

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE GESTIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE
BARTHEL EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ALBERTO
BARTON THOMPSON – ESSALUD. CALLAO. 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

JOSE LUIS BOCANEGRA TAYPE

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTE
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO SECRETARIA
- DRA. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 123-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 17 de Setiembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	02
CAPITULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	03
CAPITULO II MARCO TEORICO-----	06
2.1 Antecedentes de Estudio	09
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.3 Marco conceptual-----	17
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE INTERVENCION EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA -----	23
3.1. Objetivos Generales-----	23
3.2. Objetivos Específicos-----	24
3.3 Metas.....	25
3.4 Programación de Actividades.....	25
3.5 Recursos.....	27
3.6 Ejecución.....	28
IV. EVALUACION	52
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	56

INTRODUCCIÓN

La escala de Barthel es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. La escala de Barthel se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.(1)

El presente trabajo académico trata de la aplicar la escala de Barthel en el área de Emergencia del Hospital Alberto L. Barton Thompson obteniendo una estimación cuantitativa del grado de dependencia de los pacientes que acuden para ser atendida por una enfermedad de aparición súbita o crónica descompensada con una categoría de III grado según el triage Manchester .La atención debe caracterizarse por un alto componente de calor humano y apoyo al paciente para asimilar el problema y asumir el tratamiento. No obstante, éste es uno de los servicios donde con mayor frecuencia se observa una tendencia a la deshumanización y a centrar la atención en el aspecto meramente físico.

Hoy en día las organizaciones de salud están preocupados en la calidad de atención de nuestros pacientes cubriendo las atenciones de sus necesidades básicas de acuerdo al grado de dependencia a la vez educando al paciente y/o acompañante para cuidados posteriores al alta. Por lo tanto se requiere mantener un número adecuado de pacientes por enfermero según el grado de dependencia, así establecer un plan de cuidado individualizado y brindar educación al paciente y/o cuidador sobre el desarrollo de la misma en el servicio y en su domicilio.

Se realizó como parte de la experiencia profesional de coordinación de enfermería del área de emergencias en enero del 2017, informe fue entregado a jefatura médica y enfermería de la institución, como parte del proyecto para mejora del proceso de atención en el área.

I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

En los últimos años, se sabe por los medios de información sobre las quejas por atención en las áreas de emergencias de todos los hospitales, ya sea no brindar una atención oportuna, mal trato en la atención del personal de salud además de no contar con un plan de cuidados individualizado de acuerdo al grado de dependencia por alteración de su capacidad funcional posterior al alta médica.

Se entiende por capacidad funcional ejecutar acciones para la realización de actividades básicas de la vida diaria. La herramienta para valorar estas actividades básicas nos ayuda a evaluar el grado de independencia del paciente que a su vez se relaciona con la calidad de vida del paciente. En el servicio de Emergencia se recibe al año alrededor de 45% de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas y grado de dependencia moderada a severa a la vez se atiende un 12% de pacientes jóvenes con alteración de su salud de inicio súbito que pasan del grado de independencia a dependencia por lo que en estos casos los familiares y/o cuidadores desconocen de un plan de cuidado del paciente. Tomando en cuenta que el área de emergencias atiende un promedio de 1200 pacientes en un turno de 24 horas el 80% de estos son urgencias con categoría IV y V según categorización del triaje manchester; un 15% son de emergencias de categoría III y II los cuales son atendidos por un número de enfermeros que no logran poder cubrir las necesidades básicas según grado de dependencia y mucho menos poder lograr involucrar al cuidador en el plan de cuidados post alta, ya que no se encuentra en el área con el paciente. En el servicio aplicamos la escala de coma de Glasgow que sirve para valorar el nivel de conciencia de una persona con daño cerebral, la escala de Norton para medir el riesgo de presentar úlceras por presión, la escala de Morse que mide el riesgo de caídas. Pero no aplicábamos ninguna escala que valore la independencia de los pacientes en la realización de actividades básicas de la vida diaria por eso decidimos aplicar la Escala

de Barthel que nos proporcionó los datos estadísticos de la valoración de la capacidad para realizar las 10 actividades de la vida diaria. De esta manera fuimos evaluando el progreso de nuestros pacientes. Esta escala es fácil de aplicar, aprender y de interpretar, el Profesional de Enfermería en su rol de educadora puede enseñar al familiar o cuidador para que siga la valoración y así en cada cita nos informe el avance de su paciente.

Los Traumatismos cerebrales son una epidemia desatendida y ocasionan de 6 millones de muerte, una cifra que tiene una tendencia al alza alarmante. Los que sobreviven quedan con una incapacidad permanente que tiene efectos socioeconómicos. Se observa que el perfil epidemiológico ha cambiado, los traumatismos ocupan el cuarto lugar de fallecimientos. (2).

Entre otra de las causas de mortalidad e incapacidad se encuentra los eventos cerebrovasculares que a nivel mundial representa una carga en salud pública, siendo la tercera causa 11.1% de mortalidad y en un estudio multinacional del año 2016 en 32 países incluido el Perú de los cinco continentes se reportó que la discapacidad de moderada a severa fue de 37.6%. (3).

Según la OMS la capacidad funcional es aquella capacidad fisiológica y/o física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma.

La pérdida de esta capacidad funcional una de las principales causas se da según la Organización Mundial de la Salud, por los accidentes de tránsito (entre 20 y 50 millones) que quedan discapacitadas por sus lesiones, ocasionando pérdidas económicas para sus familiares.

En un informe de la Organización Panamericana de Salud señala que las muertes por accidentes de tránsito son la primera causa de muerte en las edades de 15 a 29 años. El informe indica que las 154,997 muertes por accidentes de tránsito ocurridas en 2016 en la región de las Américas

representaron el 11 % de las muertes en el tráfico a escala mundial. Siendo El Salvador el país que ocupa el séptimo lugar; seguidos de Ecuador, Brasil, Colombia, Honduras, Costa Rica y Guatemala. (4).

Según el Ministerio de Salud, se estima que unas 117 900 personas quedaron discapacitadas de por vida debido a accidentes de tránsito ocurridos en los últimos cuatro años en Perú. Aún no existe un registro de las personas que quedan con algún tipo de discapacidad tras haber sufrido accidentes automovilísticos. Cada año, el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del Ministerio de Salud atiende un promedio de 178 sobrevivientes de accidentes de tránsito, personas que en su mayoría presentan secuelas graves de traumatismo encéfalo craneano (TEC), lesiones medulares o diversas amputaciones que dificultan su desenvolvimiento normal dentro de la sociedad.(5)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática El 5,2% de la población nacional (1 millón 575 mil 402 personas) padecen de algún tipo de discapacidad o limitación física y/o mental. Esta condición afecta, en mayor proporción, a la población de 65 y más años (50,4%) y de 15 a 64 años (41,3%). El 40,6% de personas con discapacidad necesita del apoyo de terceros para realizar sus actividades diarias. Según lo manifestado por las personas con discapacidad dependientes, son sus propios familiares del hogar los que más los asisten con mayor frecuencia en sus actividades diarias.

Los tipos de limitación más frecuentes en la población con discapacidad son las dificultades para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas (59,2%) y las de tipo visual (50,9%).

De cada 100 de personas con discapacidad a nivel nacional, 44 manifestaron ser jefas o jefes de hogar. En el área urbana, esta proporción alcanza al 44,5%, en tanto que, en el área rural, al 42,7%.(6).

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

ELVENI LAGUADO jaimes y clos. 2017. Barcelona “Funcionabilidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar”. Su objetivo Determinar la funcionalidad y grado de dependencia en el adulto mayor institucionalizado como información básica para el diseño de un programa de intervención específica. Es un estudio descriptivo retrospectivo con una muestra de 60 adultos mayores en los resultados: el rango de edad que predomina de 75-84 años, un 26,66% de 60 adultos mayores y el género masculino con mayor frecuencia (53,33%). En el rango de la *escolaridad*, el 53,3% estudiaron primaria. *Contacto familiar con la familia*, el 70%; *tiempo de institucionalización* de los adultos mayores, el mayor tiempo (55%) de 1 a 5 años. En los problemas cardiovasculares en el 34% de los adultos mayores. Valoración funcional: predomina el género masculino con dependencia leve (26,66%) y como independiente un 25% del género femenino. La valoración del grado de autonomía en el género masculino evidencia un grado de autonomía 1, con un 30% con respecto al género femenino, que tiene un grado de autonomía 3, con el 16,66%, sin significación estadística. Conclusiones: el predominio del género masculino en los adultos mayores institucionalizados y con dependencia leve, y al contrario en las mujeres, donde la frecuencia de independencia es mayor. En la autonomía predomina un grado mayor en los hombres que en las mujeres.(7)

MEJIA MUÑOZ tatiana del rocío 2016, Cuenca “Valoración del nivel de dependencia física de los adultos mayores que acuden al

subcentro de Salud de la parroquia Octavio Cordero, Cuenca. Cuyo objetivo es valorar el nivel de dependencia física de los adultos mayores. Metodología: los datos de la investigación se obtuvo del censo del año 2015 siendo la población total de 2271 habitantes y el universo fueron 121 adultos mayores. En los resultados en el rango de edad 60 a 65 años el 22%, de 65 a 70 años el 17%, de 71 a 75 el 24 %, y el 34% de 76 años a más. En el sexo masculino el 52% y en el femenino 48%.Fueron valorados con la escala de Barthel según las actividades básicas de la vida diaria el 17% muy independiente, el 59% independiente, el 19% poco dependiente y el 5% dependiente. En sus conclusiones la aplicación de la escala de Barthel determino que el 63% es independiente y el 15% requiere ayuda de un familiar o cuidador.(8)

LOPEZ RAMIREZ mario Fernando 2015 Guatemala “Calidad de vida en pacientes post traumas cráneo encefálico”; cuyo objetivo es identificar el nivel de dependencia de la calidad de vida de los pacientes post trauma cráneo encefálico en base a la escala de Barthel y evaluar la capacidad funcional en los pacientes post trauma cráneo encefálico. Se estudiaron a 240 pacientes cuyo resultado fue el 22% totalmente dependientes, el 47% grado de dependencia grave, el 15% dependencia moderado, el 13% dependencia leve y el 3% independiente.

En sus conclusiones en base a la Escala de Barthel la mayoría de pacientes tienen dependencia grave quiere decir que siempre van a depender de un familiar para realizar sus actividades básicas diarias y solo 6 pacientes son totalmente independientes para realizar sus actividades básicas diarias, quiere decir sin ayuda.(9)

Lic. Mg. ZURITA PINTO daniela alexandra, y clos. 2015 Ibarra “Actividad diaria según Índice de Barthel, en adultos mayores” El objetivo es Identificar el nivel de funcionabilidad en la realización de las actividades básicas de la actividad de vida diaria. La investigación con tipo de diseño no experimental de tipo descriptiva, transversal en una población de 60 adultos mayores. Aplicando el Índice de Barthel. En los resultados se obtuvo que un 23.3% presenta un nivel de independencia de moderada y leve mientras que un 30% presenta un nivel de independencia. En sus conclusiones manifiestan que hay un nivel de independencia considerable en los adultos mayores evaluados del asilo de la ciudad de Ibarra.(10).

VELASCO RODRIGUEZ raymundo. 2015- México. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados”. Objetivo. Identificar la capacidad funcional para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores, el estudio fue transversal descriptivo, multicéntrico realizado en 373 adultos mayores. Resultados. La capacidad funcional para las categorías: La actividad de la vida diaria que presentó mayor proporción de sujetos independientes totales fue “comer”, en tanto que “subir-bajar escaleras y lavarse” fueron las que registraron más sujetos dependientes totales. Conclusión. La limitación funcional es un proceso natural del envejecimiento y es importante que de manera sistemática se aplique la escala de Barthel al adulto mayor institucionalizado, ya que ha demostrado ser relevante para identificar déficit funcional motor en estas personas. (11).

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

DELGADO ESCOBAR jhonatan junior. 2019 Tacna- Perú.

“Caracterización Clínico Sociodemográfica y Evaluación de Estado Funcional de pacientes geriátricos en el programa de atención domiciliaria del hospital II Essalud Ilo. El objetivo : Determinar la relación que existe entre las características clínicas, sociodemográficas y el estado funcional de los pacientes geriátricos en el Programa de atención Domiciliaria. Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo. Se tomaron datos de las historias clínicas y se aplicó el Índice de Barthel modificado por Shah a 105 pacientes geriátricos del Programa de atención Domiciliaria del Hospital II EsSalud. En los resultados: Del total de pacientes, el 62.9% fueron de sexo femenino, y el promedio de edad fue de 84 años para ambos sexos, con un intervalo de edad entre 65 y 98 años. Los sistemas principalmente comprometidos fueron en primer lugar el sistema cardiovascular con un 64.8%, seguido de un 43.8% con compromiso del sistema nervioso central y periférico y en tercer lugar un 28.6% con patología osteomioarticular. Se hizo uso del Índice de Barthel modificado por Shah para medir el grado de dependencia funcional, el 36.2% de los pacientes presentaba dependencia moderada, seguido por un 27.6% con dependencia total, luego un 24.8% con dependencia severa, un 10.5% con dependencia escasa y un 1% con independencia. En las conclusiones: Se observó relación entre la puntuación del índice de Barthel final y la edad, a mayor edad, la puntuación total disminuye, y el grado de compromiso funcional aumenta. Se halló una asociación entre deterioro funcional y grado de instrucción, encontrándose un menor grado de compromiso funcional en pacientes con mayor grado de instrucción. En el presente estudio no se llegó a encontrar diferencia significativa respecto al número de

sistemas afectados y su asociación con el grado de deterioro funcional.(12)

SEMINARIO PASAPERA, michael stivan. 2018 Lima Perú.”

Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas. Objetivo: Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor-CIAM. Es un estudio correlacional de corte transversal, en 110 adultos mayores de ambos sexos de 60 años a más. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody y el Test de Tinetti; y una ficha de recolección de datos sociodemográficos. Resultados: en la prueba de hipótesis Chi cuadrado existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas $p < 0.001$, en el perfil sociodemográfico, el lugar de residencia tiende a tener relación con el riesgo de caídas $p=0.042$. Conclusiones: Se logró determinar que la capacidad funcional se asocia significativamente al riesgo de caídas en el adulto mayor de la muestra. Es decir, a menor capacidad funcional, mayor será el riesgo de sufrir caídas. El lugar de residencia influye en la presentación de esta eventualidad. (13).

JIRÓN CARMEN, jackeline brigitte, y cols. 2018 Lima Perú.

“Estilos de vida y grado de dependencia en el Adulto Mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro”. Este estudio de investigación tuvo como objetivo: Determinar la relación entre el estilo de vida y el grado de dependencia en el Adulto Mayor. Es un estudio de tipo cuantitativo, correlacional, trasversal. La muestra: 73 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Barthel y la escala de estilos de vida. Los resultados indicaron que el 43.8%(32) eran del sexo masculino; el 56.2%(41) eran de sexo femenino. En la variable

estilos de vida el 67.1% presenta un estilo de vida no saludable, y 21 32.9% un estilo de vida saludable. En relación a los grados de dependencia el 50.7% (37) son adultos mayores dependientes, en las siguientes categorías: el 41.1%(30) dependiente moderado, 5.5% (4) dependiente leve y el 4.1% (3) dependiente grave. Y el los adultos mayores independientes están representados por 49.3% (36). En sus conclusiones se observa que no tiene relación entre los estilos de vida y el grado de dependencia en los adultos mayores. (14).

CORREA ALVITEZ galdy karina, y cols. 2018 Breña- Perú
“Valoración funcional del adulto mayor del servicio de Geriatria del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” El objetivo del presente trabajo es determinar la valoración funcional del adulto mayor del servicio de geriatría del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Es un estudio de enfoque y de diseño no experimental, descriptivo y trasversal. La población fue de 313 adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del Hospital Loayza. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el Índice de Barthel que evalúa la realización de las actividades diaria del adulto mayor. En los resultados en relación a la valoración funcional se obtuvo que 160(51.1%) obtuvieron un nivel de dependencia leve, 83(26.5%) obtuvieron un nivel de dependencia moderado, 56(7.9%) obtuvieron un nivel de dependencia grave y un 14(4.5%) obtuvieron un nivel de dependencia total. En las dimensiones, la actividad de comer predomina el independiente con un 59.4%, en vestirse predomina el independiente con 48.6%, en arreglarse predomina el independiente con 60.4%, en deposición predomina el independiente con 65.8%, en micción independiente con 56.2%, en ir al retrete independiente con 51.1%, en traslado sillón cama el independiente con 48.6%, en

deambulaci3n predomina independiente con 47.9%, y en subir y bajar escaleras predomina los que necesitan ayuda con 42.8%.

En las conclusiones la valoraci3n funcional predominante fue el nivel de dependencia leve y en las dimensiones predomina en todas las actividades los independientes a excepci3n en la actividad de subir y bajar escaleras donde predomina los que necesitan ayuda. (15)

HERNANDEZ SAGASTEGUI jessenia miluska, y cols. 2017 Chimbote Per3 "Grado de Dependencia relacionado a la calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud El Progreso". Este estudio es de tipo descriptivo correlacional, corte trasversal. Su objetivo es determinar la relaci3n entre el grado de dependencia y la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El Progreso Chimbote 1017. La poblaci3n estuvo constituida por 25 adultos mayores del programa Taytawuasi. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de calidad de vida y el 3ndice de Barthel de las actividades b3sicas de la vida diaria. Los resultados les permiti3 concluir que el 48% de adultos mayores son independientes en la realizaci3n de las actividades b3sicas de la vida diaria, el 44% presenta una dependencia leve, y solo el 8% present3 una dependencia moderada, con respecto a la Calidad de Vida del Adulto Mayor el 80% present3 un nivel alto y el 20% un nivel medio de calidad de vida. Adem3s se demostr3 que si hay una relaci3n significativa entre el grado de dependencia y la Calidad de Vida en los Adultos Mayores. (16)

FLORES CAMINO jhony Alberto. 2016 Chiclayo Per3. "Efectividad de la Escala de Barthel en pacientes con hemiplejia en el 3rea de Lesionados el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo" Cuyo objetivo fue determinar el grado de efectividad de la Escala de Barthel en pacientes con hemiplejia en el 3rea de Lesionados Centrales del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. El tipo de

estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal. La muestra fue 35 pacientes del servicio de Rehabilitación del Hospital Almazor Aguinaga Asenjo. En los resultados se obtuvo según la edad entre 50-59 años el 31%, 60-69 años 23%, los mayores de 70 años el 17% y los comprendidos con el 11% y 9%, entre 40- 49 y menores de 30 años.

Las actividades básicas de la vida diaria que representan mayor dependencia son vestirse con 62.9%, en la actividad de comer 57.2% igualmente dependiente, subir y bajar escaleras 54.3%, ir al retrete con una dependencia de 34.3%, arreglarse con el 31.4%. Concluye en la importancia de aplicar la Escala de Barthel para medir la evolución frente al progreso de realizar las actividades básicas de la vida diaria y así replantear el tratamiento. (17)

2.2 BASES TEORICAS

Las personas sanas o enfermas tienen diferentes necesidades, para tocar más a fondo hablaremos sobre la Teoría de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades Básicas para poder tener una idea más clara sobre el grado de dependencia que puede tener un paciente que está hospitalizado, se utilizara las 14 necesidades básicas y la escala de Barthel.

TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON : TEORÍA DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS

Nació el 19 de marzo de 1,897 en Kansas Missouri, Estados Unidos. Ante su deseo de especificar la función de las enfermeras elaboró su modelo conceptual basándose en las teorías de las necesidades y del desarrollo humano. Es así que se basa en la teoría de Maslow, Ericsson y Piaget. Desarrollando la teoría de las 14 necesidades

básicas que dan lugar a estados de dependencia y la falta de autonomía.

Las 14 necesidades de Virginia Herderson

1. Respirar con normalidad La enfermera debe observar y vigilar el intercambio gaseoso del paciente que incluye la valoración de la frecuencia y ritmo respiratorio, en busca de alguna complicación, también debe vigilar la permeabilidad de vías respiratorias y ayudar con cambios de postura.
2. Comer y beber adecuadamente Para la supervivencia es necesario los líquidos y nutrientes para que la enfermera debe valorar la dieta e hidratación según los requerimientos del paciente o según lo indicado por el médico. Se debe tener en cuenta el apetito, la edad, creencias religiosas así como su capacidad para deglutir.
3. Eliminación de desechos corporales En el funcionamiento normal del organismo está la eliminación de heces, orina, sudor, flema y menstruación. Por lo que se debe conocer muy bien la función excretora del paciente incluyendo especialmente la higiene de las partes íntimas.
4. Movilidad y posturas adecuadas el paciente sentirá que medirá su independencia a medida que pueda moverse para realizar sus actividades del día a día. También debe motivarlo a la actividad física y realizar ejercicios teniendo en cuenta sus limitaciones.
5. Dormir y descansar Es muy importante el descanso y las horas de sueño para recuperar fuerzas. Se debe tener en cuenta los hábitos de descanso o las dificultades para conciliar el sueño además de observar si hay ruidos externos que perturbe el descanso del paciente.

6. Vestirse y desvestirse con facilidad El paciente se sentirá más independiente al poder seleccionar por si solo su vestimenta ya que estos le da personalidad e identidad protegiendo su intimidad.
7. Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales termorregulación del cuerpo también se ve influenciada de factores externos como la ropa, las cobijas, la apertura de ventanas, puertas, aire acondicionado o hasta el tomar una ducha. Por lo que la enfermera debe estar atenta a estos factores que pueden hacer que el paciente sienta frio o calor.
8. Mantener una buena higiene corporal La higiene corporal es muy importante como se vea, sienta y huela el paciente influirá en su autoestima y actuara como un factor psicológico. También debe tenerse en cuenta la frecuencia, los medios que se utilicen, el nivel de movilidad e independencia del paciente entre otros factores.
9. Evitar el peligro en el entorno y evitar de poner en peligro a otros. Se debe evaluar bien si el paciente ya se puede quedarse solo para evitar que se lastime ni tampoco comprometer la seguridad de otros.
10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones a la enfermera debe motivar la comunicación sana y adecuada para ayudar a su equilibrio emocional. Es importante la interacción social con los demás para garantizar su salud mental.
11. Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias. Se debe respetar sus creencias y valores particulares de los pacientes en base a esto toma sus propias decisiones y ejerce acciones o pensamientos, la cultura y la religión forman parte de su identidad y los ayuda en la actitud frente a la muerte.

12. Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro. Es importante que la enfermera promueva que el paciente alcance sus metas esto lo motivara a un sentido de logro que va a influir en su autoestima y salud mental.
13. Participar en actividades recreativas o juegos. La salud mental y del cuerpo se logran con la participación en actividades que entretengan al paciente por lo la enfermera motivara su participación según sean sus gustos o preferencias.
14. Aprender, descubrir o satisfacer su curiosidad personal. Se basa en sentido de productividad mental en el momento de adquirir conocimientos nuevos. El paciente debe permanecer desarrollando habilidades, destrezas y conocimiento ya que es favorable para su salud. Los jóvenes y niños deben continuar con sus estudios según sea posible.(18)

La Teoría de Virginia Henderson y sus 14 Necesidades Básicas nos ayuda para poder tener una idea más clara sobre el grado de dependencia que puede tener un paciente que está hospitalizado, se utilizara las 14 necesidades básicas y la escala de Barthel. Valorando la progresión de la realización de estas actividades que le ayuden a lograr su independencia.

Teoría de Dorothea Orem Teoría déficit del autocuidado

Presenta la teoría del déficit del autocuidado que a su vez presenta tres teorías como la teoría del autocuidado, teoría del déficit del auto cuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Sigue pasos como los factores, el déficit del autocuidado, recopila datos, analiza los datos para diseñar un plan en el cual el paciente participe activamente en su autocuidado. Asumiendo la enfermera su rol de cuidador y

orientarlo. También participa en la categoría de cuidados personales en los trastornos de salud en aquellos pacientes que han sufrido un traumatismo, cambios en su estilo de vida, y en su independencia.

Esta teoría de enfermería nos resulta importante porque es eficaz y fomenta la independencia del paciente y se observa a través de los sistemas de compensación el total aquel que requiere ayuda, el parcial y el apoyo educativo donde se le instruye en su cuidado pero necesita el apoyo emocional.(19).

2.3 MARCO CONCEPTUAL.

Paciente de emergencias. Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es “la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”.(20).

Escalas de Enfermería en la emergencia

Son instrumentos que sirven para valorar al paciente en o su progresión o desenlace; además de ser fiables y precisas.

Así encontramos las siguientes escalas:

- a) Las escalas neurológicas que permiten valorar las funciones neurológicas básicas entre la más usada se tiene la escala de coma de Glasgow.
- b) Las escalas funcionales sirven para valorar lo que los pacientes pueden realizar en sus actividades de la vida diaria, en las funciones básicas del cuidado personal, relación con el entorno y su autonomía personal. Dentro de estas tenemos la Escala de Barthel.
- c) Las escalas del dolor , escala de valoración analógica,EVA, con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por

parte del paciente, y ajustar de una forma más exacta el uso de los analgésicos (21).

La Escala de Barthel es un instrumento que nos permite medir la capacidad de un persona para realizar en forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse arreglarse, deposición micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulaci3n y escalera; y se le asigna una puntuaci3n (0.5,10, 15) en funci3n del tiempo empleado en su realizaci3n y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo , obteniéndose una puntuaci3n que varía de 0 a 100. En 1955 fue diseñaado por Mahoney y Barthel sirve para medir la evoluci3n de sujetos con procesos neuromusculares y musculo esqueléticos en la ciudad Maryland aplicado en pacientes cr3nicos. Dentro de las ventajas se observa la facilidad de aplicaci3n, el tiempo que dura alrededor de cinco minutos, lo puede aplicar cualquier personal de salud, es f3cil de aplicar e interpretar. Puede valorar la estancia hospitalaria, permite ir valorando la independencia de los pacientes frente a las actividades b3sicas de la vida diaria y as3 un buen predictor de la recuperaci3n de la capacidad funcional. Pero tambi3n debemos tener en cuenta que en situaciones extremas es dif3cil de precisar. Es 3til para evaluar la capacidad funcional en la realizaci3n de actividades b3sicas de la vida diaria, proyectar los cuidados personales y lograr la eficacia del tratamiento. (22)

Índice Barthel		
Actividad	Descripci3n	Puntaje
Comer	Dependiente	0
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Trasladarse entre la silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona(física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
Subir y bajar escaleras	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
	1. Dependiente	0

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Vestirse y desvestirse	2. Necesita ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional(uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

(23)

De acuerdo a su puntaje obtenido en la Escala de Barthel, clasifica la funcionabilidad del paciente. Si el puntaje es 100 el paciente podrá realizar sus actividades básicas de la vida diaria no necesita la ayuda de un personal de salud. Y cuanto más este de 0 mayor será su dependencia.(24).

CAPACIDAD FUNCIONAL Según la OMS la capacidad funcional es la relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan. Asimismo se asocia a la salud y al valor de las actividades que nos permiten ser y hacer. En otras definiciones se encontró

como la facultad presente en un individuo para realizar las actividades de la vida diaria, sin la necesidad de supervisión. O sea la capacidad de ejecutar sus tareas y desempeñar sus roles, interactuar en los entornos y realizar las adaptaciones necesarias para acomodarse a los cambios propios del ciclo vital.(25).

DEPENDENCIA según el diccionario es el “hecho de depender de una persona o cosa”. Según el Consejo de Europa en su recomendación R(98) define la independencia como un “Estado en el que las personas debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias.(26)

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) Son aquellas actividades de la vida diaria que tienen un valor y significado concreto para una persona y además un propósito. Orientadas hacia el cuidado del mismo cuerpo. Siendo considerada las siguientes:

Alimentación.: Llevar a cabo las tareas o acciones coordinadas relacionadas comer los alimentos servidos llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada.

Baño: lavarse o secarse todo el cuerpo o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales.

Aseo: cuidados de partes de cuerpo que requieren de un nivel de cuidado mayor.

Control de esfínteres: indicar la necesidad, adoptar la posición adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado y limpiarse.

Vestido: llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas para ponerse y quitarse la ropa, y el calzado en forma correcta.

Movilidad personal.: sentarse, ponerse de pie, trasladarse de un lugar o espacio por sí solo.

Sueño y descanso: toma la decisión de ir a dormir y conciliar el sueño. (27).

CUIDADOS ENFERMERÍA DEL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO

Deriva del verbo cuidar que es la asistencia y ayuda que se brinda a otra persona, y la enfermería es la disciplina que se encarga de la atención y vigilancia del paciente.

Los cuidados de enfermería se traduce en las diversas atenciones que va a depender del estado y gravedad del paciente hospitalizado.

Según Virginia Herderson define a los cuidados de enfermería como un servicio que compensa la falta de fuerza, conocimiento o voluntad dependiendo del trastorno.(28)

También se define al proceso de cuidados de enfermería es el ejercicio de las posibilidades o facultades propias de la profesión de enfermería es decir una forma de pensar propia entorno del paciente y condicionada por los resultados de sus acciones.(29).

Paciente hospitalizado o interno es aquel que debe permanecer uno o varios días en un hospital debido a su estado delicado de salud para recibir un tratamiento o una cirugía.(30).

III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

3.1. PRESENTACION

El hospital Alberto L. Barton Thompson ubicado en la avenida Argentina de Callao, ofrece 14 especialidades médicas y 11 especialidades quirúrgicas, además de radio diagnóstico y diagnóstico biomédico. Todo ello con un avanzado equipamiento digital, sistemas de información y la tecnología de comunicaciones que permiten agilizar y optimizar la atención del asegurado..

Este establecimiento de salud está gestionado bajo la modalidad de Asociación Público-Privada entre EsSalud y Callao Salud SAC, donde ésta última otorga su experiencia, tecnología, conocimientos, equipo y personal de gestión para cubrir las necesidades de salud a los asegurados del seguro social. Para acceder a los contratos firmados entre EsSalud y Callao Salud SAC, El hospital alberga 200 camas para hospitalización, 7 quirófanos, 3 salas de partos y 80 consultorios.

El area de emergencias cuenta con 01 área de admisión, 01 farmacia, 01 topico de traumatología, 01 topico de cirugía, 01 area de triage, 03 consutorios de medicina general, 04 consultorios de médicos emergencistas, 01 area de almacen, 01 area de hidratación con 12 sillones, 01 area de observación con 12 camas, 12 camas con monitores, oficinas administrativas.

El Hospital Alberto L. Barton Thompson pertenece a la red asistencial Sabogal y brinda atención a 2500 usuarios, dentro de la población que se brinda atencion existe la tendencia a un grupo etario de adulto mayor y adulto maduro que ingresa a el área de emergencia para recibir atención por los profesionales de salud. En ese momento la atención que se brindaba en el área no cubria las expectativas que exigia los usuarios

generando un aumento en quejas y reclamos se cree conveniente realizar el proyecto de Plan de gestión que tenía por finalidad servir como instrumento que orienta la gestión en el cumplimiento de la Visión, Misión y objetivos institucionales, identificando y priorizando los problemas encontrados en el análisis de situación de salud de los pacientes que acudían a la emergencia del Hospital Alberto L. Barton Thompson en primera instancia según herramienta de gestión de la calidad de Pareto que orientó el actuar de la gestión en ese momento.

para orientar los recursos tanto humanos como materiales que hicieron posible el Modelo de gestión por resultados propuesto por EsSalud, que se expresó a través de una implementación del consultorio de enfermería de salud renal en primera instancia según herramienta de gestión de la calidad de Pareto que orientó el actuar de la gestión en ese momento.

FUNCIONES DE COORDINADOR DE ENFERMERÍA DE EMERGENCIAS

FUNCIÓN PRINCIPAL DEL CARGO:

- Supervisar y evaluar la calidad de los cuidados y atenciones brindadas a los pacientes por el personal profesional y técnico de enfermería.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO:

1. Formular iniciativas y propuestas correspondientes a su Servicio para los Planes de Gestión, Salud, Capacitación, Investigación, Inversión, Metas y Presupuesto, llevar a cabo su ejecución, controlar sus resultados y ejecutar medidas correctivas para lograr los objetivos propuestos
2. Reportar a la Gerencia del Hospital los aspectos relacionados a la evaluación de desempeño de los profesionales de enfermería en los

Servicios Asistenciales, según la programación realizada por los jefes de Servicios de las Gerencias del Hospital.

3. Evaluar la necesidad de Recurso humano de enfermería sobre la base del grado de dependencia del paciente y el índice de atención de enfermería
4. Dirigir la implementación de los Protocolos de actuación de enfermería, monitorizando su adherencia por parte de los profesionales y técnicos de enfermería, proponiendo las medidas correctivas necesarias para optimizar la calidad de los cuidados de enfermería.
5. Proponer la adecuada distribución física de los recursos médicos estratégicos, a fin de optimizar los recursos institucionales orientándolos a la mayor productividad de las prestaciones que redunden en un mejor servicio al usuario.
6. Proponer y aplicar los instrumentos técnicos, indicadores y demás mecanismos que permitan evaluar la calidad, eficiencia, operatividad y cumplimiento de las actividades programadas en los procesos del cuidado del paciente en enfermería en el ámbito del Hospital III
7. Evaluar el desarrollo de las actividades de los procesos del cuidado del paciente ejecutados en enfermería, informar sobre los incumplimientos, deficiencias y otros, proponer mejoras y hacer seguimiento de su aplicación.
8. Evaluar la información sobre los resultados, rendimiento, desempeño de los procesos del cuidado del paciente en enfermería en el Hospital III, determinar su interpretación, valoración y realidad existente según estándares establecidos proveer información oportuna y consistente proponer las alternativas de mejora continua y verificar su implementación.
9. Desarrollar estudios de mejora de la gestión, calidad y performance de los procesos del cuidado del paciente, así como en la formulación de los instrumentos de gestión de enfermería

10. Realizar en el ámbito de su competencia, otras funciones que le asigne la Gerencia del hospital.

FUNCIONES DEL LICENCIADO DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS

1. Efectuar el cumplimiento y aplicación de las normas y medidas de bioseguridad en el servicio.
2. Velar por el cuidado de la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua.
3. Efectuar el correcto llenado de la historia clínica y los diferentes registros del servicio.
4. Cumplir lo dispuesto en las normas y guías a fin de garantizar la calidad de atención al paciente.
5. Velar por el buen funcionamiento de los equipos biomédicos, materiales e insumos del servicio.
6. Realizar los procedimientos del área según los protocolos y manuales establecidos.
7. Informar, educar y orientar a los pacientes y familiares antes de realizar un procedimiento.
8. Recepcionar y efectuar la evaluación del paciente.
9. Brindar una atención de calidad al paciente y, de ser el caso, a los familiares.
10. Efectuar la calificación del paciente de acuerdo al triaje Manchester.
11. Efectuar el correcto reporte a través de la metodología SBAR y hospitalización de pacientes.
12. Realizar la continuidad del cuidado enfermero pre y post procedimientos especiales.
13. Efectuar el monitoreo del estado crítico del paciente, coordinando con el equipo multidisciplinario las
14. acciones a efectuarse.
15. Coordinar y efectivizar los exámenes complementarios del paciente.

16. Verificar la adecuada implementación de los coches de paro, así como los materiales, soluciones, y
17. registros para garantizar una óptima atención al paciente.
18. Administrar y cumplir con el tratamiento médico indicado, aplicando los 10 correctos.
19. Realizar los procedimientos inherentes al cargo según indicación médica.
20. Asistir al médico en los diversos procedimientos que requiera.
21. Trasladar a los pacientes a las áreas críticas con el equipo médico.
22. Coordinar la labor del personal Técnico de Enfermería asignado.
23. Entregar medicación para tratamiento ambulatorio e indicaciones de alta al paciente.
24. Coordinar el traslado de paciente de alta.
25. Efectuar la preparación física pre operatorio del paciente según el tipo de operación.
26. Brindar atención post mortem.
27. Supervisar las tareas delegadas al personal técnico del área.
28. En caso de movilización por necesidad pueden asistir a las áreas de hospitalización de medicina,
29. pediatría, quirúrgico y hospital de día.
30. Otras que designe su jefatura inmediata.

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS

1. Asistir en los procedimientos y técnicas rutinarios de enfermería bajo supervisión de la Enfermera de turno.
2. Realizar la limpieza y desinfección del servicio.
3. Participar en las actividades de enfermería programadas para el paciente y la familia.
4. Ejecutar todas las medidas de bioseguridad.
5. Velar por la seguridad e integridad del paciente.

6. Brindar una atención de calidad al paciente y a los familiares.
7. Realizar diariamente la higiene total o parcial de los pacientes.
8. Apoyar en la obtención de muestras y transportarlas al laboratorio.
9. Revisar la necesidad de ropa o material estéril para solicitarlo.
10. Efectuar la limpieza de los materiales y posterior envío a esterilización.
11. Registrar la recepción y entrega de ropa, medicinas y otros artículos de los pacientes.
12. Realizar el retiro de las tarjetas según el sistema kanban.
13. Preparar, trasladar y registrar al paciente post mortem.
14. Preparar y trasladar a paciente con orden de hospitalización.
15. Preparar y trasladar a pacientes pre y post de procedimientos especiales.
16. Efectuar la desinfección de la camilla y el cambio de implementos al ejecutarse el alta del paciente.
17. Efectuar la preparación física del paciente frente a las intervenciones quirúrgicas.
18. Otras que designe su jefatura inmediata.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

El servicio de emergencia se encuentra ubicado en frontis del hospital en el primer piso con acceso directo a avenida Argentina.

PRODUCCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Brinda atenciones de urgencias y emergencias traumatológicas, quirúrgicas, y ginecológicas.

RECURSOS INSTITUCIONALES.

DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DEPENDENCIA	DENOMINACION DEL CARGO	Nº	GRUPO OCUPACIONAL
SERVICIO DE ENFERMERÍA	Enfermero coordinador del Servicio de Emergencias	1	Profesional
	Enfermera Asistencial	35	Profesional
	Técnico de Enfermería	22	No Profesional

RECURSOS MATERIALES, BIENES Y SERVICIOS

RECURSOS MATERIALES

Los materiales médicos existentes se encuentran relacionados con las prestaciones de salud que se brindan en el servicio, la jefatura de servicio tanto médico como de enfermería realiza la planificación anual del material existente el cual está sujeto al techo presupuestal institucional.

BIENES

Los bienes existentes en la emergencia se encuentran relacionados con los procedimientos de cada especialidad, pertenecen a la carpeta patrimonial de la jefatura médica y de enfermería, se solicitan anualmente en la planificación anual y están sujetos al techo presupuestal institucional.

SERVICIOS

Los servicios de soporte como: limpieza, nutrición, ropería, lavandería, ingeniería hospitalaria y mantenimiento, sistemas informáticos.

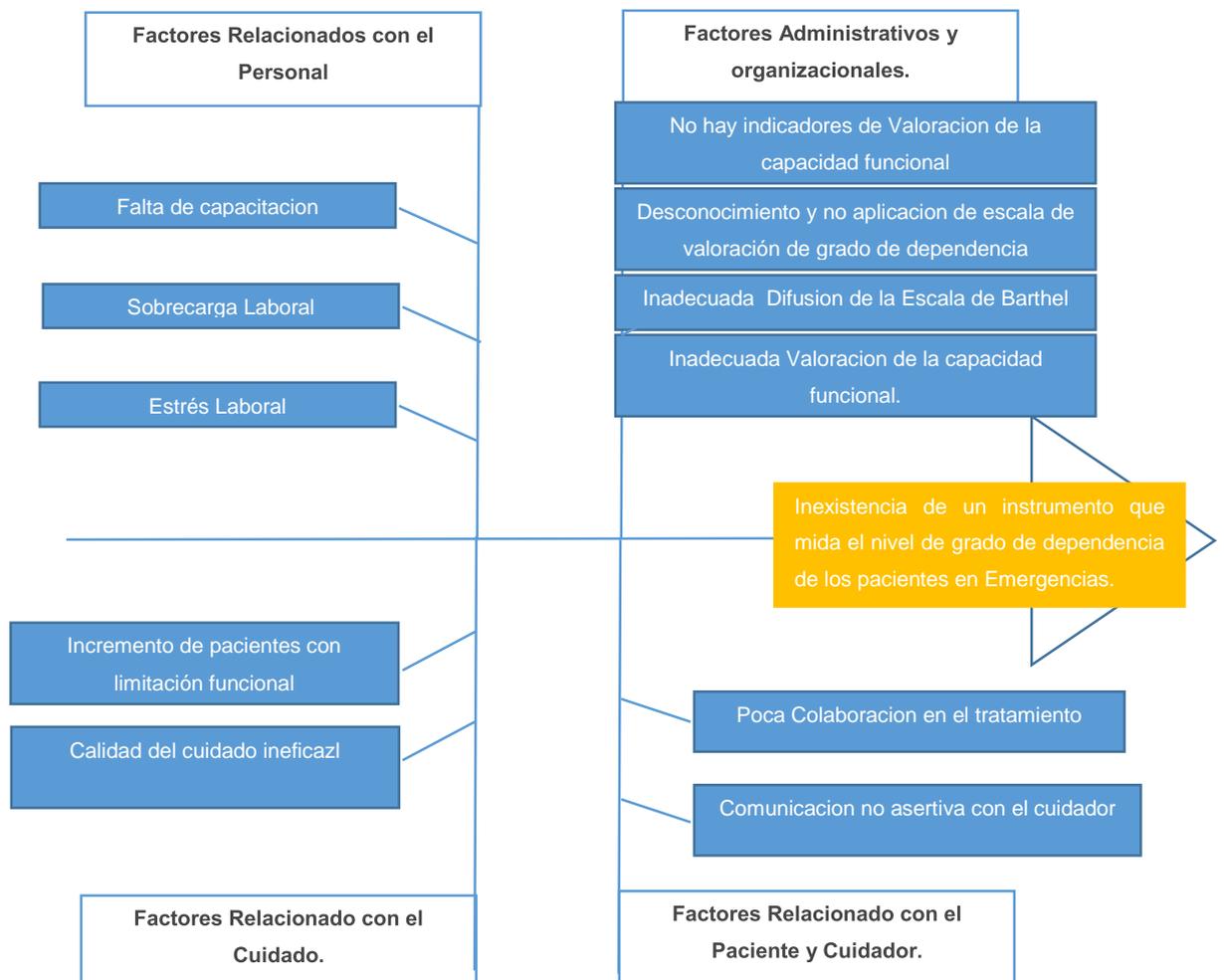
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

INFRAESTRUCTURA: El área de emergencias esta divididos en dos tipos de atención: adultos, pediátricas y obstétricas.

Presenta 01 topico de triage, 01 tópico de cirugía, tópico de traumatología, unidad de shock trauma, 04 consultorios de emergencias, 02 consultorios de medicina general, 01 almacen, 01 farmacia, 01 area de hidratación, 01 area de observación, 01 area de aislados; 01 centro de acopio, oficinas administrativas.

EQUIPAMIENTO: El área de emergencia cuenta en los consultorios de atención medica con computadoras e impresoras , en el tópico de triage cuenta con computadora , 01 monitor multiparametro rodable , 24 camillas y 8 monitores multiparametros empotrados en el área de observación, 12 sillones reclinables, 02 coches de paro , 02 ventiladores mecanios portátiles,

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS



PROBLEMAS ENCONTRADOS SIN PRIORIZAR

Encontrándose los siguientes problemas en el servicio vamos a aplicar diferentes herramientas de gestión para mejorar el proceso.

Listado de problemas:

1. Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
2. Déficit del recurso humano
3. Calidad de atención inefectiva.
4. Estrés laboral

5. Alta demanda de pacientes de dependencia III.
6. Comunicación no asertiva con el cuidador.
7. Sobre carga laboral

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN SEGÚN ESCALA DE LICKERT

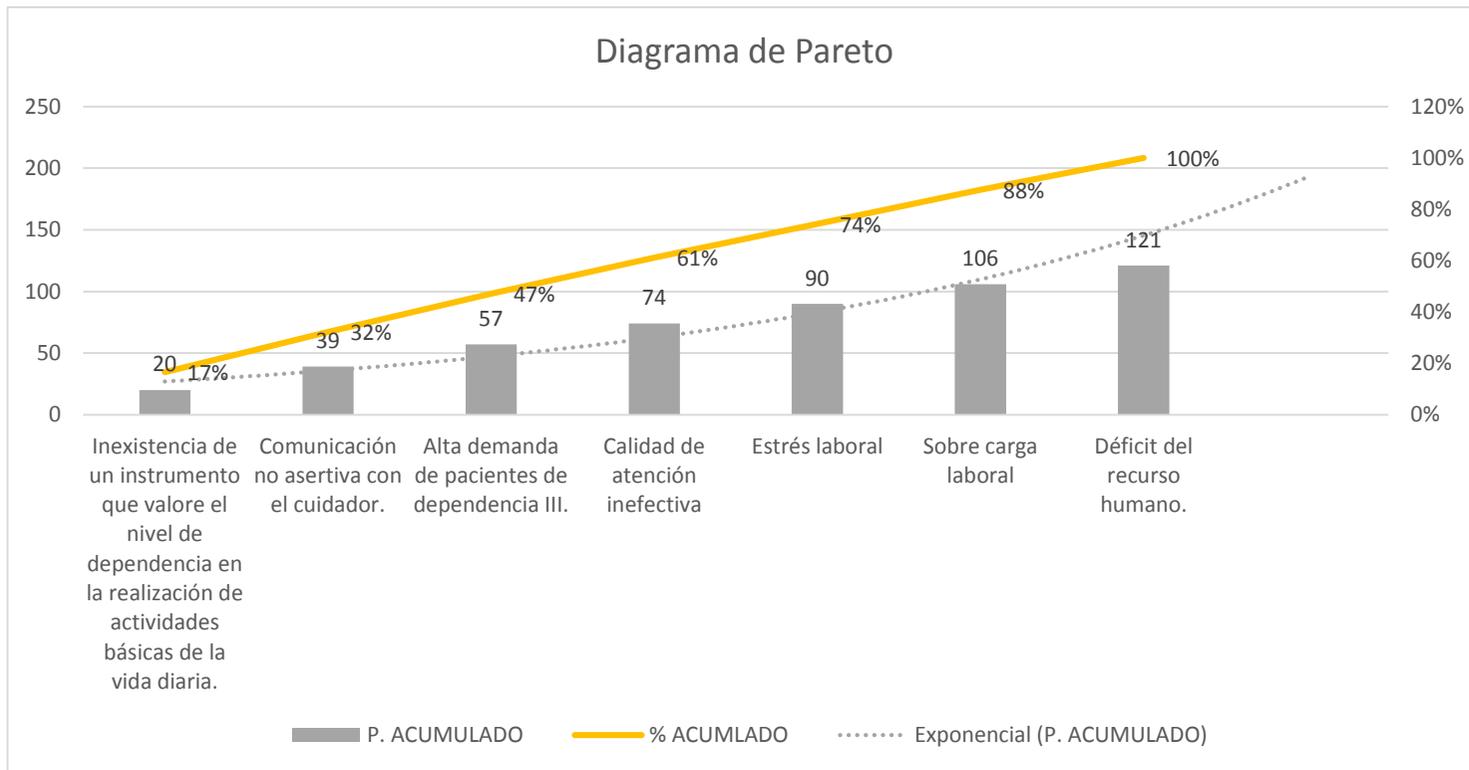
PROBLEMAS	CRITERIOS DE PRIORIZACION					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria	4	4	4	4	4	20
Déficit del recurso humano	3	3	3	2	4	15
Calidad de atención inefectiva	4	3	3	4	3	17
Estrés laboral	3	3	3	3	4	16
Alta demanda de pacientes de dependencia III.	4	4	3	4	3	18
Comunicación no asertiva con el cuidador	4	4	3	4	4	19
Sobre carga laboral.	4	3	3	3	3	16

Valores otorgados: 1= muy bajo, 2= bajo, 3= medio, 4= alto.

Así tenemos los problemas priorizados:

Prioridad	Problema	Total
1	Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.	20
2	Comunicación no asertiva con el cuidador.	19
3	Alta demanda de pacientes de dependencia III.	18
4	Calidad de atención inefectiva	17
5	Estrés laboral	16
6	Sobre carga laboral	16
7	Déficit del recurso humano.	15

Problema	Total	% parcial	Acumulado	% Acumulado
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.	20	17	20	17
Comunicación no asertiva con el cuidador.	19	16	39	32
Alta demanda de pacientes de dependencia III.	18	15	57	47
Calidad de atención inefectiva	17	14	74	61
Estrés laboral	16	13	90	74
Sobre carga laboral	16	13	106	88
Déficit del recurso humano.	15	12	121	100
	121	100		



Como herramienta de calidad se emplea el diagrama de Pareto, el cual corresponde iniciar la gestión en la inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de vida diaria, que representa un 20% de las causas de los problemas contribuyendo a la mejora del 80% de otras causas.

I. PLANIFICACIÓN DEL PLAN

A. PLAN DE GESTIÓN 2017-2018

Problema: Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Objetivo General	Objetivo específico	Actividad	Meta	Responsables	Diagrama de Gant
Implementar y Aplicar la Escala de Barthel en los pacientes adulto categoría I,II,III en el servicio de Emergencia del Hospital Alberto Barton Thompson.	Implementar un instrumento de valoración del nivel de grado de dependencia de los pacientes en el área de emergencias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sustentar ante la gerencia del hospital, implementar la escala de valoración de grado de dependencia de los pacientes con categoría I,II,III atendidos en emergencias. 2. Gestionar con el área de sistemas la implementación y acceso de la escala de Barthel en el sistema HOSIX. 3. Registrar en el perfil de licenciados de emergencia el acceso a la escala de Barthel. 	Instrumento de valoración de grado de dependencia implementado en el área de amergencia	Coordinador de enfermería del área de emergencias	Enero-febrero 2017

	<p>Lograr que los licenciados de enfermería puedan acceder y registrar correctamente la escala de Barthel en los pacientes del área de emergencia.</p> <p>Lograr la valoración de grado de dependencia de los pacientes de emergencias empleando la escala de Barthel.</p>	<p>4. Coordinar con área de comunicación para difusión de la escala de Barthel por intranet.</p> <p>1. Educar a licenciado de enfermería sobre la importancia de la valoración del grado de dependencia de los pacientes en el área de emergencia.</p> <p>2. Capacitar al personal de licenciados de enfermería sobre la correcta valoración del grado de dependencia y correcto llenado de la escala de Barthel.</p> <p>Monitoreo constante de los cuestionarios de evaluación de grado de dependencia, en las historias clínicas de los pacientes atendidos.</p>	<p>Conocimiento de correcta valoración de grado de dependencia y llenado de escala de Barthel por los licenciados de enfermería.</p> <p>Registro de escala de Barthel en historia clínica al 100% de pacientes atendidos en emergencias</p>		
--	--	--	---	--	--

Actividades a realizar, según El problema priorizado

NOMBRE	ACTIVIDADES REALIZADAS
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.	<ol style="list-style-type: none">1) Recolectar información de la problemática en el área de emergencias, por parte de los colaboradores profesionales de enfermería.2) Realizar el diagnóstico situacional mediante los datos estadísticos del servicio de emergencia.3) Sustentación ante la gerencia del hospital para la implementación de escala de Barthel como herramienta de gestión para solución de otros problemas de servicio.4) Coordinación con área de sistemas para instalación de escala de Barthel en cuadro de evaluación del paciente atendido en emergencias.

	<ol style="list-style-type: none">5) Capacitación permanente para recolección de datos de paciente para llenado de escala de Barthel.6) Monitoreo de correcto llenado de escala de Barthel.7) Monitoreo de empleo de escala de Barthel por personal de licenciados de enfermería del servicio.8) Monitoreo de empleo de escala de Barthel en todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencia.9) Formar líderes de equipo de enfermería para seguimiento de monitoreo en turnos noches ,sabados, domingos y feriados.10) Instaurar es cuestionario Barthel como requisito para alta y hospitalización del paciente.
--	--

B PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA Y OPERATIVA

PROBLEMA	OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	RESPONSABLE	RECURSO
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	Aplicar la Escala de Barthel.	Personal Licenciado capacitado al 100%.	Capacitación al personal de enfermería sobre la Escala de Barthel.	2 de febrero del 2018.	15 de febrero 2018	Lic Jose Luis Bocanegra Taype	Ayuda Audio visuales.
	Identificar el Nivel de dependencia de los pacientes en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.	La población de pacientes será de 1800 pacientes alcanzando al 100%	Aplicación de la Escala a los pacientes. Capacitación al personal de enfermería sobre la Escala de Barthel.	16 de febrero 2018.	28 de febrero 2019		
		Consolidado de resultados al 100%	Entrega y difusión de los resultados.	01 marzo 2018.	07 marzo 2018		
			Aplicación de nuevos indicadores.	01 mayo 2018	actualidad		

CUADRO DE MONITOREO

Problema	Meta	Indicador	Fuente auditable	Responsable
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	100%	$\frac{\text{\# de cuestionarios Barthel}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$	Atenciones registradas en el censo	Coordinador de enfermería del servicio de emergencias. Jefe del departamento de enfermería.

CUADRO DE EVALUACIÓN

PROBLEMA	RESULTADO DEL INDICADOR	EVALUACIÓN Y SUPERVISIÓN	RESPONSABLE
<p>Licenciados de emergencias 10% no tenían el perfil para acceder a los cuestionarios de escala de Barthel.</p> <p>Licenciados de emergencia 12% no realizaban la escala de Barthel.</p>	<p>Pacientes de emergencias con categoría III de triage Manchester son registrados en la escala de Barthel al 100%</p>	<p>El area de sistemas logra registra a los licenciados de emergencias en el perfil del área, para obtener acceso a la escala de Barthel el sistema Hosix.</p> <p>Los licenciados de enfermería se familiarizan con la escala de Barthel tomando menos tiempo para el llenado de la misma.</p> <p>Se incorporo como requisito de alta y/o hospitalización del paciente el registro de la escala de Barthel, por lo que se logra el registro al 100% de pacientes de emergencias.</p> <p>Se logra estadísticas de grado de dependencias de de los pacientes atendidos con categoría I,II,III de emergencias, para modificación de plan de atenciones de “la nueva emergencias Barton.”</p>	<p>Coordinador de enfermería de emergencia.</p> <p>Licenciado de Enfermeria del área de Emergencias.</p>

CRONOGRAMA DE GANT

ACTIVIDADES	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15	S 16
Identificación de problemas presentes en el servicio																
Descripción de la situación problemática.																
Diseñar el Marco teórico .																
Antecedentes del estudio: A. internacionales A. Nacionales																
Bases Teóricas																
Marco Conceptual																

MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

PROBLEMA PRIORIZADO	OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	Implementar la Escala de Barthel a los pacientes con categoría I,II,II en emergencias.	Difusión al 100% al personal de enfermería	Difusión personalizada a cada licenciado de enfermería por medio de intranet y correo institucional.	Se aplica post test al personal para medir capacitación Tambien indicador de asistencia .	Personal Licenciado de enfermería capacitado al 100 %
Conocimientos insuficientes sobre la Escala de Barthel	Capacitar al personal de enfermería del servicio de emergencias..	Capacitación al 100% al personal de enfermería	Sesión educativa y taller demostrativo al personal licenciado de enfermería del servicio. Instalacion de la Escala de Barthel en el sistema Hosix para evaluación del paciente.	Escala de Barthel incluida en el cuestionario de evaluación de pacientes de emergencias.	Escala de Barthel instalado en los cuestionarios de valoraciones de pacientes en sistema Hosix.
No hay datos del nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria.	Aplicar la Escala de Barthel a los pacientes de Emergencias.	Aplicación al 100% de la muestra seleccionada de la Escala de Barthel	Aplicación de la Escala de Barthel a los pacientes con categoría I,II,III en emergencias.	Entrega del consolidado y resultados de nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados en emergencia.	Se entregó al 100% los resultados de grado de dependencia y cada dimensión de las actividades básicas de la vida diaria.

IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO

La Escala de Barthel fue aplicada a 1800 pacientes en el mes de febrero del año 2018, en el Servicio de Emergencia adultos del Hospital Alberto L. Barton Thompson.

En la población se consideró a todos los pacientes que ingresaron al servicio de emergencias con categoría I,II,III según clasificación Manchester de triaje de enfermería,

En la técnica de recolección datos, fue a través de la entrevista y la observación con el instrumento validado de la Escala de Barthel.

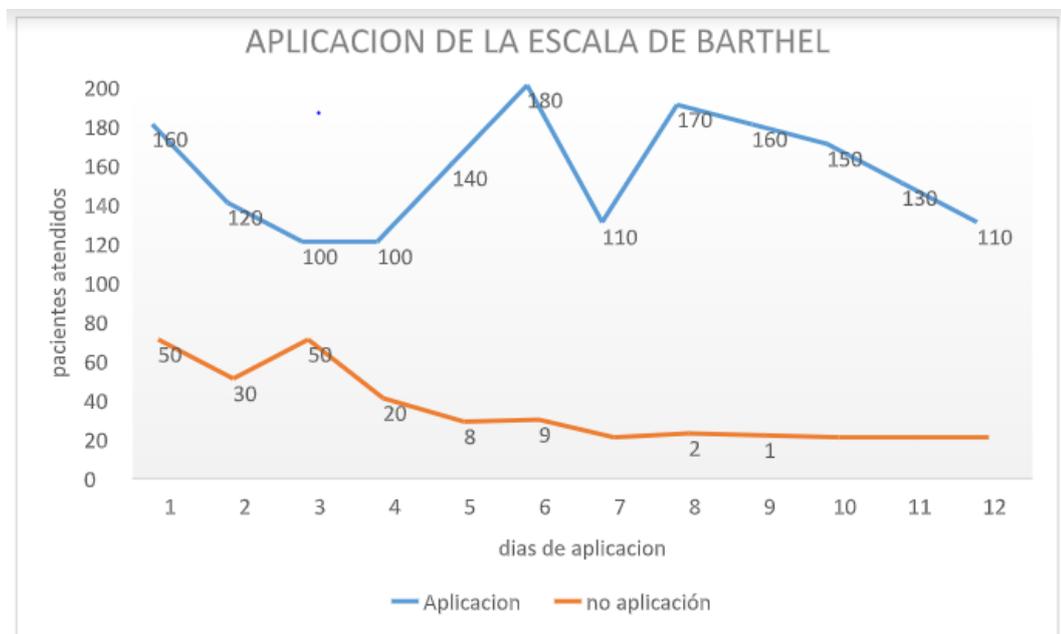
El instrumento consta de la valoración de la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Evaluándose 10 actividades como son el comer, trasladarse entre la silla y cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse o ducharse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orina.

En el análisis de datos se consolidó los puntajes de cada dimensión de la escala donde se otorga la valoración de 0 cuando es dependiente, 5 cuando necesita ayuda, 10 puede realizar la mitad de la actividad y 15 cuando es independiente de realizar la actividad. Se obtuvo los puntajes por cada dimensión y se estableció el Grado de dependencia de los pacientes de estudio.

Obteniéndose los siguientes resultados:

GRAFICA 1 APLICACIÓN DE ESCALA BARTHEL EN LOS PACIENTE CON CATEGORÍA I,I,II SEGÚN TRIAJE MANCHESTER EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS..

GRAFICA 1: En la grafica lineal se observa la aplicación de la escala de Barthel en la evaluación de la capacidad funcional y adherencia al proceso de atención para hospitalización o alta del paciente.



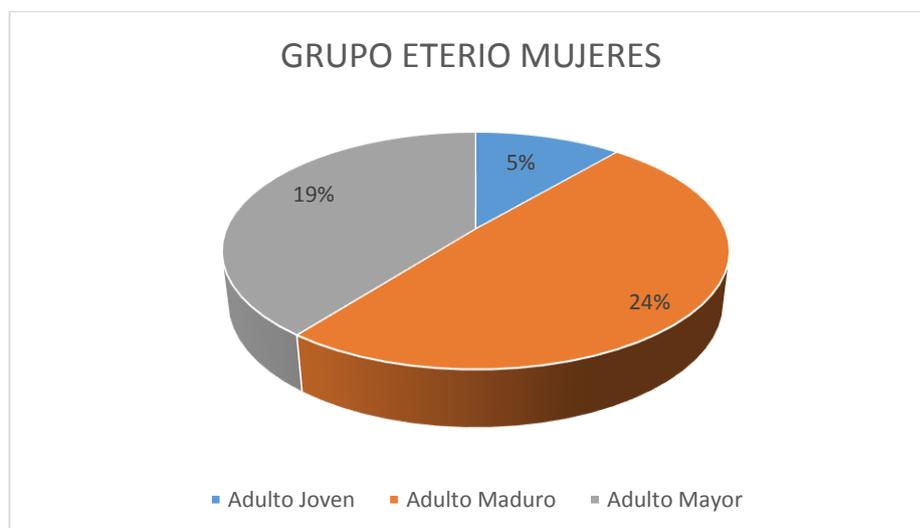
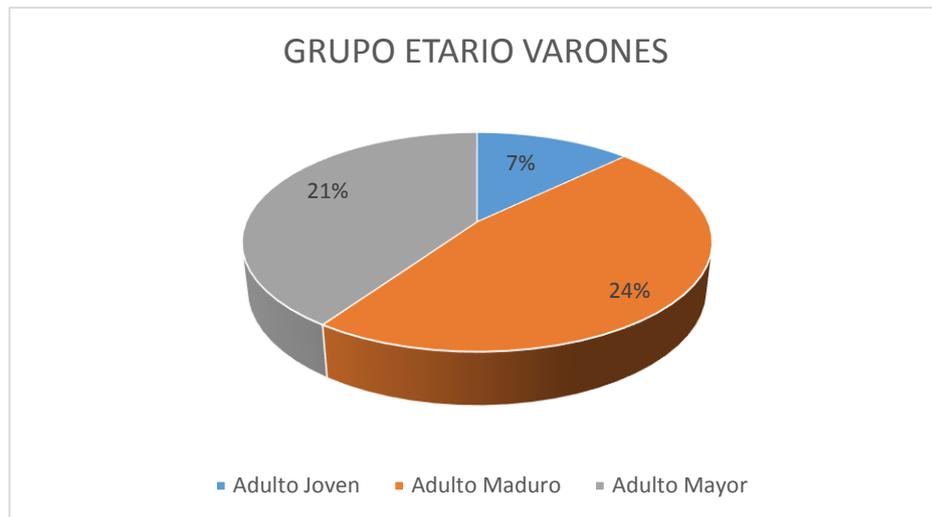
GRAFICA 2 APLICACIÓN DE ESCALA DE BARTHEL EN EL AREA DE EMERGENCIAS CON CATEGORIA I,II,II SEGÚN TRIAJE MANCHESTER.



Categoría	Atenciones	% Atenciones
Varones	940	52%
Mujeres	860	48%
Total	1800	100%

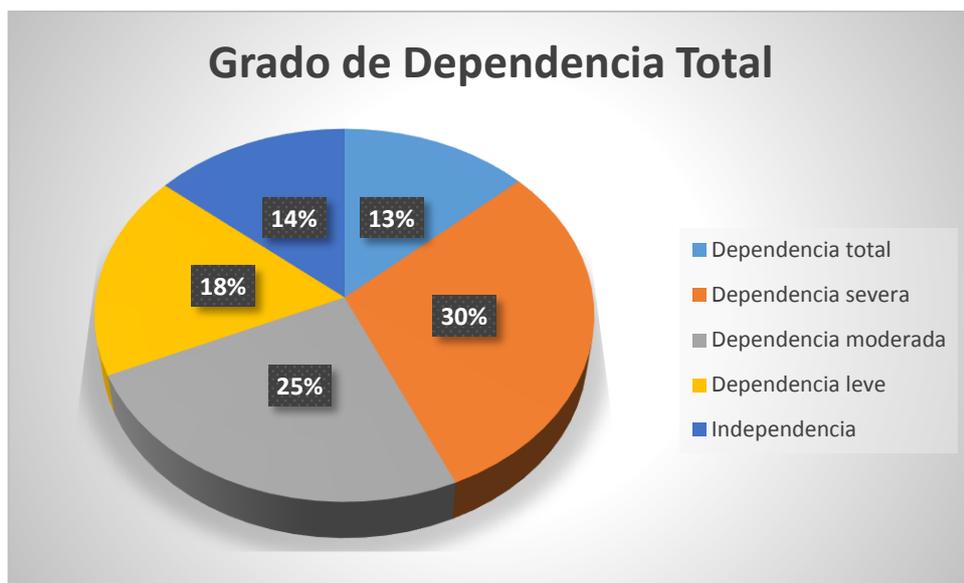
GRAFICO 2: En la grafica se puede apreciar que es similar el comportamiento en atenciones de paciente de diferente sexo en el area de emergencias.

GRAFICA 3 APLICACIÓN DE ESCALA DE BARTHEL E IDENTIFICACION POR GRUPO ETARIO POR SEXO EN EL AREA DE EMERGENCIAS CON CATEGORIA I,II,III SEGÚN TRIAJE MANCHESTER.



Categoría	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Adulto Joven	120	7%	96	5%
Adulto Maduro	440	24%	424	24%
Adulto Mayor	380	21%	340	19%
Total	940	52%	860	48%
Total	1800		100%	

GRAFICA 4 APLICACIÓN DE ESCALA DE BARTHEL E IDENTIFICACION POR GRUPO ETARIO POR AMBOS SEXOS EN EL AREA DE EMERGENCIAS CON CATEGORIA I,II,III SEGÚN TRIAJE MANCHESTER.



Clasificación	Datos	% Datos
Dependencia total	240	13%
Dependencia severa	540	30%
Dependencia moderada	450	25%
Dependencia leve	320	18%
Independencia	250	14%
Total	1800	100%

GRAFICO 4: En la grafica se permite apreciar que el 65% de los pacientes con categoría I,II,III que acuden a la emergencia para atenciones requieren de personal de enfermería para implementar un plan de cuidados por ser dependiente.

IV EVALUACION

RELACION AL OBJETIVO PRINCIPAL

- Se logra implementar y Aplicar la Escala de Barthel en los pacientes adulto categoría I,II,III en el servicio de Emergencia del Hospital Alberto Barton Thompson.

RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO

- Se logra Implementar un instrumento de valoración del nivel de grado de dependencia de los pacientes en el área de emergencias Del Hospital Alberto L. Barton Thompson.
- Se logra que los licenciados de enfermería puedan acceder y registrar correctamente la escala de Barthel en los pacientes del área de emergencia del Hospital Alberto Barton Thompson.
- Se logra Lograr la valoración de grado de dependencia de los pacientes de emergencias del Hospital Alberto Baron Thompson empleando la escala de Barthel.

4. CONCLUSIONES

- A. **EN NIVEL TEÓRICO** este trabajo nos sirvió para reforzar conocimientos en relación a la Escala de Barthel. Valorando el grado de dependencia en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria de los pacientes. También se continuará con la capacitación del personal para mejorar la experticia y la continuidad de la aplicación. Establecer el instrumento como un expediente de lo el paciente hace y no de un expediente de los que paciente podría hacer.
- B. **EN EL NIVEL DE DESARROLLO PROFESIONAL** estamos innovando a través de la implementación de esta escala de valoración a nuestro pacientes para observar el daño o secuelas que dejan las enfermedades limitantes, También adquirir nuevas habilidades y destrezas en la aplicación de la Escala de Barthel. Brindar un cuidado de enfermería a nuestros pacientes de la emergencia con la influencia de las teorías de enfermería como la Virginia Henderson y sus 14 necesidades y la teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem. Se establece una relación estrecha entre el familiar o cuidador quienes son las fuentes generales y las evidencias.
- C. **DEL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO** mencionamos en el trabajo que la alteración del bienestar son un problema en la salud pública por el alto costo que demandan estos pacientes y el incremento del indicador de estancia hospitalaria y si el personal de enfermería puede implementar un plan de cuidado individualizado podrá repercutir en la prontitud en su recuperación. La evaluación precoz dentro de las 24 a 48 horas son importantes .

D. **A NIVEL SOCIAL** vamos a motivar y capacitar al familiar o cuidador en la participación de su tratamiento incrementando en el paciente su autoestima, autonomía y seguridad. El punto principal es establecer el grado de independencia a mayor puntuación (100) será mayor la independencia del paciente.

5. RECOMENDACIONES

Continuar con las capacitaciones al personal sobre todo al personal nuevo que se integra al servicio para continuar con la aplicación de la Escala de Barthel.

Tomar en cuenta los datos estadísticos para implementar el plan de gestión para modificaciones estructurales físicas de la emergencia para albergar a los pacientes con categoría I,II,III según triaje Manchester.

Modificar el ratio de atención enfermero paciente según indicaciones minsa por grado de dependencia.

Implementar nuevos procesos de atención de enfermería en el área de emergencias incrementando actividades al personal de enfermería.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gonzales r. y cols “Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de medición mas utilizados” España. 2017.
2. Labrada A. y cols.” Factores de riesgo en pacientes Politraumatizados. Cuba 2018.
3. Málaga g. y cols “La enfermedad Cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación” Perú 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe “Estado de la Seguridad Vial en la Región de las Américas Washington 2019.
5. Ministerio de Salud y Esnat. Accidentes de tránsito Problema de Salud Pública (Estadística Sanitaria de Accidente de Tránsito). Lima Perú. 2019.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional especializada sobre discapacidad. Lima – Perú 2014.
7. Laguado j. y cols. “Funcionabilidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar”. Barcelona.2017.
8. Mejía t. Cuenca “Valoración del nivel de dependencia física de los adultos mayores que acuden al subcentro de Salud de la parroquia Octavio Cordero, Cuenca del 2016.

9. Lopez m. "Calidad de vida en pacientes post traumas craneo encefálico" 2015 Guatemala.
10. Zurita d. y cols. "Actividad diaria según Índice de Barthel, en adultos mayores" Ibarra .2015
11. Velasco. 2015- México. "Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados". 2015- México.
12. Delgado j. "Efectividad de la Escala de Barthel en pacientes con hemiplejia en el Área de Lesionados el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo" 2019 Tacna- Perú.
13. Seminario m. "Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas. Lima Perú. 2018.
14. Jirón c. y cols. "Estilos de vida y grado de dependencia en el Adulto Mayor en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro". Lima Perú 2018.
15. Correa g. y cols. "Valoración funcional del adulto mayor del servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza" Breña- Perú. 2018.
16. Hernández j. y cols. "Grado de Dependencia relacionado a la calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud El Progreso". Chimbote Perú. 2017

17. Flores j. "Efectividad de la Escala de Barthel en pacientes con hemiplejia en el Área de Lesionados el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo" Chiclayo Perú. 2016
18. Olivera s. y cols 2017 Notas sobre las 14 necesidades de Virginia
19. Naranjo i. La Teoría Déficit del Auto cuidado Dorothea Elizabeth Orem. Cuba 2017.
20. http://www.emawwe.com/mexico/libros/emergencias_urgencias
21. WWW.svneurología.org ictusescalas.
22. WWW.psicología.com
23. Tratamientos neurorehabilitación Valoración de la Funcionalidad en Actividades Básicas: Índice de Barthel España. 2018.
24. Urrutia I. y cols Estudio sobre la relación entre la dependencia funcional y la percepción de afectación de las extremidades superiores en pacientes con ictus a través de las herramientas de valoración Dash e Índice de Barthel
25. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Suiza. 2015.
26. Sid.usal.es.Recomendación N(98) Consejo de Europa La dependencia Funcional.España 2019.
27. Aspadex.org. "Actividades Básicas e instrumentales de la vida diaria" España 2020.

28. Definición.de/cuidados de enfermería.2016.

29. Menad y cols” Cuidados de Enfermería” España 2016.

30. www.Significados.com 2016 .

ANEXOS

ESCALA DE VALORACION DE BARTHEL

FECHA:

EDAD:

SEXO:

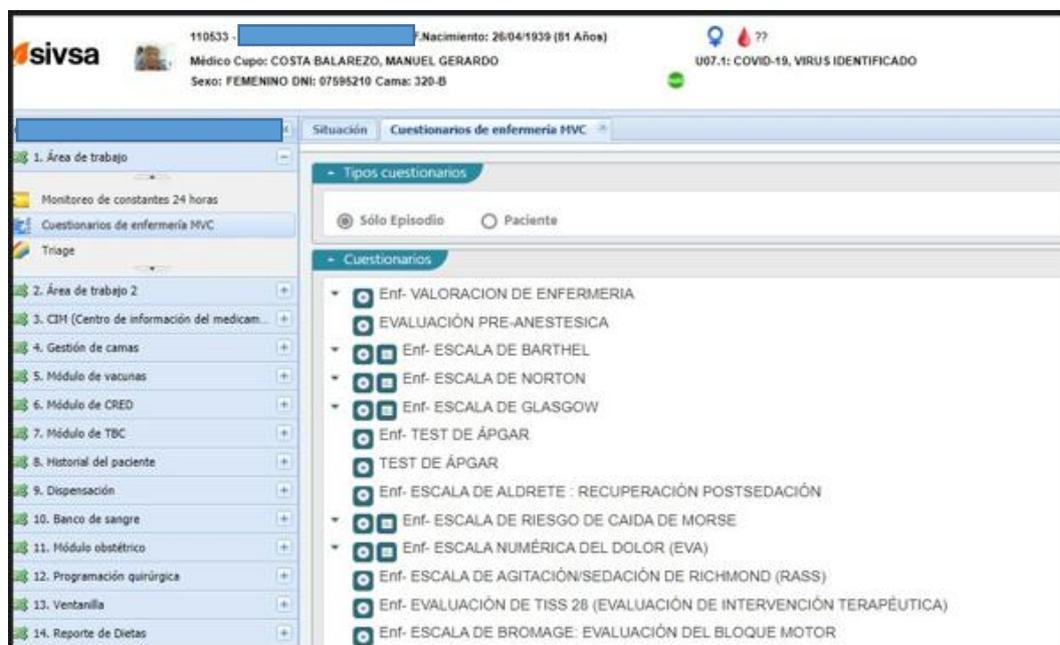
INDICE DE BARTHEL		
ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
COMER	1. Dependiente	0
	2 Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3 Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y CAMA	1 Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2 Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3 Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4 Independiente	15
ASEO PERSONAL	1 Dependiente	0
	2 Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
USO DEL RETRETE	1 Dependiente	0
	2 Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3 Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
BAÑARSE O DUCHARSE	1 Dependiente	0
	2 Independiente para bañarse o ducharse	5
DESPLAZARSE	1 Inmóvil	0

	2 Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3 Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4 Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	1 dependiente	0
	2 Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3 Independiente para subir y bajar	10
VESTIRSE Y DESVESTIRSE	1 Dependiente	0
	2 Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3 Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
CONTROL DE HECES	1 Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2 Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3 Continente	10
CONTROL DE ORINA	1 Incontinente, o sondado	0
	2 incapaz de cambiarse la bolsa Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	10
	3 Continente, durante al menos 7 días	15

Puntaje	Clasificación
<20	Dependencia total
21 – 60	Dependencia severa
61 – 90	Dependencia moderada
91 – 99	Dependencia leve
100	Independencia

ACTIVIDADES REALIZADAS

INSTALACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE BARTHEL EN EL SISTEMA HOSIX



APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BARTHEL EN LOS PACIENTES DE EMERGENCIA

Situación

Elementos disponibles (3 selectorado) No hay documentos pendientes de firma

240444	110533		386279	163196	164373	173837	184205	215729	187037	177208	182577	309244	20360
320-A	320-B	321-A	321-B	322-A	322-B	323-A	323-B	324-A	324-B	325-A	325-B	326-A	326-B
158916	85606	238751	25181	308641	114209	304708	617814		135093	88542	234235	266025	248032
327-A	327-B	328-A	328-B	329-A	329-B	330-A	330-B	331-A	331-B	332-A	332-B	333-A	333-B
197774	303429	232973	434554										
334-A	334-B	335-A	335-B										

RECOMENDACIONES APROBADAS PARA LA NUEVA EMERGENCIA

