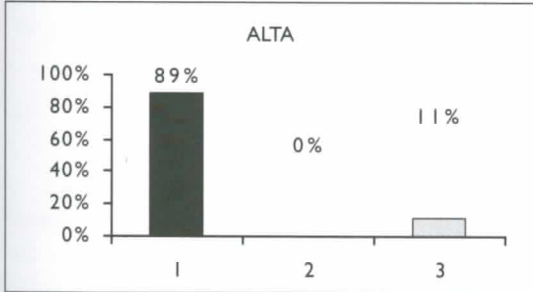


II- Grado de Participación en la comunidad

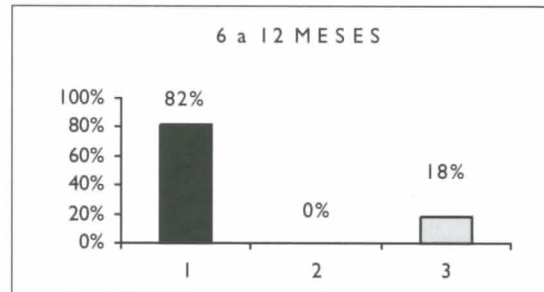
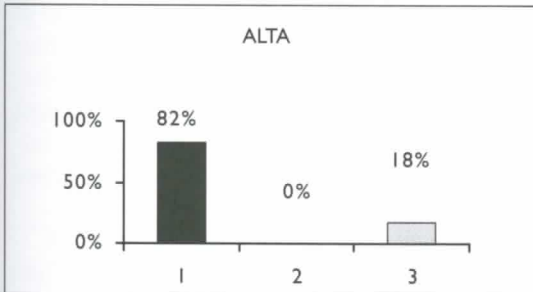
ACV n: 35



LM n: 25



TEC n: 11



REFERENCIAS

- Abreu B. C. Evidence -Based practice. The Occupational Therapy Manager; 2003 pp, 351-373.
- Bodiam, C. The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outco-

me on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy* 1999; 62, (3), 123-126.

- Egea García C., Sarabia Sanchez A. "Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad", boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, Dic. 2001, n. 50.

- Corrigan, John Community Integration following traumatic brain Injury. Neurorehabil 1994” Abreu Beatriz C, Suzanne M. Peloquin, Kenneth Ottenbacher. Competence in Scientific Inquiry and Research. *The American Journal of Occupational Therapy* 1998.
- Powell, J; Heslin, J; Greenwood, R. Community based rehabilitation after sever traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *J Neurol Neurosurg psychiatry* 2002.”
- Mc Coll, Mary Ann; Davies, Diana; Carlson, Peter et al. The community Integration Measure: Development and Preliminary validation. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 82, April 2001”
- Pimjai Sudsawad. Concepts in Clinical Scholarship: “A conceptual framework to increase of outcome research for evidence based practice”, 2005.
- TBI inform-What to expect after traumatic brain injury and rehabilitation. By: Tom Novack, PhD. Presented at the Recovery after TBI Conference, Sept, 1999.
- Trombly Catherine, Hui-ing Ma: “A Syntesis of the Effects of Occupational Therapy for persons with Stroke: Restoration of roles, tasks and activities” 2002.
- Tyerman A. Outcome measurement in a community head injury services. *Neuropsychological Rehabilitation*, Aylesbury, UK, 1999.
- Williams W. H, Evans J. J, and Wilson B. A. Outcome Measures for survivors of acquired brain injury in day and outpatient neurorehabilitation programmes. *Neuropsychological Rehabilitation*, Cambridge, UK, 1999.