

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



**PLAN DE GESTIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA ESCALA BARTHEL
EN EL PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE
NEURO-CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO-2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

DORIS PETRONILA BRICEÑO HERNANDEZ

Callao - 2020
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI PRESIDENTE
- DRA. NOEMI ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 90-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 14 de Abril del 2020

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

INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN.....	3
1. Descripción de la situación problemática.....	5
2. Marco Teórico.	
2.1 Antecedentes del estudio.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	10
2.3 Marco Conceptual.....	17
3. Desarrollo de actividades	
3.1 PLAN DE GESTIÓN.	
I ANALISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL	21
PROBLEMA.	
1. Identificar el área y procesos a ser mejorados.	
a) Matriz de priorización.	
b) Diagrama de Pareto	
2. Describir las causas y efectos negativos de la problemática y técnicas de análisis. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PROBLEMAS-CAUSAS-CONSECUENCIAS.	
II PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DE PLAN.....	36
a) Definir objetivos y resultados de análisis realizado.	
b) Analizar las posibles soluciones.	
c) Establecer decisiones para la seguridad herramienta a aplicar.	

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y OPERATIVA.

III IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO	47
Informar sobre el plan.	
IV EVALUACIÓN.....	48
Diseñar un plan de evaluación, basándose en los objetivos e indicadores.	
4. CONCLUSIONES	65
5. RECOMENDACIONES	67
6. REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	72

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Académico se trata de la aplicación de Escala de Barthel. Al observar que los pacientes atendidos quedan con limitaciones y observando el deterioro progresivo en realizar sus actividades básicas de la vida diaria por lo nos lleva a la ejecución e implementación del instrumento validado internacionalmente; que nos permita la valoración funcional. Y de esta manera valoramos su progreso contribuyendo en recuperar a los pacientes también en el aspecto psicológico.

La escala de Barthel es un instrumento utilizado para la valoración funcional y su rehabilitación. Esta Escala mide la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso de retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de orina, control de heces, La aplicación de esta escala de Barthel es de mucha importancia porque es fácil de aplicar e interpretar es de bajo costo, nos permite realizarla entre 2 a 5 minutos y también podemos entrenar al cuidador principal que atiende y atenderá al paciente en su domicilio.(1)

Como observamos en el estudio de LOPEZ RAMIREZ mario Fernando “Calidad de vida en pacientes post traumas cráneo encefálico” Guatemala 2015 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. Concluye que 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.

El 15 de marzo de 1991, mediante R.M N°0269-91-SA/DM, es designado Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Tiene una capacidad de 565

camas para hospitalización, 01 servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 109 consultorios Externos. Asimismo, el 10 de agosto de 2015 se inauguró una moderna Unidad de Neurointervencionismo, que sirve para el diagnóstico y tratamiento de patologías neurovasculares y reconstrucciones tridimensionales.

Este trabajo se ejecutó en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, en el Servicio de Neurocirugía, que se encuentra ubicado en el 8 piso sector B, cuenta con 29 camas para la atención de pacientes mayores de 15 años. Dentro de las patologías atendidas tenemos los Traumatismo craneo encefálico, Aneurismas, malformaciones cerebro vascular, hemorragias subdural traumática con un porcentaje 36.3% y con el Grado de dependencia III con 80%. En el año 2019.

En mi experiencia como enfermera jefa del servicio de Neurocirugía, con 30 años de servicio y como la persona en donde recae la responsabilidad de gestionar el cuidado de los pacientes tengo la misión de promover la autonomía de los pacientes como pilar para la recuperación funcional y su independencia en sus actividades básicas. También otro rol importante es el revisar los procesos de valoración del paciente neuroquirurgicos y así ir incluyendo nuevas escalas de valoración que contribuya en la expectativa de calidad de vida de nuestros pacientes. Este estudio es cuantitativo, de corte trasversal. El objetivo que se estableció en el trabajo es aplicar la escala de BARTHEL a los pacientes adultos hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao y como objetivo específico Identificar el nivel de dependencia del paciente.

A la observación diaria, durante el desarrollo como jefa del servicio de neurocirugía, encuentro la debilidad del personal asistencial de enfermería en la valoración de las actividades básicas de la vida diaria de cada paciente con secuela neurológica post intervención quirúrgica, por lo tanto, al ejecutar la escala de Barthel se logró la mejoría y recuperación de los pacientes que quedaron con secuela. Supervisando, monitoreando y

evaluando el cumplimiento de la ejecución de la escala de Barthel basándose en el cuidado humanizado de enfermería.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Hoy en día las organizaciones de salud estamos preocupados en la calidad de vida que llevarán nuestros pacientes a su domicilio. Y siendo los traumatismos cerebrales y los eventos cerebros vasculares los principales causantes de la discapacidad funcional en los pacientes.

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 Neurocirugía se recibe al año alrededor de 34% de pacientes con traumatismo craneo encefálico y eventos cerebros vasculares. 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 dawnton 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 discapacitados 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 discapacitados 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).

Hoy en día las organizaciones de salud estamos preocupados en la calidad de vida que llevarán nuestros pacientes a su domicilio. Y siendo los traumatismos cerebrales y los eventos cerebro vasculares los principales causantes de la discapacidad funcional en los pacientes.

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 Neurocirugía se recibe al año alrededor de 34% de pacientes con traumatismo craneoencefálico y eventos cerebros vasculares. 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 dawning 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.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio.

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).

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 stiwan. 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 Rodulfo 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 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 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 Geriátrica 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 transversal. 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 diarias 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 Almanzor 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 Neuroquirurgico es aquella persona que es conducida al centro quirúrgico para que sea operado de cualquier patología del sistema nervioso central. El cerebro que es un órgano poco sensible a los cambios de temperatura o presión sanguínea y puede producirse un daño con déficit neurológico.(20).

Escalas de Enfermería en el ictus.

Son instrumentos que sirven para valorar la gravedad del Ictus en 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 de evolución global que valoran las minusvalías (la de Rankin).(21).

La Escala de Barthel es un instrumento que nos permite medir la capacidad de una 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, deambulación y escalera; y se le asigna una puntuación (0,5,10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo , obteniéndose una puntuación que varía de 0 a 100. En 1955 fue diseñado por Mahoney y Barthel sirve para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en la ciudad Maryland aplicado en pacientes crónicos. Dentro de las ventajas se observa la facilidad de aplicación, el tiempo que dura alrededor de cinco minutos, lo puede aplicar cualquier personal de salud, es fácil de aplicar e interpretar. Puede valorar la estancia hospitalaria, permite ir valorando la independencia de los pacientes frente a las actividades básicas de la vida diaria y así un buen predictor de la recuperación de la capacidad funcional. Pero también debemos tener en cuenta que en situaciones extremas es difícil de precisar. Es útil para evaluar la capacidad funcional en la realización de actividades básicas de la vida diaria, proyectar los cuidados personales y lograr la eficacia del tratamiento. (22)

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

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Subir y bajar escaleras	4. Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	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
Control de heces	3. Independiente incluyendo botones, cremalleras, cordones etc.	10
	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional(uno/semana)	5
Control de orina	3. Contínente	10
	1. Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Contínente, durante al menos 7 días	10

(23)

De acuerdo a su puntaje obtenido en la Escala de Barthel, clasifica la funcionalidad 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).

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

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 Henderson 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).

3 Desarrollo de actividades.

3.1 PLAN DE GESTIÓN

I ANÁLISIS DE LOS CAUSAS

1. Areas y procesos a ser mejorados

En trabajo académico se desarrollo en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el servicio de Neurocirugía que tiene como:

MISIÓN

Somos el servicio de neurocirugía del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, que brinda atención con enfoque humanístico, a todos los pacientes mayores de 15 años de la población de la Provincia Constitucional del Callao y de otras ciudades del interior del país, con cuidados especializados, personalizados, de calidad y compromiso social. Contamos con personal de vocación con sólida formación para contribuir en la prevención, recuperación y rehabilitación de los pacientes con padecimientos Neuroquirúrgicos de patologías vasculares.

Visión

El servicio de Neurocirugía, para el 2021 será reconocido a nivel nacional como uno de los mejores en la atención de patologías vasculares por el respaldo de nuestros pacientes que lo distinguen como un servicio de calidad resaltando las ventajas competitivas que estén en relación con la eficiencia, calidad, innovación y satisfacción usuaria, contando con un equipo multidisciplinario capacitados en la especialidad, calificados, con tecnología que colaboren en la atención tanto humanística como personalizada de sus clientes proyectándonos en ser un servicio líder en Neurointervencionismo ,

teniendo así mismo un enfoque social mediante la atención a poblaciones vulnerables.

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

- **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.

- **Priorización de los problemas**

a) MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

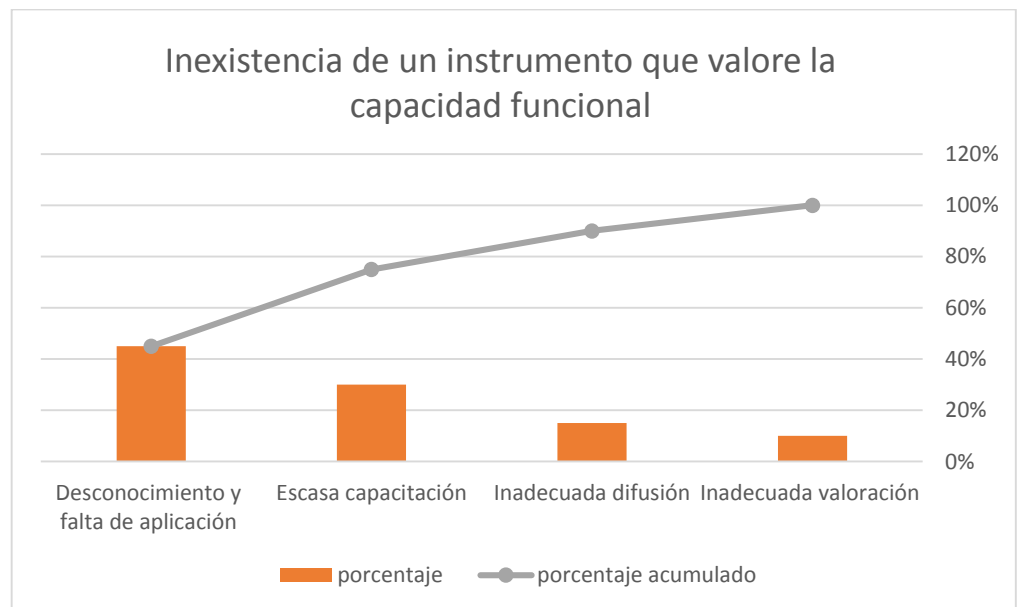
PROBLEMAS	CRITERIOS DE PIORIZACION					
	Tamaño de grupo afectado	Trascendencia del problema	Posibilidad de resolver el problema	Frecuencia del problema	Interés y compromiso del equipo en resolver el problema	Total
Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de 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:

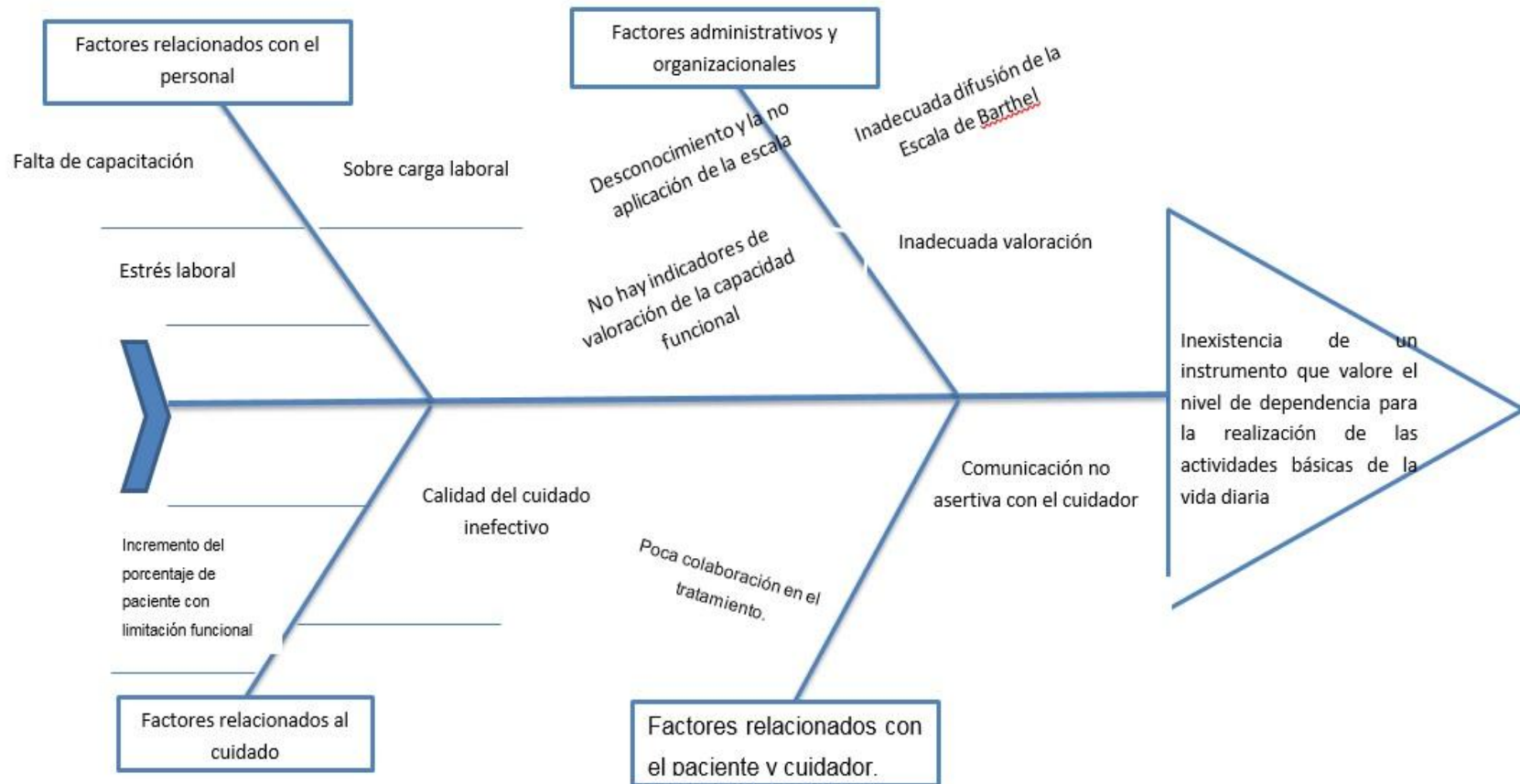
1. Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria.
2. Comunicación no asertiva con el cuidador.
3. Alta demanda de pacientes de dependencia III.
4. Calidad de atención inefectiva.
5. Estrés laboral.
6. Sobre carga laboral.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

b) Diagrama de Pareto



Según el Diagrama de Pareto que entre las causas principales está el desconocimiento, la falta de aplicación de la Escala de Barthel por la escasa capacitación y la inadecuada difusión de la escala.

ESPINA DE ISHIKAWA (CAUSA Y EFECTO)



**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS – CAUSAS
CONSECUENCIAS**

PROBLEMA PRIORIZADO	CAUSAS	CONSECUENCIAS
<p>Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria</p>	<p>Desconocimiento y falta de aplicación de Escalas de valoración</p> <p>Inadecuada valoración del nivel dependencia de la capacidad funcional(escala de Barthel)</p> <p>Inadecuada difusión de la escala de Barthel.</p> <p>Escasa capacitación del personal sobre la Escala de Barthel.</p>	<p>Incrementa la dependencia de los pacientes.</p> <p>La dependencia hace que pierda su autonomía intelectual y psicológica.</p> <p>Valoración subjetiva.</p> <p>Incrementa la aparición de lesiones cutáneas.</p> <p>Incrementa el riesgo de caídas.</p>
<p>Comunicación no asertiva con el cuidador</p>	<p>Estrategias de educación al cuidador deficientes</p>	<p>Colaboración ineficaz en el cuidado del paciente.</p> <p>Mayor daño neurológico.</p>

II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN

a) OBJETIVO :

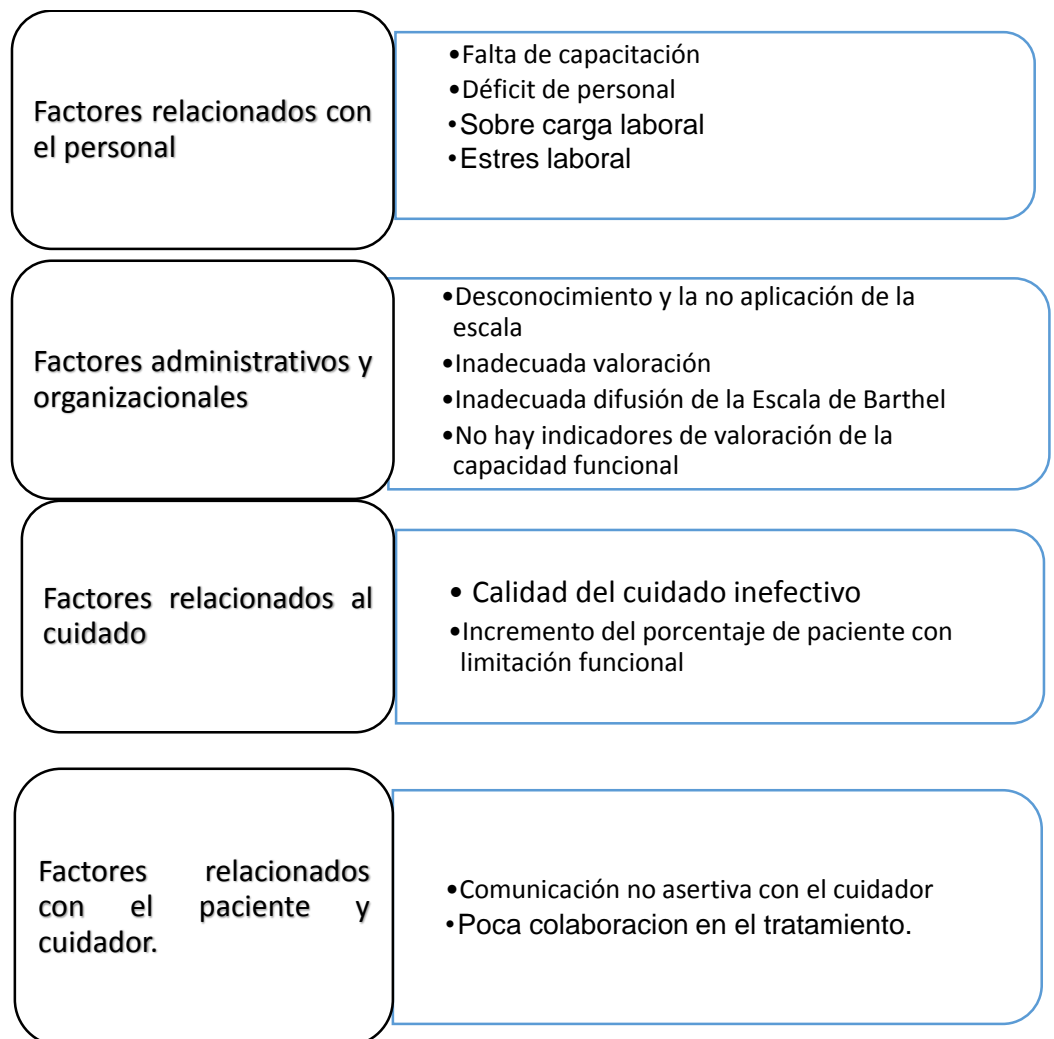
Implementar y Aplicar la Escala de Barthel en los pacientes adulto hospitalizados en el servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao.

Objetivo específico:

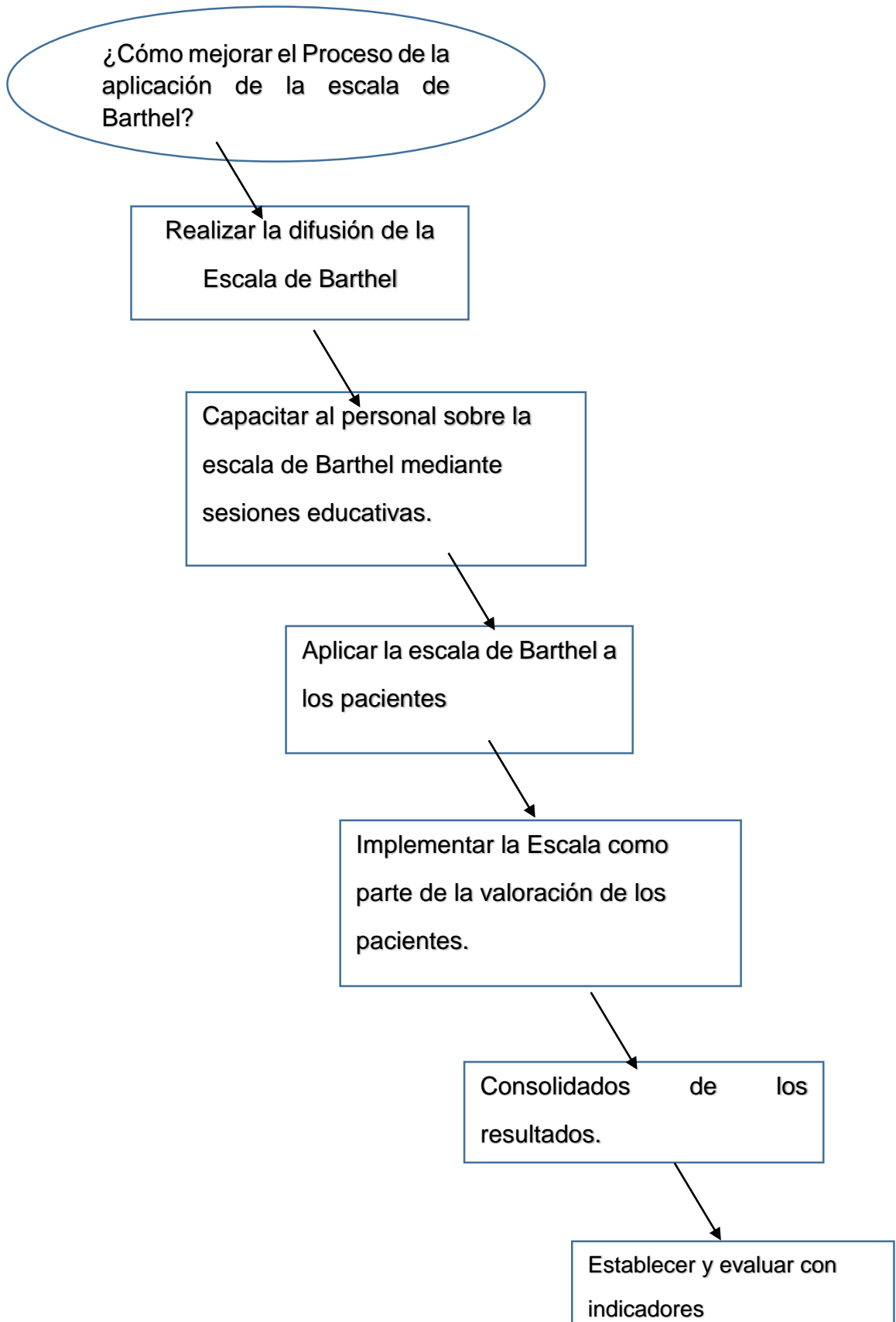
1. Capacitar al personal de enfermería en la aplicación de la Escala de Barthel
2. Difundir la escala de Barthel en el personal de enfermería.
3. Identificar el Nivel de dependencia de los pacientes en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria.

b) ANALISIS DE LAS SOLUCIONES

1 MATRIZ DE AFINIDAD



2 ARBOL DE SOLUCIONES



C 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. 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 80 pacientes alcanzando al 100% la meta. personal capacitado al 80%. Consolidado de resultados al 100%	Difusión de la escala de Barthel entre el personal de enfermería. (Trípticos). Capacitación al personal de enfermería sobre la Escala de Barthel. Aplicación de la Escala a los pacientes. Entrega y difusión de los resultados. Aplicación de nuevos indicadores.	2 de Agosto del 2019. 16 de Agosto 2019. Meses de setiembre.	15 de agosto 2019 30 de agosto 2019 Mes de noviembre 2019. Diciembre 2019. Enero 2020.	Doris Briceño Hernández.	Papel A4 Impresora. Ayuda Audio visuales. Lapiceros Plumones

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																

resultados en el servicio.																	
Entrega y sustentación del Trabajo Académico.																	

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 en el servicio de neurocirugía	Difusión al 100% al personal de enfermería	Difusión personalizada a cada uno del personal con la entrega de trípticos . Se instala la Escala de Barthel a los 29 pacientes	Instrumentos instalados a las 29 tablas de monitoreo de los pacientes de neurocirugía	Se instalo al 100% los instrumentos (29)
Conocimientos insuficientes sobre la Escla de Barthel	Capacitar al personal de enfermería del servicio de neurocirugía .	Capacitación al 100% al personal de enfermería	Sesión educativa y taller demostrativo al personal de neurocirugía	Se aplica post test al personal para medir capacitación Tambien indicador de asistencia .	Personal capacitado al 100%
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 neurocirugía.	Aplicación al 100% de la muestra seleccionada de la Escala de Barthel	Aplicación de la Escala de Barthel a 93 pacientes	Entrega del consolidado y resultados de nivel de dependencia de los 93 pacientes	Se entregó al 100% los resultados de grado de dependencia y por cada dimensión de las actividades básicas de la vida diaria.

PLAN DE CAPACITACIÓN

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROBLEMA PRIORIZADO	ACTIVIDAD EDUCATIVA	MODALIDAD EDUCATIVA	RESULTADO ESPERADO	PÚBLICO OBJETIVO
Capacitación	Conocimientos insuficientes sobre la Escla de Barthel	Expositiva y demostrativo	Apoyo visual. Entrega de trípticos. Exposición explicativa y demostrativo sobre la Escala de Barthel. Entrega de rotafolio.	Participación activa del personal de salud del área de neurocirugía que asistió a la capacitación, manifestando sus experiencias del servicio para contribuir a la exposición.	Personal de salud del área de neurocirugía.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROBLEMA PRIORIZADO	ACTIVIDAD EDUCATIVA	MODALIDAD EDUCATIVA	RESULTADO ESPERADO	PÚBLICO OBJETIVO
<p>Gestión</p>	<p>Inexistencia de un instrumento que valore el nivel de dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria</p>	<p>Instalar el instrumento de la Escala de Barthel en cada unidad del paciente con su leyenda.</p>	<p>Entrega de trípticos a cada personal.</p>	<p>Conocimiento en todo el personal Escala de Barthel difundida.</p>	<p>Personal de salud del área de neurocirugía.</p>

III IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

La Escala de Barthel fue aplicada a 93 pacientes en los meses de setiembre, octubre y noviembre del año 2019, en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. En la población se consideró a todos los pacientes que ingresaron al servicio en los meses señalados con traumatismos cerebrales y eventos cerebro vasculares como Aneurisma y Malformaciones Arteriovenosas rotas y no rotas, y los pacientes con Traumatismos Vertebral Medular.

En la técnica de recolección 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 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.

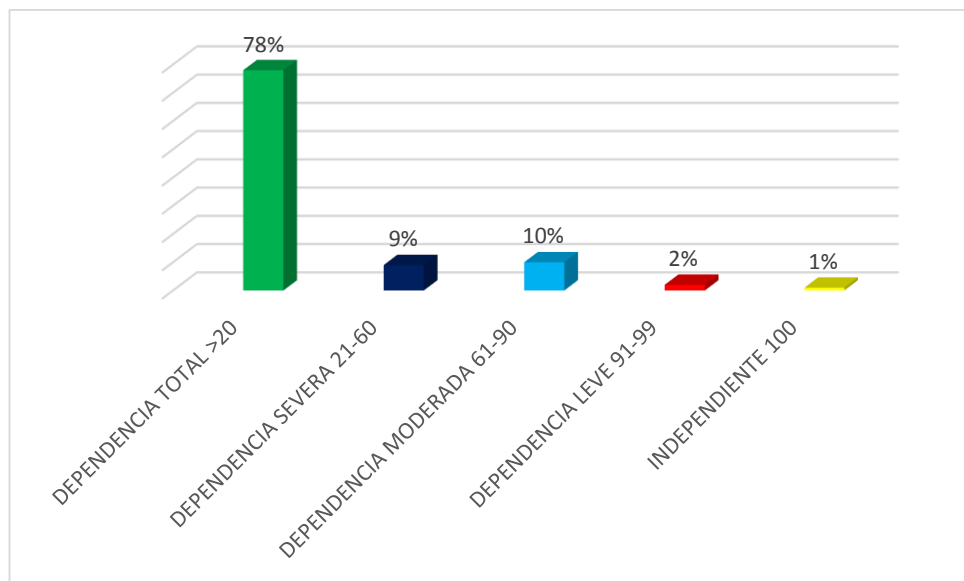
Se obtuvo los puntajes por cada dimensión y se estableció el Grado de dependencia de los pacientes de estudio.

Obteniéndose los siguientes resultados

RESULTADOS

CUADRO N° 1

GRADOS DE DEPENDENCIA SEGÚN LA ESCALA DE BARTHEL



Leyenda :

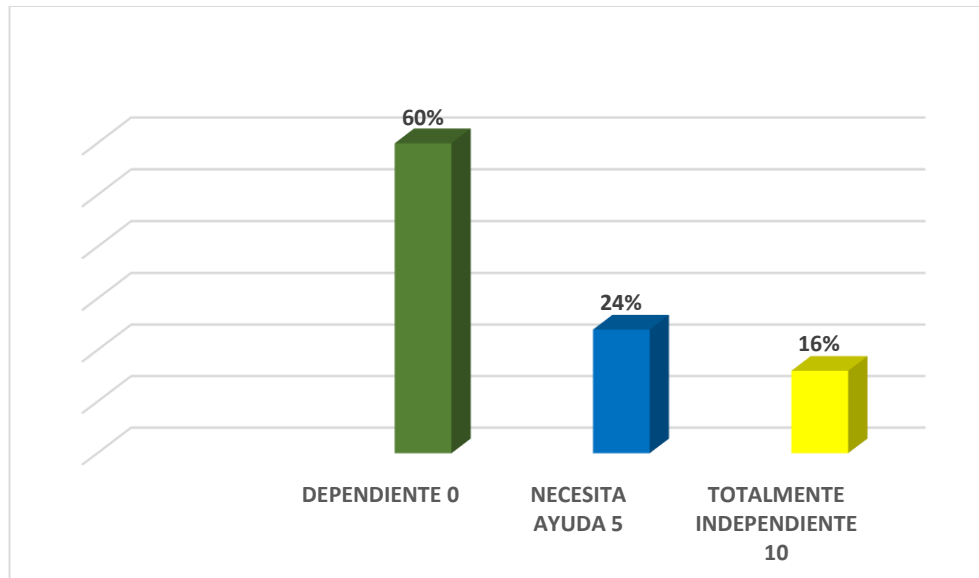
- < 20 grado de dependencia total.
- 20-35 dependencia grave.
- 40-50 dependencia moderada.
- > igual de 60 dependencia leve.
- 100 independiente

En el cuadro N° 1 los pacientes presentan una dependencia total de un 78% para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, limitándolos en su cuidado y el mantenimiento de su propio cuerpo.

Fuente : propia

CUADRO N° 2

ESCALA DE BARTHEL : COMER



Leyenda :

0 dependiente : necesita ser alimentado por otra persona.

5: necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.

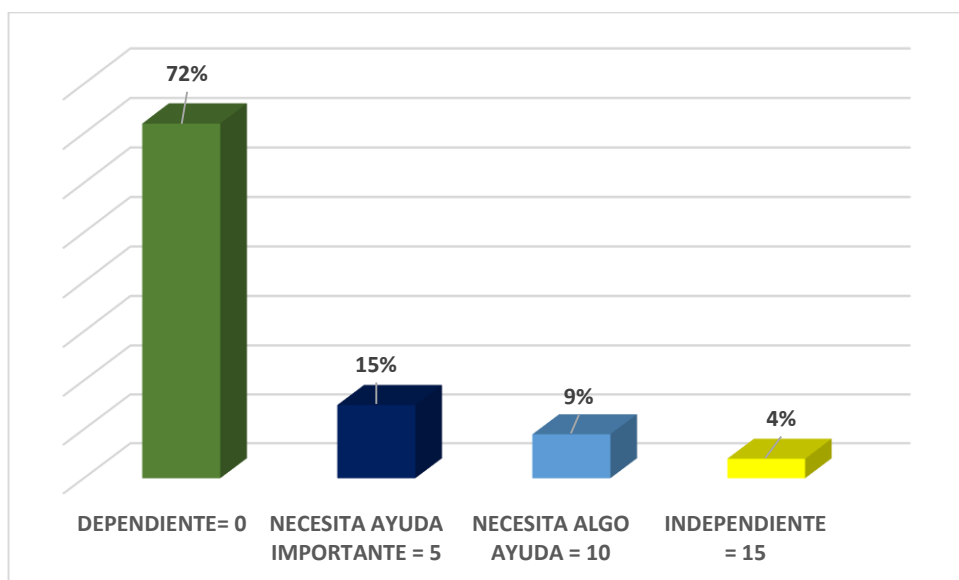
10 : independiente capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada o servida por otra persona.

En este cuadro se observa una dependencia total para poder alimentarse con un 60% lo que puede influir en su estado nutricional

Fuente : propia.

CUADRO N° 3

TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA



Leyenda :

0 Dependiente, no se mantiene sentado

5 : Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar Sentado.

10 : Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).

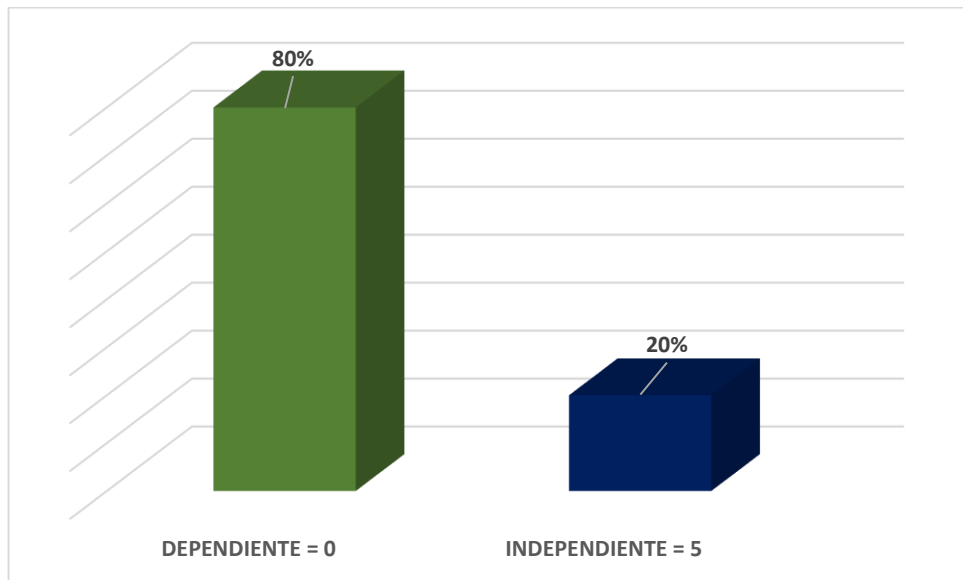
15 : independiente .

En los resultados de trasladarse entre la silla y la cama nos muestra un porcentaje del 72% de dependencia lo que puede predisponerlos al los eventos adversos como caídas.

Fuente : propia

CUADRO N° 4

ASEO PERSONAL



Leyenda :

0 : Dependiente

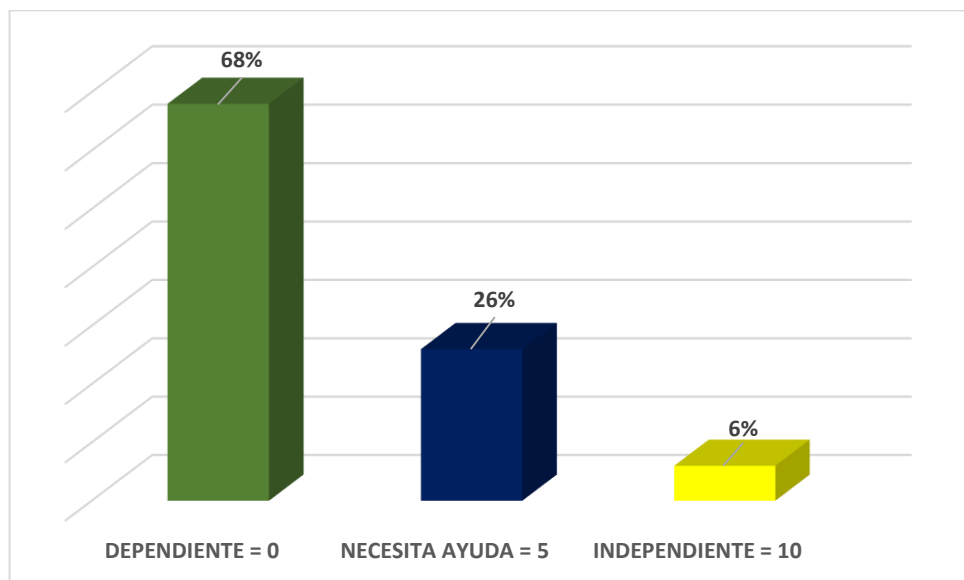
5 : Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

En relación al Aseo Personal tenemos que un 80% son dependientes lo que repercute en su autocuidado y autoestima.

Fuente propia

CUADRO N° 5

USO DE RETRETE



Leyenda :

0 : Dependiente

5 : Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.

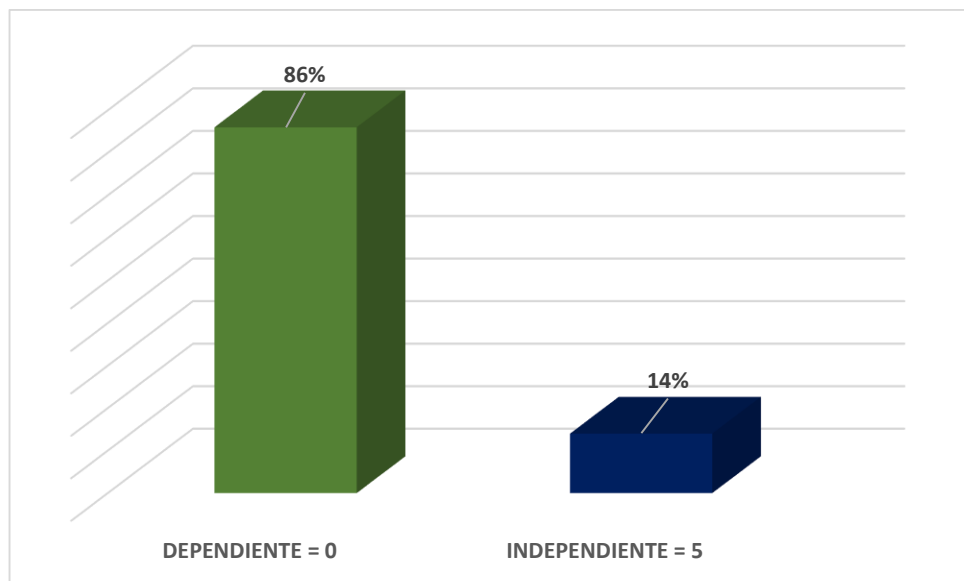
10 : Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Se puede observar que el 68% son dependientes y el 26% necesitan ayuda los predispone al uso de pañal y a la aparición de eritemas de pañal.

Fuente : propia

CUADRO N° 6

BAÑARSE O DUCHARSE



Leyenda :

0 : Dependiente.

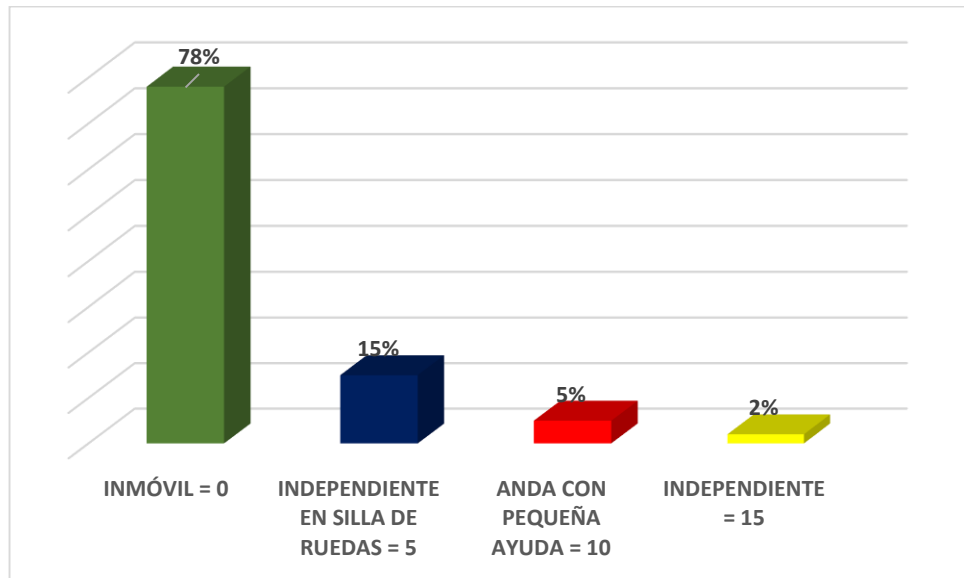
5 : Independiente para bañarse o ducharse

Se observa un gran porcentaje(86%) que es dependiente para poder ducharse lo que incrementa su postración en cama.

Fuente: propia

CUADRO N° 7

DESPLAZARSE



Leyenda :

0 : Inmóvil

5 : Independiente en silla de ruedas en 50 m

10 : Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)

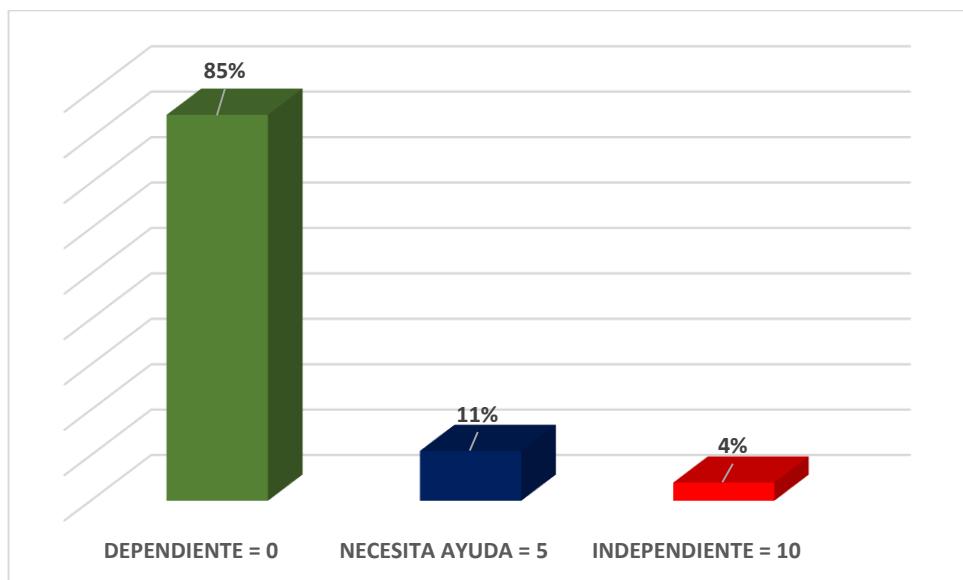
15 : Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Se observa que en desplazamiento del paciente un 78% son dependientes lo que influye que el paciente pierda su autonomía.

Fuente : propia

CUADRO N° 8

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS



Leyenda :

0 : dependiente.

5 : Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta

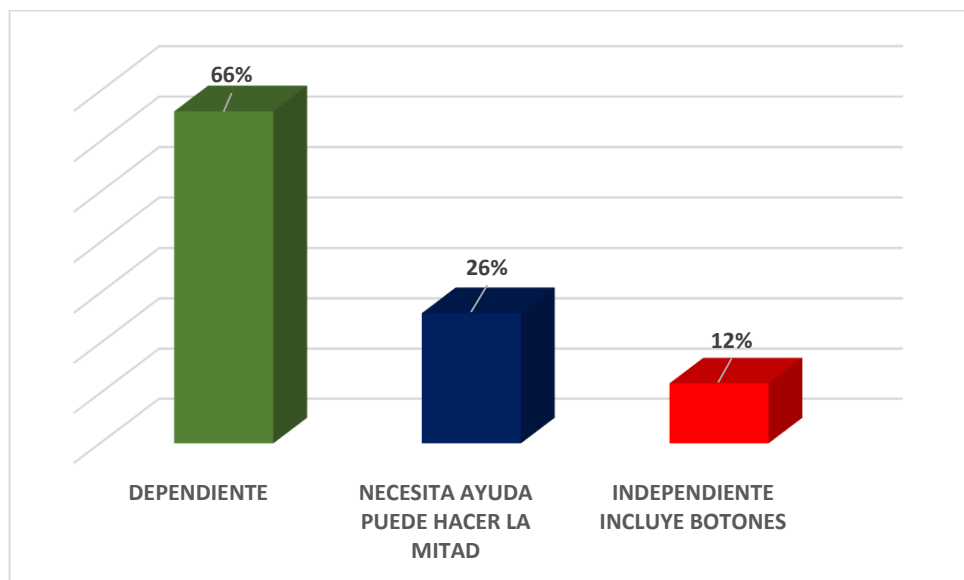
10 : Independiente para subir y bajar

Se observa que hay una mayor dependencia para subir y bajar escaleras con un 85%, influye en su función social perdiendo su vínculo con el entorno familiar.

Fuente : propia.

CUADRO N° 9

VESTIRSE Y DESVESTIRSE



Leyenda :

0 : Dependiente

5 : Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda

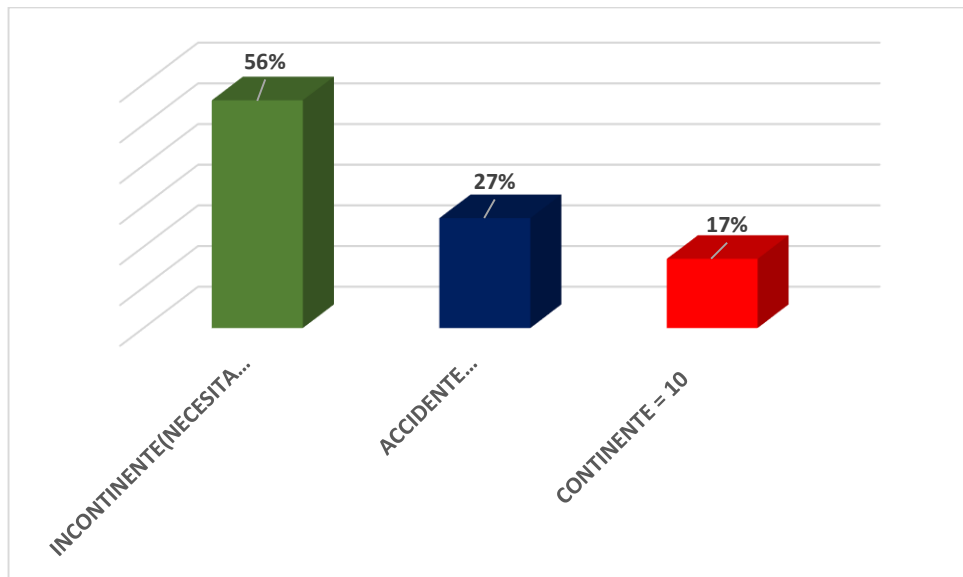
10 : Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

En este cuadro de vestirse y desvestirse encontramos que un 66% de pacientes es dependientes lo que puede limitarlos en la elección de prendas y/o accesorios (autoestima).

Fuente : propia.

CUADRO N° 10

CONTROL DE HECES



Leyenda :

0 : Incontinente (o necesita que le suministren enema).

5 : Accidente excepcional (uno/semana)

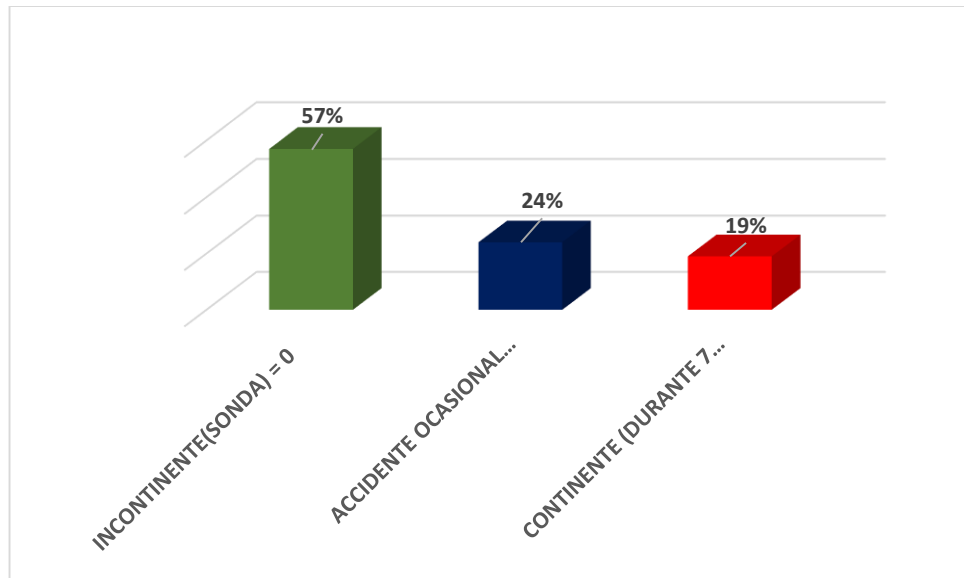
10 : Continente

En el cuadro observamos que un 56% necesitan enemas y un 27% ocasionalmente predisponiéndolos al estreñimiento y al uso de pañal.

Fuente : propia

CUADRO N° 11

CONTROL DE ORINA



Leyenda :

0 : Incontinente, o sondado

5 : Incapaz de cambiarse la bolsa Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)

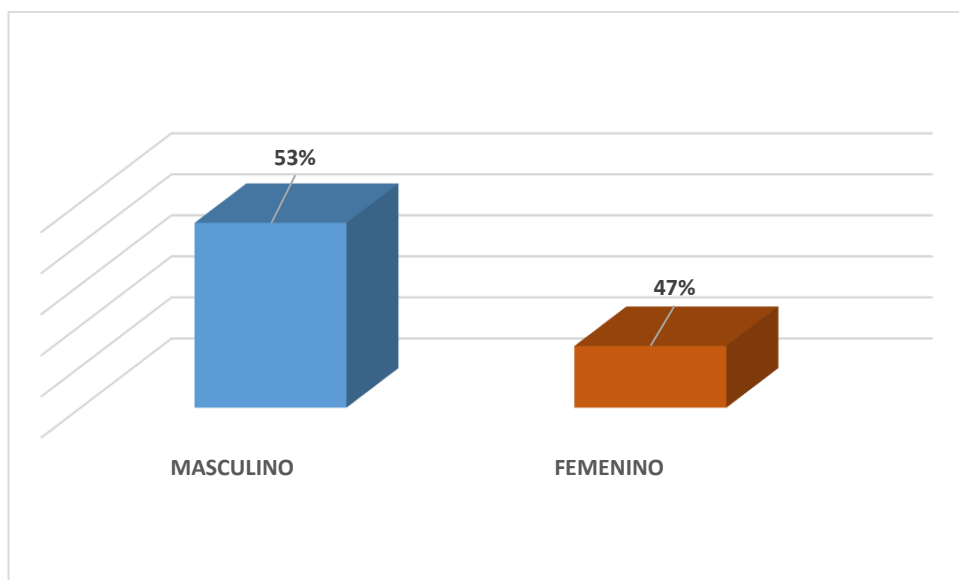
10 : Continente, durante al menos 7 días

En el cuadro observamos que un 57% necesitan sondaje y un 24% ocasionalmente predisponiéndolos a infecciones urinarias y al uso de pañal.

Fuente : propia

CUADRO N° 12

SEGÚN EL SEXO



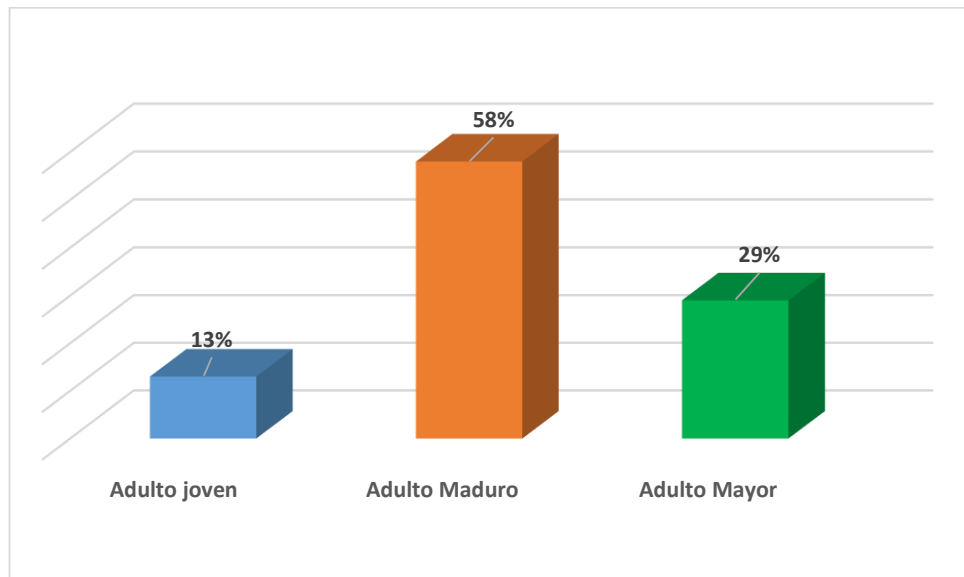
Leyenda :
Masculino
Femenino

Según el cuadro observamos que hay un predominio en el sexo masculino 53% y el femenino 47%.

Fuente : propia

CUADRO N° 13

GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN LAS ETAPAS DE LA VIDA



Leyenda :

Adulto joven : 15 años a 26

Adulto maduro : 27 años a 59

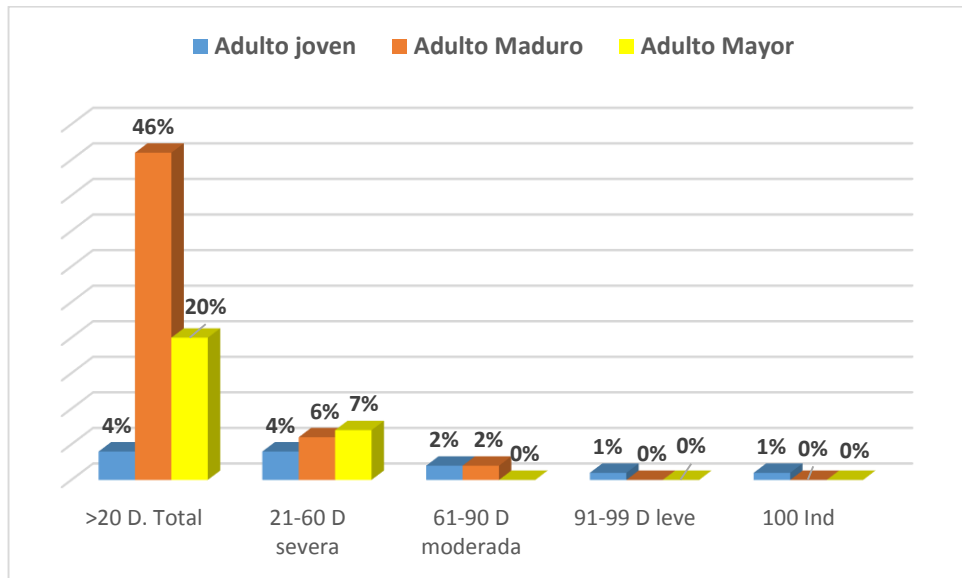
Adulto mayor : más de 60 años

Podemos observar que el gran porcentaje está en el Adulto Maduro lo que significa que aún están en la etapa de jefes de familia o son los que solventan los gastos del hogar.

Fuente : propia.

CUADRO N° 14

GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN LA EDAD



En la Dependencia según la edad se encuentra que hay mayor porcentaje en el Adulto Maduro con el 46% que presenta una dependencia total lo interfiere en su autonomía, le recargaría la ansiedad y la depresión.

IV EVALUACIÓN

CON RELACIÓN CON EL OBJETIVO GENERAL

Se aplicó a 93 pacientes entre ellos a 44 del sexo femenino haciendo un porcentaje de 47% y el sexo masculino fueron 49 pacientes con el 53% .

Cuyas edades en el adulto joven se obtuvo un 13%, en el adulto maduro hay un 58%, en el adulto mayor un 29%.

Pero lo relevante se encuentra cuando se les clasifica según grado de dependencia para realizar sus Actividades Basicas de la Vida Diaria donde predomina el Adulto Maduro con un 46%, etapa donde se tiene precisamente el deseo de seguridad, la estabilidad, la frecuente prosperidad y el frecuente éxito. Enfrentándose a nuevo estilo de vida que los torna dependiente de otra persona que repercute en su autoestima, su autonomía a veces llegando a la depresión.

Resultados parecidos con el trabajo de Lopez (9) sobre "Calidad de pacientes con post Trauma Craneoencefálico donde el 47% tenían un grado de dependencia grave.

RELACIÓN CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO

En el presente estudio se determino en grado de dependencia funcional para la realización de las Actividades Basicas de la Vida Diaria, las cuales son 10.

Tenemos en la actividad de Comer se obtuvo que el 60% de dependencia total para alimentarse.

Actividad trasladarse entre la silla y la cama un 72% son totalmente dependiente, lo que incrementa el riesgo de caídas.

Actividad aseo personal el 80% son dependientes , que estaría influyendo en su autocuidado y autoestima.

En la actividad uso del retrete un 68% dependen de otra persona lo que los obliga al uso de pañal incrementando la aparición de eritema de pañal.

La actividad bañarse o ducharse un 86% son dependiente limitandoles en su autocuidado, incrementando la postración en cama.

La actividad de desplazarse se obtuvo que un 78% sea dependiente limitando su autonomía.

En la actividad de subir y bajar escaleras un 85% tiene una dependencia total lo que influye en su vinculo social perdiendo su relación con el entorno familiar.

Actividad vestirse y desvestirse se obtuvo que un 66% son dependientes lo que limita también su autonomía al no poder elegir sus prendas o accesorios ue desea usar.

También se observo que en la actividad de control de heces hay una dependencia de 56% al uso de enemas predisponiéndolos al uso de pañal y al estreñimiento por la postración.

En la actividad control de orina un 57% usa sonda vesical y luego un 24% ocasionalmente usa sondale lo qque los pone en riesgo de las infecciones urinarias.

Todas estas actividades y su dependencia están ligadas a las Teorías de Enfermería de Virginia Herderson y Dorothea Orem que nos habla sobre las 14 necesidades de los pacientes y el autocuidado respectivamente.

Es allí donde el actuar del profesional de enfermería debe poner mayor énfasis y valoración para que el paciente pueda alcanzar sino su independencia si ir mejorando su calidad de vida y contribuir en su autonomía, disminuir los niveles de ansiedad y depresión. También guardar un vinculo estrecho con los familiares para que se

involucran en la valoración de paciente a través de la Escala de Barthel, y reforzar lazos familiares importantes en la recuperación de sus pacientes.

El indicador que se establece es N° de pacientes con aplicación con la Escala de Barthel .

También implementar el indicador Nivel de dependencia de su capacidad funcional en los pacientes de Neurocirugía.

También se instaló la Escala de Barthel en cada tabla de monitoreo de los pacientes de neurocirugía (29 pacientes) alcanzando la meta de 100%.

Se capacitó al 100% del personal con la aplicación de un post test

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 una nueva escala de valoración a nuestro pacientes para observar el daño o secuelas que dejan los traumatismos o eventos cerebrovasculares. También adquirir nuevas habilidades y destrezas en la aplicación de la Escala de Barthel. Brindar un cuidado de enfermería a nuestros pacientes de neurocirugía con la influencia de las teorías de enfermería como la Virginia Herderson 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 las lesiones por los traumatismos craneoencefálicos y los eventos cerebrovasculares eran 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 colaborar con más prontitud en su recuperación tendrá una repercusión tanto en el paciente como a las instituciones de salud. 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.

Difundir la Escala en otros servicios donde también permanecen nuestros pacientes, como emergencia a donde llegan quizás aún sin limitaciones. Y así tomar un basal.

Realizar trabajos de investigación en la aplicación de la Escala de Barthel a nivel del Hospital ya que no se ha encontrado ninguno.

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 cráneo 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. WWW.ecured.cu
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 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

ANEXOS

ACTIVIDADES REALIZADAS

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA A TRAVÉS DE SESIONES EDUCATIVAS.



DIFUSIÓN DE LA ESCALA DE BARTHEL



INSTALACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA ESCALA DE BARTHEL EN CADA UNIDAD DEL PACIENTE



APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BARTHEL EN LOS PACIENTES DE NEUROCIRUGÍA.



EVALUANDO A LOS PACIENTES PARA APLICAR LA ESCALA DE BARTHEL



TRÍPTICO DE LA ESCALA DE BARTHEL

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS



DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA FÍSICA O VERBAL, PUEDE LLEVAR CUALQUIER TIPO DE MULETA	5
INDEPENDIENTE PARA SUBIR Y BAJAR	10

VESTIRSE Y DESVESTIRSE

DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA, PERO PUEDE HACER LA MITAD APROXIMADAMENTE, SIN AYUDA	5
INDEPENDIENTE, INCLUYENDO BOTONES, CREMALLERAS, CORDONES, ETC.	10



CONTROL DE HECES

INCONTINENTE (O NECESITA QUE LE SUMINISTREN ENEMA)	0
ACCIDENTE EXCEPCIONAL (UNO/SEMANA)	5
CONTINENTE	10

CONTROL DE URINA

INCONTINENTE, O SONDADO INCAPAZ DE CAMBIARSE LA BOLSA	0
ACCIDENTE EXCEPCIONAL (MÁXIMO UNO/24 HORAS)	5
CONTINENTE, DURANTE AL MENOS 7 DÍAS	10

DESPLAZARSE



Inmóvil	0
Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15

INTERPRETACION

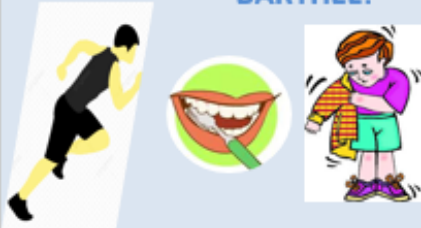
- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia



ESCALA DE BARTHEL



¿QUE ES LA ESCALA DE BARTHEL?



MIDE LA CAPACIDAD DE UNA PERSONA PARA REALIZAR 10 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

¿COMO SE REALIZA?

1. SE NECESITA UN LAPIZ Y LOS ITEMS DE PRUEBA.
2. PARA APLICAR EL INDICE DE BARTHEL NO SE NECESITA UNA CAPACITACION RIGUROSA, INCLUSO ALGUNOS PACIENTES SE LO PUEDEN AUTOAPLICAR.
3. APLICAR ESTE INSTRUMENTO PUEDE TARDAR DE 2 A 5 MINUTOS.

COMER



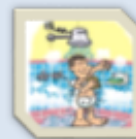
1. DEPENDIENTE	0
2. NECESITA AYUDA PARA CORTAR, EXTENDER MANTEQUILLA, USAR CONDIMENTOS, ETC.	5
3. INDEPENDIENTE (CAPAZ DE USAR CUALQUIER INSTRUMENTO)	10

ASEO PERSONAL



DEPENDIENTE	0
INDEPENDIENTE PARA LAVARSE LA CARA, LAS MANOS Y LOS DIENTES PEINARSE Y AFEITARSE	5

BAÑARSE O DUCHARSE



DEPENDIENTE	0
INDEPENDIENTE PARA BAÑARSE O DUCHARSE	5

USO DEL RETRETE



DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA, PERO PUEDE HACER ALGO SOLO.	5
INDEPENDIENTE(ENTRAR Y SALIR,LIMPIARSE Y VESTIRSE)	10

TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA



1. INCAPAZ NO SE MANTIENE SENTADO	0
2. NECESITA AYUDA IMPORTANTE(1 O 2 PERSONAS ENTREADAS)	5
3. NECESITA ALGO DE AYUDA(UNA PEQUEÑA AYUDA FISICA O VERBAL)	10
4.INDEPENDIENTE	15

ROTA FOLIO DE LA ESCALA DE BARTHEL.



¿QUE ES LA ESCALA DE BARTHEL?



MIDE LA CAPACIDAD DE UNA PERSONA PARA REALIZAR 10 ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿COMO SE REALIZA?

SE NECESITA UN
LAPIZ Y LOS ITEMS
DE PRUEBA

PARA APLICAR EL INDICE DE
BARTHEL NO SE NECESITA UNA
CAPACITACION RIGUOSA INCLUSO
ALGUNOS PACIENTES SE LO PUEDEN
AUTOAPLICAR.

APLICAR ESTE
INSTRUMENTO PUEDE
TARDAR DE 2 A 5 MINUTOS



INDICE DE BARTHEL

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 LA CAMA



1. INCAPAZ NO SE MANTIENE SENTADO	0
2. NECESITA AYUDA IMPORTANTE(1 O 2 PERSONAS ENTREADAS)	5
3. NECESITA ALGO DE AYUDA(UNA PEQUEÑA AYUDA FISICA O VERBAL)	10
4.INDEPENDIENTE	15

**ASEO
PERSONAL**



DEPENDIENTE	0
INDEPENDIENTE PARA LAVARSE LA CARA, LAS MANOS Y LOS DIENTES PEINARSE Y AFEITARSE	5

USO DEL RETRETE



DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA, PERO PUEDE HACER ALGO SOLO.	5
INDEPENDIENTE(ENTRAR Y SALIR,LIMPIARSE Y VESTIRSE)	10

1

**BAÑARSE O
DUCHARSE**



DEPENDIENTE	0
INDEPENDIENTE PARA BAÑARSE O DUCARSE	5

DESPLAZARSE



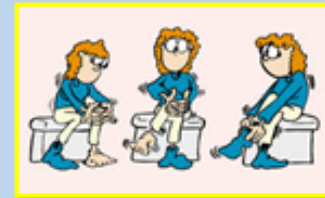
Inmóvil	0
Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15

**SUBIR Y BAJAR
ESCALERAS**



DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA FÍSICA O VERBAL, PUEDE LLEVAR CUALQUIER TIPO DE MULETA	5
INDEPENDIENTE PARA SUBIR Y BAJAR	10

**VESTIRSE Y
DESVESTIRSE**



DEPENDIENTE	0
NECESITA AYUDA, PERO PUEDE HACER LA MITAD APROXIMADAMENTE, SIN AYUDA	5
INDEPENDIENTE, INCLUYENDO BOTONES, CREMALLERAS, CORDONES, ETC.	10

**CONTROL DE
HECES**



INCONTINENTE (O NECESITA QUE LE SUMINISTREN ENEMA)	0
ACCIDENTE EXCEPCIONAL (UNO/SEMANA)	5
CONTINENTE	10

**CONTROL DE
ORINA**



INCONTINENTE, O SONDADO INCAPAZ DE CAMBIARSE LA BOLSA	0
ACCIDENTE EXCEPCIONAL (MÁXIMO UNO/24 HORAS)	5
CONTINENTE, DURANTE AL MENOS 7 DÍAS	10

INTERPRETACIÓN

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia



RECOMENDACIONES

- El índice se debe utilizar como expediente de lo que el paciente hace, no como un expediente de lo que el paciente podría hacer.
- El punto principal es establecer el grado de independencia del paciente ante cualquier tipo de ayuda, física o verbal, por mínima que sea o cualquier otra.
- La necesidad de la supervisión hace al paciente no independiente.
- El funcionamiento de un paciente se debe establecer usando la mejor evidencia disponible. Preguntando al paciente, amigos/parientes y los cuidadores quienes son las fuentes generales, pero la observación directa y el sentido común son también importantes. Sin embargo, la prueba directa no es necesaria.

- El funcionamiento del paciente dentro de las 24-48 horas al padecimiento es generalmente importante, pero ocasionalmente periodos más largos serán relevantes.
- Las categorías medias implican que las fuentes del paciente están por encima del 50% del esfuerzo.
- El uso de ayudas para ser independiente es permitido.
- La gama de puntuación es de 0-100. Cuanta más alta es la puntuación, más es la independencia del paciente.