

El proceso de terapia ocupacional en la unidad geriátrica de agudos del HCUCh

Jean Gajardo J.

Sección de Geriátria, HCUCh.

SUMMARY Hospitalization may have a different meaning and impact, if we compare a young population to an aged one. For aged people, being hospitalized usually has negative consequences for functionality and independence in activities of daily life (ADL). This problem relates to one of the purposes that the professional team of the Acute Geriatric Unit (AGU) at University of Chile's Clinical Hospital (HCUCh) has for its patients. At the AGU, professionals including Geriatricians, Pharmacist, Neuropsychologist, and Neurologist, provide treatment for elders having the prevention and improvement of functionality as main goals of treatment and indicators for discharge. Currently, an Occupational Therapist from the Occupational Therapy (OT) Department at HCUCh is also included as part of the professional team of the AGU. The OT intervention at the AGU represents a requires a distinct approach: it must consider geriatric knowledge and gerontology. This article brings a theoretical revision about the needs of patients at the AGU, which at the same time represent problematics to be treated by OT. It includes also a description of the process of Occupational Therapy at the AGU with results obtained so far.

INTRODUCCIÓN

Como parte de las atenciones realizadas por el equipo de Terapia Ocupacional (TO) del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCh), se encuentra la asistencia a la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) de la Sección de Geriátria. Esta unidad entrega tratamiento a adultos mayores que requieran de cuidado agudo, con un enfoque multiprofesional que busca prevenir el deterioro funcional de los adultos mayores que ingresan.

Actualmente, la UGA cuenta con la atención de un terapeuta ocupacional (TO) y grupos rotativos de dos estudiantes de TO de la Universidad de Chile, realizando su internado clínico de 5° año.

La atención de TO en la UGA presenta un carácter diferenciado, ya que requiere un enfoque geriátrico de atención basado en una valoración geriátrica integral y en la consideración de los distintos dispositivos para cuidados continuos; y así mismo, un análisis gerontológico continuo, al considerar características del envejecimiento y la vejez desde una perspectiva multidimensional.

A partir de esto y de requerimientos propios de la dinámica profesional del equipo, compuesto por médicos geriatras, neurólogo, neuropsicóloga, farmacéutico clínico, y enfermera, surge la posibilidad de desarrollar un proceso de tratamiento de TO atinente a las necesidades de la UGA.

En este manuscrito, se realiza una revisión teórica sobre las necesidades de los pacientes hospitalizados

que representan problemáticas atinentes de ser abordadas por la TO. Asimismo, se describe el proceso de TO en la UGA, con resultados obtenidos a la actualidad.

QUÉ ES LA TERAPIA OCUPACIONAL

La TO es una profesión de la salud que se basa en el conocimiento de la actividad con significado y propósito como favorecedora de la salud y el bienestar en todos los aspectos de la vida. Tiene como propósitos el promover, desarrollar, restaurar, y mantener las habilidades necesarias para llevar a cabo las actividades diarias y prevenir así la discapacidad⁽¹⁾.

Los profesionales de TO basan su intervención en el conocimiento del paciente como una persona con una historia singular de actividades vitales, patrones de vida diaria, valores e intereses. Los objetivos del paciente se obtienen por medio de una entrevista a éste y a otras personas relevantes sobre cómo las ocupaciones se han interrumpido o presentan vulnerabilidad. Esta información brinda la base para saber dónde centrar la atención y es el fundamento para generar ideas para la intervención⁽²⁾.

ANTECEDENTES QUE SUSTENTAN EL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Existen problemas iatrogenos frecuentes en el Adulto Mayor (AM) hospitalizado, entre los que se encuentran el reposo en cama, la dependencia forzada, los riesgos ambientales, y el trauma por el traslado⁽³⁾.

El significado de una hospitalización tiene carácter diferenciado en el AM, debido a que a menudo ésta se asocia a un deterioro en la capacidad funcional, independiente de la evolución del problema médico agudo. Este declive funcional en el adulto mayor es desencadenado por la interacción de varios factores, entre los cuales puede mencionarse los cambios propios del envejecimiento, la causa

de la hospitalización, y el proceso asistencial que recibe el paciente, siendo éste último el más crucial en el desarrollo de la dependencia y el declive funcional y al mismo tiempo el que tiene mayor posibilidades de intervención⁽⁴⁾.

Se sabe que una tercera parte de los ancianos frágiles mayores de 80 años aumentará su discapacidad durante un episodio de ingreso al hospital⁽⁵⁾.

En relación con el proceso asistencial, el personal del hospital generalmente favorece la dependencia, ya que suele insistir en realizar las actividades de la vida diaria básicas por el paciente, sin importar que éste pueda hacerlas por sí solo. Esto se denomina dependencia impuesta. Puede comprenderse esta situación debido a que la estimulación de la independencia diaria de los pacientes requiere tiempo y paciencia. Cabe mencionar también que en el ámbito de la estimulación de independencia diaria, el resultado de un profesional es casi siempre más cuidadoso y con mejores estándares que la de un familiar.

Por otro lado, el hospital presenta barreras físicas y de organización a las que debe adaptarse el paciente. Existe una variación de las rutinas y ausencia de ambiente con identidad personal (ropa, artículos personales, etc.)⁽⁶⁾.

Ante estas problemáticas, se han desarrollado diversos modelos de cuidado agudo para la evaluación y abordaje del AM hospitalizado, entre estos: *Acute Care for Elder (ACE)*, *Geriatric Evaluation and Management (GEM)* y la intervención multifactorial para prevención de *delirium* de Inouye y el *Hospital Elder Life Program (HELP)*. Si bien los tres han generado evidencia en diversos aspectos, problemas de la hospitalización del adulto mayor, poseen cualidades comunes como el manejo multidisciplinario, la prevención de la iatrogenia y el rol fundamental de la funcionalidad como indicador de resultados del tratamiento^(7,8).

Por otro lado, según el modelo de manejo por dominios⁽⁹⁾, para facilitar la comunicación interdisciplinaria y centrar la funcionalidad como eje de los tratamientos, debe abordarse las siguientes áreas o dominios:

- Aspectos medicoquirúrgicos
- Estado mental y emocional
- Funcionalidad basal: nivel de funcionalidad en actividades de la vida diaria 15 días antes del ingreso, realizar comparación con funcionalidad de ingreso y de alta.
- Aspectos ambientales: físico de la vivienda, social y financiero.

Asimismo, existe evidencia de que la planificación del alta con visita en domicilio disminuye la rehospitalización en AM.

El TO apoya la participación del paciente en las ocupaciones diarias y trata habilidades específicas para esta participación, lo que puede prevenir la dependencia, y mantener o aumentar la independencia.

El TO analiza, evalúa y trata el desempeño ocupacional de las personas, comprendiendo éste como una interacción entre la persona, el ambiente, y la ocupación/actividad diaria. Gracias a esto, el TO puede desarrollar estrategias de intervención a partir del ambiente y dadas las características del hospital, puede sugerir o implementar modificaciones en el ambiente con el fin de facilitar un desempeño independiente y con mayor seguridad.

Específicamente en el área geriátrica de agudos y hospitalización, puede referirse como funciones básicas del TO las siguientes⁽¹⁰⁾:

- Valoración del estado psicofísico del paciente.
- Tratamiento en función del resultado de la valoración.
- Prescripción de ayudas técnicas, adaptaciones y órtesis.
- Educación y asesoramiento de la familia y/o cuidadores.

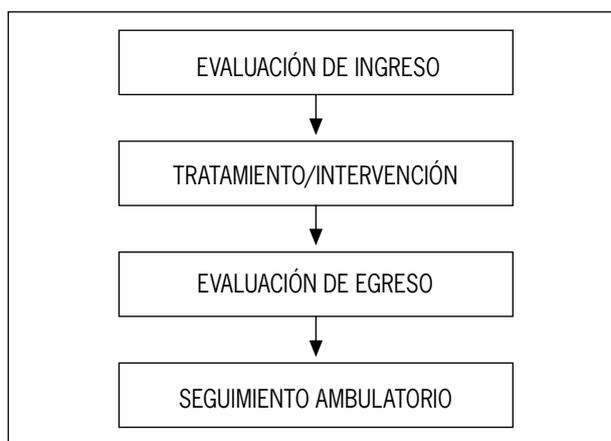
- Valoración, modificación y adecuación del entorno.
- Planificación de la continuidad del tratamiento al alta.
- Programación del seguimiento del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UGA DEL HCUCH

El proceso de TO comienza con la evaluación de necesidades, problemas y preocupaciones del paciente. Al comprender al paciente como un ser ocupacional, para quien el acceso en actividades significativas y productivas es central para la salud y el bienestar, es una perspectiva única y propia de la TO. Los problemas y preocupaciones pesquisados en la evaluación e intervención son definidos desde la TO como problemas o riesgos en el desempeño ocupacional. Durante la intervención, el foco permanece en la ocupación y los esfuerzos se dirigen hacia el fomento del logro de un desempeño mejorado en las ocupaciones. Una variedad de actividades terapéuticas, incluyendo el involucrarse en actividades de la vida diaria, son utilizadas durante la intervención⁽¹¹⁾.

A continuación, la Figura 1 muestra los momentos del proceso de TO en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital. Más adelante, se describe cada componente del mismo proceso.

Figura 1: Proceso de TO en la UGA HCUCH



La evaluación de ingreso de Terapia Ocupacional es parte fundamental del proceso de intervención. A través de ésta se logra generar un vínculo inicial con el paciente y su familia. Asimismo, la evaluación inicial permite identificar las problemáticas del desempeño y visualizar los objetivos y activi-

dades de tratamiento. A continuación, la Figura 2 exhibe la ficha de evaluación de TO en la UGA, la cual organiza la información necesaria de obtener a través de la entrevista al paciente y a sus familiares. Luego, la Tabla 1 describe las actividades de tratamiento, evaluación de egreso, y seguimiento.

Figura 2: Ficha de evaluación de Terapia Ocupacional UGA

**FICHA DE EVALUACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL
Unidad Geriátrica de Agudos HCUCh**

I. ANTECEDENTES GENERALES

Nombre	<input type="text"/>	Previsión	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Ficha N°	<input type="text"/>
Fecha evaluación	<input type="text"/>	Ingreso UGA	<input type="text"/>
		Egreso UGA	<input type="text"/>
Motivo de ingreso/Biomédico/Obs. general	<input type="text"/>		
Teléfono/ Familiar entrevistado	<input type="text"/>		

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES*

*Actividades vitales desarrolladas previamente en áreas: laboral, recreativa, social, etc. Eventos normativos y jubilación.

III. FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

ABVD → Índice de Barthel						AVD → Escala de Lawton			
	Bas	Ingr	Egr	SEG 1	SEG 2		Bas	Ingr	Egr
Alimentación						Uso teléfono			
Baño/Ducha						Compras			
Vestuario						Prep. comidas			
Higiene y aseo						Cuidados de casa			
Deposición						Lavado de ropa			
Micción						Uso de transporte			
Uso de WC						Medicación			
Traslado sillón-cama						Manejo de dinero			
Deambulaci3n						TOTAL			
Escaleras									
TOTAL						ABVD → Katz			

Lentes	<input type="text"/>
Prótesis dental	<input type="text"/>
Audífonos	<input type="text"/>

Historia Funcional (referir hitos que hayan generado variaciones en el desempeño en AVD)

Basal: Referido 15 días antes de la hospitalización, o del suceso que haya determinado alguna variación en la funcionalidad.

Ingr: Máximo 48 horas luego de ingresar a la UGA.

Egr: Máximo 48 horas antes del alta.

SEG 1: Mínimo 2 semanas luego del alta.

SEG 2: Mínimo 3 meses luego del alta.

IV. CONTEXTO

Social							
Ayudas Técnicas	Vivienda	Depto		Piso		Ascensor	
		Casa		N° pisos		Escaleras	
	Movilidad	Bastón		Andador		SSRR eléctrica	
		Muletas		SSRR		Scooter	
	Baño	Tina		WC elevado		Lavamanos c/barra	
		Ducha		WC c/barras		Tabla de ducha	
		Silla en ducha		Ducha c/barras		Tina c/barras	
		Otra					
	Vida Diaria	Alcanzador		Mangos alarg.		Reborde platos	
		Abotonador		Mangosengros.			
		Adap. calcetas		Adap.universal			
		Audífonos					

V. OTRAS PRUEBAS APLICADAS

Prueba	Resultados	Observaciones

VI. CONCLUSIONES Y PLAN

Conclusiones:

Plan:

Tabla 1. Actividades de tratamiento, evaluación de egreso y seguimiento

<p>Tratamiento/ Intervención</p>	<p>1. Actividades del TO con el paciente</p> <p>1.1. Actividades para la prevención y para el tratamiento del <i>delirium</i>. - Estimulación de funciones mentales: nivel de alerta, memoria, atención, lenguaje, entre otras. - Estimulación de funciones sensoriales. - Monitoreo de uso de ayudas técnicas propias del paciente: lentes, audífonos, prótesis dental, andador, entre otras. - Modificaciones ambientales para seguridad, orientación y desempeño independiente de AVD. - Estimulación de movilidad temprana. - Apoyo en desempeño independiente de AVD.</p> <p>1.2. Entrenamiento de ABVD: alimentación, movilidad funcional, higiene y arreglo personal, vestuario, entre otras.</p> <p>1.3. Entrenamiento de AIVD: manejo de dinero, cuidado básico del hogar, preparación de comidas, entre otras.</p> <p>1.4. Estructuración de rutinas para ABVD y normalización de sueño – vigilia.</p> <p>2. Otras actividades</p> <p>2.2. Visita domiciliaria de tratamiento para evaluación de ambiente físico y sugerencia de modificaciones.</p> <p>2.3. Actividades de información a familia en relación con apoyo a tratamiento, estrategias de prevención de deterioro y apoyo a funcionalidad.</p> <p>2.4. Participación en visitas de sala, reuniones clínicas y reuniones de información/consejería a familiares de pacientes.</p> <p>Entre otras.</p>
<p>Evaluación de egreso</p>	<p>1. Reevaluación Una vez que el equipo considere la posibilidad de alta próxima, el TO reevalúa el desempeño ocupacional del paciente, a partir de la observación y de la aplicación de los mismos instrumentos utilizados en la evaluación de ingreso. Con esta información ya elaborada, logra objetivarse las variaciones funcionales que el paciente ha experimentado al término del tratamiento y su potencial de reinserción en los contextos de origen.</p> <p>2. Elaboración de informe de alta El informe de egreso incluye la información elaborada a partir de la evaluación de ingreso y explicita las variaciones en los puntajes obtenidos en la reevaluación. Asimismo, incluye conclusiones y proyecciones en relación con la reinserción a entorno de origen y sugerencias. Se adiciona la fecha de consulta en policlínico de TO o de visita domiciliaria de TO, con un mínimo de dos semanas posterior a la fecha de alta.</p>
<p>Seguimiento</p>	<p>Como se mencionó previamente, el seguimiento del paciente adulto mayor reduce la hospitalización. Una vez que el paciente ha logrado el alta de la UGA, se acuerda con él y su familia una fecha para llevar a cabo seguimiento. Éste debe realizarse con un mínimo de dos semanas postalta, y puede optarse entre dos modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita domiciliaria. El TO visita el lugar de residencia del paciente para evaluar nivel de reinserción y funcionalidad, pesquisar problemáticas emergentes y sugerir derivaciones. - Consulta policlínico de TO. El paciente y un familiar asisten a consulta ambulatoria de TO, con el objetivo de evaluar nivel de reinserción y funcionalidad, pesquisar problemáticas emergentes y sugerir derivaciones.

RESULTADOS

A continuación, se presenta un análisis de las variaciones de la independencia en ABVD medido según el índice de Barthel, en pacientes que recibieron tratamiento de TO durante su hospitalización en la UGA. Estas variaciones pueden ser consideradas como resultados de la intervención de TO en el momento del alta.

Durante el 15 de agosto y el 27 de diciembre del año 2008, recibieron atención de TO en la UGA, un total de 27 pacientes, de los cuales 26 lograron

el proceso completo de atención referido previamente en la Figura 1.

A partir de la revisión de informes de alta, fue tabulada la puntuación obtenida para el índice de Barthel basal, Barthel de ingreso y Barthel de egreso, para los 26 pacientes. Los resultados y conclusiones se muestran a continuación.

Del análisis de la Tabla 1, puede establecerse que el promedio de edad de los pacientes que recibieron tratamiento de TO durante agosto y diciembre 2008, fue de 83 años. Del total de 26 pacientes

Tabla 1. Variación de la independencia en ABVD de pacientes atendidos por TO en UGA, durante agosto y diciembre 2008

N	Sexo	Edad	Barthel basal (BB)	Barthel ingreso (BI)	Barthel egreso (BE)	Variación (BE) - (BB)	Variación (BE) - (BI)
1	M	87	0	0	20	20 (+)	20 (+)
2	M	83	90	5	55	35 (-)	50 (+)
3	M	87	20	20	25	5 (+)	5 (+)
4	M	80	60	0	35	25 (-)	35 (+)
5	F	90	70	40	75	5 (+)	35 (+)
6	F	93	65	65	65	0	0
7	F	78	80	45	85	5 (+)	40 (+)
8	F	64	0	0	0	0	0
9	F	88	20	10	55	35 (+)	45 (+)
10	F	90	0	0	0	0	0
11	F	79	95	90	95	0	5 (+)
12	F	87	80	55	80	0	25 (+)
13	F	91	5	0	5	0	5 (+)
14	F	77	100	100	100	0	0
15	F	82	20	20	20	0	0
16	F	80	90	35	90	0	55 (+)
17	F	78	95	55	85	10 (-)	30 (+)
18	F	91	30	30	0	30 (-)	30 (-)
19	F	86	60	60	50	10 (-)	10 (-)
20	M	91	15	0	40	25 (+)	40 (+)
21	F	85	95	75	90	5 (-)	15 (+)
22	M	79	30	0	100	70 (+)	100 (+)
23	M	86	20	5	45	25 (+)	40 (+)
24	M	78	100	100	100	0	0
25	F	77	40	30	55	15 (+)	25 (+)
26	F	77	65	25	65	0	30 (+)

(+) indica un aumento del puntaje

(-) indica una disminución del puntaje

0 indica un puntaje sin variación

(100%), 8 fueron hombres (31%), mientras que 18 fueron mujeres (69%).

Respecto de las variaciones de la independencia en ABVD al momento del egreso hospitalario, en relación con nivel de independencia en ABVD basal, del total de 26 pacientes (100%), puede concluirse que: 9 aumentaron su independencia en ABVD (34,6%), 6 redujeron su independencia en ABVD (23,1%) y 11 mantuvieron su nivel de independencia en ABVD.

Las variaciones de la independencia en ABVD al momento del egreso hospitalario, en relación con nivel de independencia en ABVD al momento del ingreso a la UGA, del total de 26 pacientes, puede concluirse que: 18 aumentaron su independencia en ABVD (69,3%), 2 redujeron su independencia en ABVD (7,6%) y 6 mantuvieron su nivel de independencia en ABVD (23,1%).

DISCUSIÓN

La hospitalización y cuidado agudo brindado al adulto mayor, presenta necesidades y riesgos diferenciados del resto de los grupos etarios. Para un adulto mayor, la pérdida de dominio sobre su ambiente y la baja posibilidad de participación en actividades diarias que favorece el ambiente hospitalario, aumenta la probabilidad de deterioro funcional y dificulta la reinserción posterior al medio social y físico de origen.

La TO logra acoplarse al equipo multidisciplinario de la UGA en el HCUCh, generando desde el enfoque de la ocupación, diagnósticos y actividades para el tratamiento de la funcionalidad del paciente en la UGA.

Los resultados obtenidos del análisis de fichas de egreso, refieren que esta intervención, como parte de las estrategias del equipo UGA, podría favorecer el aumento y la mantención de la independencia en ABVD en los pacientes de la UGA al momento del alta. Por medio de la búsqueda bibliográfica, no fue posible encontrar evidencia o información propia de TO que fuese comparable con los datos obtenidos.

Por otro lado, la introducción de variables de tipo cualitativo, puede ser también un aporte. A través del contacto diario con los pacientes y sus familias, se manifiesta la satisfacción al notar que la presencia de un profesional especialista en el tratamiento de las actividades de la vida diaria logra cambios evidentes en la independencia y participación diaria que tengan los pacientes.

REFERENCIAS

1. World Federation of Occupational Therapists WFOT. About occupational therapy. 2008. Documenting center: www.wfot.org
2. Boyt B, Blessdell E, Cohn E. Consideraciones generales de la intervención. En: Boyt B, Blessdell E, Cohn E, ed. TO de Willard & Spackmann. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005;456.
3. Kane R. Yatrogenia. En: Kane R, Ouslander J, Abrass I, ed. Geriatria clínica. México: Editorial McGraw-Hill, 2001;95-105.
4. Marin PP. Cuidado agudo en geriatría. En: Marín PP, ed. Geriatria y gerontología. Santiago: Ediciones Universidad Católica, 2002;283-90.
5. Sánchez C. Actividades de la vida diaria en geriatría. En: Moruno P, Romero D, ed. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Ediciones Masson, 2006;349-71.
6. Kane R. Yatrogenia. En: Kane R, Ouslander J, Abrass I, ed. Geriatria clínica. México: Editorial McGraw-Hill, 2001;95-105.
7. Francis J. Prevention and treatment of delirium and confusional states. UpToDate, 2005; 13. No 2.
8. Inouye S. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patient. N Engl J Med 1999;340:669-76.
9. Siebens H. The domain management model - a tool teaching and management of older adults in emergency departments. Acad Emerg Med 2005;12:162-9.
10. Lozada A, Tarrés P. TO en las Unidades funcionales de geriatría en hospitales de agudos. En: Durante P, ed. TO en Geriatria: principios y práctica. Barcelona: Editorial Masson, 1998;163-6.
11. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. Am J Occu Ther 2002;56:616-26.

CORRESPONDENCIA

TO Jean Gajardo Jauregui
Servicio de Medicina Física y
Rehabilitación y Sección de Geriatria
Hospital Clínico Universidad de Chile
Av. Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fonos: 978 8040 – 978 6342
E-mail: jgajardo@med.uchile.cl

