

## **Adherencia a los procedimientos planteados en el manual guía de rehabilitación del ministerio de protección social en pacientes con trauma osteomuscular de origen laboral**

Adherence to the procedures outlined in the manual guide for rehabilitation of the Ministry of social protection in patients with trauma work-related musculoskeletal

*Karol Jhuliana Rivera Mora\**

*Katherine Cortés Montoya\*\**

---

*Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia  
Posgrado Seguridad y Salud en el Trabajo, Universidad de Antioquia*

### **Resumen**

**Objetivo:** Determinar la adherencia a los procedimientos que el manual guía de rehabilitación del Ministerio de la protección social establece, en trabajadores que han sufrido accidentes laborales de tipo osteo-muscular.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo de casos clínicos, con un componente cuantitativo y otro cualitativo. Se identificó la condición de salud previa y posterior de la población objeto de estudio y se comparó lo realizado con lo establecido en el manual guía de rehabilitación del Ministerio de la protección social para evidenciar las posibles diferencias. La población en estudio estuvo conformada por 100 pacientes remitidos a rehabilitación como consecuencia de un accidente de trabajo, en el periodo comprendido entre febrero y abril de 2017.

**Resultados:** Se comprobó que un alto porcentaje de profesionales no se adhiere a los lineamientos establecidos en el manual, debido a que no lo comprenden o consideran pérdida de autonomía. Los traumas que afectan el sistema musculo-esquelético son los

---

\* Fisioterapeuta. Especialista Rehabilitación de Miembro Superior. Estudiante Especialización SST. [karol.rivera@udea.edu.co](mailto:karol.rivera@udea.edu.co)

\*\*Odontóloga. Estudiante Especialización SST. [katherine.cortesm@udea.edu.co](mailto:katherine.cortesm@udea.edu.co)

casos más frecuentes en los programas de rehabilitación, principalmente fractura de dedos de la mano asociada a trauma por aplastamiento.

**Conclusiones:** Uno de los mayores problemas que afectan a los profesionales de la salud es la falta de adherencia de las prescripciones en los tratamientos y guías de manejo. Especialmente en el caso de la rehabilitación, el cual se agudiza por el costo y el esfuerzo que le supone al trabajador afectado cumplir tales prescripciones.

**Palabras clave:** Adherencia, Manual guía de rehabilitación Ministerio de la Protección Social, Trauma osteomuscular, Rehabilitación integral.

## **Abstract**

**Objective:** To determine the adherence to procedures that the manual Guide for rehabilitation of the Ministry of social protection provides workers who have suffered accidents at work of osteo-muscular type.

**Methodology:** A descriptive study of clinical cases, with other qualitative and a quantitative component was conducted. Identified the condition of prior and subsequent health of the population under study and compared what has been done with provisions in the manual Guide for rehabilitation of the Ministry of social protection to evidence eventual differences. The population under study was comprised of 100 patients referred to rehabilitation as a result of an accident at work, in the period from February to April 2017.

**Results:** It was found that a high percentage of professionals does not adhere to the guidelines set forth in the manual, since they don't understand it or they see loss of autonomy. Trauma affecting the musculo-skeletal system are the most frequent in the programs of rehabilitation cases, mainly fracture associated trauma by crushing fingers.

**Conclusions:** One of the biggest problems affecting health professionals is the non-adherence of prescriptions in treatment and management guidelines. Especially in the case of the rehabilitation, which is exacerbated by the cost and the effort involved to the worker concerned comply with such requirements.

**Keywords:** Adherence, Manual Guide rehabilitation Ministry of the Social Protection Musculoskeletal Trauma, Integral Rehabilitation.

## **Introducción**

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), precisa que, los trabajadores del mundo presentan 270 millones de accidentes ocupacionales, y se producen cerca de 160 millones de casos de enfermedades con consecuencias no fatales (1).

En relación con las lesiones del sistema músculo-esquelético, el Instituto Nacional para la seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) lo define como "un grupo de condiciones que involucra los nervios, tendones, músculos y estructuras de soporte como los discos intervertebrales". A su vez la

Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que las lesiones osteomusculares hacen parte de un grupo de condiciones relacionadas con el trabajo, porque ellas pueden ser causadas tanto por exposiciones ocupacionales como no ocupacionales (2).

En Colombia el trauma osteomuscular (TME) de origen laboral se constituye como una de las enfermedades más frecuentes que afectan a trabajadores de todos los sectores y de todos los oficios. Dichos Traumatismos suelen ocasionar incapacidad permanente o temporal, según el grado de la condición en la que se encuentre el trabajador.

De acuerdo con el informe de la segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia, el cual describe las tendencias entre el año 2009 – 2012, se observa un incremento en el reconocimiento de enfermedades de origen laboral del 42% con un componente principal derivado de los trastornos musculo-esqueléticos con un 90%. Una cifra bastante alta que pone en evidencia el aumento en los índices de ausentismo laboral e incapacidad prolongada, representando un alto impacto en la productividad de las empresas.

Por otro lado, según el Congreso Internacional de Aseguradoras de Riesgos laborales 2016, el índice de accidentalidad se ubica en el 8.85%, un indicador “alto” comparado con otros países de Suramérica. Estos se registran con mayor frecuencia en los sectores de la construcción, servicios generales y el sector de transporte (3).

La patología musculo esquelética con mayor reconocimiento por parte de las ARL en Colombia es el síndrome de manguito rotador con un aumento del 118%, las enfermedades de discos intervertebrales con un 112% y Síndrome de túnel del carpo con un promedio del 42,5%. A nivel de accidentalidad es predominante el compromiso de extremidades superiores. Esta situación es preocupante en el sentido que son patologías altamente incapacitantes sino se intervienen desde su inicio. En relación con estos diagnósticos, se refleja su prevalencia más en hombres que en mujeres, lo cual se encuentra asociado al tipo de oficios que desempeñan (4).

Cabe señalar que entre las múltiples repercusiones físicas ocasionadas por las lesiones músculo-esqueléticas, debido a los factores de riesgo ocupacionales, se diferencian fundamentalmente: la modificación de la calidad de vida, los cambios en las perspectivas y actitudes psicosociales individuales, familiares y sociales, el ausentismo, la disminución de la

productividad, y el aumento de los costos económicos, de los cuidados a la salud.

Los Traumas músculo-esqueléticos (TME) generalmente requieren tratamiento. Dichos tratamientos deben ser pertinentes, suficientes y de calidad, encaminados a “la denominada *readaptación profesional*, la cual incluye el conjunto de procesos que van desde la evaluación, orientación, hasta la rehabilitación profesional propiamente dicha, que comprende todas las intervenciones de orden científico, técnico, educativo-formativo, y sociales que conduzcan a la persona con limitación a la obtención y conservación de un trabajo concordante y acorde con sus capacidades residuales. Esto implica una prestación oportuna de servicios en la llamada *rehabilitación integral*, que debe iniciar inmediatamente se haya solucionado la urgencia en caso de un Accidente de Trabajo o se diagnostique la Enfermedad Profesional” (5).

La rehabilitación integral para la reincorporación ocupacional y social de los trabajadores que han sufrido un Accidente de trabajo o Enfermedad profesional (ATEP), es un procedimiento enmarcado en un contexto médico y social. El paradigma médico y el abordaje de la rehabilitación desde esta concepción no ha permitido que dicho procedimiento se realice integral y articuladamente, con el propósito de promover el regreso del trabajador en condiciones óptimas al mundo del trabajo y a la sociedad, aun cuando existe una amplia legislación y normatividad internacional y nacional que respalda esta mirada de la rehabilitación. (6)

Para tratar de facilitar las condiciones de calidad, el Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia en el año 2002 decidió estandarizar los procesos, por lo cual diseñó y recomienda aplicar el “Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el SGRL”. Conocido actualmente como: “Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales” revisado, ajustado y validado para el año 2010 (3 Edición). En el cual se define claramente el abordaje de la rehabilitación de una manera integral, teniendo en cuenta la filosofía de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), la reconversión laboral, así como de la orientación ocupacional.

La estandarización y guías de manejo permiten documentar y protocolizar procedimientos para garantizar la seguridad en la atención y la satisfacción. Así la adherencia, que es el grado de cumplimiento de las guías por parte de los profesionales a cargo, es vital para lograr tales objetivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la

adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, realizar procedimientos de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia a lo largo del tiempo (7).

Implementar las guías de manejo supone para las entidades, tanto públicas como privadas, una responsabilidad ética ante los trabajadores. Hablar un mismo lenguaje, es decisivo para lograr los objetivos planteados en materia de funcionamiento – reconversión y orientación laboral.

No obstante existe el riesgo de abstención de seguir normas, por lo que el rigor de socialización y divulgación se hace indispensable. La OMS resalta, que las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia, deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de los trabajadores afectados, y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar.

Como consecuencia lógica de lo anterior, las evaluaciones que se han realizado a los servicios de rehabilitación han demostrado un proceso desarticulado, el cual no permite considerar la atención como un proceso integral, con objetivos claros y abordaje socio –ocupacional. En este sentido, se destacan estudios como el denominado “Evaluación de Servicios de Rehabilitación en Bogotá”, en el cual se utilizó un instrumento para medir la calidad en términos de estructura-proceso y resultados. (8)

Teniendo en cuenta estos aspectos, se hace necesario conocer cómo se está realizando la implementación de los procesos de rehabilitación en una IPS de fisioterapia, con el fin de detectar las fallas y determinar estrategias de mejoramiento que permitan direccionar las acciones hacia las normas técnicas de rehabilitación descritas en el manual.

## **Método**

Se realizó un estudio descriptivo de casos clínicos, con un componente cuantitativo y otro cualitativo. Se buscó caracterizar e identificar la condición de salud previa y posterior de la población objeto de estudio, así como comparar lo establecido en el manual para evidenciar las posibles diferencias y el estado de adherencia.

La población en estudio estuvo conformada por 100 pacientes remitidos por una Aseguradora de Riesgos Laborales, a un servicio de rehabilitación como consecuencia de un accidente de trabajo, en el

periodo comprendido entre febrero y abril de 2017. Adicionalmente, los procesos de valoración y rehabilitación fueron evaluados en 3 profesionales de terapia funcional y 1 de terapia ocupacional, vinculados a la IPS de Terapia Física Integral en la ciudad de Medellín. No se tomó muestra, debido a que el número de unidades que integran la población resultó accesible en su totalidad.

Para la recolección de la información se diseñaron y utilizaron dos instrumentos, uno para pacientes y otro para profesionales tratantes. El primer instrumento consistió en diseñar una base de datos relacionada con la gestión de rehabilitación de los pacientes, conformada por 37 variables, distribuidas en 9 categorías: datos sociodemográficos, laborales, hábitos y estilos de vida, antecedentes, diagnóstico clínico, signos y síntomas, tipo de rehabilitación, diagnóstico terapéutico inicial y diagnóstico terapéutico final. El segundo instrumento fue una encuesta estructurada dirigida a los profesionales tratantes, para conocer el estado de adherencia. El cuestionario se diseñó a partir de la identificación de las dimensiones correspondientes y variables asociadas, en este caso al proceso de rehabilitación descrito en el *"Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales"*.

Estas dimensiones y variables identificadas, permitieron plantear las preguntas que hacen parte de la encuesta aplicada. El instrumento estuvo conformado por 14 preguntas de tipología cerrada. (Ver cuadro 1).

## Cuadro 1. Dimensiones y Variables del proceso

Dimensiones	Variables
Identificación de los casos	Oportunidad en el ingreso, parámetros de ingreso, aspectos gerenciales y estratégicos del procedimiento.
Evaluación del caso	Tipo de valoraciones, diagnóstico y pronóstico, aspectos gerenciales y estratégicos del procedimiento.
Manejo de la Rehabilitación	Rehabilitación funcional, rehabilitación ocupacional y profesional, cierre de casos, aspectos gerenciales y estratégicos del procedimiento.
Retroalimentación	Sistematización de la información.

Para obtener validez de contenido, el diseño preliminar fue puesto a consideración de 2 jueces expertos en el tema; quienes realizaron la evaluación de los ítems, teniendo en cuenta la pertinencia – suficiencia y adecuación de los mismos. A partir de esta evaluación, se realizaron los ajustes sugeridos, y se efectuó el estudio piloto con 10 pacientes y sus respectivos tratantes. La segunda fase, fue la recolección de datos, que inició con el contacto en la IPS, en la cual se realizó el proyecto. Posteriormente se realizó un listado de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y fueron citados para solicitar su participación. Todos los citados accedieron a participar. La recolección de los datos fue individual, para el caso de los pacientes en un periodo de 3 meses. La encuesta fue enviada por correo electrónico a los diferentes profesionales, y en el transcurso de una semana fueron devueltas. La fase final consistió en el procesamiento de la información, mediante el ingreso de los datos a una base en Excel (Microsoft Office para Windows XP) y posteriormente se realizó el análisis estadístico de las variables relevantes al estudio, usando SPSS Statistics 24 para Windows. Las pruebas estadísticas comprendieron básicamente estadística descriptiva. Subsiguientemente presentación del informe final a los interesados y profesionales participantes del estudio, mediante gráficos circulares e histogramas.

Esta investigación, según la resolución N° 008430, de 1993, del Ministerio de Salud, es considerada de "Riesgo Mínimo". Es una investigación que se ajustó a los principios científicos y éticos, y se fundamenta en conocimiento acumulado bajo rigor metodológico. Se contó con el consentimiento informado y por escrito de los participantes

(pacientes y profesionales), obtenido por las investigadoras, quienes a su vez notificaron toda la información referida a la investigación. Su contenido fue explicado de manera sencilla los días de recolección en la base de datos y aplicación de las encuestas.

Para garantizar el anonimato de la información, los datos - respuestas y consentimientos informados se mantuvieron en absoluta reserva bajo códigos de identificación.

## Resultados

Características sociodemográficas

### Grupo de edad y género

El mayor porcentaje de personas se ubica en el grupo de edad de 25 a 45 años. Por sexo, el 89% son hombres. Ver tabla 1.

**Tabla No 1 Frecuencia y porcentaje según género y grupo de edad**

Grupo de edad	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
DE 25 A 45	3	56	59	59
MAYOR A 46	7	21	28	28
MENOR 25	1	12	13	13
TOTAL	11	89	100	100
%	11	89	100	

### Escolaridad, estrato y estado civil

La mayor frecuencia según escolaridad se encontró en tener bachillerato, el mayor número de personas (73) pertenecen al estrato 2. Por estado civil la mayor frecuencia se da en casados. Ver tabla 2.

**Tabla No 2. Frecuencia según nivel de escolaridad, estrato y estado civil**

Nivel de Escolaridad	Estrato	Estado Civil			Total	Subtotal por escolaridad
		Casado	Separado	Soltero		
Bachiller	1	0	1	3	4	46
	2	12	1	21	34	
	3	4	0	4	8	
Iletrado	2	3	0	3	6	8
	3	0	2	0	2	
Primaria	1	2	0	0	2	39
	2	18	3	10	31	
	3	4	1	1	6	
Técnico	2			1	1	
Técnico	3	1	1		2	4
Tecnólogo	3	1			1	
Universitario	2	0	1	0	1	3
	4	1	0	0	1	
	5	0	0	1	1	
Total		46	10	44		

Condiciones de salud

### Tipo de lesión y accidente laboral

La mayor frecuencia que se evidenció según tipo de lesión fue fractura de dedos de la mano, asociada a trauma por aplastamiento. Ver tabla 3.

**Tabla No 3. Frecuencia del tipo de lesión según tipo de accidente**

Tipo de Lesión	tipo accidente	
Amputación dedo de la mano	Trauma cortopunzante 7	Trauma aplastamiento 2
Atrapamiento nervio mediano	trauma atrapamiento	
Contusión muñeca	Trauma por aplastamiento 3	Trauma por atrapamiento 2
Esguince de codo	Caída de altura	
Esguince hombro	Caída propia altura	
Esguinces y torceduras muñeca y mano	Trauma por tracción	
Fractura conminuta dedo de la mano	Trauma por atrapamiento 2	
Fractura de metacarpianos	Caída Propia altura	Aplastamiento 2

**Tabla No 3. Frecuencia del tipo de lesión según tipo de accidente**

<b>Tipo de Lesión</b>	<b>tipo accidente</b>	
Fractura de radio	Caída altura	Golpe directo
Fractura dedo de la mano	Trauma por aplastamiento 18	Trauma cortopunzante 2
Fractura diáfisis radial	Caída altura	golpe directo
Fractura humero	accidente transito	caída altura
Fractura pulgar	Trauma por aplastamiento 3	Trauma por atrapamiento
Herida brazo	Trauma cortopunzante	
Herida de la mano	trauma cortopunzante 2	
Herida dedo mano sin daño de las uñas	trauma cortopunzante 2	trauma por proyección de partículas
Herida dedos de la mano con daño de uñas	trauma por atrapamiento 3	Trauma cortopunzante 2
Lesión Nervio Radial	trauma por atrapamiento	
Luxación de codo	caída propia altura	
Luxación de dedos de la mano	trauma por tracción 2	
Luxación de hombro	golpe directo 2	caída propia altura
Quemadura	trauma por atrapamiento	trauma por proyección de partículas
Reparación Manguito	caída propia altura	
Tenosinovitis estiloide radial	trauma por atrapamiento	
Trauma cervical	trauma por sobre-esfuerzo	
Trauma cráneo-encefálico Severo	trauma por proyección de partículas	
Trauma hombro	caída propia altura 2	caída altura
Traumatismo manguito rotador	trauma por tracción	
Traumatismo Nervio mediano	trauma cortopunzante	trauma por atrapamiento
Traumatismo tendón extensor de muñeca	trauma cortopunzante	
Traumatismo tendón, músculo y nervio	trauma cortopunzante 4	trauma por aplastamiento

### Tipo lesión vs Éxito/fracaso tratamiento rehabilitador

El mayor porcentaje de fracaso en el tratamiento se encontró en amputación dedo de la mano (84.6%), seguido de fractura dedo de la mano (59%). Ver tabla 4.

**Tabla No 4. Porcentaje de éxito/fracaso del tratamiento rehabilitador según tipo de lesión**

TIPO DE LESIÓN	ÉXITO	%	FRACASO	%	TOTAL
Amputación dedo de la mano	2	15.4%	11	84.6%	13
Fractura dedos de la mano	9	37.5%	15	62.5%	24

### Éxito/fracaso tratamiento clínico

El tratamiento quirúrgico presentó mayor porcentaje de fracaso (40%). Ver tabla 5.

**Tabla No 5. Porcentaje del éxito/fracaso del tratamiento quirúrgico y conservador**

		Éxito / Fracaso		Total
		Éxito	Fracaso	
Tratamiento (Manejo)	Conservador	18	26	44
	Quirúrgico	16	40	56
Total		34	66	100

**Éxito/fracaso del tratamiento rehabilitador y nivel de compromiso** El mayor porcentaje de fracaso en el tratamiento se encontró en los pacientes con un nivel de compromiso nulo (45%) y el mayor porcentaje de éxito se evidenció en los pacientes con un nivel de compromiso alto (34%). Ver tabla 6.

**Tabla No 6. Porcentaje de éxito/fracaso frente al tratamiento rehabilitador según el nivel de compromiso del paciente**

		Éxito / Fracaso		Total
		Éxito	Fracaso	
Nivel de compromiso tratamiento rehabilitador	Alto	34	0	34
	Moderado	0	21	21
	Nulo	0	45	45
Total		34	66	100

### Éxito/fracaso del tratamiento y la ocupación

El mayor porcentaje de fracaso en el tratamiento se ubica en operarios (producción – plástico – planta y confección) del sector Manufacturero (63%), seguido de ayudantes y oficiales del sector construcción (62.5%) y oficios varios (46%). Ver tabla 7.

**Tabla No 7. Porcentaje de éxito/fracaso del tratamiento según la ocupación**

OCUPACIÓN	ÉXITO	%	FRACASO	%	TOTAL
Operarios sector Manufacturero (plástico – producción – planta – confección)	10	37%	17	63%	27
Ayudantes y oficiales sector construcción	9	37.5%	15	62.5%	24
Oficios varios	7	54%	6	46%	13

### Éxito/fracaso del tratamiento y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

La mayor frecuencia de fracaso en el tratamiento asociado al código CIE 10 fue S681 (Amputación parcial o completa dedo) y el S626 (Fractura dedo de la mano). Ver tabla 8.

**Tabla No 8. Frecuencia de éxito/fracaso del tratamiento según código CIE**

DIAGNOSTICO SEGUN CIE 10	EXITO	%	FRACASO	%	TOTAL
S 626: Fractura de otro dedo de la mano	9	37.5%	15	62.5%	24
S 681: Amputación traumática de otro dedo único	2	15.4%	11	84.6%	13

### Éxito/fracaso del tratamiento, Rehabilitación Funcional, Rehabilitación Ocupacional y Limitación Funcional

Del total de trabajadores accidentados que se encontraba en terapia física, sin limitación funcional (1%) y con algún grado de limitación funcional (leve 51%, moderada 41% y severa 7%), el 46% realizó terapia ocupacional y el 54% no realizaron. De estos el 34% fue caso de éxito frente a un 66% de fracaso en el tratamiento. Ver tabla 9.

**Tabla No 9. Porcentaje de éxito/fracaso del tratamiento según limitación funcional, terapia ocupacional y no ocupacional**

Limitación funcional	Rehabilitación Funcional	Rehabilitación Ocupacional		% No Ocupacional	Éxito / Fracaso		% Fracaso
	Si	No	Si		Éxito	Fracaso	
Leve	51	21	30	41	18	33	64,7
moderada	1	0	1	0	0	1	2,0
Moderada	36	23	13	45	13	23	45,1
Moderada	4	4	0	8	1	3	5,9
Severa	7	6	1	12	1	6	11,8
Sin limitación	1	0	1	0	1	0	0,0
Total	100	54	46		34	66	

Nivel de Adherencia

**Tipo de terapeuta, Especialista o No en Rehabilitación, Conocimiento del Manual Guía del Ministerio de la Protección Social**

Se evidenció que el 75% de terapeutas (Físicos y Ocupacional) no se encuentra especializado en rehabilitación ortopédica y el 50% desconoce el Manual Guía de Rehabilitación implementado por el Ministerio de Protección Social. Ver tabla 10.

**Tabla No 10. Porcentaje de conocimiento del Manual Guía de Rehabilitación según tipo de terapeuta y Especialidad**

Terapeuta	Especialista rehabilitación ortopédica		% Terapeutas especializados	Conocimiento del manual		% Conocimiento manual
	si	No		si	No	
Físico	1	2	25%	2	1	50%
ocupacional	0	1	75%	0	1	50%
Total	1	3		2	2	

### **Ingreso de casos por accidente de trabajo al programa de rehabilitación**

El ingreso de trabajadores accidentados al programa de rehabilitación en el 75% de los casos se dio un mes después de ocurrida la contingencia. Ver tabla 11

**Tabla No 11. Porcentaje de ingreso al programa de rehabilitación**

Ingreso de casos por AT al programa de rehabilitación		% de ingreso por AT
1 mes	3	75%
De 1 a 4 meses	1	25%
Inmediato al reporte	0	0%
total	4	

### **Adherencia profesional al manual, seguimiento del tratamiento, criterio personal**

El 50% de profesionales no siguió los lineamientos del Manual Guía y basan el seguimiento al tratamiento teniendo en cuenta solo diagnóstico de severidad, debido a que no lo comprenden o consideran pérdida de autonomía en el tratamiento. Ver tablas 12 y 13.

**Tabla No 12. Porcentaje de adherencia profesional al Manual según criterios de seguimiento al tratamiento**

Adherencia profesional al manual		% Adherencia profesional al manual	Criterios de seguimiento al tratamiento		% Criterios de seguimiento al tratamiento
Si	1	25 %	Días de incapacidad	1	25%
No	1	25%	Diagnóstico de severidad	2	50%
No sabe	2	50%	Respuesta al tratamiento	1	25%
	4			4	

**Tabla No 13. Porcentaje de adherencia profesional al Manual según criterios personales**

Seguimiento parámetros del manual		% negativa de implementación
Pierdo autonomía	2	50%
No es el apropiado	0	50%
No lo entiendo	2	
No tengo interés	0	
	4	

## Discusión

La adherencia a protocolos o manuales de procedimientos podría permitir obtener buenos resultados en el tratamiento de determinadas patologías o procesos de rehabilitación.

En esta investigación encontramos un alto porcentaje de fracaso en los procesos de rehabilitación integral en traumas osteomusculares de origen laboral, similar a lo señalado en un estudio realizado por Jazmine del Rosario Boada Mojica y Marisol Moreno Angarita acerca de "Las ARP y el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales en Bogotá", el cual destaca que los traumas que afectan el sistema musculo-esquelético son los casos más frecuentes en los programas de rehabilitación; con un alto porcentaje de fracaso en los procesos de rehabilitación integral. Preocupante situación, no solo para la persona objeto del manejo porque no se está logrando mejoría, sino para su futuro laboral, social y para el sistema de seguridad social que lo más seguro requerirá aportar más dinero al manejo de la situación. (9)

Uno de los mayores problemas que afectan a los profesionales de la salud es la falta de seguimiento de las prescripciones en los tratamientos. Especialmente en el caso de la rehabilitación esto se agudiza por el costo y el esfuerzo que le supone al trabajador afectado cumplir tales prescripciones. La mayoría de los pacientes en este campo sufren dolores o molestias al realizar el tratamiento, o en el caso contrario deben estar inmovilizados con el costo que supone no tener la suficiente autonomía.

En general, los datos de los estudios epidemiológicos publicados tanto en este país como fuera indican que las personas tratadas incumplen las prescripciones alrededor del 50% de las veces en tratamiento de rehabilitación. El porcentaje como se puede ver es bastante elevado, la mitad de estos pacientes no mejoran y reingresan a las consultas, y por consiguiente saturan las mismas. Volviendo de nuevo al comienzo del problema (10).

Por otro lado, los recursos de rehabilitación en el sistema de la Seguridad Social están desbordados por la demanda tan enorme que reciben, lo que obliga a establecer prioridades y a prescribir un tratamiento sin revisiones de mantenimiento que confirme el éxito o fracaso del mismo.

Existen diversos factores preponderantes al fracaso en el proceso de rehabilitación, dentro de los que resalta la ausencia de terapia ocupacional en la gran mayoría de los casos.

La Terapia Ocupacional (T.O) es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social" (11).

Los profesionales que desarrollan esta profesión, están dotados de unos conocimientos socio-sanitarios englobados dentro del ámbito de la rehabilitación, los cuales permiten la intervención en tres ámbitos: auto-mantenimiento, productividad y ocio. Mientras más temprano se incorpore la Terapia Ocupacional en el proceso de rehabilitación, más rápido podrá la persona retomar una vida en actividades de la vida diaria (AVD) y básicas laborales (ABL).

Seguir un tratamiento rehabilitador mediante los lineamientos propuestos en el manual, es uno de los procesos en los que la acción del profesional tiene una importante representación, es necesario que el profesional entienda que estas prácticas terapéuticas se deben desarrollar como un proceso que requiere participación y una adaptación constante tanto por los pacientes como por los profesionales para alcanzar un éxito en el tratamiento.

Es así como en diversas revisiones de procedimientos en rehabilitación, se resalta la intervención como un proceso integral, en el cual se debe tener en cuenta el conocimiento de todos los aspectos biopsicosociales del individuo y de los factores contextuales que pueden condicionar su integración socio-ocupacional (12). La vivencia de la persona con discapacidad para su integración a la vida social a través de una ocupación es particular y única, dependiente de factores de orden funcional, psicológico y social, como lo es cualquier proceso adaptativo del ser humano (13).

Analizada la situación actual de la baja implementación de los procedimientos de rehabilitación, tomando como referencia técnica el Manual Guía del Ministerio, se sugiere mejorar los sistemas de recopilación y registro de la información relacionada con los procedimientos, con el propósito de facilitar la auto-evaluación y seguimiento al programa de rehabilitación integral.

Es de importancia fomentar la capacitación y actualización en temas relacionados con el manejo de la discapacidad y rehabilitación integral: funcional y ocupacional, con el fin de promover el desarrollo de los procedimientos en rehabilitación con base en marcos teóricos y fundamentos técnicos válidos en los ámbitos internacional y nacional. Este aspecto de mejoramiento se hace prioritario al identificarse que gran parte de las dificultades encontradas en los procedimientos de rehabilitación, están relacionadas con vacíos conceptuales de los procesos.

En cuanto a la participación del trabajador en el proceso rehabilitador; tal como en el estudio de **Boada y moreno**, encontramos que el mayor porcentaje de los casos reportados como fracaso, corresponde a los causados por falta de compromiso del trabajador. Estos resultados demuestran que hace falta reforzar las tácticas para incentivar al trabajador a realizar la terapia de rehabilitación y que son débiles las estrategias que permiten involucrar al trabajador y su familia, de una manera efectiva en los procesos de rehabilitación, ya que se ha demostrado que el compromiso del trabajador es punto clave en el éxito del tratamiento.

Este aspecto cobra importancia al ser la rehabilitación un proceso en el cual se requiere considerar la intervención interdisciplinar. Por tanto es indispensable la creación de mecanismos que faciliten el trabajo en equipo, con el fin de promover la definición concertada del pronóstico y de los planes de rehabilitación, y por lo tanto la integración funcional y

ocupacional en busca de la prestación oportuna y de calidad de estos procedimientos a los trabajadores.

Se recomienda desarrollar investigaciones que permitan el mejoramiento de los procedimientos de rehabilitación y reincorporación laboral en estos casos, así como identificar las causas de la falta de adherencia del profesional y compromiso de los trabajadores en los programas de rehabilitación, con el fin de implementar estrategias interdisciplinarias adecuadas, teniendo en cuenta al trabajador como el actor más importante dentro de estos procesos.

Por último, pero no menos importante, se sugiere una mayor divulgación del Manual Guía actualizado, con el fin de facilitar su operación y divulgación. Este aspecto es importante, considerando que las ARL deben desarrollar e implementar programas de capacitación y divulgación para una adecuada ejecución de procedimientos del manual guía por parte de los profesionales.

Los hallazgos presentados en esta investigación, permiten establecer aspectos de mejoramiento en la prestación del servicio rehabilitador mediante un sistema de evaluación y plan de acción ante las dificultades que se están prestando actualmente.

La comprensión cada vez mayor de la sociedad en torno a los beneficios de una buena rehabilitación, tanto como las acciones preventivas y de promoción de la salud.

## Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. Informe publicado con ocasión del "Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo". [Internet]. Ginebra: © 1996-2017 Organización Internacional del Trabajo (OIT); 2005. [Consultado 2017 enero 25]. Disponible en: [http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_211645/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_211645/lang--es/index.htm)
2. Montoya MC, Palucci H, Cruz ML, Taubert FC. Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. Cienc. enferm. 2010; [internet] 16 (2): 35-46. [Consultado 2017 enero 25]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art\\_05.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_05.pdf)
3. Congreso Internacional ARL Sura: La práctica del cuidado para la sostenibilidad. Centro de Convenciones Plaza mayor, 7 de julio 2016. [Internet]. Medellín: ©ARL Sura Riesgos laborales; 2016. [Consultado 2017 febrero28]. Disponible en: <https://www.arlsura.com/congresoarlsura2016/>
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales. "Informe de Enfermedad Profesional en Colombia 2003-2005". Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007; 22 – 25.
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. 3 ed. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá 2010.
6. Moreno M, Boada J. Manual Guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. [Internet]. Bogotá 2013. [Consultado 2017 marzo 15 2017]. Disponible en: [https://www.academia.edu/10495709/MANUAL\\_DE\\_REHABILITACION\\_Y\\_REINCORPORACION\\_LABORAL\\_DE\\_RIESGOS\\_LABORALES](https://www.academia.edu/10495709/MANUAL_DE_REHABILITACION_Y_REINCORPORACION_LABORAL_DE_RIESGOS_LABORALES)  
[Una mirada reflexiva](#)

7. Organización mundial de la salud. OMS. Adherence to long-term therapies. Evidence for Action. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2003.
8. Rodríguez O. Evaluación de Servicios de Rehabilitación en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional; 1998. [Consultado 2017 mayo 11]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/46025>
9. Moreno M, Boada J. Manual Guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. [Internet]. Bogotá 2013. [Consultado 2017 marzo 15]. Disponible en: [https://www.academia.edu/10495709/MANUAL\\_DE\\_REHABILITACION\\_Y\\_REINCORPORACION\\_LABORAL\\_DE\\_RIESGOS\\_LABORALES\\_Una\\_mirada\\_reflexiva](https://www.academia.edu/10495709/MANUAL_DE_REHABILITACION_Y_REINCORPORACION_LABORAL_DE_RIESGOS_LABORALES_Una_mirada_reflexiva)
10. Herruzo J, Luciano MC, Salinas I, Muñoz J. Intervención conductual en Fisioterapia: Estudio comparativo de dos procedimientos diseñados para incrementar la probabilidad de adherencia a las prescripciones médicas. Revista Española de Terapia del Comportamiento 1990;8(2):189-206
11. Organización mundial de la salud. OMS. Adherence to long-term therapies. Evidence for Action. Informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra: OMS; 2003.
12. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. GLARP. Actualización del Marco Conceptual de la Rehabilitación Profesional en el Glarp. Bogotá; 1996. [Consultado 2017 marzo 15]. Disponible en: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/6905/8-1/actualizacion-del-marco-conceptual-de-la-rehabilitacion-profesional-en-el-glarp.aspx>

13. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. GLARP. Diplomado en Rehabilitación Profesional. Bogotá; 2001. [Consultado 2017 marzo 15]. Disponible en: <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/12269/8-12/glarp-grupo-latinoamericano-de-rehabilitacion-profesional-folleto.aspx>