

TESIS DE GRADO

LICENCIATURA EN

TERAPIA OCUPACIONAL



ARGENTINA-TUCUMÁN

2017

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Terapia Ocupacional



¿Cuánto conocen sobre las funciones de la Terapia Ocupacional los profesionales de la salud que atienden a pacientes post quirúrgicos de miembro superior, mano?
Opinión del equipo sobre la incorporación de Terapia Ocupacional en el servicio de traumatología.

Autora: Pérez María del Carmen

Directora de Tesis: Lic. Salvatierra, María de los Ángeles

Asesora metodológica: Dra. Aymat, Ana

San Miguel de Tucumán

Año 2017

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total es una victoria completa”.

Mahatma Gandhi

Dedicatoria

En primer lugar a Dios por darme la vida y mostrarme lo maravillosa que es, por ser mi faro, por ser mi conductor a lo largo del cursado, por ser mi sostén y por haberme permitido conocer a lo largo del camino personas extraordinarias donde pude recibir valiosas enseñanzas.

A mis preciados padres, Horacio e Inés; a mi abuelo Baldomero mis ángeles guardianes mis estrellas que alumbran día a día mi caminar.

A mi amada abuela Carmen, ejemplo de vida, quien influye en el paso a paso de mi transitar, quien me inculca los valores y respeto hacia las personas, la virtud del amor y de la entrega y de quién heredero una excelente educación.

A mi esposo Gustavo Marcelo Osoreo, mi gran compañero, mi gran pilar, el que me estimula, y confió en mí, el que me transmite su amor incondicional.

A los motores de mi vida, los regalos más preciados y únicos mis amados hijos LADISLAO, BERNABÉ Y FELICITAS quienes supieron entender mis ausencias, quienes cedieron día a día sus tiempos y quienes me enseñaron el don de la fortaleza

A mis hermanos Arnaldo, Manuel, Esther, Cecilia y Gabriela por ser mis mejores amigos, por creer en mí, por estar continuamente y fortalecer mi vida.

A mis cuñados Beatriz, Gerardo y Analía, por estar siempre dispuestos.

A mis amigas de ayer y de hoy a las que cultivé a lo largo de la carrera y fueron mi sostén Jimena Castellanos, Florencia Burgos, Jimena Ramos, Emilia Nadal y Paula Callieri, personas incondicionales si las

hay, su apoyo constante, los buenos momentos que me han brindado a lo largo del camino fueron de gran aporte como así también esa mágica, transparente e inigualable amistad que fue creciendo día a día

A vos mi estrellita luminosa mi querida Pauli, persona de entrega hacia el que menos tiene, de humildad, de amor, y perseverancia, vos que nos mostraste lo que significa amar al prójimo, reír, y ser feliz, vos que mostraste a cada uno lo que significa la Terapia Ocupacional a vos mi querida amiga te doy las gracias.

A cada uno de ustedes que formaron parte de este gran logro, les dedico cada una de estas páginas.

Pera ustedes esta mi tesis.

Agradecimiento

En especial agradecimiento a la Licenciada María de los Ángeles Salvatierra, directora del trabajo de tesis por ser mi guía en esta investigación, por su ayuda incondicional, por brindarme sus más valiosos conocimientos y por transmitirme esa pasión y amor por la Terapia Ocupacional.

A la Doctora Ana C. Aymat por su gran aporte e instrucciones metodológicas y por su apoyo a lo largo del cursado de la carrera.

A cada uno de mis brillantes profesores que me acompañaron durante el cursado de los años de la carrera y han forjado el amor e inculcado sus enseñanzas que fueron para mí una gran fuente de inspiración y motivación

A mi amiga Eugenia Lobo, quién me guio a elegir esta carrera tan humana donde prioriza el acompañar y asistir al prójimo, donde la entrega al servicio al otro es una gran virtud así es la Terapia Ocupacional.

Mi agradecimiento a los profesionales que forman parte de la licenciatura de Terapia Ocupacional de la facultad Santo Tomás de Aquino y a la institución pública Hospital Ángel C. Padilla que me brindaron su colaboración y predisposición para la realización de este trabajo de investigación.

A mis amigas de ayer y hoy del Colegio Sagrado Corazón de Jesús que aportaron con su insistencia y apoyo constante para que pueda concluir con esta maravillosa carrera.

A mis compañeros del Hospital Ángel C. Padilla, por su cooperación incondicional.

A todos ellos mi mayor gratitud.

Índice

1. Resumen.....	10
2. Introducción	12
3. CAPÍTULO 1	15
3. Planteo problema de investigación	16
3.1. Objetivo general	16
3.2. Objetivos específicos.....	
3.3. Interrogantes de investigación.....	16
4. CAPÍTULO 2	19
4. Investigaciones.....	20
5. CAPÍTULO 3.....	24
5. Marco Teórico	25
5. 1. La terapia ocupacional en la rehabilitación de miembros superiores	25
5.2. La Terapia Ocupacional en la rehabilitación Funcional del miembro superior: mano...	26
6. CAPÍTULO 4.....	38
6. Metodología	39
6.1. Enfoque.....	39
6.2. Alcance descriptivo.....	39

6.3. Diseño.....	39
6.4. Variables de estudio	39
6.5. Población.....	40
6.6. Muestra	40
6.7. Criterios de inclusión.....	41
6.8. Criterios de exclusión	41
6.9. Consideraciones éticas.....	41
6.10. Presentación de instrumentos y técnicas de recolección de datos.....	41
6.11. Análisis de los datos	42
7. CAPÍTULO 5	43
7. Resultados	44
7.1. Contexto de la investigación.....	44
7.2. Análisis descriptivo de los datos	44
8. CAPÍTULO 6.....	57
8.1. Discusión.....	58
8.2. Alcances y limitaciones	61
8.2.1. Alcances.....	61
8.2.2. Limitaciones	61
8.3. Conclusiones.....	62

Conocimiento sobre las funciones de la Terapia Ocupacional por parte de los profesionales de la salud del Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán que intervengan en pacientes post quirúrgicos de Miembro Superior-mano.

Anexos.....	67
Anexo 1: Pedido de autorización	68
Anexo 2: Consentimiento informado	69
Anexo 3: Encuesta	70
Bibliografía	72

1. Resumen

El presente estudio se realizó como requisito para la obtención del título de Lic. en Terapia Ocupacional y tuvo como objetivos:

- Determinar el nivel de conocimiento que posee el equipo de salud sobre la importancia de las funciones del Terapeuta Ocupacional en la rehabilitación de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con lesiones en miembro superior (mano).
- Conocer la opinión que tienen los miembros del equipo de salud acerca de la incorporación de TO al servicio de traumatología.

El tipo de estudio fue descriptivo, un diseño no experimental, de corte transversal y desde un enfoque cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 21 participantes, profesionales de la salud, cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 28 a 60 años. El estudio se realizó en la ciudad de San Miguel de Tucumán, Argentina; en el hospital Ángel C. Padilla donde se realizó la toma de la muestra.

Se utilizó como instrumento para la recolección de datos un cuestionario no estandarizado diseñado por el investigador.

Los resultados obtenidos respecto cuánto conocen sobre las funciones de la Terapia Ocupacional los profesionales de la salud, demostraron que solo 7 sujetos mostraron un bajo nivel de conocimiento de la Terapia Ocupacional, que corresponde a un 33,33% del total, el 42,86%, 9 sujetos revelaron un nivel de conocimiento medio y, finalmente, 5 de los encuestados manifestaron un nivel alto con el 23,81%. En cuanto a la opinión del equipo sobre la incorporación de Terapia Ocupacional en el servicio de traumatología 19 sujetos mostraron una opinión *favorable* respecto a la misma y a su introducción en el Hospital (90,48% del total), mientras que solo 2 mostraron una opinión *desfavorable* (9,52%).

Concluyendo, es fundamental que como profesionales de la salud se brinde una completa atención al paciente. Con esta nueva iniciativa en el ámbito hospitalario se puede llegar a generar cambios para favorecer tanto al paciente como a la institución.

Palabras clave: Terapia Ocupacional - Rehabilitación - Mano -Profesionales de la salud - Hospital Ángel C. Padilla

1. Summary

This study was made as a requirement to get the degree in Occupational Therapy and its overall goals were:

- To determine the level of knowledge that the health care team has about the importance of the Occupational Therapists' activities in the rehabilitation in patients who underwent surgery on their hands.
- To find out the health care team opinion about the joining of the OT to the traumatology service.

This study is descriptive, not experimental, from a cross-section cut and from a quantitative approach.

The sample was composed of 21 volunteers, all health professionals, all of them are 28-60 years old. The study has been done in San Miguel de Tucumán, Argentina; at Ángel C. Padilla Hospital, where the simple had been taken.

The researcher used a non standardized questionnaire to collect the information.

The results have shown that only seven individuals have some knowledge about Occupational Therapy, which is the 33% of the total. Nine individuals have a Little bit more knowledge, which is the 42.6% of the total, and finally only five of the individuals have a high level of knowledge about OT.

Related to the incorporation of OT to the health team into the Traumatology Service, nineteen people (90,48%) have shown interest in it and only two (9,52%) individuals have disagreed with the idea.

To sum up, it is necessary that as health professionals we offer a thorough attention to our patients. With this new initiative we can achieve favourable changes to favor both. The patient and the institution

Key words: Occupational Therapy - Recorery - Hand –Health Professionals - Ángel C. Padilla Hospital

2. Introducción

La Terapia Ocupacional es una disciplina que tiene como objetivo la instrumentación de las ocupaciones para el tratamiento de la salud del hombre. El terapeuta ocupacional trabaja por el bienestar biopsicosocial, asistiendo al individuo para que alcance una actitud activa respecto a sus capacidades y pueda modificar sus habilidades disminuidas.

La importancia del miembro superior, se caracteriza por su movilidad y habilidad para agarrar, golpear o llevar a cabo finas habilidades motoras (manipular). (Moore y Dalley, 2009)

Parafraseando al célebre filósofo alemán Kant: "La mano es considerada como una extensión del cerebro humano al exterior" de allí su crucial función y su vital importancia.

La mano humana no es solamente un órgano prensil necesario para desarrollar actividades laborales, recreativas y de comunicación durante nuestra vida cotidiana. Es además, un instrumento altamente especializado dotado de gran sensibilidad; a través del sentido del tacto las manos nos ayudan a explorar y percibir nuestro alrededor. Son nuestros ojos en la oscuridad, para regular la función de la mano todos los sentidos trabajan conjuntamente: cuando tocamos un objeto, lo podemos ver, sentir, e incluso oler. (Arce C.G., 2005)

Las funciones que la mano podría realizar y que pueden verse afectadas en lesiones traumáticas, inmunológicas, o de cualquier otra índole y requieren de la intervención de terapeutas.

Una lesión impide a la mano realizar las funciones fundamentales, produciendo en el menor de los casos una alteración de los patrones de uso y en el peor una mano discapacitada. En muchos de los casos existe la probabilidad de desarrollar secuelas permanentes. La mano puede ser dañada en su función prensil de diferentes maneras según se alteren los elementos anatómicos que participan en el enganchar en el asir o en el pinzar con sus diferentes variedades (*uña-uña, pulpejo-pulpejo, lateral, tridente y múltiple*), según lo dañado anatómicamente se verá reflejado de manera funcional y sobre eso se debe acometer este trabajo.

Una de las lesiones más frecuentes detectadas son las lesiones traumáticas y de estas las lesiones tendinosas, cada lesión de esta variedad presenta un cuadro clínico funcional que se debe individualizar (Pascal, 2010).

En toda mano con lesión traumática o neurológica el comienzo precoz del tratamiento rehabilitador es muy importante ya que disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y permite obtener unos óptimos resultados para la reincorporación a la vida productiva.

La mano es la estructura más completa del cuerpo humano, por este motivo revierte una importancia considerable dentro de todas las necesidades de la vida.

El abordaje integral de las lesiones de mano, implica la participación de diferentes profesionales en el contexto del trabajo interdisciplinario, en el cual se encuentra contemplada la presencia de profesionales de Terapia Ocupacional. Como disciplina, el objeto de estudio se centra en el desempeño ocupacional y se orienta a promover el máximo nivel de independencia en actividades de la vida diaria, actividades productivas, actividades de ocio y tiempo libre.

Desde la Terapia Ocupacional existen alternativas para la implementación de programas de rehabilitación de mano. Una de dichas alternativas está enfocada a los procesos de rehabilitación funcional centrados en la recuperación de la función comprometida, lo que incluye diseño de ortesis, entrenamiento en patrones de movimientos integrales y funcionales y la simplificación de tareas posterior al análisis de la actividad. Por otro lado, en los casos donde la función se ha perdido y las posibilidades de rehabilitación son limitadas, el Terapeuta Ocupacional puede orientar la intervención hacia mecanismos compensatorios como en el caso de procesos de cambio de dominancia para facilitar la independencia en la ejecución de actividades de la vida diaria y actividades productivas.

Adicionalmente, se realiza la prescripción, diseño, modelado y entrenamiento para el uso de férulas y otros dispositivos de baja, mediana y alta complejidad, que permitan garantizar la estabilidad del segmento y el desarrollo de funciones que incorporen destrezas motoras y praxis. (Ospina Osorio L.J., 2015)

La Terapia Ocupacional ayuda a las personas con capacidad funcional limitada a encontrar modos y medios para cuidar de sí mismos.

3. CAPÍTULO 1

3. Planteo problema de investigación

Mediante el presente trabajo, se pretende demostrar el conocimiento que poseen los profesionales del equipo de salud sobre las intervenciones y funciones teóricas y prácticas sobre la aplicación de Terapia Ocupacional, en pacientes postquirúrgicos de miembro superior (mano) en el departamento de Traumatología, del servicio de cirugías Miembro Superior del Hospital Ángel C. Padilla.

3.1. Objetivos generales

- Determinar el nivel de conocimiento que posee el equipo de salud sobre la importancia de las funciones del Terapeuta Ocupacional en la rehabilitación de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con lesiones en miembro superior (mano).
- Conocer la opinión que tienen los miembros del equipo de salud acerca de la incorporación de TO al servicio de traumatología.

3.3. Interrogante de investigación

¿Qué nivel de conocimiento posee el equipo de salud sobre las funciones del terapeuta ocupacional y la aplicación de técnicas en la rehabilitación de los pacientes postquirúrgicos con lesiones en miembro superior (mano)?

3.4. Justificación

La terapia ocupacional busca la participación de las prácticas de rehabilitación física y la articulación con el servicio de Ortopedia y Traumatología (Servicio de Mano) del hospital Ángel C. Padilla. El trabajo de investigación se centrará en el impacto que tiene la rehabilitación, en pacientes del servicio de cirugía de mano por parte de terapia ocupacional.

La mano y el miembro superior, son la herramienta vital de ejecución ocupacional y laboral a través de la cual el hombre concreta sus ideas y proyectos con la praxis. Cualquier condición física desfavorable en el miembro superior y la mano, en la estructura o el funcionamiento, afecta la función manipulativa produciendo restricción de la actividad o de la participación, en las actividades de la vida diaria. (González Ingelmo, M. I., 2012).

La Terapia Ocupacional en el proceso de intervención busca disminuir las secuelas que generan las diferentes condiciones ortopédicas, dentro de las cuales se encuentran cirugías correctivas de lesiones y deformidades en estructuras musculoesqueléticas y nervios periféricos, que afectan el cumplimiento de los diferentes roles y el desempeño ocupacional del paciente.

Para realizar una intervención se debe contar con un equipo interdisciplinario incluye médicos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, los cuales ofrecen alternativas a la rehabilitación de la mano y miembro superior. El rol del terapeuta está encaminado a mitigar el dolor, reducir la inflamación, mantener la alineación de las estructuras y restaurar la función del lugar operado, así como también, busca promover la independencia mediante el empleo de patrones de movimientos integrales y funcionales necesarios para la ejecución de actividades que involucran motricidad fina.

Los terapeutas ocupacionales cumplen un rol fundamental en la rehabilitación de mano, ya que este profesional busca ayudar a que las personas recuperen las capacidades para desarrollar o participar de manera efectiva en actividades de la vida diaria, el trabajo, actividades educativas, el juego y el ocio. El tratamiento que se brinda está encaminado

no solo a las estructuras afectadas sino también a la función de las mismas por medio del uso de diferentes métodos que permitan alcanzar una recuperación.

Por esta razón el terapeuta ocupacional es el profesional idóneo para el tratamiento, intervención y rehabilitación de una lesión de mano, ya que no solo conoce la anatomía y la biomecánica de la misma, sino que también contempla las habilidades, los patrones de desempeño y la ocupación que realiza la persona que ha sufrido una lesión de mano. El plan de intervención formulado por el terapeuta ocupacional contempla la necesidad de reincorporar al paciente al rol productivo (en el escenario domiciliario, comunitario o empresarial) en la rehabilitación de mano y conseguir el mayor grado posible de independencia funcional; así pues, es muy importante extrapolar todas las actividades, las técnicas, los entrenamientos y destrezas conseguidas. (Ospina Osorio L. J. 2015)

4. CAPÍTULO 2

4. Investigaciones

Mallada Gutiérrez, B. (2011). Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional. Asturias, España.

La función normal de la mano refleja la integridad de los tendones extensores. Su contribución al balance articular, fuerza, destreza y funcionalidad de la misma es fundamental. El tratamiento rehabilitador postquirúrgico de las lesiones de estos tendones es importante para evitar limitaciones en la función global de la mano, que comprometan la capacidad del paciente para ejecutar las actividades de la vida diaria, de manera independiente. En este trabajo se desarrolló el plan de intervención aplicado en un caso de lesión tendinosa traumática del tendón extensor del tercer dedo, desde la retirada del tratamiento ortopédico hasta su recuperación.

Los objetivos del tratamiento fueron: disminuir el dolor y la inflamación edematosa. Prevenir la aparición de bridas o adherencias cicatriciales. Reducir la aparición de parestesias. Recuperar rango articular. Normalizar tono muscular y potenciar la fuerza muscular.

Respecto a las conclusiones de este estudio se destacaron: la recuperación articular es progresiva pero constante, llegando a recuperar todo el arco de movimiento de las articulaciones afectadas. La presencia de parestesias en mano y antebrazo, remite tras la aplicación de las pautas de posicionamiento en planos inclinados. La inflamación edematosa desaparece de forma gradual durante la primera semana de tratamiento. La musculatura del antebrazo gana en volumen y fuerza, acercándose a los niveles previos a la lesión. El tratamiento ortopédico constituye un alto factor condicionante en el éxito de la aplicación de la recuperación funcional postquirúrgica. Se lleva a cabo un seguimiento de la recuperación funcional y de la resistencia tendinosa al mes de concluir la rehabilitación postquirúrgica. La evolución de una lesión puede sufrir complicaciones tras el cese del tratamiento inicial, por lo que el seguimiento se justifica para garantizar una intervención completa. La mano tiene una gran representación a nivel funcional en la ejecución de las actividades de la vida diaria. Su función motora se pone de manifiesto a través de la capacidad de prensión y oposición del pulgar. La función perceptiva posibilita el reconocimiento de objetos. Su

función expresiva favorece la comunicación no verbal y la capacidad de adaptación que aporta a la función motora presas específicas y complejas. Una lesión tendinosa puede disminuir e incluso abolir cualquiera de estas funciones, comprometiendo el nivel de independencia en la rutina diaria. Dicha repercusión implica al terapeuta ocupacional en la intervención requerida para tratar la lesión. El terapeuta ocupacional, para garantizar un tratamiento adecuado y preciso de la disfunción presentada, debe conocer la patología a nivel clínico. Además, una formación continuada en anatomía, biomecánica y kinesiólogía, respalda una intervención profesional, con un alto índice de recuperación para el paciente.

Gómez, G. E. (2016). Caracterización de la tecnología de asistencia en pacientes adultos con lesiones de mano. Colombia.

En Colombia, la primera causa de morbilidad profesional para el año 2001 fue el síndrome del conducto carpiano con una incidencia del 27%; estos pacientes pueden requerir de ayudas técnicas en rehabilitación, sin embargo la Organización Mundial de la Salud afirma que del 5 al 15% de las personas que las necesitan no tienen acceso a ellas, omitiendo que estas permiten mejorar las habilidades afectadas de personas con discapacidad propiciando funcionalidad e independencia.

El objetivo de este trabajo fue caracterizar la tecnología de asistencia de baja complejidad en población adulta con patologías de muñeca y mano por lesiones del sistema nervioso.

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y corte transversal; durante el estudio se realizaron registros narrativos de los fenómenos estudiados mediante la observación al usuario y la entrevista estructurada.

En cuanto a los resultados obtenidos, las ayudas técnicas más utilizadas son las de tipo flexor-extensor para todas las articulaciones de la mano —como férulas, cubiertos con soporte de mango ancho ergonómico, ayudantes de cocina, adaptador para lápiz y agarraderas funcionales—, usadas para mejorar la funcionalidad de la mano con un tiempo de uso inferior a un año; estos elementos son elaborados en material de fácil adquisición, económicos y con un alto nivel de durabilidad.

Concluyendo, la tecnología de asistencia promueve la evolución de las lesiones de mano y muñeca generadas por el síndrome de túnel del carpo en adultos dados los beneficios que proporciona a nivel de independencia y funcionalidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Parada García, D. A. (2013). Milagro De Jesús Vásquez Rodríguez. Trabajo de investigación: beneficios de la parafina y la terapia ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la ciudad de Usulután. Durante el período de julio a septiembre de 2013. San Salvador.

La presente investigación se realizó con el objetivo de conocer los beneficios de la parafina y la Terapia Ocupacional en pacientes con diagnóstico de fractura de miembro superior entre las edades de 30 a 65 años de ambos sexos, que asisten al Hospital Nacional San Pedro de la Ciudad de Usulután.

En cuanto a la metodología, se trabajó con una población de 9 pacientes, a los cuales se les realizó una evaluación inicial y final. Los pacientes recibieron un tratamiento de 40 minutos cada uno, de 3 sesiones por semana, en un período de 3 meses. Se mostró que el mayor porcentaje de pacientes con fractura son del sexo femenino, y un menor porcentaje del sexo masculino. El tipo de investigación fue prospectiva y descriptiva. Las técnicas utilizadas fueron documental bibliográfica y de campo. Es así que se demuestra que la parafina y la Terapia Ocupacional ayudan en el estado físico y psicológico de los pacientes objeto de estudio. Por consiguiente, se aplicó el tratamiento de la parafina y la Terapia Ocupacional en actividades como: técnicas de relajación, realización de manualidades y terapias de grupo para ayudar a mejorar las relaciones interpersonales del paciente. Los objetivos específicos propusieron que el tratamiento ayude en las actividades de la vida diaria, para mejorar su desempeño en otras áreas, así como en su entorno familiar, psicológico y social.

Los resultados obtenidos después de la tabulación, análisis, interpretación y presentación de los datos durante la ejecución del estudio dan cuenta que las fracturas de miembro superior afectan más a personas del sexo femenino entre las edades de 61 a 65

años; en un 55.55% de la población en estudio. También se determinó que las caídas fueron la causa más frecuente que ocasionaron las fracturas con un 77.77%; afectando a ambos sexos.

Concluyendo, la terapia ocupacional es un conjunto de técnicas, métodos que se realizan a través de las diferentes actividades de la vida diaria, para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del paciente en todos sus ámbitos, ya sean laborales, psicológicos, físico y sociales.

5. CAPÍTULO 3

5. Marco Teórico

5. 1. La terapia ocupacional en la rehabilitación de miembros superiores

La Terapia Ocupacional se ocupa del cuidado de la salud de la población y de su restablecimiento. Trata de evitar, en la medida de lo posible, por un lado, las enfermedades invalidantes que alteran la capacidad productiva y la calidad de vida de los sujetos. Por otro lado, propiciar los cambios necesarios en cuanto a enfoques y criterios en concordancia con los avances científicos, las necesidades sociosanitarias y los lineamientos de las políticas de salud vigentes. Los pacientes derivados a Terapia Ocupacional presentan una pérdida o disminución de la capacidad funcional, entre otras para movilizarse o auto valerse. Por lo tanto, el objetivo de la intervención terapéutica específica es revertir en lo posible la limitación (Leegsta y col., 2015)

Cabe preguntarse, por lo tanto, qué se entiende por rehabilitación. Ésta es concebida como “el proceso dirigido a que los minusválidos adquieran su máximo nivel de desarrollo personal y su integración en la vida social” (Ley de Integración Social de los Minusválidos LISMI 13/1982 de 7 de Abril).

El tratamiento de una persona con discapacidad no es meramente sanitario, sino que precisa de continuidad a nivel social, proporcionando un ajuste entre el individuo y la sociedad, para adquirir una mejor calidad de vida.

El Terapeuta Ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano, lo que le permite intervenir como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso. El primer nivel de intervención está centrado, principalmente, en el individuo. Se trata así de recuperar, mantener, mejorar, potenciar... las capacidades del paciente mediante la actividad (Howe y col., 1982).

He aquí una visión funcional, un tratamiento sanitario (físico, psíquico, sensorial) que pretende habilitar a la persona para un óptimo desempeño ocupacional. En su intento de maximizar la autonomía personal del individuo, comprende que ello implica tener acceso al medio. Es preciso señalar la importancia del contexto. “La adaptación al medio, en el caso

del hombre, pasa por un ajuste entre las necesidades del paciente y las normas propias de su posición dentro del marco social donde vive” (Barris, 1982, p. 67).

Los pacientes sometidos a un tratamiento quirúrgico, evidencian lesiones causadas por diferentes factores, tanto externos como internos. Las lesiones de la mano suelen ocurrir por caídas y golpes; éstas son las causas más frecuentes de lesiones de la muñeca y mano, ya que siempre se intenta atenuar el golpe anteponiendo las mismas antes del impacto, como acto reflejo.

5.2. La Terapia Ocupacional en la rehabilitación funcional del miembro superior: mano

En terapia ocupacional la rehabilitación de mano está encaminada a aumentar la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria y a disminuir los factores de riesgo que puedan generar cambios en el desempeño ocupacional de la persona. La intervención debe contar con el control del edema, el manejo de la cicatriz, la elaboración de férulas, la adaptación de las actividades y el cambio de dominancia manual, dependiendo de las condiciones en las que se encuentre el paciente.

En cuanto a la reducción del edema existen técnicas, como la elevación, donde la mano se encuentra por encima de la muñeca, el codo y el hombro; otra técnica es el masaje retrógrado el cual se realiza de distal a proximal. Y finalmente, los movimientos activos, los cuales favorecen el retorno venoso.

Con la elaboración de las férulas lo que se busca es proteger los tejidos y mantener en reposo la región lesionada. El uso de las férulas depende el protocolo (Kleiner y Duran) que se trabaje en conjunto con el médico cirujano tratante y estas pueden ser cambiadas teniendo en cuenta el deterioro del material o la evolución del paciente.

Todas las actividades que se plantean desde terapia ocupacional son actividades con propósito, las cuales ayudan y dan estrategias al usuario para que realice de forma exitosa las actividades de la vida diaria y favorezcan su desempeño ocupacional. Estas actividades se deben realizar de manera pasiva o activa dependiendo del periodo postoperatorio en el que se encuentre el paciente (Ospina Osorio, 2015).

La mano y el miembro superior, son la herramienta vital de ejecución ocupacional y laboral a través de la cual el hombre concreta sus ideas y proyectos con la praxis. La especialización de rehabilitación de la mano y miembro superior, profundiza en el conocimiento, estimula la investigación y amplía el campo de desempeño profesional en los tres niveles de atención en salud, para responder eficiente y eficazmente a la importancia de la función manipulativa en el desarrollo humano, impactando directamente en la comunidad desde la intervención preventiva, la terapéutica y la rehabilitación. Cualquier condición física desfavorable en el miembro superior y la mano, bien sea congénita, adquirida o por enfermedad sistémica, en la estructura o el funcionamiento, afecta la función manipulativa produciendo restricción de la actividad o de la participación, en las actividades de la vida diaria.

Para rehabilitar, mantener y/o mejorar la funcionalidad del miembro superior y la mano con el fin de conseguir una óptima realización de las actividades de la vida diaria.

Objetivos específicos a trabajar por el terapeuta ocupacional:

- Conseguir o mantener los rangos de movimiento articular en el miembro superior suficiente para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD).
- Recuperar la precisión de la pinza.
- Fomentar la funcionalidad de la garra.
- Incrementar la fuerza de la pinza y la garra.
- Disminuir el dolor.
- Regular sensibilidad y dolor del miembro superior.
- Conseguir un correcto tono muscular.

Los Terapeutas Ocupacionales tienen un rol importante en materia de ayudas técnicas y adaptaciones así como en la evaluación e implementación de ortesis y prótesis (Dogliotti, 2008).

Rol de la Terapia Ocupacional en pacientes post quirúrgicos:

- Estimar la distribución de frecuencias número de intervenciones de Terapia Ocupacional llevadas a cabo en las salas de internación de pacientes adultos.
- Determinar si el promedio de edad es diferente según el tipo de intervenciones de Terapia Ocupacional.
- Determinar si los distintos tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional son diferentes según presencia de cuidador.

5.3. Patologías de miembro superior

Para tratar diversas patologías presentadas por lesiones en los miembros superiores, se pueden mencionar cirugías nerviosas, tendinosas, osteoarticular, entre otras.

5.3.1. Cirugías nerviosas.

Los nervios son los cables encargados de llevar la información del cerebro a los músculos para contraerse. También reciben la información de estímulos sensitivos del exterior y lo transmiten al cerebro. De esta manera existen nervios motores (los primeros), sensitivos (los segundos), y mixtos, que cumplen ambas funciones. Los nervios pueden lesionarse traumáticamente por estiramiento, compresión, o ruptura. A su vez pueden afectarse por completo o en forma parcial (Oleaga Alarcón y col., 1953).

Dependiendo de la patología, desde la T. O. la intervención de la misma es reducir al mínimo la discapacidad y facilitar la independencia funcional óptima. Los objetivos que se propone la T. O. son:

- Conocer y distinguir las diferentes lesiones nerviosas.
- Saber qué tratamiento, desde la TO, se debe realizar para cada uno de los nervios lesionados.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con lesión de nervios, consiguiendo el máximo nivel posible de autonomía.

Por lo tanto, el plan de intervención desde la TO, propone la aplicación de dos modelos:

- Modelo cinesiológico-biomecánico: este modelo estudia los aspectos cinesiológicos/biomecánicos y el análisis de las actividades que selecciona los elementos de las mismas relacionados con la terapia. Se centran en el estudio del movimiento integrado y en la calidad de la contracción de los sistemas musculares (isometría, isotonía, duración de los movimientos, movimientos auto pasivos...). Sea para manipular objetos, para gesticular o para trabajar. Todas las ocupaciones implican que las personas estabilicen y muevan sus cuerpos, por lo que las intervenciones basadas en el modelo biomecánico se centran en la confluencia del movimiento y el desempeño ocupacional.

- Modelo rehabilitador: donde los terapeutas ocupacionales trabajan para rehabilitar a los pacientes. Las metas de dicho modelo son las siguientes:

- Posibilitar al individuo alcanzar la independencia en las áreas de auto cuidado, trabajo y ocio.
- Restaurar la capacidad funcional del individuo al nivel previo al traumatismo, lo máximo posible.
- Maximizar y mantener el potencial de las destrezas indemnes o conservadas.
- Compensar la incapacidad residual mediante ayudas técnicas, ortesis o adaptaciones ambientales.

En la intervención del paciente se verán 2 fases bien diferenciadas:

- Primera fase: Evaluación y tratamiento para coger fuerza, sensibilidad y rango articular.

- Segunda fase: Se llevaron a cabo visitas para hacer una evaluación más exhaustiva. Así el tratamiento va enfocado hacia lo más personal del paciente, trabajando en sus actividades de la vida diaria y en su reinserción laboral. En esta segunda fase se usa el modelo Rehabilitador (Oleaga Alarcón y col., 1953).

5.3.2. Cirugías tendinosas.

El tendón es una estructura poco vascularizada, compuesto en un 30% por colágeno y un 2% de elastina. El tendón se nutre por una doble vía: vasos sanguíneos y difusión

sinovial. Esto explica por qué se puede producir la cicatrización sin adhesiones a tejidos vecinos. La unión músculo-tendinosa está sometida a gran tensión durante la fase de contracción muscular, donde el tendón tiene la mayor capacidad de alargamiento, la cual disminuye hacia la zona de inserción ósea (Diego Agudo, 2008-2009).

En el ámbito laboral las lesiones en las manos suponen según, algunos estudios, un tercio de las lesiones laborales totales, con una cuarta parte de las bajas laborales y una quinta parte del total de las incapacidades.

Las lesiones tendinosas pueden afectar a la mano, de forma traumática por sobrecarga o movimientos repetitivos.

Una de las definiciones más aceptadas sobre el concepto de repetitividad es la de Silverstein y col. (1986), el cual indica que el trabajo es repetido cuando la duración del ciclo fundamental es menor de 30 segundos. Las tareas con movimientos repetitivos son comunes en trabajos en cadena y talleres de reparación, así como en industrias y otros centros de trabajo, siendo reconocida como causa de enfermedad y lesiones de origen laboral. En la aparición de la fatiga muscular intervienen, además de la carga de trabajo, factores individuales del propio trabajador (constitucionales, patológicos, actividades extra laborales, etc.), agravados por la realización de tareas en general poco gratificantes. Con posterioridad a la fatiga muscular aparecen contracturas, dolor y lesión.

En el caso de lesiones tendinosas por traumatismos acumulativos específicos en mano y muñeca, se incluirán las tendinitis y las tenosinovitis:

Tendinitis: es una inflamación del tendón provocando una degeneración del mismo, que se engruesa y se hace irregular. Está en relación con la flexoextensión repetida, la cual lo somete permanentemente a tensión, a contactos con una superficie dura o a vibraciones.

Tenosinovitis: En las flexoextensiones repetidas el líquido sinovial segregado por la vaina del tendón se hace insuficiente. La cual provoca una fricción del tendón en su funda, con aparición inicialmente de calor y dolor como síntomas de inflamación. La repetición de este deslizamiento forzado provoca la cronificación de los síntomas, pudiendo finalmente

afectar al movimiento. Como tenosinovitis propias de la mano estaría el dedo en resorte y la tenosinovitis en enfermedad de De Quervain (Diego Agudo, 2008-2009).

Dedo en resorte: También llamado dedo en gatillo o tenosinovitis estenosante. El movimiento de un tendón en el interior de su vaina puede quedar limitado por un engrosamiento del propio tendón o de la vaina fibrosa, a través de la cual se desliza el tendón. La tenosinovitis estenosante se puede presentar en cualquier lugar en donde un tendón pase a través de una vaina o de un conducto osteoligamentoso. Afecta a uno o ambos tendones flexores de la mano, evolucionando hacia una tendinosis, que da lugar a un engrosamiento de la vaina fibrosa del tendón (Diego Agudo, 2008-2009).

Enfermedad de De Quervain: El cirujano suizo Fritz De Quervain describió en 1895 una forma de tendovaginitis que afecta a los tendones del abductor largo y extensor largo del pulgar en la estiloides radial, quedando su nombre asociado permanentemente a dicha entidad clínica. Esta patología también era denominada *esguince de las mujeres lavanderas* (Diego Agudo, 2008-2009).

El abductor largo y extensor corto del pulgar de la corredera, a la salida de los tendones, presenta un elevado grado de angulación (45°-polea de reflexión), que aumenta con la abducción del pulgar y la desviación radial de la mano. La tendinopatía de De Quervain puede ser ocasionada por cualquier proceso que produzca tumefacción o engrosamiento de los tendones o una alteración del contorno o diámetro de la corredera.

La causa más común de la enfermedad está en relación con los movimientos repetitivos de agarrar-soltar o movimientos rotatorios repetidos, generalmente, en relación con la actividad laboral. Los movimientos repetitivos provocan el engrosamiento e inflamación de la vaina tendinosa (Diego Agudo, 2008-2009).

Desde la T.O. los objetivos de la rehabilitación son:

- Proteger la reparación tendinosa.
- Disminuir las resistencias internas a la movilización producto del edema y adherencias.
- Mantener la movilidad pasiva de las articulaciones digitales y de la muñeca.

- Orientar el proceso de cicatrización tendinosa, intentando favorecer la cicatrización intrínseca con relación a la cicatrización extrínseca.

Numerosos estudios han demostrado que la aplicación temprana de fuerzas controladas a los tejidos en reparación mejoran la recuperación de la fuerza tensil, disminuyen las adherencias, aumentan la excursión del tendón y promueven la cicatrización intrínseca (Strickland, 2005; Sáez y col., 2006).

Tras la realización de la sutura es necesario un período de inmovilización, con el fin de proteger la tenorrafia de la acción de la musculatura antagonista, seguido de un período de movilización progresiva y rehabilitación.

5.3.3. Cirugías osteoarticular.

Amputación.

La amputación es una intervención quirúrgica por medio de la cual se realiza una resección, ya sea total o parcial, de una extremidad de manera longitudinal a lo largo de una o más estructuras óseas. Existen dos tipos, el primero de ellos es la amputación primaria, la cual es producida por un traumatismo; y la amputación secundaria, donde la ablación quirúrgica se realiza de manera programada dependiendo de las condiciones del paciente y las causas. Entre las más comunes, por las que se realizan amputaciones, se encuentran enfermedades vasculares, traumatismos, infecciones, tumores y defectos congénitos (López Martín y col. 2011).

Se conoce que las enfermedades vasculares, la diabetes mellitus y la arteriosclerosis son las causas más comunes por las cuales se realizan amputaciones debido al déficit circulatorio, que genera isquemia y necrosis de los tejidos del miembro afectado.

Los accidentes de trabajo y de tráfico pueden llegar a generar lesiones graves en el tejido tegumentario, muscular y en ocasiones óseo, así como también, en los vasos sanguíneos, esto aumenta las probabilidades de conservar la parte distal de la lesión.

Las amputaciones por infecciones son llevadas a cabo cuando éstas son potencialmente mortales. En cuanto a las realizadas por tumores malignos se busca disminuir

el riesgo de metástasis y eliminar el tumor. En ambos tipos el objetivo fundamental es preservar la vida del paciente (López Martín y col. 2011).

La amputación del Miembro Superior, a cualquier nivel, repercute de forma decisiva en todos los aspectos de la vida de la persona afectada por la nueva situación en la mayoría de los casos inesperada, provocando graves repercusiones funcionales, estéticas, psicológicas y socio-laborales, especialmente si esta pérdida ocurre en edades tempranas o medias de la vida, como sucede en el caso de las amputaciones traumáticas.

La mano humana no solamente tiene una función prensil necesaria para desarrollar las actividades laborales, recreativas y de comunicación es además un instrumento altamente especializado, dotado de sensibilidad térmica y presora, que permite explicar gran número de funciones diversas (Ventosa Lacunza y col., 2008).

La rehabilitación después de una amputación (García Peña y col., 2008):

La pérdida de una extremidad produce una discapacidad permanente que puede afectar la imagen que el paciente tiene de sí mismo, sus cuidados personales y su movilidad (movimiento). La rehabilitación del paciente que ha sufrido una amputación comienza después de la cirugía durante la fase aguda del tratamiento. Cuando el estado del paciente mejora, se suele empezar un programa de rehabilitación más extensivo.

El éxito de la rehabilitación desde la T.O. depende de

- El nivel y el tipo de la amputación.
- El tipo y el grado de los deterioros e incapacidades resultantes.
- El estado general de salud del paciente.
- El apoyo de la familia.

Es importante centrarse en las capacidades del paciente, tanto en casa como en la comunidad. El refuerzo positivo le ayuda a recuperarse, mejorar su autoestima y fomentar su independencia. El programa de rehabilitación se diseña para atender las necesidades de cada paciente. La participación activa del paciente y su familia son fundamentales para el éxito del programa.

El objetivo de la rehabilitación después de una amputación es el de ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida general, tanto en el aspecto físico como en los aspectos psicológico y social.

Según García Peña y col. (2008), para poder conseguir dichos objetivos, los programas de rehabilitación para las amputaciones pueden incluir lo siguiente:

- Tratamientos para mejorar la cicatrización de la herida y los cuidados del muñón.
- Actividades para mejorar la coordinación motriz, aprender a llevar a cabo las tareas cotidianas y ayudar al paciente a conseguir el máximo nivel de independencia posible.
- Ejercicios para mejorar la fuerza, la resistencia y el control de los músculos.
- Adaptación y utilización de miembros artificiales (prótesis).
- Control del dolor tanto para el dolor postoperatorio como para el dolor fantasma (sensación de dolor que aparece por debajo del nivel en el que se ha amputado la extremidad).
- Apoyo emocional para ayudar al paciente durante el período de sufrimiento y durante su readaptación a la nueva imagen de su cuerpo.
- Utilización de dispositivos de asistencia.
- Equilibrio nutricional para mejorar la cicatrización y la salud.
- Adaptar el hogar para ofrecer funcionalidad, seguridad, accesibilidad y movilidad.
- Educación del paciente y su familia.
- Protección del muñón.

Utilizaremos los siguientes marcos de referencia para la intervención de terapia ocupacional:

- Biomecánico: para control del edema, aumento de la fuerza y aumentar la resistencia y amplitud articular.
- Rehabilitador: para compensación de déficits.

- Cognitivo: necesario al aplicar la técnica de Imaginería Motora para el tratamiento del dolor del miembro fantasma.
- Modelo de Desempeño Ocupacional: necesario para el análisis e intervención en las áreas de desempeño del paciente (Antomás Torrijos y col., 2008).

Fracturas.

Se presentan como lesiones traumáticas del metacarpo y dedos. Estas estructuras están frecuentemente comprometidas por traumatismos que producen esguinces, luxaciones, fracturas o luxofracturas debido a accidentes laborales, domésticos deportivos y otros.

Fracturas de los metacarpeanos.

Los metacarpianos son huesos tubulares largos y su localización subcutánea hace que sean muy vulnerables a traumatismos en el ámbito laboral.

Las fracturas pueden ser tras un trauma directo sobre el MTC (contusión, aplastamiento, penetrante) o indirecto (por tracción, tensión, angulación, torsión, compresión).

Desde la TO los objetivos son, conseguir y mantener una reducción lo más anatómica posible, obtener una óptima funcionalidad y preservar al máximo el arco de movilidad. La movilidad precoz disminuye el edema, la rigidez y adherencias provocando, un tratamiento inadecuado, una gran discapacidad.

Se recomendará ejercicios específicos en diferentes momentos durante su recuperación, dependiendo de la severidad y localización de la fractura del metacarpiano, como ejercicios de estiramiento, fortalecimiento y resistencia. (Fahandezh-Saddi Díaz, 2010)

Esguinces, Luxaciones y fracturas de los dedos.

Son muy frecuentes y especialmente en deportes que usan las manos (volleybol, basketbol, etc.).

Esguinces de los dedos.

Comprometen frecuentemente las articulaciones interfalángicas proximales de los dedos; los ligamentos colaterales de las articulaciones interfalángicas se encuentran tensos cuando dichas articulaciones se encuentran en extensión, y como se trata de articulaciones trocleares que no permiten movimientos laterales, ellos son exigidos cuando se aplican fuerzas laterales o en hiperextensión; el dedo se edematiza, hay aumento de volumen a nivel de la articulación y puede aparecer equimosis tardía; estos esguinces pueden frecuentemente acompañarse de pequeños arrancamientos óseos en las inserciones laterales de los ligamentos o en la cara palmar de la articulación, por lo cual el estudio radiológico es imperioso.

▪ ***Luxaciones de los dedos***

Las más frecuentes ocurren a nivel de las articulaciones interfalángicas. La falange distal se desplaza hacia dorsal. Son fáciles de reducir ejerciendo tracción y flexión de la falange, aun sin anestesia; deben ser inmovilizadas por aproximadamente 10 días con una férula digital en semiflexión.

La luxación metacarpofalángica del pulgar puede ocurrir al sufrir una fuerza que desplaza el pulgar hacia dorsal (por ejemplo, pelotazo). Su reducción se realiza con la maniobra ya enunciada para las luxaciones interfalángicas y debe ser inmovilizada con yeso antebraquial, con pulgar incluido, por 3 semanas.

Desde la TO el tratamiento postural tendrá importancia en esta lesión, pues es frecuente que no se recupere el rango de amplitud articular. La postura en estos pacientes siempre es funcional previendo la posibilidad evolutiva señalada; iniciar las actividades voluntarias.

Los ejercicios indicados nunca deben ser intensos, porque la cápsula dañada se inflamará y resultará dolorosa y el paciente rechazará el ejercicio; respetar el dolor

El estado definitivo en que quedará la articulación dañada varía mucho de un paciente a otro e incluso cuando el paciente empieza a trabajar, continuará ganando en amplitud articular y habilidad en el uso de su mano.(Pascual García, 2010).

Fracturas de los dedos

Las fracturas diafisarias de las falanges proximales y medias deben ser inmovilizadas con férula digital en semiflexión, por 3 semanas.

Las fracturas condíleas de las articulaciones interfalángicas proximales o distales deben tener una reducción anatómica, sino, provocan rigidez y desviaciones en los dedos, incapacitantes y antiestéticas; si es necesario deben ser reducidas quirúrgicamente y fijadas con tornillos de pequeño fragmento o Kirschner.

Las fracturas de las falanges distales consolidan sin problemas y su inmovilización solo se justifica para disminuir el dolor.

El Mallet finger consiste en la avulsión del tendón extensor de su inserción en el dorso de la base de la falange distal; se produce por una fuerza que afecta bruscamente la falange distal quedando el dedo en flexión a ese nivel e imposibilidad de extenderla. Puede ocurrir con arrancamiento óseo o con ruptura sólo del tendón. El tratamiento puede ser ortopédico o quirúrgico; el tratamiento ortopédico consiste en mantener la falange distal en hiperextensión para acercar los extremos avulsionados, manteniendo la interfalángica proximal en flexión, mediante una férula digital o yeso digital fenestrado por 3 a 4 semanas; debe controlarse semanalmente para asegurar la correcta posición de inmovilización.

El tratamiento quirúrgico destinado a reimplantar el tendón en su sitio de inserción en la falange distal, es de indicación excepcional y sus resultados son altamente inciertos.

Cuando existe un arrancamiento óseo, el éxito del tratamiento ortopédico es mayor que en la avulsión simple del tendón extensor.

6. CAPÍTULO 4

6. Metodología

6.1. Enfoque

El enfoque de esta investigación se realiza desde el paradigma cuantitativo. Éste paradigma utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas. Confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández Sampieri y col., 2010).

6.2. Alcance

Este estudio es descriptivo porque mide de manera independiente los conceptos o variables a los que se refiere y mide con la mayor precisión posible (Hernández Sampieri y col., 2010).

6.3. Diseño

Este trabajo tiene un diseño no experimental, de corte transversal. Mide la prevalencia de la exposición y del efecto en la población objetivo en un solo momento temporal. No se manipulan las variables, sino que se respeta el medio natural en el que se encuentra el grupo bajo estudio (Hernández Sampieri y col., 2010).

6.4. Variables de estudio

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre las funciones del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de la mano.

Definición conceptual: Conjunto de información que posee el equipo de salud sobre la función que desempeña el Terapeuta Ocupacional durante la intervención y la rehabilitación de enfermedades o lesiones que afecten en mayor magnitud, la mano.

Definición operacional: Es una variable de tipo cuantitativa. Para medirla se administró un cuestionario de 7 preguntas para recolectar información. Luego se analizó y se determinó el nivel de conocimiento de los integrantes del equipo de salud, acerca de las funciones del Terapeuta Ocupacional en la rehabilitación pos quirúrgica del paciente con lesiones en la mano (Anexo N°3).

Categorías:

- Alto: cuando señalen correctamente entre 6 a 7 ítems.
- Moderado: cuando señalen correctamente entre 4 a 5 ítems.
- Bajo: cuando señalen correctamente menos de 3 ítems.

Variable 2: Opinión sobre la utilidad de la implementación de un servicio de TO en el Hospital Ángel C. Padilla.

Definición conceptual: Actitud hacia la introducción de un servicio de TO en el Hospital Ángel C. Padilla por parte de la población objetivo.

Definición operacional: Es una variable cualitativa, medida a través de 4 ítems: 3 de tipo dicotómico con respuestas “Sí” o “No”, y otro con respuesta abierta en donde se tenían que especificar los motivos de su opinión respecto a la introducción de un servicio de TO en el Hospital.

Se consideraron como opiniones “Favorables” aquellas que presentaran por lo menos 2 respuestas afirmativas a los 3 ítems de tipo dicotómico y “Desfavorables” aquellas con 1 o ninguna respuesta afirmativa (Anexo 3). Se analizaron los principales motivos expuestos en la justificación (policotómico).

6.5. Población

La población estuvo conformada por el médico cirujanos, traumatólogo, residentes, enfermeros y kinesiólogos del hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán, que realizaron atención directa al paciente con lesión en mano durante la fase postquirúrgica del tratamiento.

6.6. Muestra

Se encuestó a toda la población de Profesionales del servicio de traumatología del Hospital Padilla (n=21), compuesta por Enfermeros, Traumatólogos y Kinesiólogos vinculados a los servicios del departamento de cirugía de mano, ortopedia, y rehabilitación (fisioterapia).

6.7. Criterios de inclusión

Profesionales de la salud vinculados a los servicios del departamento de cirugía de mano, ortopedia, y rehabilitación (fisioterapia), que aceptaron participar en esta investigación.

6.8. Criterios de exclusión

Profesionales de la salud que rechazaron la invitación a participar en este estudio

Profesionales ausentes por licencias.

6.9. Consideraciones éticas

En primer lugar, se envió una nota al Comité de Docencia e Investigación del Hospital Ángel C. Padilla, solicitando permiso para realizar el trabajo de campo y recoger información de los profesionales de la salud, mediante la aplicación de una encuesta (Anexo 1).

Luego se entregó a los participantes el consentimiento informado. Mediante el cual se garantizó al profesional su intención de participar voluntariamente en la investigación, después de haber comprendido la información recibida acerca de los objetivos de estudio, beneficios, molestias, posibles riesgos, alternativas, sus derechos y responsabilidades (Anexo 2).

El instrumento aplicado fue de carácter anónimo, ya que la investigadora realizó este trabajo bajo secreto de confidencialidad y no es necesario la identidad de los encuestados.

6.10. Presentación de instrumentos y técnicas de recolección de datos

Encuesta: La información se recogió mediante una encuesta con un cuerpo de 10 ítems sobre las funciones de la T.O. en la rehabilitación de la mano, en pacientes posquirúrgicos. Las respuestas fueron dicotómicas: Sí- No.

6.11. Análisis de los datos

Con la información recogida se realizó una matriz de datos utilizando Microsoft Excel. Luego, se presentaron los resultados obtenidos en tablas y gráficas. Posteriormente, se hizo el análisis descriptivo de la variable.

7. CAPÍTULO 5

7. Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación.

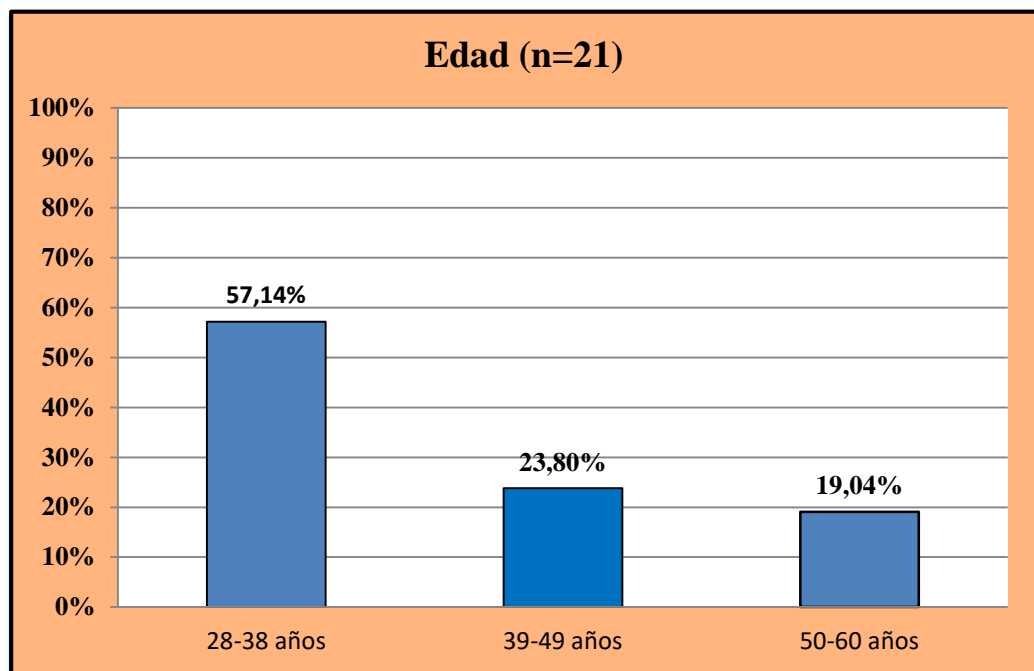
7.1. Contexto de la investigación

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Ángel C. Padilla, de la ciudad de San Miguel de Tucumán, encuestando a profesionales del Equipo de Salud.

El instrumento de recolección de datos fue completado por los participantes en la investigación entre diciembre de 2016 y marzo de 2017.

7.2. Análisis descriptivo de los datos

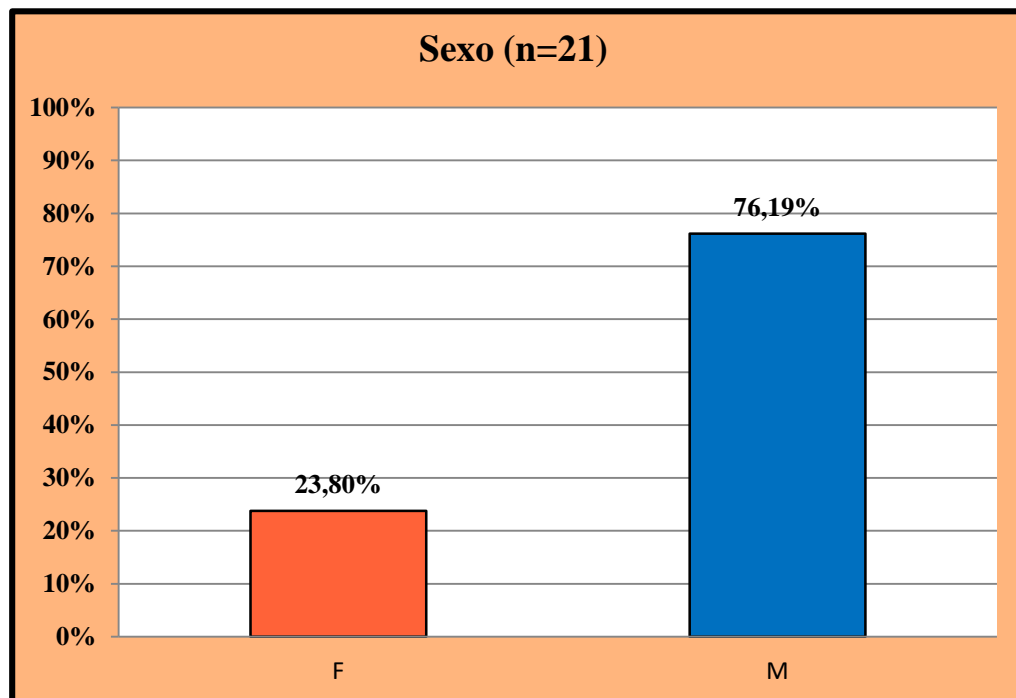
Gráfica N°1: Distribución porcentual según edad (n=21).



Fuente: Encuesta.

Se observa en esta gráfica que el 57,14% (12) de los encuestados tiene entre 28 a 38 años, el 23,80% (5), entre 39 a 49 años y el 19,04% (4) entre 50 a 60 años.

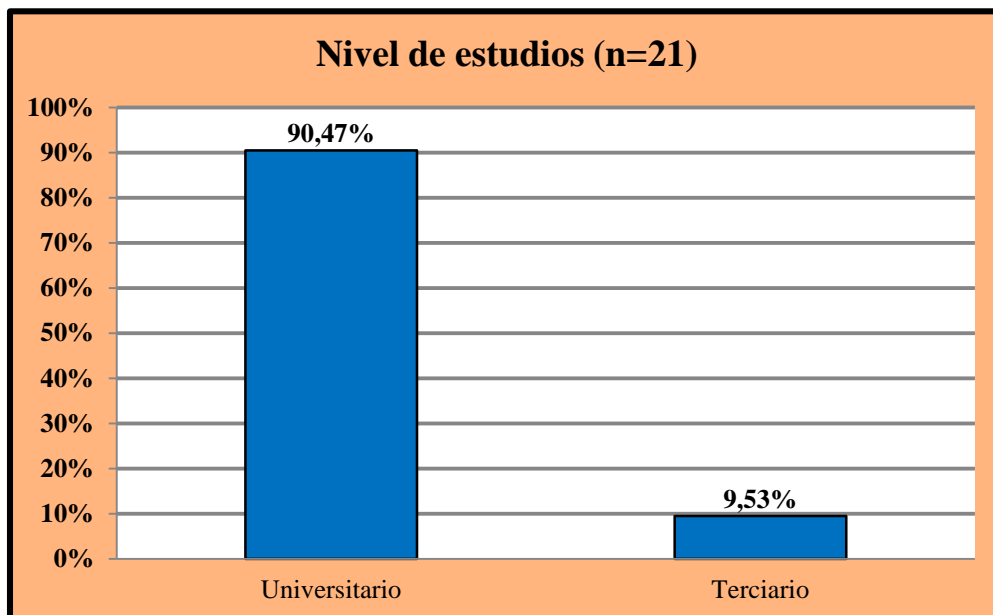
Gráfica N°2: Distribución porcentual según sexo (n=21).



Fuente: Encuesta.

Se observa en esta gráfica que el 23,80 % (5) de los encuestados son del sexo femenino, mientras el 76,19% (16) de los participantes pertenece al sexo masculino.

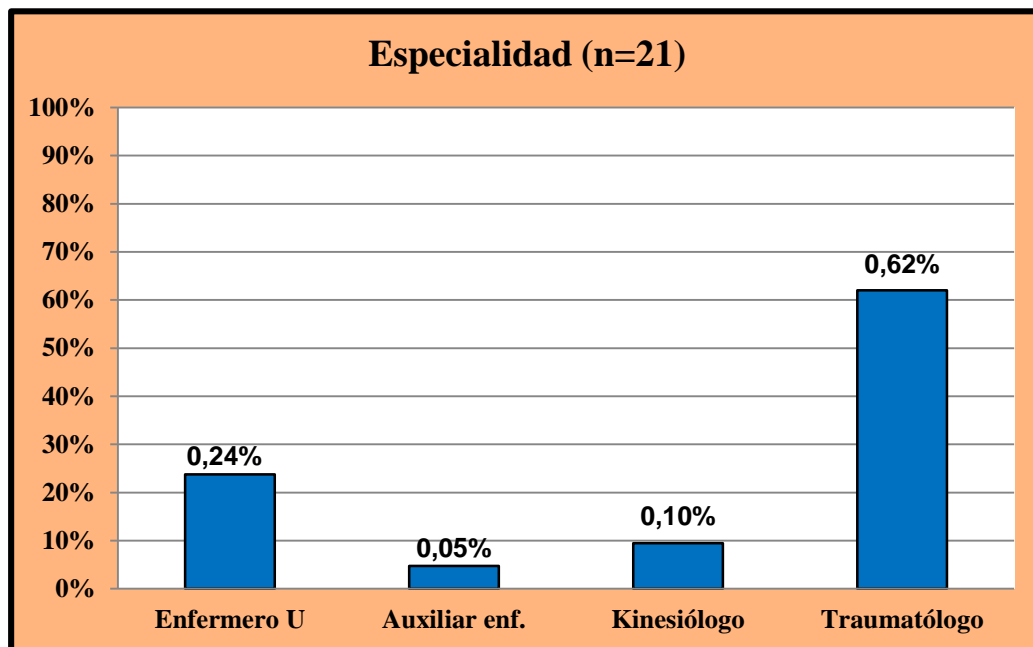
Gráfica N°3: Nivel de Estudios (n=21)



Fuente: Encuesta.

En la gráfica N°3 se puede observar que de acuerdo al nivel de estudio el 90,47% de la población posee el título universitario (18), mientras que el 9,53% (3) tiene título terciario.

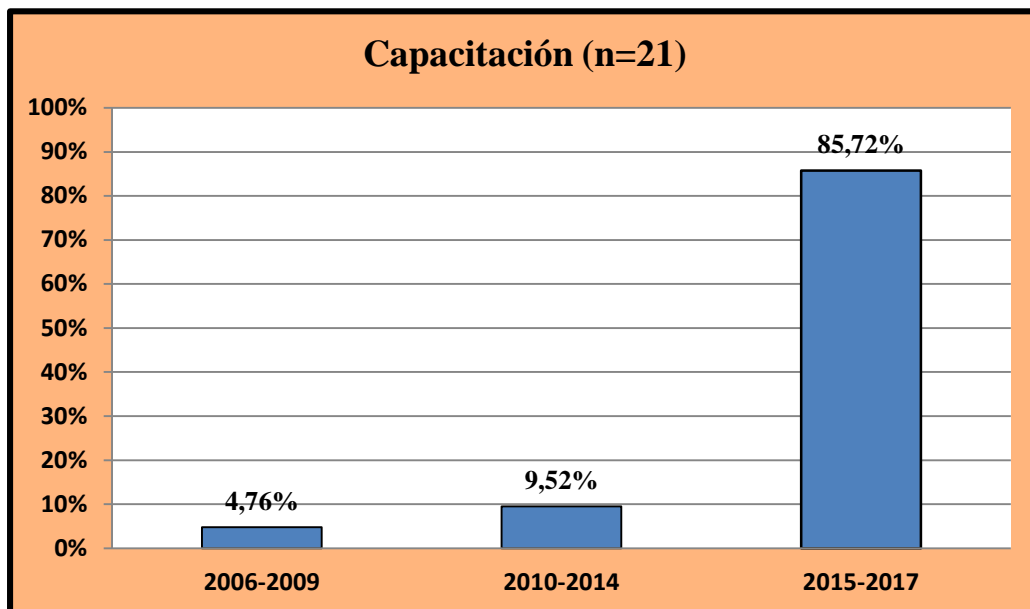
Gráfico N°4: Profesión desarrollada en el Hospital (n=21)



Fuente: Encuesta.

En la gráfica N°4 se observa que de la composición de la población según la profesión desarrollada en el Hospital, el 23,80% de la misma está representada por Enfermeros Universitarios, el 4,70% (5) por Auxiliar de enfermería, (1) el 9,5% por Kinesiólogos (2) y, finalmente, el 62% (13) por Traumatólogos.

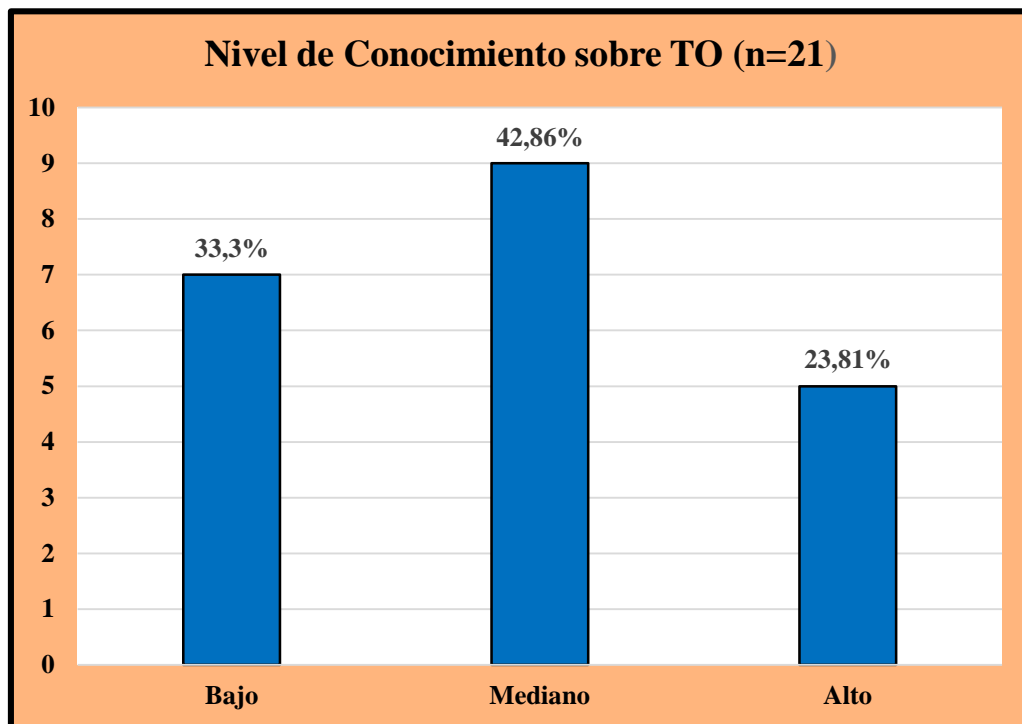
Gráfica N°5: Período de la última capacitación realizada (n=21).



Fuente: Encuesta.

En la gráfica N°5 se puede observar que el 85,72% (18 sujetos) del grupo bajo estudio ha realizado por lo menos una capacitación en el período 2015-2017, el 9,52% (2 sujetos) entre 2010-2014 y (1 sujeto) que corresponde el 4,76% entre el 2006-2009.

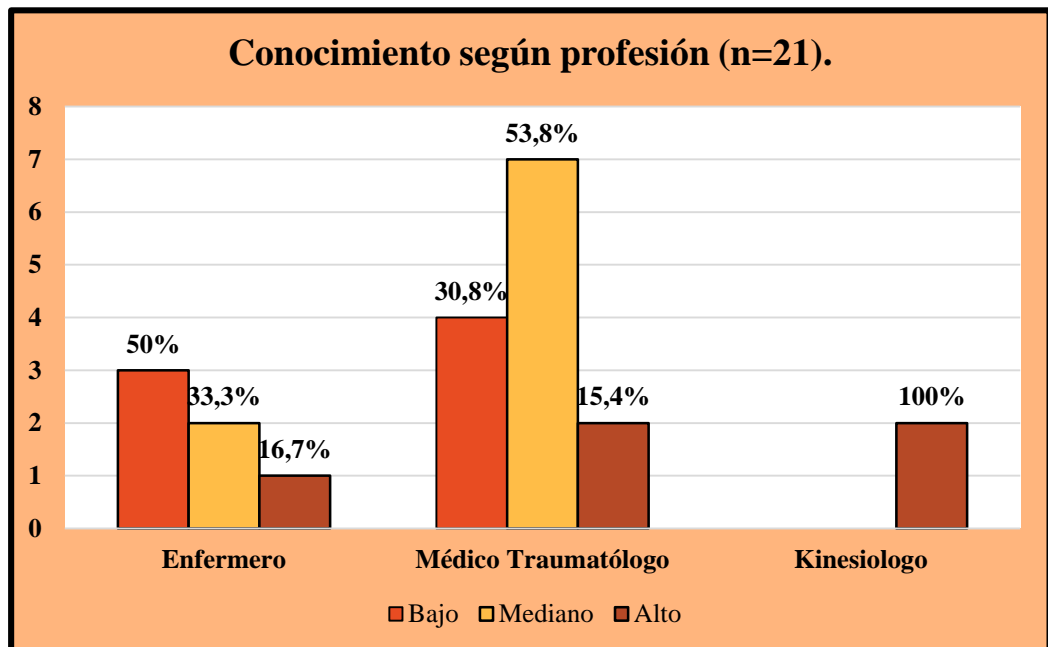
Gráfica N°6: Nivel de conocimiento sobre TO (n=21).



Fuente: Encuesta.

En la gráfica N°6 se observa como 7 sujetos mostraron un bajo nivel de conocimiento de la TO, que corresponde a un 33,33% del total, el 42,86%, 9 sujetos revelaron un nivel de conocimiento medio y, finalmente, 5 de los encuestados manifestaron un nivel alto con el 23,81%.

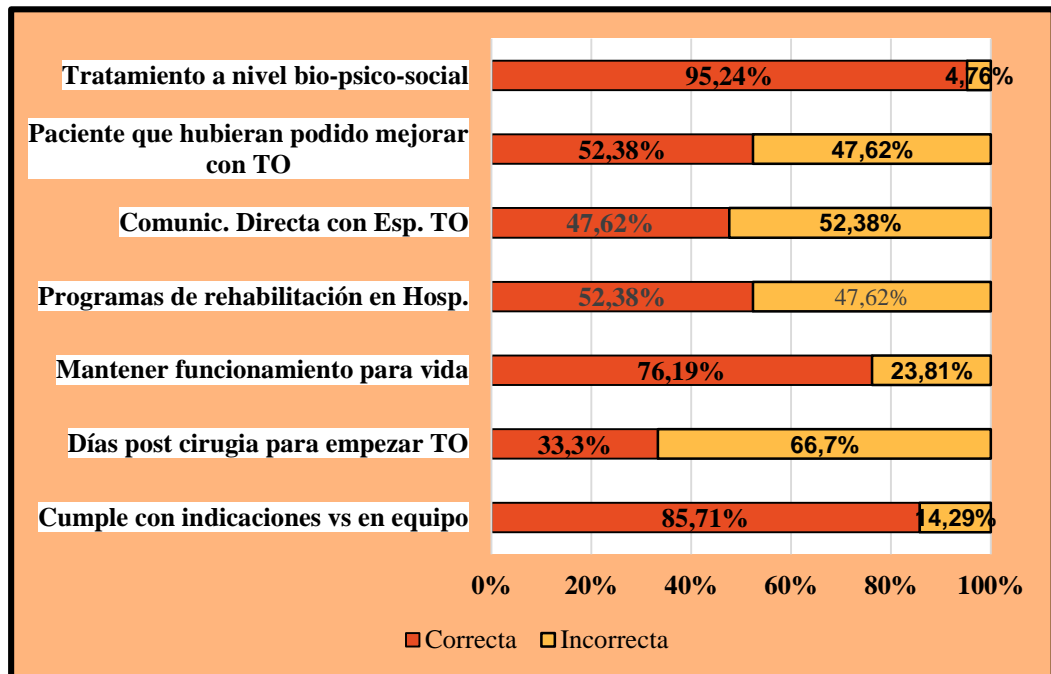
Gráfica N°7: Nivel de conocimiento sobre TO según profesión (n=21).



Fuente: Encuesta

Discriminando según la profesión desarrollada en el Hospital se observa cómo 3 de los 6 enfermeros encuestados presentaban puntajes de conocimiento bajo, 2 mediano y 1 alto; 4 traumatólogos obtuvieron un nivel bajo, 7 mediano y 2 alto. Ambos kinesiólogos registraron un nivel de conocimiento alto.

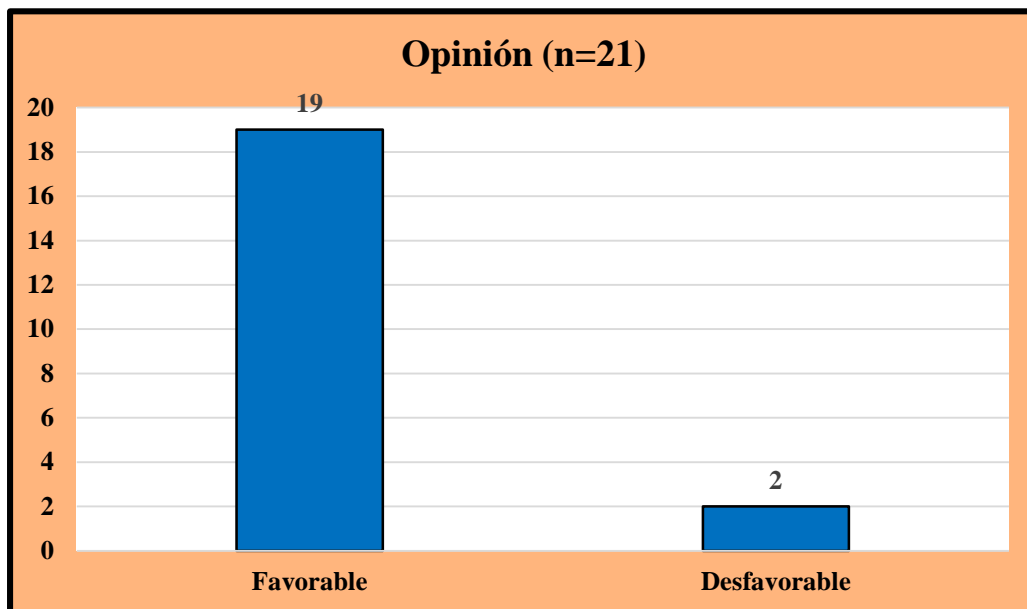
Gráfica N° 8: Respuestas a los ítems de conocimiento sobre la TO (n=21).



Fuente: Encuesta

Como se observa en la gráfica N°8, el 85,71% (18) coincide en que la TO cumple con una indicación médica; el 33,3% (7) respondió correctamente sobre la cantidad de días post quirúrgicos que deben transcurrir para iniciar un proceso terapéutico con la TO. La mayoría de los encuestados, el 76,19% (16), reconoce que una de las funciones de la TO es mantener los rangos de movimiento articular en el miembro superior para la realización de las AVD. El 47,62% (10) de los encuestados afirmó no conocer programas de rehabilitación de mano en el hospital. El 52,38% (11) indicó no haberse comunicado con algún profesional de TO para evaluar la recuperación del paciente. Cabe señalar que el 52,38% (11) conoció pacientes que hubieran podido mejorar su calidad de vida a través de la TO, signo de que en el hospital se presenta una demanda de servicios de la misma. La mayoría de los encuestados reconoce la necesidad de una continuidad a nivel social para lograr una mejor calidad de vida.

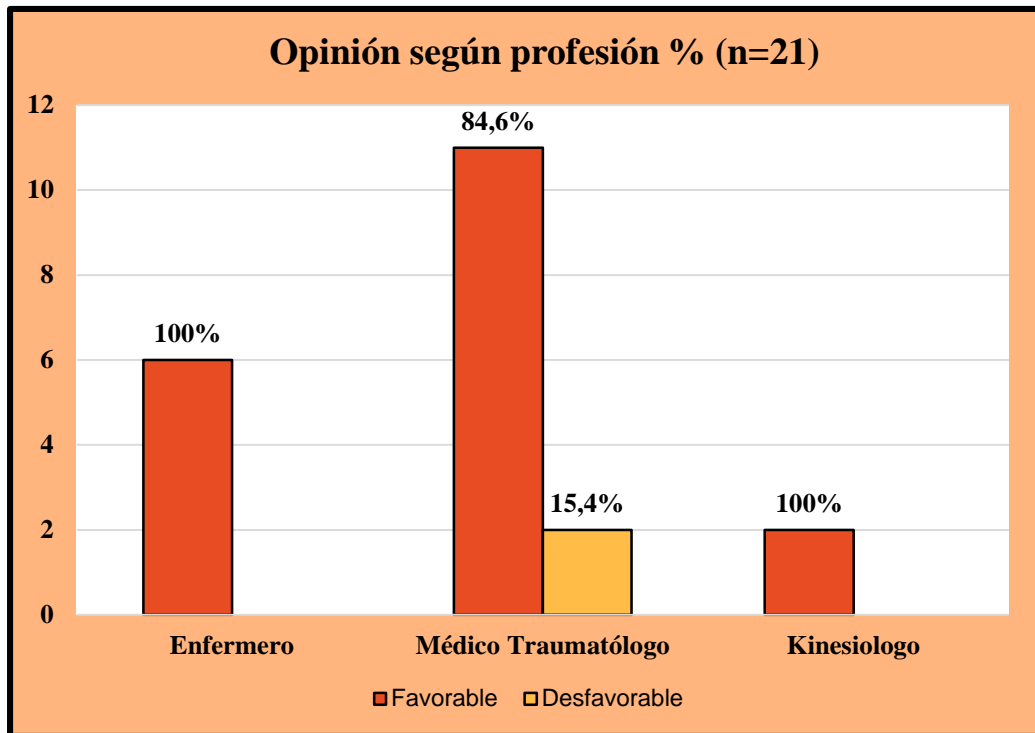
Gráfica N° 9: Opinión respecto a la TO (n=21).



Fuente: Encuesta

Con respecto a la opinión sobre la TO, 19 sujetos mostraron una opinión *favorable* respecto a la misma y a su introducción en el Hospital (90,48% del total), mientras que solo 2 mostraron una opinión *desfavorable* (9,52%).

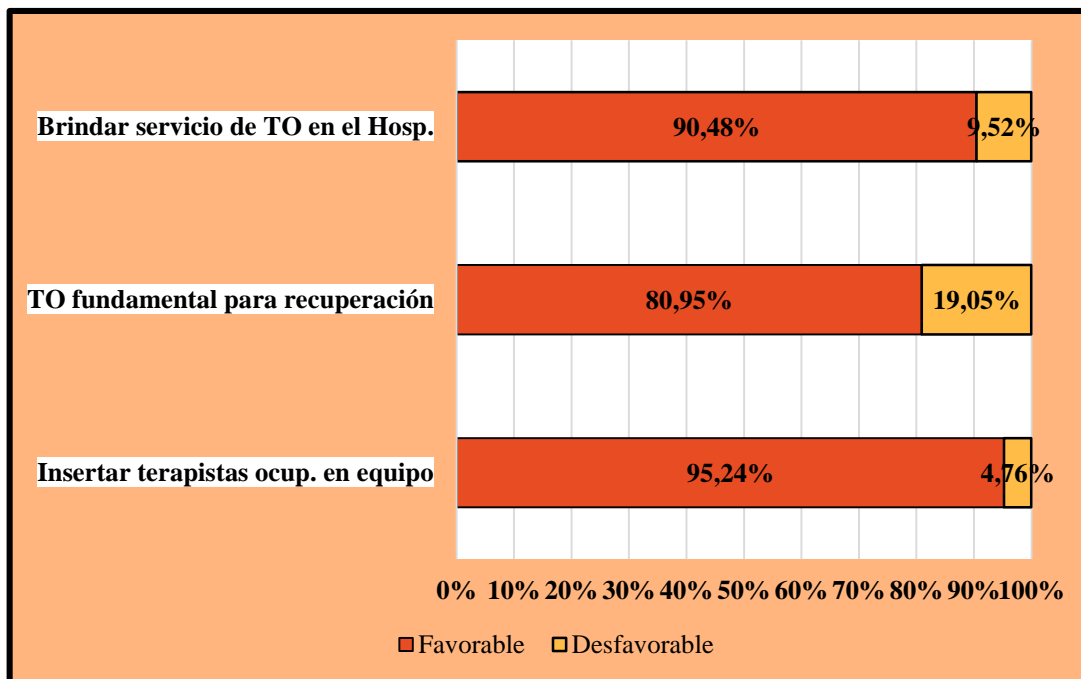
Gráfico N°10: Opinión respecto a la TO según profesión (n=21).



Fuente: Encuesta

En la gráfica N° 10 se observa como todos los enfermeros encuestados opinaron favorablemente sobre la TO y su incorporación en el Hospital, mientras que un 15,4% de los 13 traumatólogos encuestados mostraron una opinión desfavorable, finalmente el 100% de los kinesiólogos encuestados opinaron favorablemente sobre la TO.

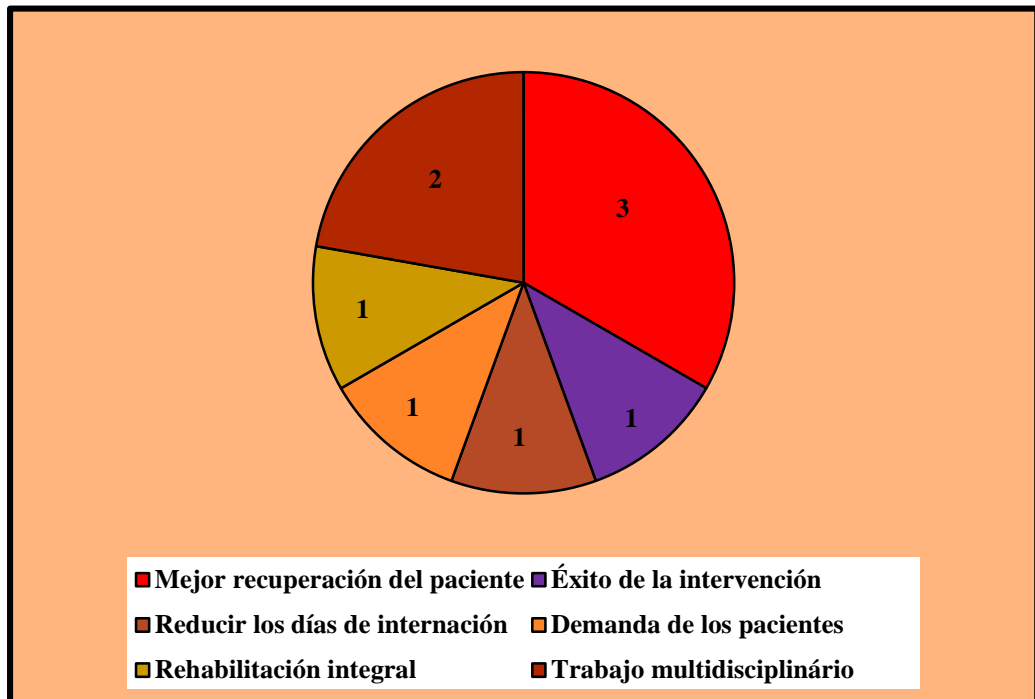
Gráfica N°11: Respuestas a los ítems de opinión sobre la TO (n=21).



Fuente: Encuesta

En la gráfica N°11 se puede observar cómo el 90,48% (19) de los sujetos encuestados se declararon favorables a la introducción de un servicio de TO en el Hospital, el 95,24% (20) afirmó la importancia de incorporar profesionales de TO en el equipo de trabajo. Finalmente, el 80,95% (17) definieron a la TO como eslabón fundamental para la completa recuperación de los pacientes.

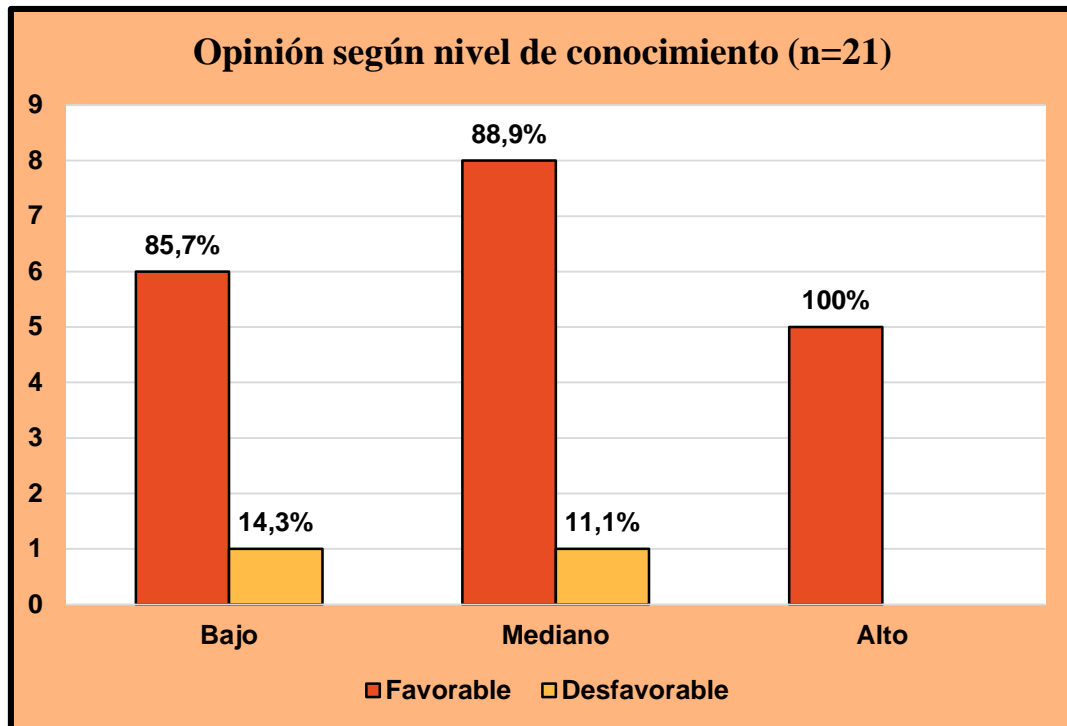
Gráfica N°12: Motivaciones respecto a la introducción de un servicio de TO en el Hospital (n=21).



Fuente: Encuesta

Solo 9 de los 21 encuestados dieron sus motivaciones sobre la introducción de un servicio de TO en el Hospital. Todos aportaron favorablemente sobre la introducción del servicio: 1 enfermero y 2 traumatólogos motivaron la elección explicando cómo la TO es fundamental para favorecer una mejor recuperación del paciente; 1 traumatólogo y 1 kinesiólogo la destacaron como necesaria para el trabajo multidisciplinario del equipo; 4 traumatólogos expresaron, el primero, que la TO es fundamental para favorecer la rehabilitación integral del paciente, el segundo, como respuesta directa a la demanda de los pacientes, el tercero como central para el éxito de la intervención y el cuarto, señala que la introducción de un servicio de TO permitirá reducir los días de internación en el Hospital.

Gráfica N°13: Opinión sobre la TO según el nivel de conocimiento sobre la misma (n=21).



Fuente: Encuesta.

En la gráfica N°13 se puede observar que el 85,7% del grupo bajo estudio, que presenta un nivel de conocimiento bajo, expresó una opinión favorable, mientras que el 14,3% desfavorable. Por otro lado, el 88,9% de los encuestados con nivel de conocimiento mediano, se manifestó de manera favorable y el 11,1% desfavorable. Finalmente, el 100% que corresponde al nivel alto, declaró de forma favorable.

8. CAPÍTULO 6

8.1. Discusión

Esta investigación se llevó a cabo durante el período diciembre-febrero de 2016-2017 en el Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán. Su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento que posee el equipo de la salud sobre la importancia de las funciones del Terapeuta Ocupacional en la rehabilitación de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente con lesiones en miembro superior (mano) y conocer la opinión que tienen los miembros del equipo de salud acerca de la incorporación de TO al servicio de traumatología.

El grupo bajo estudio estuvo constituido por 21 profesionales de la salud, entre 28 a 59 años de edad: 5 enfermeros universitarios, 1 enfermero auxiliar, 2 kinesiólogos y 13 Traumatólogos.

Respecto a la última fecha de capacitación profesional, 18 sujetos realizaron por lo menos una capacitación en el período 2014-2017, 2 en el período 2010-2013 y 1 en 2006-2009.

Cabe señalar que la TO busca el cuidado de la salud de la población y de su restablecimiento. Trata de evitar las enfermedades invalidantes que alteran la capacidad productiva y la calidad de vida. Como así también, proporciona los cambios precisos relacionados a perspectivas y criterios vinculados con los avances científicos, las demandas sociosanitarias y las políticas de salud vigentes. El objetivo de la intervención terapéutica específica es revertir, en lo posible, las limitaciones que presenta el paciente (Leegsta y col., 2015). Pese a estos beneficios e importancia demostrada respecto de la TO, se encuentra en este trabajo que los profesionales de la salud del Hospital Padilla, presentan el siguiente nivel de conocimiento acerca de la TO: quienes presentaron los siguientes resultados: el 33,33% con un bajo nivel de conocimiento, el 42,86% mediano y el 23,81% alto. Al discriminar según la profesión desempeñada en el Hospital, 3 de los 6 enfermeros encuestados presentaban puntajes de conocimiento bajo, 2 medio y 1 alto; 4 traumatólogos obtuvieron puntajes bajos, 7 medianos y 2 altos; ambos kinesiólogos obtuvieron puntajes altos.

El 76,19 % es decir 16 de los 21 encuestados reconoce que una de las funciones de la TO es mantener los rangos de movimiento articular en el miembro superior para la

realización de las AVD. Esto coincide con la contribución de García Peña y col. (2008) quien propone ayudar al paciente a recobrar el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia, mejorando así su calidad de vida.

El 47,62% de los encuestados no conoce programas de rehabilitación de mano en el hospital. Este resultado no coincide con el aporte de Antomás Torrijos y col., (2008), quienes afirman que el programa de rehabilitación se perfila para responder a las necesidades de cada paciente. La participación activa del sujeto y su familia son primordiales para el éxito de la recuperación.

Cabe señalar que el 52,38% conoció pacientes que hubieran podido mejorar su calidad de vida a través de la TO, signo de que en el hospital se presenta una demanda de servicios de la misma. La mayoría de los encuestados está de acuerdo con que el tratamiento de una persona con discapacidad no es meramente sanitario, sino que precisa de continuidad a nivel social, que proporcione un ajuste perfecto entre individuo y sociedad, como base del continuo al logro de una mejor calidad de vida. Esta información se relaciona con la investigación *Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional*, realizada en España por Mallada Gutiérrez (2011), cuyos resultados corroboran que el tratamiento rehabilitador de las lesiones de estos tendones es importante para evitar limitaciones en la función global de la mano, que comprometan la capacidad del paciente para ejecutar las AVD, de manera independiente. Lo mencionado destaca la intervención del terapeuta ocupacional como un eslabón fundamental en la rehabilitación del paciente, con lo cual podrá alcanzar una mejor calidad de vida.

Con respecto a la opinión del grupo bajo estudio sobre la incorporación de la TO en el Hospital, la mayoría se expresó favorablemente respecto a la misma (90,48% del total). El 95,24% (20) afirmó la importancia de incorporar profesionales de TO en el equipo de trabajo. Finalmente, el 80,95% (17) definió a la TO como eslabón fundamental para la completa recuperación de los pacientes. Estos datos se apoyan en la siguiente investigación: *Caracterización de la tecnología de asistencia en pacientes adultos con lesiones de mano*, realizada en Colombia por Gómez (2016). Los resultados de este estudio afirman que la TO permite mejorar las habilidades afectadas en personas con discapacidad, propiciando

funcionalidad e independencia. Por otra parte, Howe y col. (1982) consideran que el terapeuta ocupacional tiene una visión bio-psico-social del ser humano, lo que le permite intervenir como miembro de un equipo de rehabilitación, en todos los niveles del proceso. Se trata así de recuperar, mantener, mejorar, potenciar, las capacidades del paciente mediante la actividad.

Solo 9 de los 21 encuestados dieron sus motivaciones sobre la incorporación de un servicio de TO en el Hospital. Todos aportaron de manera favorable, señalando que la TO es fundamental porque: favorece una mejor recuperación del paciente, es necesaria en el trabajo de equipo multidisciplinario, beneficia la rehabilitación integral del mismo, responde a la demanda, es central para el éxito de la intervención y permite reducir los días de internación en el Hospital. Este resultado se apoya con el siguiente antecedente *Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional*, realizada en España por Mallada Gutiérrez (2011), donde confirma que el terapeuta ocupacional, respalda una intervención profesional, con un alto índice de recuperación para el paciente.

Se obtuvo un conocimiento bajo o mediano sobre la TO signo que un mayor conocimiento de la TO lleva también una valoración mejor de la misma. Como puede subrayar Barris, 1982, p. 67 La TO tiene una visión funcional, un tratamiento sanitario (físico, psíquico, sensorial), procura capacitar a la persona para un óptimo desempeño ocupacional, propagar la autonomía del individuo.

8.2. Alcances y limitaciones

8.2.1. Alcances.

El presente trabajo ha sido de interés para comprender la importancia de la TO en la labor post-quirúrgica de una lesión en miembro superior-mano.

Esta investigación permite conocer y entender por qué la TO es esencial en la intervención post-quirúrgica de un paciente. Tiene una visión funcional, buscando recuperarlo de las múltiples patologías que puedan afectar el miembro superior. Interviene en el tratamiento donde se lo rehabilita para un óptimo desempeño ocupacional, maximizando su autonomía personal.

Por otro lado, el instrumento empleado en esta búsqueda sirvió para conocer que los sujetos que asistieron al servicio de traumatología del Hospital Ángel C. Padilla no disponían de un Licenciado de TO para brindarles asistencia post-quirúrgica. Cabe señalar que el profesional de TO es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación. Tiene una visión bio-psico-social del ser humano, lo que le permite intervenir como miembro de un equipo de rehabilitación.

La necesidad de ampliar el conocimiento sobre las ventajas que posee la TO en el equipo permitirá al Sistema de Salud Pública brindar un programa de rehabilitación física con un tratamiento de mayor especificidad, garantizando una pronta recuperación y conseguir así una paso fluido en su estadía en el nosocomio.

8.2.2. Limitaciones.

Este estudio se llevó a cabo en el establecimiento sanitario Hospital Ángel C. Padilla, el más importante de la provincia de San Miguel de Tucumán. Surgieron algunas limitaciones en la recolección de datos debido a los interrogantes que presentó el cuestionario. Algunos de los profesionales de la salud no quisieron participar en el trabajo de campo.

Otra de las limitaciones fue que durante la recolección de información, numerosos profesionales de la salud del Hospital Ángel C. Padilla se hallaban con licencia anual reglamentaria porque este trabajo se realizó en enero-febrero de 2017.

Otra de las dificultades fue el de no contar con una infraestructura adecuada para el acceso al servicio de TO en tan prestigioso y renombrado establecimiento público.

8.3. Propuestas

Esta investigación destacó que una de las principales estructuras con que cuenta el hombre para explorar y comunicarse con el exterior, es la mano. Una lesión en la misma impide todas sus funciones fundamentales, produciendo en el mejor de los casos, una alteración de sus patrones de uso y en el peor, una mano discapacitada.

Se pudo registrar que en el post-operatorio, el paciente no cuenta con la asistencia de un gabinete en terapia ocupacional. Esto se ve reflejado en el tiempo prolongado que tarda para recuperarse, tanto en su estadía en dicho nosocomio, como así también en la función comprometida.

Cabe resaltar que he registrado también un nivel bajo de conocimiento como así también de información de la labor de TO en esta entidad pública, donde establecí como posibles propuestas, implementar un servicio capaz de desarrollar programas, instrumentos, adaptaciones entre otras, coordinado por un Lic. en TO como una herramienta elemental para acompañar, asistir y cuidar al paciente en el período post-quirúrgico; mostrar las posibilidades de un plan de tratamiento rehabilitador donde favorezca tanto al paciente como al establecimiento, cuyo fin sean el de aumentar, mantener y mejorar las habilidades presente en la persona para compensar las limitaciones existentes acorde a su condición incapacitante buscando garantizar una excelente calidad de vida y su máxima independencia.

Sugiero además que los profesionales de la salud de la institución puedan recibir capacitaciones en cuanto a las funciones de la TO no solo en el trabajo rehabilitador sino también en la importancia como miembro de un equipo interdisciplinario donde se les reconozca establecer puntos concretos sobre los cuales trabajar para que le permita mejorarse como servicio y obtener mejores resultados.

Como contribución a este gran grupo de profesionales que trabajamos por un mismo objetivo, lo principal es el paciente propongo sumar a esta entidad pública de salud reconocida como centro de referencia provincial y regional en atención del trauma,

neurología, neurocirugía y trasplante .brindar asistencia coordinado por una Lic. en Terapia Ocupacional que ayudará a mejorar la calidad de los servicios brindados.

Finalmente esta tesis queda en condición accesible al campo de la Terapia Ocupacional, para futuras investigaciones que logren aumentar los conocimientos y dar respuestas acerca de los beneficios que ofrece la Terapia Ocupacional.

8.3. Conclusiones

Al finalizar esta investigación que aborda el tema *Cuánto conocen sobre las funciones de la TO los profesionales de la salud que atienden a pacientes post quirúrgicos de miembro superior, mano? Opinión del equipo sobre la incorporación de TO en el servicio de traumatología* se llega a las siguientes conclusiones.

De acuerdo con los objetivos propuestos para este estudio se analizó el contenido de información con respecto a la importancia de la TO en la labor de la rehabilitación en pacientes post-quirúrgicos en miembro superior-mano.

Así de esta muestra de los 21 participantes tomada en el hospital Ángel C. Padilla de la ciudad de San Miguel de Tucumán se observó como 7 sujetos mostraron un bajo nivel de conocimiento de la TO, 9 sujetos revelaron un nivel de conocimiento medio y, finalmente, 5 de los encuestados manifestaron un nivel alto.

Mediante esta información registramos un nivel bajo en el conocimiento por parte de los participantes, sin embargo y pese a ello existe una opinión positiva con la intervención de un Terapeuta Ocupacional que trabaje de manera conjunta con el equipo.

Considero que es imprescindible enriquecer al equipo de salud sobre el contenido de la importancia que cumple un Terapeuta Ocupacional en los pacientes que fueron tratados quirúrgicamente en determinadas cirugías.

Como profesional de la salud la Terapia Ocupacional es fundamental que proporcionemos servicios en esta identidad pública para favorecer y garantizar una pronta recuperación y procurar el mayor grado de independencia para la persona y así alcanzar en lo que se refiere a las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales de aquel individuo que fue sometido a un acto operatorio. De este modo se puede generar cambios

que proporcionen de manera positiva en el sujeto haciendo accesible su entorno, facilitando su nivel de interacción con el medio, mejorando sus relaciones sociales como personales, donde se verá reflejado también en el sistema de salud pública, contribuyendo en el éxito de la intervención, reduciendo los días de internación y mejorando la recuperación. De esta manera, garantizar al sistema una resta en el sector económico, favoreciendo en la reducción de fármacos, como así también en las consultas con el médico tratante y días de hospitalización.

Que el Terapeuta Ocupacional forme parte del equipo interdisciplinario va a generar un gran avance en el hospital. Esta se puede encargar del diagnóstico y plan de tratamiento del paciente, podrá responder a las necesidades del paciente en forma creativa e innovadora, y de esta manera va a favorecer para lograr una completa atención hospitalaria.

Estimo que es necesario e importante y estoy convencida en nuestras destrezas profesionales para la intervención de acuerdo a las necesidades que se observen en la persona que concurra a la institución. Es por ello, que lo ideal sería que dicha institución cuente con un gabinete que brinde tales beneficios de ahora en adelante.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación generará reflexión y discusión tanto sobre la realidad del tema investigado como sobre un servicio de Terapia Ocupacional con accesibilidad para el sistema de salud, hospital Ángel C. Padilla.

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación propone a través de la recolección de datos que se obtuvo mediante una encuesta a 21 profesionales de la salud donde este proceso permitió testear el conocimiento de la importancia de las funciones de

la Terapia Ocupacional y poder dejar propuestas sobre las necesidades de ajustes necesarios.

Desde el punto de vista de su alcance, esta investigación servirá como base de datos abriendo caminos para que profesionales de la salud puedan generar conciencia de incorporar la Terapia Ocupacional en el equipo interdisciplinario, agregar un servicio de Terapia Ocupacional que trabaje de forma conjunta con el servicio de traumatología.

Conocimiento sobre las funciones de la Terapia Ocupacional por parte de los profesionales de la salud del Hospital Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán que intervengan en pacientes post quirúrgicos de Miembro Superior-mano.

Anexos

Anexo 1: Pedido de autorización

San Miguel de Tucumán 21 de Junio de 2016

Dr. Daniel Lombardo
Secretario General del Comité
De Docencia e Investigación.
Hospital Ángel C. Padilla

S_____ / _____D:

De mi mayor consideración:

La que suscribe Pérez, María del Carmen D.N.I 26455537, me dirijo a usted y por su intermedio ante quien corresponda, a fin de solicitar autorización para realizar un cuestionario al personal del equipo de salud, Médicos cirujano Traumatólogo, médicos residentes, kinesiólogo, enfermero/a de la sala 9 de Traumatología, del Hospital Ángel C. Padilla; con motivo de estar cursando la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, y dicha información es necesario para el trabajo de investigación que estoy realizando para mi tesis final.

Se consideran en este trabajo de investigación las normas éticas y consentimientos de los pacientes correspondientes. Reconozco la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y exclusiva para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito.

En caso de que alguna de las preguntas del cuestionario resulte incómoda tiene derecho de hacérmelo saber o directamente negarse a responder.

Cabe informar que me desempeño como Instrumentadora Quirúrgica del Hospital Ángel C. Padilla.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludo a Ud. muy atte.

María del Carmen Pérez

Anexo 2: Consentimiento informado

Declaro que he recibido toda la información correspondiente a la investigación y sus objetivos, comprendo el compromiso que asumo y lo acepto expresamente. Firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi participación en el Trabajo de Tesis "Nivel de conocimiento sobre las funciones de la Terapia Ocupacional en los profesionales de la salud del Hospital. Ángel C. Padilla de San Miguel de Tucumán que intervengan en pacientes post quirúrgicos de Miembro Superior-mano".

Al firmar este consentimiento, afirmo la confidencialidad, el anonimato, no renuncio a ninguno de mis derechos, solicito se apliquen los principios de autonomía, justicia beneficencia y no maleficencia y manifiesto que puedo retirarme de la investigación si así lo deseara.

Firma:

Fecha:

Firma del Investigador:

Anexo 3: Encuesta

El nivel de conocimiento que presenta el equipo de salud sobre las funciones y objetivos del terapeuta ocupacional en la rehabilitación de los pacientes posquirúrgicos con lesiones en miembro superior (mano-tendinosas) del hospital Ángel C. Padilla en el año 2016. El siguiente cuestionario es anónimo no ponga su nombre en él. Persigue el objetivo de recabar información que será utilizada en la elaboración de un trabajo científico que me permitirá acceder a mi título de Licenciada en Terapia Ocupacional

Instructivo: Completa o señala con una cruz (x) su respuesta.

Edad:..... Años

Sexo: M F

Nivel de instrucción: Universitario Técnico Superior

Última fecha de capacitación:../...../.....

Especialidad:.....

Según su opinión profesional, indique la respuesta con una cruz (X).

- 1- ¿El trabajo del terapeuta ocupacional es en equipo o solo cumple con las indicaciones médicas prescriptas para la atención del paciente post quirúrgico de mano?

En equipo Cumple con las indicaciones médicas

- 2- El proceso de recuperación del paciente operado debe comenzar lo antes posible para evitar complicaciones posteriores como artralgias o movilidad reducida. Una de los objetivos de la intervención del terapeuta ocupacional es evitar dichos eventos. ¿En la mayoría de los casos, cuándo cree usted que es necesario iniciar esta tarea intervencionista de recuperación?

4 días posteriores a la cirugía Entre 7 y 15 días posteriores a la cirugía

30 días posteriores a la cirugía

- 3- ¿Usted cree que una de las funciones del terapeuta ocupacional es conseguir o mantener los rangos de movimiento articular en el miembro superior suficiente para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)?

Sí No

- 4- La intervención del terapeuta ocupacional favorece a que el individuo en la etapa post quirúrgica se comprometa a lograr una recuperación efectiva. ¿Usted conoce de algún programa de rehabilitación de manos que se realicen en esta institución?
- Sí No
- 5- ¿En algún momento en el desarrollo de sus actividades tuvo la posibilidad de entablar comunicación con el terapeuta ocupacional para valorar al paciente en su recuperación?
- Sí No
- 6- En la atención del paciente se pretende lograr capacidad productiva y calidad de vida. ¿Conoce algún paciente que hubiera podido mejorar su capacidad productiva y calidad de vida a través de la TO?
- Sí No
- 7- Indique si está de acuerdo con la siguiente afirmación: “El tratamiento de una persona con discapacidad no es “meramente” sanitario, sino que precisa de continuidad a nivel social, que proporcione un ajuste perfecto entre individuo y sociedad, como base del continuo al logro de una mejor calidad de vida”.
- Sí No
- 8- ¿Considera importante que en el equipo de trabajo interdisciplinario la incorporación de terapeutas ocupacionales en esta institución hospitalaria?
- Sí No
- 9- ¿Considera que la Terapia Ocupacional es un eslabón fundamental para una exitosa recuperación en pacientes con compromiso de lesiones en mano?
- Sí No
- 10- La labor de la práctica de Terapia Ocupacional es intervenir y apoyar la salud del paciente. ¿Considera que el hospital Ángel C. Padilla, reconocido como hospital polivalente y centro de referencia provincial y regional en traumatología, debe contar dentro del complejo hospitalario con una unidad de rehabilitación física donde se encuentre incluido, entre otros profesionales en Licenciado/a en Terapia Ocupacional? ¿Por qué?
- Sí No

Bibliografía

- Antomás Torrijos, A. y Martín del Olmo Sánchez, J. (2008). *Tratamiento de Terapia Ocupacional en amputación* España. Recuperado de eventos.ucm.es/file_manager/get_paper/1605.
- Arce C.G. (2005) Prótesis de Miembros Superiores, Mecánicas - Híbridas – Mioeléctricas. Lima Perú Recuperado de www.arcesw.com/pms1.htm
- Castro Rodríguez, D. M. (2011). *Patologías osteomusculares de miembro superior relacionadas a la labor del fisioterapeuta y terapeuta ocupacional*. Medellín, Colombia. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1512/2/Patologias_osteomusculares.pdf
- Chárlez Marco. A. (-----) *Traumatología Fisioterapia D. Trauma* España, Barcelona. Recuperado de http://www.dolorespalda.es/esp/fisioterapia.php?tag=terapia_ocupacional
- Diego Agudo, F. J. (2008-2009). *Lesiones tendinosas de mano y muñeca y muñeca en el ámbito laboral*. Centro Asistencial de Mutua. Universidad de Barcelona Asepeyo en Lanzarote. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/13325/1/LESIONES%20TENDINOSAS%20MANO%20MU%C3%91ECA.%20MME.word.pdf>
- Fahandezh-Saddi Díaz, H (2010) *Fracturas de los metacarpianos*. Madrid, España. Recuperado de [Fracturas de los metacarpianos - Madrid Trauma](#)
- García Díaz, T. (2011-2012). *Intervención desde la Terapia Ocupacional de una lesión nerviosa periférica tras fractura de la articulación de codo*. Zaragoza, España. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/30863/files/TAZ-TFG-2012-616.pdf>.
- García Peña, M y Sánchez Cabeza A. (2008) *Rehabilitación de miembro superior tras un ictus a través de entrenamiento de la vida diaria*. Alicante, España. Recuperado de *Rehabilitación de miembro superior tras un ictus a ... - Revista TOG*

- Gómez, G. E. (2016). Caracterización de la tecnología de asistencia en pacientes adultos con lesiones de mano. *Rev. Fac. Med.* 64(1), pp. 67-74. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n1/v64n1a10.pdf>
- González Ingelmo, M. I. (2012) Rehabilitación de miembro superior. Salamanca, España. Recuperado de http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacológicas/rehabilitación/index.htm
- Keith L. Moore, Arthur F. Dalley (2009) Anatomía con Orientación Clínica. Ed. Médica Panamericana pp 275 Recuperado de <https://books.google.com.ar/books?Isbn=9687988894>
- Leegsta, Tavecchio, y Chabat, (2015). *Terapia Ocupacional Documents* La Plata, Argentina. Recuperado de <http://documents.mx/documents/terapiaocupacional-566dbbc51b8b5.html>
- López Martín, B. y Pancorbo Hernández-Rico, M^a J. (2011). Amputación. Recuperado de www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/enfermeria_trauma.pdf
- Mallada Gutiérrez, B. (2011). Rehabilitación de una lesión tendinosa traumática de la mano en terapia ocupacional. *Rev. astur. ter. ocu.* ISSN: 1699-7662, 9,12-16. Recuperado de file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-Rehabilitacion_DeUnaLesion_Tendinosa_TraumaticaDeLaMa-3824399.pdf
- Morón, S. (2007). Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la mano. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional.* TOG (A Coruña). Recuperado de <http://revistatog.com/num6/pdfs/revision1.pdf>
- Oleaga Alarcón, F. (1950) Asociación Argentina de la mano y reconstructiva del Miembro Superior. Buenos Aires Argentina. Recuperado de http://www.aacmyrms.org/pacientes_lesion_nervios.php
- Ospina Osorio L.J. (2015) Terapia Ocupacional y articulación de los servicios de rehabilitación de mano con cirugía de mano. Bogotá, Colombia Recuperado de repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10676/1019017177-2015.pdf
- Pascual García, J. J. (2010). Rehabilitación de la mano. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas. Recuperado de [Rehabilitación de la mano: Capítulo 4. Afecciones de la mano y su .](#)

Cirugía de Mano-Fundacite Aragua Disponible en: www.fundacite-aragua.gob.ve/pdf/cirugia_mano1.pdf

Lesiones traumáticas de mano. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/publ/OrtopediaTraumatologia/Trau_Secc01/Trau_Sec01_36.html

Cirugía de Mano. Disponible en: <http://es.slideshare.net/kruverpulgar/cirugia-mano>

Terapia Ocupacional para las Manos. Disponible en: <http://opinionmedica.com/noticia.cfm?n=392>

El proceso de la Terapia Ocupacional. <http://html.rincondelvago.com/el-proceso-de-la-terapia-ocupacional.html>

Pérez. Porto J y María Merino. (2008). Definición de terapia ocupacional <http://definición.de/terapia-ocupacional/>

Sáez P., Soto C (2006) Evaluación de los resultados de la rehabilitación en cirugía de tendones flexores de la mano en zona II en el Instituto Traumatológico de Santiago entre los años. Chile. Recuperado de www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/saez_p/sources/saez_p.pdf

Ventosa Lacunza, C. (2008) *A.N.D.A.D.E. Asociación nacional de amputados de España*. Barcelona, España. Recuperado de [Rehabilitación del **amputado** de miembro superior - Andade](#)

Zancolli, E. A. (1974). *Asociación Argentina de Cirugía de la Mano Y Reconstructiva Del Miembro Superior* Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.aacmyrms.org/pacientes_lesion_nervios.php