

TERAPIA OCUPACIONAL A CONTRA RELOJ: UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

OCCUPATIONAL THERAPY A RICE AGAINST TIME: ACUTE GERIATRIC UNITS

Palabras clave: Terapia ocupacional, Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), Geriátrica recuperación funcional, Escala Berna, Terapia Ocupacional basada en la Integración funcional.

KEY WORDS: Occupational Therapy; Rehabilitation; Geriatrics; Acute Care

DECS Terapia ocupacional, Servicios de Salud para Ancianos, Geriátrica, recuperación funcional.

MESH Occupational Therapy; Health Services for the Aged, Geriatrics, Rehabilitation.

Dña. Laura Domínguez Martín.

Terapeutas Ocupacionales. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. Sección Geriátrica.

D. Vicente Lozano Berrio.

Terapeutas Ocupacionales. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro. Sección Geriátrica.

Como citar el texto en sucesivas ocasiones:

Domínguez Martín L, Lozano Berrio V. Terapia Ocupacional a contra reloj: unidades geriátricas de agudos. TOG (A Coruña) [Revista en internet]. 2010 [citado fecha]; monog. 3: 51-67 Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num3/agudos.pdf>

Introducción

En la actualidad, 7 millones de personas en España son mayores de 65 años, lo que supone aproximadamente el 16,6% de la población. De esta cifra, unos 2 millones corresponden a mayores de 80 años. Esta edad es uno de los criterios de ingreso más frecuente en una unidad de agudos de geriatría. Por Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) se entiende el nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos que cumplen criterios de paciente geriátrico con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas (Guillen Llera, 2002).

La UGA es un recurso asistencial dentro del Hospital con una característica que la diferencia del resto de Unidades de Hospitalización: la necesidad de adaptación del Hospital a la persona y no al contrario. Si en

RESUMEN

Uno de los principales problemas que presenta el paciente geriátrico cuando ingresa en una Unidad de Hospitalización Aguda es la pérdida de funcionalidad, originada por el propio motivo de ingreso o por un periodo de inmovilidad durante la estancia hospitalaria. Debido a la necesidad de tratar este problema, la Sección de Geriátrica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) incluyó como parte fundamental del equipo interdisciplinar la figura del terapeuta ocupacional, con el fin de conseguir la mayor recuperación funcional posible de los pacientes durante el ingreso. Es imprescindible para poder desarrollar nuestra labor profesional, conocer las características propias de este recurso asistencial, así como, cumplir una serie de requisitos que permitan adaptar el tratamiento funcional a las particularidades de este tipo de pacientes. La metodología de trabajo en la Unidad de Hospitalización Aguda de Geriátrica (UGA) ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Inicialmente la atención se centró en el patrón del déficit, y en la actualidad, el eje de la intervención es la integración funcional, consiguiendo de esta forma intervenciones más eficaces y eficientes, con la finalidad de lograr la máxima independencia funcional durante el ingreso hospitalario.

SUMMARY

One of the main problems of geriatric patient when admit in an Acute Hospitalization Unit is the loss of functionality caused by the reason of admission or for a period of immobility during the hospital stay. Because of the need to treat this problem, Section of Geriatrics of the University Hospital of Albacete (CHUA) included as an essential part of the interdisciplinary team the figure of occupational therapist in order to achieve the greatest possible functional recovery of patients during the income. It is essential for to develop our professional work, to know the characteristics of this assistance resource, as well as, keep certain requirements that permit to adapt the functional treatment of such patients. The methodology of work in the Acute Hospitalization Unit Geriatric (UGA) has progressed over time. Initially, the attention was focused on the pattern of deficit and, and now, the focus of intervention is the functional integration, achieving efficient and effective interventions, in order to get maximum functional independence during hospitalization.

España existen aproximadamente 900 camas de UGA, quiere decir que los mayores están siendo atendidos en otras unidades no especializadas en sus cuidados. Hay que reconocer que, por la organización hospitalaria existente hoy en día, es difícil conseguir esto, pero es uno de los objetivos a incluir en cualquier unidad de hospitalización aguda de geriatría.

El Hospital proporciona el diagnóstico y el tratamiento médico y quirúrgico para los pacientes con un problema agudo temporal y para los que empeoran de su enfermedad crónica. En los últimos años, los periodos de ingreso hospitalario han disminuido

considerablemente debido a los avances en medicina, a la rapidez diagnóstica y a la importancia de retornar a los pacientes a su medio habitual. Esta hospitalización tan breve ha tenido fuertes implicaciones en el tratamiento ocupacional de pacientes agudos, siendo necesarios:

- Nuevos métodos de valoración rápidos y con un registro completo de información
- Técnicas de tratamiento más eficaces y eficientes.
- Establecimiento de objetivos muy específicos y de rápida consecución.
- Desarrollo, por parte del terapeuta ocupacional, de aptitudes para resolver situaciones extremas.

El principal objetivo de cualquier estancia hospitalaria es la de mejorar la patología de ingreso. Sin embargo, en el paciente geriátrico no es únicamente importante mejorar la patología que causó el ingreso, también es vital atender simultáneamente el estado funcional del paciente. Durante el ingreso se pueden ocasionar importantes pérdidas funcionales que dificulten su regreso al entorno habitual. De ahí, la necesidad de comenzar el tratamiento ocupacional precoz en estos pacientes. La pérdida de función puede estar provocada por el propio motivo de ingreso (ictus, fractura de cadera, evolución de la demencia, etc.) y/o por la propia estancia hospitalaria (días de ingreso con inactividad funcional).

El Complejo Hospitalario Universitario de Albacete lo constituyen el Hospital General Universitario y el Hospital Universitario Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Es en este último donde se ubica la Sección de Geriátrica, con los siguientes recursos: Unidad de Hospitalización de Agudos (UGA) con 30 camas, Unidad de Rehabilitación Funcional (URF) con 6 camas, Consultas externas y Hospital de Día. Es en la UGA y en la URF donde interviene la terapia ocupacional desde el año 2004.

CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRIA

El perfil de los pacientes atendidos en una unidad de agudos suele estar relacionado con la presencia de patología crónica invalidante y con la edad. Suelen presentar las características que se nombran a continuación:

- Personas mayores de 80 años, aunque la edad puede ser inferior si la persona presenta algún tipo de demencia y/o deterioro funcional.
- Patología crónica invalidante.
- Pluripatología y polifarmacia
- Presencia de problemas cognitivos y/o afectivos
- Deterioro funcional. Problemas de deambulación y caídas.
- Reingresos hospitalarios frecuentes.
- Problemática social

Los principales motivos de ingreso, es decir, las patologías que mas frecuentemente se tratan en unidades de agudos tiene que ver con problemas cardiorrespiratorios, metabólicos, neurológicos o musculoesquelético (véase tabla 1).

El tiempo de ingreso en un hospital debiera ser la estrictamente necesaria sin prolongar estos días más de lo debido. La estancia media de estas unidades ha descendido sensiblemente en los

Principales motivos de ingreso en Unidades de Agudos Geriátricas

- Problema cardiovascular
(cardiopatía isquémica, fibrilación auricular crónica, síndrome coronario agudo,...)
- Problema respiratorio
(neumonía asociada a la comunidad, insuficiencia respiratoria, EPOC, hiperreactividad bronquial reagudizada, bronquiectasias, ...)
- Problema metabólico
(hiper/hipoglucemia, desequilibrio iónico, ...)
- Proceso neurológico
(ictus, mielopatías, parkinson, demencias...)
- Deterioro funcional/cognitivo agudo o subagudo
- Problema musculoesquelético
(caídas, trastorno de la marcha, fracturas, ...)

Tabla nº1

últimos años, oscilando entre 8 y 14 días. Muchos son los motivos que justifican en geriatría estancias tan cortas, entre los que se encuentran las posibles complicaciones que pueden derivar del propio ingreso:

- Deterioro funcional/síndrome de inmovilidad
- Síndrome confusional agudo
- Infecciones nosocomiales

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, una de las complicaciones hospitalarias sobre la que principalmente se interviene es la inmovilidad. Su prevención/recuperación es uno de nuestros objetivos básicos. A continuación se detallan los **efectos de la inmovilidad** por considerar de interés el conocimiento de las complicaciones que ocasiona el mantenimiento de una persona sin actividad funcional:

- Sistema musculoesquelético: osteoporosis y atrofia por desuso, contracturas, rigidez y dolor articular.
- Aparato cardiovascular: disminución de la reserva cardiaca, mayor uso de la maniobra de Valsalva, hipotensión ortostática postural, edemas y formación de trombos.

- Aparato respiratorio: menor amplitud de los movimientos respiratorios, estancamiento de las secreciones respiratorias, atelectasia, neumonía hipostática.
- Metabolismo: disminución del metabolismo basal, balance nitrogenado negativo, anorexia, balance negativo del calcio.
- Sistema urinario: estasis urinaria, cálculos renales, retención urinaria, distensión vesical e incontinencia urinaria.
- Aparato digestivo: estreñimiento
- Piel y faneras: menor turgencia y roturas de la piel.
- Sistema cognitivo-afectivo: reducción de autoestima, cambios en reacciones emocionales, falta de estímulos, deterioro cognitivo.

Con esta detallada relación de consecuencias, es evidente que la inactividad funcional arrastra a un rápido deterioro psicofísico y afectivo del paciente. En nuestra Unidad, el reposo en cama está reservado solo para aquellas situaciones clínicas en las que el riesgo de mantener actividad funcional sobrepase a los riesgos de la inmovilidad.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE TERAPIA OCUPACIONAL AGUDA EN RELACIÓN A OTROS RECURSOS ASISTENCIALES

Es imprescindible, para la práctica de la Terapia Ocupacional en una UGA, considerar ciertos aspectos que no se van a dar en otros recursos asistenciales y que condicionarán la planificación y puesta en marcha del tratamiento:

- Estancia media de ingreso: 8-14 días. Las internaciones tan breves nos obligan a priorizar las evaluaciones y el tratamiento, y a realizar un minucioso plan para el alta.
- Necesidad de priorizar objetivos de cara al alta hospitalaria.
- Presencia de técnicas y tratamientos que condicionan las capacidades del paciente; sondajes (vesical, rectal, nasogástrico), vías intravenosas para sueros y administración de fármacos, oxígeno terapia, mayor susceptibilidad a los fármacos, reacciones adversas a la farmacología nueva, prescripción de reposo absoluto o relativo, aislamientos (de contacto, respiratorio,

inverso,...), mayor sensibilidad a las maniobras agresivas diagnósticas y terapéuticas, etc.

- Presencia de un estado confusional y de desorientación debido al cuadro por el que ingresan y, especialmente, por la separación que sufren de su medio.
- Gran carga psicológica, tanto en los pacientes como en los familiares, tras determinados diagnósticos médicos.
- Imprescindible la intervención de la familia/cuidador en todo el proceso de recuperación funcional, pues desde el primer día deben aprender el manejo del paciente para continuar en domicilio.

CONDICIONANTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

La práctica clínica del terapeuta ocupacional en unidades geriátricas de agudos está condicionada por dos aspectos cruciales. El primero de ellos es el tiempo con el que se cuenta para realizar la evaluación, el establecimiento de objetivos y la planificación y puesta en marcha del tratamiento. La brevedad del ingreso exige del profesional de la Terapia Ocupacional la avidez para detectar las causas del deterioro funcional y las potencialidades de recuperación durante la estancia en el hospital y durante el periodo que seguirá al alta hospitalaria.

El perfil del paciente geriátrico es el segundo condicionante en la intervención ocupacional. En las unidades de agudos raramente se encuentran personas con la presencia de una sola enfermedad o discapacidad. La presencia de pluripatología y enfermedades de larga evolución obligan al terapeuta ocupacional a conocer no solo las características de estas patologías, sino también la forma de presentación atípica en el paciente anciano y las consecuencias que de ellos se derivan.

A continuación se describen tanto capacidades profesionales que debe reunir el terapeuta ocupacional así como las destrezas del rol que recoge la literatura en unidades geriátricas de agudos.

Capacidades profesionales del terapeuta Ocupacional en UGA

El terapeuta ocupacional que desarrolle su labor profesional en una UGA, debería adquirir una serie de cualidades, como son (Polonio B, 2003):

- ❖ Conocer la amplia variedad de procedimientos médicos y diagnósticos, intervenciones de terapia ocupacional y recursos de la comunidad.
- ❖ Conocer los cambios físicos, psíquicos, sociales y afectivos que se producen con el envejecimiento, y en las diferentes patologías del anciano, así como, conocer cómo interrelacionan unas patologías con otras y cómo presentan diferentes formas de discapacidad.
- ❖ Saber tratar varias enfermedades coincidentes (pluripatología) y diferenciar el tratamiento cuando el proceso es agudo, subagudo o crónico.
- ❖ Poseer habilidades comunicativas para motivar a la persona con un proceso agudo a colaborar en las sesiones de tratamiento, además de implicar a la familia/asistente en el proceso rehabilitador.
- ❖ Saber ofrecer afectividad en aquellas circunstancias de adaptación a una situación de dependencia, de pérdida de salud, de seguridad, de ocupación y a cambios sociales. Saber afrontar el empeoramiento clínico e incluso el fallecimiento del paciente.
- ❖ Tener capacidad para trabajar en situaciones de estrés y enfrentarse a situaciones problemáticas y a la toma rápida de decisiones.
- ❖ Sintetizar rápidamente los datos registrados para establecer unos objetivos, teniendo en cuenta las condiciones en las que se encuentra el paciente, cómo será su situación al alta, cómo influirá en su entorno, la colaboración de la familia y su desino al alta (paciente-familia-entorno)
- ❖ Saber adaptar el tratamiento a:
 - las internaciones breves
 - los días en los que les realizan pruebas diagnósticas (TAC, RNM, ecografías, ECG, EMG, Punción Lumbar, artrocentesis, toracocentesis...)
 - las condiciones clínicas del paciente y sus fluctuaciones.

Destrezas del Rol de Terapeuta Ocupacional en UGA

Debido a las características de los pacientes y a las condiciones de trabajo a las que nos tenemos que adaptar, las funciones básicas de un terapeuta ocupacional en el Área de Hospitalización Aguda Geriátrica, son (Larrion JL, 2007):

- Valoración del paciente y planteamiento de objetivos
- Realización de los tratamientos ocupacionales.
- Asesoramiento y prescripción de ayudas técnicas, y adaptación del entorno hospitalario y del entorno habitual del paciente. Realización de informes técnicos para solicitar ayudas económicas a las instituciones.
- Enseñanza a familiares y/o cuidadores del manejo del paciente.
- Conseguir que tanto el paciente como la familia desarrollen mecanismos positivos de adaptación a la nueva situación.
- Desarrollar una relación constante y diaria con los profesionales que atienden directamente al enfermo (geriatra, enfermera, auxiliar) para compartir información y trabajar todos en beneficio del paciente.
- Planificación de la continuidad del tratamiento al alta. Si es necesario debería prolongarse al domicilio o en un recurso externo (Centro de Día, Hospital de Día, Centro de rehabilitación,...)
- Seguimiento del paciente en consultas externas, para valorar su estado funcional.
- Realizar tareas de investigación y docencia para promover la profesión y mejorar las intervenciones, consiguiendo la máxima eficacia y eficiencia posible.

Perfiles de pacientes subsidiarios de intervención ocupacional en UGA

Para trabajar de una manera más rápida, y ser más eficaces en nuestros tratamientos, pueden diferenciarse fundamentalmente tres tipos de pacientes teniendo en cuenta la situación funcional previa, el pronóstico de recuperación funcional y la situación social (implicación familiar y destino al alta):

1. Situación funcional previa de independencia para AVDB

- Buen pronóstico para recuperar función
- Buen apoyo y colaboración familiar. Como el paciente se desenvolvía previamente sin ayuda, necesitan que recupere su situación basal para evitar un cambio en su entorno social.
- Son candidatos a continuar tratamiento en la Unidad de Recuperación Funcional (URF).

2. Pobre situación funcional previa.

- La familia desea llevárselos a domicilio solo si recuperan la movilidad funcional previa, en caso contrario, los institucionalizan por dificultad de manejo. Este grupo necesita una sobreestimulación y motivación continua para conseguir mejoría funcional. El esfuerzo empleado con ellos merece la pena si finalmente evitamos la institución.
- No son subsidiarios de rehabilitación ambulatoria tras el alta por la situación tan compleja que presentan: deterioro funcional basal, deterioro cognitivo moderado-severo, vivir en zonas rurales alejados del centro de rehabilitación más cercano, etc
- Candidatos a URF si existe buen apoyo familiar, por ser imprescindible su colaboración para motivar continuamente al paciente y realizar terapia funcional 24 horas al día.

3. Situación de total dependencia, previa o tras el ingreso, pero que al alta van a permanecer al cuidado de la familia.

- Presentan mal pronóstico funcional, no son subsidiarios de URF.
- El tratamiento consiste en la enseñanza a la familia del manejo del paciente para regreso a domicilio y el asesoramiento en ayudas técnicas y adaptaciones del entorno.

FASES DE LA INTERVENCIÓN OCUPACIONAL

Derivación del paciente al servicio de Terapia Ocupacional

Tras el ingreso hospitalario, el médico facultativo valora la situación del paciente y, si considera que podría beneficiarse de TO, realiza un parte de interconsulta (PIC) en el que informará generalmente de:

- La situación funcional previa y al ingreso.
- El pronóstico de recuperación funcional
- El momento en el que podemos intervenir
- La intensidad de las primeras sesiones
- Precauciones a tener con el paciente

En este momento, comienza la intervención del terapeuta ocupacional.

A primera hora del día, se registran los datos de la historia clínica de los nuevos pacientes para realizar la historia de Terapia Ocupacional. Además, revisamos los diarios médicos de los pacientes que ya tenemos en tratamiento para conocer posibles incidencias y variaciones en el estado clínico durante la tarde y noche del día anterior. A continuación, en la propia habitación del paciente comienza la entrevista con él y/o su familia, para registrar la situación previa y al ingreso.

Valoración

Realizamos una exploración física sencilla que consiste en observar la movilidad y fuerza de extremidades, equilibrio en sedestación y, si es posible, el paso a bipedestación y su control de pie, pasamos la Escala Berma (que comentaremos a continuación) y, el resto de exploraciones concluyen durante la realización del tratamiento.

Las sesiones son diarias y tienen lugar en sus propias habitaciones, utilizando la cama, sillón, armario, cuarto de baño y los pasillos y escaleras del hospital. Esto favorece el contacto con familiares y cuidadores, permitiéndonos obtener más información sobre el paciente. Comienza la instrucción en su manejo para preparar la vuelta a domicilio. Además, permite el contacto diario con el personal sanitario que lo está tratando y la obtención de información directa sobre su evolución clínica.

La duración de las sesiones está determinada por el propio paciente, dependiendo de su tolerancia a la actividad, pero, en general, no suele ser

mayor de 40 minutos. Como la estancia hospitalaria es breve necesitamos dedicar nuestro tiempo a realizar el mayor número de sesiones posible, por ello, el terapeuta evalúa tratando.

Las escalas de valoración funcional actuales no se adaptan a las características del trabajo del terapeuta en agudos, principalmente porque no son sensibles a los pequeños cambios y porque no indican qué tipo de ayuda necesita el usuario de cara al alta. Motivados por la necesidad de encontrar una herramienta de evaluación ocupacional adaptada a las necesidades de los pacientes ingresados en unidades de agudos, hemos elaborado una escala nueva que actualmente está en fase de validación. La "Escala BERMA de valoración de dependencia funcional", permite registrar minuciosamente la funcionalidad del paciente, es sensible a pequeños cambios, evita el efecto techo-suelo de otras escalas y nos aporta información sobre el grado de dependencia de cara al alta hospitalaria. Su utilización no es compleja ni requiere un tiempo excesivo para registrar la información.

La Escala Berma consta de once actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, movilidad funcional (movilidad en cama, transferencias, deambulación y escaleras), vestido, higiene personal, uso de inodoro, micción y defecación. En cada uno de estos ítems se especifican las tareas necesarias para su ejecución. Estas tareas son las que se evalúan y puntúan, obteniéndose de esta forma la información que el terapeuta requiere para establecer las líneas de tratamiento y negociar/planificar el tratamiento de cara al alta. La información que se obtiene con la Escala Berma es:

- La situación funcional y la atención ofrecida por la familia/cuidadores PREVIA a la aparición del motivo de ingreso.
- La situación funcional al INGRESO y las consecuencias que ha tenido el motivo de hospitalización sobre la función.
- La situación funcional al ALTA y la atención necesaria en domicilio. Ayuda a determinar su ubicación al alta dependiendo de las atenciones que necesita.

La puntuación total de la Escala Berma refleja la dependencia real de la persona y la cantidad de asistencia que necesita en cada una de las AVDB que evaluamos.

Tratamiento

Como se ha comentado anteriormente, cuando comenzamos a trabajar en UGA, nos el tratamiento giraba en torno a los déficits, y una vez recuperados, en la realización de las AVDB, siguiendo un enfoque de abajo-arriba. Rápidamente surgieron problemas con la implantación de esta metodología: requeríamos más tiempo de ingreso para tratar al paciente siendo necesarios unos recursos ambulatorios de los que no disponíamos, la familia no observaba un beneficio rápido para su regreso a domicilio por lo que, no estaban motivados y no se implicaban en el tratamiento.

Se necesitaba otra metodología de trabajo que respondiese a las necesidades reales de la familia/paciente, lograrse la mayor funcionalidad posible durante el tiempo de ingreso y fomentase la motivación y colaboración del paciente/familia.

De ahí surgió un método de intervención para pacientes agudos, que hemos denominado **TERAPIA OCUPACIONAL DE INTEGRACIÓN FUNCIONAL (TOF)** basado fundamentalmente en "tratar la Disfunción con Función". Con esta metodología de trabajo, creemos que no existe una pérdida total de la función, sino una "interrupción", permitiéndonos trabajar mediante un reentrenamiento/estimulación de la función, y no, teniendo que exponer al paciente a un nuevo aprendizaje de sus actividades cotidianas tras la recuperación de los déficits.

Los principios fundamentales de la TOF, son:

- No realizar tratamientos específicos para recuperar cada déficit. No se utilizan técnicas como orientación a la realidad, integración sensorial, recuperación motora. Al intervenir directamente sobre la función se estimulan todas las áreas conjuntamente, de forma que las que están

intactas ayudarán a la recuperación de las que están afectadas o compensarán los déficits establecidos, en cualquier caso, el paciente “funcionará” desde un principio y su recuperación será integral.

- Tratar la disfunción con función, independientemente de las capacidades del paciente. Podemos asistirle completamente al principio e ir disminuyendo nuestra ayuda a medida que va recuperando función.
- Con la función, el terapeuta ocupacional observará en qué fase de la actividad (tarea) puede residir el problema real que impide al paciente su ejecución
- Tratamiento facilitador cuando existe deterioro de funciones cognitivas (afasia, dificultad de aprendizaje, déficit atencional, demencia, etc). Se utilizan tareas de fácil comprensión y aprendizaje, utilizamos sus objetos cotidianos e intentamos mantener sus patrones motores y costumbres.
- Tratamiento compensador en caso de afectación cortical: hemianopsia, negligencia,...
- Instauración precoz de las AVDB para minimizar el tiempo de inactividad funcional.
- Primer objetivo: la movilidad funcional. Es demandado por las familias para facilitar el manejo del paciente en domicilio. Hay que tener en cuenta que mantenerlos en cama o sillón minimiza la posibilidad de estimulación funcional, por tanto, iniciar la movilidad funcional de forma precoz favorece la realización del resto de AVDB.
- Incrementar la implicación familiar. Logramos mayor motivación y colaboración. Consideran la utilidad, beneficios y progresos del tratamiento desde la primera sesión.
- Evitamos la adopción del rol de enfermo y rol de cuidador que generalmente suele llevar a situaciones de mutua dependencia.

Para conseguir una mayor atención y facilitar el aprendizaje por parte del paciente se evitará la deprivación sensorial: estimulando el uso de sus lentes, audífonos y prótesis dentales. Además se debe fomentar la utilización de un calzado adecuado (cerrado) y sus propias ayudas técnicas para la marcha si las usaba anteriormente.

Es imprescindible comentar que durante las sesiones de tratamiento se prestará atención a posibles síntomas de alarma: fatiga, hiper e hipoventilación, sudoración, palidez cutánea, temblor, confusión, adormecimiento, cianosis, opresión o dolor torácico, etc . Cuando aparezca algunos de estos síntomas se finalizará la sesión, adoptando las medidas oportunas y comentaremos con el facultativo responsable del paciente.

Técnicas de la Terapia Ocupacional Funcional

1. Movilidad funcional

1.1. Movilidad en cama

- 1.1.1. Volteos: izquierda-derecha, derecha-izquierda
- 1.1.2. Desplazamientos laterales y arriba-abajo en decúbito.
- 1.1.3. Sentarse al borde de la cama.
- 1.1.4. Movilidad en cama manejando las sábanas y mantas.

1.2. Transferencias

- 1.2.1. Paso de sedestación a bipedestación y viceversa.
- 1.2.2. Traslados cama-sillón, cama-silla de ruedas, silla de ruedas-inodoro

1.3. Deambulación

- 1.3.1. Asistida, con mínima ayuda, supervisión, independiente.
- 1.3.2. Indicar el uso de ayuda técnica para la marcha: andador, trípode, muleta, bastón y entrenar en su uso.
- 1.3.3. Reeducar: la deambulación en distintas direcciones, los giros, desplazamientos en espacios estrechos, salvar obstáculos, pasar puertas, acercarse a la cama, a la silla, al inodoro, a la ducha, al armario y abrirlo.

1.4. Escaleras

- 1.4.1. Subir/bajar escaleras y enseñar a salvar escalones si utilizan ayuda técnica para la marcha

2. Resto de AVDB:

Se realizarán en un principio en la cama, si el paciente no puede moverse. Después se efectuarán desde una silla de ruedas hasta que el paciente deambule y más tarde en sedestación o bipedestación dependiendo de la actividad que se trate y de la resistencia del paciente.

2.1. Aseo personal y alimentación

2.1.1. Aseo personal: lavado de cara-manos, afeitado, higiene bucal, peinado.

2.1.2. Alimentación: uso de cubiertos e incluiremos progresivamente las diferentes texturas (gelatinas, purés, semisólidos, sólidos, líquidos).

2.2. Uso inodoro: manipulación de ropa, limpieza de genitales y control de esfínteres.

2.3. Vestido: parte inferior, parte superior. Recoger la ropa del armario y colgarla.

2.4. Higiene personal: por partes frente al lavabo y en ducha.

Cada paciente comenzará el tratamiento en una fase diferente dependiendo de su situación y de los objetivos a tratar.

Alta Hospitalaria

Como ya se ha comentado, es imprescindible la preparación del paciente y la familia para el alta de hospital. Podríamos decir, que todo nuestro trabajo se centra en preparar al paciente y a su familia para el regreso a casa. Resulta, por tanto, indispensable que ambos conozcan:

- Qué tareas puede realizar el paciente de forma independiente.
- Qué tareas puede hacer con ayuda, quién debe prestar esa ayuda y cómo va a prestarla.
- Qué tareas no puede realizar sin ayuda, quién debe asistirle completamente y cómo debe hacerlo.

El desconocimiento de esta información por parte de la familia y el paciente puede derivar en una sobrecarga excesiva del cuidador en el domicilio y con ello la posible institucionalización del paciente.

CONCLUSIONES

La escasa experiencia de la Terapia Ocupacional en Unidades de Hospitalización Aguda en España, ha motivado la necesidad de buscar nuevos métodos de evaluación y tratamiento adaptados a este recurso y a la organización hospitalaria. La Escala Berma y la Terapia Ocupacional basada en la Integración Funcional son, actualmente, fuente de estudios de investigación por parte de la Sección de Geriátría del CHUA y están siendo utilizados en otros recursos asistenciales con la misma eficacia y efectividad, como por ejemplo en el Servicio de Neurología.

La Terapia Ocupacional en una UGA se caracteriza por la adaptación del tratamiento a los días de ingreso, la necesidad de valorar tratando y de priorizar objetivos. Los tratamientos, la duración y el número de sesiones dependerán del estado clínico del paciente, del apoyo familiar y su destino al alta.

Para finalizar, quisiéramos destacar de la importancia de incluir terapeutas ocupacionales en las unidades de hospitalización aguda, ya que:

- se favorece la recuperación funcional y por tanto, la recuperación física, psicológica y afectiva de los pacientes.
- se realiza una mejor preparación de cara al alta, teniendo en cuenta cómo va a ser atendido el paciente en el domicilio y/o cómo se puede fomentar su independencia,
- se disminuye el sentimiento de sobrecarga para el paciente y la familia al prepararlos para el alta domiciliaria,
- se realiza una derivación más apropiada para los pacientes que no van a domicilio: residencia, hospital de día, estancia temporal, centro de día, ayuda a domicilio, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. Gill T, Baker D, Gottschalk M et al. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002;347: 1068-74.
2. Chapinal A. Conceptos básicos. En Chapinal A, coordinadora. *Rehabilitación en hemiplejía, ataxia, traumatismos craneoencefálicos y en las involuciones del anciano. Entrenamiento de la independencia en terapia ocupacional*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005. p 1-30.
3. Durante P. Conceptos básicos de Terapia Ocupacional. En Polonio B., compiladora. *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. 1ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2001. p13-24
4. Salgado Alba A, Guillén Llera F. Unidades geriátricas de hospitalización. En Guillén Llera F, Ruiperez Cantera I, compiladores. *Manual de Geriatria*, 3ª Edición. Barcelona: Masson; 2002. p 163-165.
5. Larrión JL. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. *An Sist Sanit Navarra*. 1999; 22, supl 1: Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/extos/vol22/suple1/suple7.html>
6. Moruno P. Definición y Clasificación de las Actividades de la vida diaria. En Moruno P, Romero DM, compiladores. *Actividades de la Vida Diaria*. 1ª ed. Barcelona: Masson. 2005. p 3-22
7. Musicco M, Emberti L, Nappi G, Caltagirone C. Italian Multicenter Study on Outcomes of Rehabilitation of Neurological Patients. Early and long-term outcome of rehabilitation in stroke patients: the role of patient characteristics, time of initiation, and duration of interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84: 551-8.
8. Polonio B, Rueda, N. Marcos de referencia y modelos aplicados frecuentemente en la disfunción física. En Polonio B. coordinadora. *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*. 1ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 2004. pp 13-37
9. Rodríguez C, Pedro P. Accidente vasculocerebral. En Durante P, Pedro Tarres P, compiladores. *Terapia Ocupacional en Geriatria: Principios y práctica*. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p 75-88.
10. Serra JA, Isaac M, Vallés JA. Recuperación funcional y continuidad de los cuidados en la fractura de cadera. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, eds. *Guía de Buena Práctica clínica en Geriatria*. Madrid: Elsevier; 2007. p 75-82,