

Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de una unidad de cuidados intensivos

“Level of dependence on patients with neurological disorders graduates of intensive care unit”

Liomar Isabel Marcano Oriah¹, Alba Rosa Fernández²

1. Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico. e-mail: liomari_m@hotmail.com
2. Licenciada en Enfermería. Magister en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Grupo de investigación en Salud Pública (UPTC). Grupo de investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). e-mail: afernandezx@hotmail.com

Recibido:	15	01	2013	Revisado:	25	01	2013
Corregido:	12	03	2013	Aceptado:	20	04	2013

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 X Harvard ICONTEC

RESUMEN:

Introducción: Los trastornos neurológicos tienen gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, la mayoría de las veces ocasionan secuelas permanentes que impiden realizar las actividades de la vida diaria (AVD). **Objetivo:** Determinar el nivel de dependencia de los pacientes con trastornos neurológicos que egresan de una UCI. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y de campo. Se aplicó una encuesta para obtener los datos sociodemográfico de los pacientes y sus cuidadores y se utilizó el Índice de Barthel (IB) para determinar el nivel de dependencia de los pacientes para realizar las AVD. La población muestral fue de 30 pacientes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico. Los datos se analizaron con SPSS 20. **Resultados:** El 56,7% de los pacientes demostró ser independiente en cuanto a la alimentación. Para la deambulaci3n un 36,7% fue incapaz de trasladarse entre la silla y la cama, un 56,7% fue incapaz de desplazarse y el 60% result3 incapaz de subir y bajar escaleras. El 63,3% fue independiente en el aseo personal y vestido. El 56,7% dependía de su cuidador para la utilizaci3n del retrete, un 60% era continente en el control de las heces y un 50% en la orina. El

36,7% reportó un nivel de dependencia total (0-20 puntos) según el IB. **Conclusión:** Los pacientes con trastornos neurológicos que egresan de una UCI reportaron un nivel de dependencia total (0-20 puntos según el IB).

Palabra clave: Índice de Barthel, actividades de la vida diaria, dependencia, trastornos neurológicos (Fuente DeCs BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Neurological disorders have great impact on the quality of life of patients and their families, most of the time cause permanent sequelae impeding perform activities of daily living (ADLs). **Objective:** To determine the level of dependency of patients with neurological disorders graduating from UCI. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study and field. Applying a survey for sociodemographic data of patients and caregivers and used the Barthel Index (BI) to determine the level of dependency of patients to perform ADLs. The sample population was 30 patients selected by sampling probabilistical not. Data were analyzed in SPSS 20. **Results:** 56.7% of patients demonstrated to be independent in the feed. For ambulation 36.7% were unable to move between the chair and the bed, 56.7% were unable to move and 60% were unable to climb stairs. 63.3% were independent for personal hygiene and clothing. For removal, 56.7% depended caregiver to use the toilet, 60% control was continent of stool and 50% in the urine. 36.7% reported a level of total dependence (0-20 points) according to the BI. **Conclusion:** Patients with neurological disorders graduating from UCI reported a level of total dependence (0-20 points according to the BI).

Key Words: Barthel Index, Activities of daily living, dependency, neurological disorders (Source DeCs NLM).

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años se ha incrementado el número de personas con discapacidad en el mundo a causa de accidentes y enfermedades que los condicionan parcial o totalmente para toda su vida. Para la Organización Mundial de la Salud (2011) más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Dentro de las enfermedades que pueden limitar física y mentalmente a una persona se encuentran los trastornos neurológicos, tales como: traumatismo encéfalo craneal (TEC), accidente cerebrovascular (ACV), lesiones ocupantes de espacio (LOE), entre otros. Estos trastornos, restringen a las personas para realizar actividades de la vida diaria (AVD), convirtiéndose en dependientes del cuidado de otros, transformando su vida y la de su núcleo familiar desde el punto de vista personal, social y económico. Por lo general, las limitaciones están relacionadas con el movimiento o deambulación, trastornos de la comunicación, alimentación, control de esfínteres, requerimientos para el aseo personal, entre otras.

A la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida-Venezuela, según datos suministrados por el Departamento de Registros y Estadística, ingresó un total de 371 pacientes en el año 2011, de los cuales 68 presentaban trastornos neurológicos. Algunos de ellos con requerimientos, por más tiempo de dispositivos invasivos como: traqueostomos, sondas de alimentación y de eliminación.

La atención recibida en la UCI por parte de Enfermería y considerando la relación enfermero-paciente que es 1 a 1, garantiza el correcto funcionamiento de dichos dispositivos, así como también la atención directa e individualizada de sus necesidades básicas; pero una vez que el paciente egresa de esta unidad, la relación se hace insuficiente y los cuidados ya no son tan específicos por la sobrecarga de trabajo del personal en los servicios intermedios, es entonces, cuando el familiar asume el rol de cuidador enfrentándose a situaciones de estrés, ansiedad y temor por desconocimiento o sentimiento de incapacidad para hacerse cargo de su ser querido.

De acuerdo a los eventos mencionados es posible que se presenten complicaciones como las úlceras por presión al no haber movilización; acumulación de secreciones por tos inefectiva y/o por la obstrucción del traqueostomo, lo que puede desencadenar las neumonías; broncoaspiraciones debidas a dificultades para deglutir, a la disminución del nivel de conciencia y por problemas relacionados con el sondaje enteral. Para evitar dichas complicaciones, el cuidador debe poseer conocimientos relacionados con la patología y los cuidados que debe proporcionar; así como también poseer habilidades y destrezas que le permitan manejar o incluso evitar situaciones adversas que podrían perjudicar aún más el estado del paciente.

Lo mencionado anteriormente es confirmado por algunos autores como Brunner y Suddarth (2005) al afirmar que la familia necesita conocer tanto como sea posible sobre el estado del paciente y los cuidados que requiere, para así perder el miedo cuando le corresponda cuidarlo cuando regrese a su hogar. Por ello la promoción de la salud es fundamental en estos casos y una de las grandes funciones de Enfermería es la educación, actuando como guía y consejera especializada para proporcionar los conocimientos adecuados a los familiares, que los capaciten para ayudar a los pacientes con limitaciones debidas a trastornos neurológicos, con el fin de llevar una mejor calidad de vida tanto en las áreas de hospitalización como una vez que el paciente haya egresado de las instituciones de salud.

Al respecto, Virginia Henderson, citada por Wesley (1995) refiere que la enfermera que quiera comprender y ayudar a los pacientes aprovechará la oportunidad que tenga para hablar con sus amigos y familiares, su mayor contribución puede ser ayudar a un miembro de la familia a entender lo que el paciente necesita de él. Por eso define a la persona como un individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia para llevar a cabo las actividades diarias que realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, o para morir con tranquilidad; la persona y la

familia son consideradas como una unidad. De la misma manera la salud la refiere como la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Por tal motivo resultó necesario determinar el nivel de dependencia con el que egresan los pacientes con trastornos neurológicos de la UCI del IAHULA para precisar el tipo de orientación apropiada y oportuna que debe recibir el familiar por parte del personal de Enfermería, para que adquiriera las habilidades y destrezas que le permitan satisfacer con seguridad y menos riesgos las necesidades de atención de dichos pacientes y a la vez logren prevenir las complicaciones generadas como consecuencia del estado de salud, reduciendo el costo económico y el reingreso a los centros hospitalarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y Diseño de Investigación

El estudio fue de tipo descriptivo, de diseño transversal y de campo. Polit y Hungler (2000) refieren que el objetivo del estudio descriptivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría. Esta investigación cumplió con lo expresado por los autores, debido a que se obtuvo una descripción de las capacidades del paciente con trastornos neurológicos que egresaron de la UCI en diversas actividades de la vida diaria y con ello se determinó el nivel de dependencia.

Los autores también afirman que los diseños transversales implican la obtención de datos en un momento específico. Los fenómenos se captan según se manifiestan, durante un periodo de colecta de datos. En tal sentido, la presente investigación correspondió a un diseño transversal porque los datos fueron recolectados en un lapso de tiempo determinado en los meses julio y agosto de 2012.

El diseño de campo, según Arias (2006) consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurre los hechos, sin manipular o controlar variables; por lo que se consideró que éste es un trabajo de campo, dado que la información recolectada se obtuvo de forma directa con los cuidadores principales quienes permanecían junto al paciente a diario en las unidades de hospitalización del IAHULA.

Población muestral

Estuvo constituida por 30 pacientes que sufrieron algún tipo de trastorno neurológico y que a su vez lograron egresar de la UCI del IAHULA entre julio y agosto de 2012 y fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico (Morles 2005) que consiste en que el investigador toma la muestra seleccionando los elementos que a él le parecen representativos o típicos de la población, por lo que depende del criterio del investigador.

Los criterios de inclusión relacionados al paciente fueron los siguientes:

1. Ser egresado de la UCI del IAHULA.
2. Edad mayor o igual a 10 años.
3. Presentar algún trastorno neurológico.

Mientras que los criterios relacionados al cuidador fueron:

1. Ser la persona principal que asume el compromiso del cuidado.
2. No percibir remuneración alguna por brindar el cuidado.
4. Edad mayor de 15 años.

Algunos autores como Chávez (2007) acotan que en los estudios cuantitativos del tipo transversal descriptivo, el tamaño mínimo de muestra es de 30 personas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Posterior al egreso del paciente de la UCI, se acudió a los servicios de hospitalización hacia donde fue trasladado, allí se contactó al cuidador principal, se le explicaron los objetivos del estudio y se le solicitó el consentimiento informado, con la salvedad de que hubiesen transcurrido dos días desde el egreso, con el fin de que éste reconociera las necesidades o las AVD requeridas por el paciente. La información suministrada por los cuidadores fue de carácter confidencial y solo se utilizó con fines académicos. En tal sentido, se mantuvo la privacidad y el anonimato en los instrumentos a utilizar, estableciendo un código en cada uno de ellos, a fin de evitar colocar los datos de identificación de los participantes. Además, la investigación no representó ningún riesgo para los cuidadores ni para los pacientes en estudio.

Se les aplicó a los cuidadores de los pacientes un instrumento que constaba de dos partes. La primera parte, con 8 ítems que permiten obtener los datos sociodemográficos de los pacientes y de sus cuidadores principales, así como también el factor causal y el diagnóstico médico presentado por el paciente.

Para conocer el estado neurológico existen escalas que puntúan funciones básicas de cuidado personal o las AVD en relación con el entorno y que intentan medir por tanto la autonomía del paciente, el sentido está en aplicarlas al ingreso y durante el seguimiento para conocer la evolución. Dentro de estas escalas está el Índice de Barthel (IB), por tal motivo, la segunda parte del instrumento correspondió a los ítems de este índice.

Según Mahoney y Barthel (1965) los autores originales del IB, éste evalúa 10 AVD (comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y escalones), consideradas como básicas, cada dimensión con 2, 3 o 4 indicadores con una puntuación determinada según sea el caso del paciente, en intervalos de 5 en 5 a partir del 15 hasta el 0, con un valor total al sumarse que va de 0 a 100 puntos (90 para pacientes

limitados en silla de ruedas) que indica el nivel de dependencia en las AVD; también permite determinar la puntuación individual en cada dimensión estudiada lo que daría la dependencia específica en relación a una AVD en particular.

Cid y Moreno (1997) el IB se interpreta de la siguiente manera:

Dependencia total: 0-20 puntos.

Dependencia severa: 21-60 puntos.

Dependencia moderada: 61-90 puntos.

Dependencia escasa: 91-99 puntos.

Independencia: 100 puntos.

La interpretación del IB es en base a la puntuación obtenida según las categorías de dependencia. A menor puntaje mayor grado de dependencia o de deterioro en el autocuidado, que implica la necesidad de ayuda de otra persona. Los pacientes ubicados en la dependencia escasa y moderada son los más susceptibles de recuperar la independencia con el cuidado de enfermería o del familiar y el tratamiento adecuado.

Se considera que es un instrumento fácil y rápido de usar y de interpretar. Diversos autores establecen un tiempo promedio de aplicación de 2 a 5 minutos. El IB no requiere la aplicación de validez ni de pruebas psicométricas en cada investigación que se utilice, debido a que es un instrumento de aplicación clínica, ampliamente validado. Loewen y Anderson (1988) establecieron alta fiabilidad en la versión original, en el interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00 y fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972. Y en relación a la evaluación de la consistencia interna, Cid y Moreno (1997) observaron un Alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original. En Colombia, García y Sandoval (2001) obtuvieron una fiabilidad similar a los anteriores autores (0,93 con alfa de Cronbach). Estos resultados validan que el IB es un instrumento confiable, con excelente consistencia interna, dado que el valor óptimo de dicho coeficiente es 1 (Sánchez y Echeverri, 2004). En total el instrumento diseñado para la recolección de la información constó de 18 ítems.

Técnicas De Procesamiento Y Análisis De Datos

Luego de recolectados los datos se realizó el proceso de tabulación y cálculos estadísticos descriptivos en frecuencias y porcentajes mediante el paquete estadístico SPSS versión 20, posteriormente fueron presentados en forma de tablas y gráficos de barra para su análisis e interpretación. Para desarrollar el análisis se tomó en cuenta cada uno de los datos obtenidos redactando una pequeña nota donde se sintetizaron los hallazgos más significativos (análisis cuantitativo), luego se emitió la discusión de lo obtenido, considerando los antecedentes y el marco teórico relacionado con la temática (análisis cualitativo).

RESULTADOS:

Se reportan los resultados más significativos. Con relación a los datos sociodemográficos: la edad predominante de los pacientes que ingresaron a la UCI por trastornos neurológicos osciló entre 10 a 20 años con un 43,3%. En cuanto al diagnóstico médico el TEC predominó en un 50%. Los rangos de edad más frecuentes de los cuidadores estuvieron entre los 27 a 37 años (33,3%) y el parentesco del cuidador principal correspondió a la madre (40%). Según lo evidenciado con el IB: el mayor porcentaje (56,7%) de los pacientes eran independientes para alimentarse.

En cuanto a la deambulaci3n un 36,7% fue incapaz de trasladarse entre la silla y la cama (Tabla 1); un 56,7% fue incapaz de desplazarse y el 60% result3 incapaz de subir y bajar escaleras.

Tabla 1. Nivel de dependencia de los pacientes en cuanto a la deambulaci3n (Trasladarse entre la silla y la cama).

Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Incapaz	11	36,7
Necesita Ayuda Importante	9	30,0
Necesita Algo de Ayuda	5	16,7
Independiente	5	16,7
Total	30	100

Fuente: Instrumento aplicado.

El 63,3% fue independiente en la higiene personal y vestido (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de dependencia de los pacientes en cuanto a la higiene personal y vestido (Aseo personal).

Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Necesita Ayuda	11	36,7
Independiente	19	63,3
Total	30	100

Fuente: Idem

El 56,7% dependía de su cuidador para la utilización del retrete, un 60% era continente en el control de las heces (Tabla 3) y un 50% en la orina.

Tabla 3. Nivel de dependencia de los pacientes en cuanto a la eliminación (Control de heces).

Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Incontinente	12	40,0
Continente	18	60,0
Total	30	100

Fuente: Idem

El 36,7% reportó un nivel de dependencia total (0-20 puntos) según el IB (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos, según IB.

Nivel de Dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Dependencia Total	11	36,7
Dependencia Severa	9	30,0
Dependencia Moderada	5	16,7
Dependencia Escasa	3	10,0
Independencia	2	6,7
Total	30	100

Fuente: Idem

DISCUSIÓN:

Sobre los datos sociodemográficos de los pacientes, los resultados indican que se encontraban en un rango de edad comprendido entre los 10-20 años de edad, constituyendo una población muy joven en comparación con la edad promedio en estudios realizados anteriormente cuyas edades oscilaban entre los 81,3 años para el estudio de Lesende, Quintana, Urzay, Ganzarain, Aguirre y Pedrero (2011) y 35,6 años en el trabajo de Acevedo, Barna y Roa (2008). El TEC fue el diagnóstico médico con mayor porcentaje en la población estudiada. Para Gómez (2008) el TEC es cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal y sus envolturas o estructuras,

secundario a un intercambio brusco de energía mecánica (accidentes viales, heridas por armas de fuego o con objetos punzo penetrantes y las caídas). Provoca alteraciones en el nivel de conciencia, riesgo directo de muerte, deterioro en el centro respiratorio, en la movilidad, entre otras.

En lo concerniente a los datos sociodemográficos del cuidador, los resultados reportaron edades productivas correspondientes al adulto joven; siendo las madres las que asumieron la responsabilidad del cuidado, quienes posiblemente tenían que compartir el tiempo entre cumplir con un trabajo y el cuidado del familiar. Para estos hallazgos no se encontraron antecedentes, por lo tanto no fue posible establecer puntos de comparación. Pero Pinto, Barrera y Sánchez (2005) reportaron datos muy interesantes, el cuidador familiar es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido.

Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia (madres, hijas), con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al familiar desde el momento de su diagnóstico y siguen cuidándolo por más de seis meses en el centro de salud o en el hogar. Estas personas sienten que la atención al familiar ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que deben asumir. Asimismo, el cuidado ha sido documentado por Stoltz, Uden y Willian (2004) asumiendo que la experiencia de cuidado varía con el género; donde la mujer, comprende y aplica el cuidado en la vida diaria de manera detallista y observadora como una responsabilidad natural e instintiva con los hijos, con los padres, con la pareja, a fin de preservar la vida de las personas con las que convive. Mientras que, el hombre, colabora en el cuidado aportando lo necesario para el mantenimiento de la vida, siendo organizado, práctico y responsable.

En lo concerniente al nivel de dependencia de los pacientes para realizar las AVD, se evidenció en cuanto a la alimentación, mediante la aplicación del IB, que más de la mitad de los pacientes presentaron un nivel de independencia. En esta dimensión, Ruiperez y Llorente (1999) manifiestan que el profesional de enfermería debe enseñar al familiar a alimentar al paciente dependiendo de la vía indicada para garantizar el aporte nutricional adecuado. En el caso de que se administren los alimentos por sondaje nasogástrico se deberán explicar los riesgos como la broncoaspiración y obstrucción y la forma de prevenirlos, ya sea verificando la posición correcta de la sonda antes de la alimentación y colocando al paciente en posición Semi-Fowler, según indicación médica.

Si el paciente tolera la vía oral se deberá explicar la importancia de la administración de los alimentos en pequeñas porciones y de la posición mencionada anteriormente para evitar complicaciones como las broncoaspiraciones. La alimentación amerita un ambiente tranquilo y sin apuros que favorezca el proceso digestivo.

La dependencia fue más acentuada en la deambulacion, específicamente para desplazarse y subir y bajar escaleras; esto concuerda con el estudio realizado por Acevedo, Barna y Roa (2008) en el que el nivel más elevado de dependencia se manifestó para el uso de las

escaleras (70,8%) lo que reafirma la importancia de las medidas destinadas a facilitar el desplazamiento intra y extra domiciliario de los pacientes con trastornos neurológicos, tal y como lo afirman Brunner y Suddarth (2004) el movimiento es fundamental para la independencia del paciente; los familiares deben contribuir en la satisfacción de las necesidades que se ven restringidas cuando hay limitación para la movilización, previniendo complicaciones en los diferentes sistemas del organismo, como las úlceras por presión, las contracturas musculares, entre otras; y situaciones de riesgo como las caídas. Los familiares deben aprender a movilizar al paciente en una forma que sea segura para ambos.

Los hallazgos reportaron que un alto porcentaje era independiente para la higiene personal y vestido, lo que se entiende por el problema planteado anteriormente. Según Kozier, Erb y Olivieri (1993) cuando las personas se enferman, las prácticas higiénicas se ubican generalmente en un segundo plano. La higiene personal es necesaria para eliminar sustancias, bacterias y el mal olor corporal, además de ser relajante, refrescante y ayuda a la apariencia y autorrespeto de la persona. Otros autores como Pulgarin, Osorio y Varela (2012) agregan que las actividades como el cepillado bucal, la limpieza ocular y del rostro, constituyen una rutina dentro de la dimensión de aseo personal, por lo tanto, cuando se pierde la capacidad de realizarlas, Enfermería es el profesional encargado de instruir al cuidador sobre la importancia y la forma correcta de llevarlas a cabo.

En cuanto a realizar las acciones de vestirse y desvestirse, en algunos pacientes con trastornos neurológicos pueden verse afectadas al estar incapacitados para moverse, por lo que el cuidador suplirá esta actividad ayudándole en la escogencia y colocación de las prendas. Si además de la movilidad, la función cognitiva se encuentra afectada, el paciente no podrá expresar sus preferencias y el familiar deberá ocuparse por completo de satisfacer esta necesidad y en este sentido las recomendaciones tienen que ver con brindar al paciente comodidad y confort y evitar lesiones de la piel.

Con relación a la eliminación un alto porcentaje eran dependientes para el uso del retrete, pero algunos con la capacidad de controlar las excretas de productos de desecho. En los antecedentes no se encontró reflejados los resultados sobre estos indicadores. Pero para Kozier, Erb y Olivieri (1993) la eliminación comprende los procesos fisiológicos por los cuales el organismo excreta los productos de desecho a través de las heces y la orina. Esta actividad comprende el uso del retrete, la eliminación fecal y urinaria.

Asimismo, Brunner y Suddarth (2004) refieren que el individuo para demostrar independencia, debe ser capaz de trasladarse hasta el baño, desabrocharse la ropa y hacer uso del sanitario o retrete. Cuando existe la limitación, en algunos casos resulta necesario recurrir al uso de pañales desechables como último recurso y el familiar debe estar atento a realizar la higiene y los cambios necesarios para prevenir lesiones dérmicas y otras complicaciones.

Sobre la eliminación fecal, Kozier, Erb y Olivieri (1993) manifiestan que es la expulsión de heces a través del conducto anal, como producto de desecho de la digestión del organismo. Pulgarin, Osorio y Varela (2012) consideran que la necesidad de eliminación fecal en los pacientes con trastornos neurológicos puede ser difícil por varias razones: la

inmovilidad, la ausencia de ingesta de alimentos y líquidos, los medicamentos, la analgesia y sedación.

En este sentido, el familiar debe estar informado de las posibles complicaciones como el estreñimiento para lo que se deben enseñar técnicas para fomentar la adecuada eliminación fecal como por ejemplo los masajes abdominales en el sentido de las agujas del reloj para favorecer la motilidad intestinal, la importancia de la alimentación rica en fibra si no se encuentra contraindicada y en algunos casos, se requiere la ayuda con laxantes y enemas para evitar esfuerzos incrementados por parte del paciente que puedan aumentar la presión intracraneal.

Sobre la eliminación urinaria, Koziar, Erb y Olivieri (1993) confirman que es el vaciado de la vejiga urinaria como producto de desecho del metabolismo de los riñones. Para Brunner y Suddart (2004) resulta común que los pacientes con trastornos neurológicos sufran problemas de incontinencia o en el caso contrario posean dificultades para realizar la micción, inclusive algunos de ellos presentan dispositivos como sondas vesicales que al permanecer insertadas por tiempo prolongado pueden predisponer a las infecciones del tracto urinario, por lo que el familiar debe estar preparado para ofrecer apoyo para trasladar al paciente hasta el retrete, ofrecer los cuidados a la sonda vesical e identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones a tiempo.

En relación a la interrogante y al objetivo general de la investigación, se encontró que los pacientes egresaron con dependencia total del cuidado de sus familiares, según el IB correspondió a una puntuación de 0-20 puntos. Este resultado fue similar al obtenido por Lesende, Quintana, Urzay, Ganzarain, Aguirre y Pedrero (2011) y contrastó con lo reportado por Acevedo, Barna y Roa (2008) y por González, Fernández, González y Lozano (2008) quienes encontraron un nivel de independencia en casi la totalidad de los participantes del estudio.

Con relación a la investigación llevada a cabo por Alvarez, Estrada, Belaustegi, Chaparro, Erice, González, et. al. (2004) los pacientes que sobrevivieron un año lograron un nivel de vida independiente con un IB mayor de 70 puntos lo que puede indicar que la recuperación de la independencia es posible con el paso del tiempo. Al igual que los pacientes del presente estudio, los de estos investigadores fueron sometidos a ventilación mecánica por lo que las expectativas pueden ser positivas con la asistencia adecuada por parte del cuidador y bajo la orientación adecuada de Enfermería.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En líneas generales, los pacientes con trastornos neurológicos egresados de la UCI del IAHULA de Mérida-Venezuela reportaron un nivel de dependencia total (0-20 puntos según el IB). Los cuidadores principales de los pacientes que se hospitalizan en la UCI deberían recibir por parte del profesional de Enfermería un adiestramiento especial previo al egreso en cuanto al cuidado diario relacionado a la alimentación, la deambulación, la higiene personal y la eliminación, a fin de facilitarles el conocimiento,

las habilidades y destrezas que permitan disminuir el nivel de estrés por desconocimiento, por temor; y el número de complicaciones.

Elaborar un programa sistemático, detallado que debe recibir los pacientes con trastornos neurológicos por parte del cuidador en lo concerniente a la alimentación, deambulaci3n, higiene personal y eliminaci3n.

Sería interesante agregar el instrumento IB a la historia de Enfermería utilizada en la UCI y aplicarlo al ingreso del paciente, durante su estadía en la unidad y en los días previos al egreso, con la finalidad de obtener una guía sobre las necesidades de los pacientes y su nivel de dependencia en las AVD, y de esta forma poder enseñar al familiar sobre los cuidados específicos que amerita el paciente. Además de la educaci3n directa al familiar, también sería interesante entregarle trípticos como recordatorio sobre estos cuidados.

Igualmente, se plantea la posibilidad de elaborar un protocolo de egreso sobre los cuidados de los pacientes con trastornos neurológicos, debido a que en la actualidad la UCI del IAHULA no posee este tipo de documento educativo, que servirá para mejorar la calidad del servicio, satisfacer las necesidades de los pacientes, instruir al familiar, prevenir las complicaciones y los reingresos.

Referencias

- Acevedo, M.; Barna, R. y Roa, E. (2008). *Calidad de vida en pacientes con lesi3n medular: enfrentando la discapacidad*. [Documento en línea]. Disponible: http://www.prevencionintegral.com/Articulos/@Datos/_ORP2008/942.pdf [Consulta: 2012, Abril 11].
- Álvarez, M.; Estrada, I.; Belaustegi, A.; Chaparro, S.; Erice, A.; González, M.; et. al. (2004). *Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería Hospital Txagorritxu, España*. [Documento en línea]. Revisado en Agosto de 2012. Disponible: <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf> [Consulta: 2012, Agosto 5].
- Arias, F. (2006). *Proyecto de Investigaci3n*. (5a. ed.). Venezuela: Episteme.
- Brunner, L. y Suddarth, D. (2005). *Enfermería MédicoQuirúrgica*. (10a. ed.). España: Mc Graw Hill.
- Chávez, N. (2007). *Introducci3n a la Metodología Educativa*. Caracas: Gráfica.
- Cid, J. y Moreno, J. (1997). Valoraci3n de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española Salud Pública*. [Revista en línea], 71(2). Revisado en abril de 2012. Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf> [Consulta: 2012, Abril 22].
- García, A. y Sandoval, C. (2001). *Valoraci3n de la capacidad funcional en los adultos mayores de los centros geriátricos: Hogar Mi Casa de Tunja, Hogar Cándido Quintero de Duitama y Asilo San Antonio de Sogamoso mediante el Índice de Barthel durante el ańo 2001*. Tesis de Especialidad, Fundaci3n Universitaria de Boyacá, Tunja, Colombia.
- G3mez, O. *Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos*. (2a. ed.). España: Monsa-Prayma.
- González, L.; Fernández, M.; González, J. y Lozano, M. (2008). Índice de Barthel: ¿Adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? *Revista Enfermería Global* [Revista en línea], 14. Disponible: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/download/35901/34411> [Consulta: 2012, Marzo 16].
- Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. (2011). Departamento de Registros y Estadísticas. Mérida: Autor.
- Kozier, B.; Erb, G. y Olivieri, R. (1993). *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*. (4a. ed.). Tomo 2. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Lesende, I.; Quintana, S.; Urzay, V.; Ganzarain, E.; Aguirre, T. y Pedrero, J. (2011). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoraci3n de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Revista Atenci3n*

- Primaria. [Revista en línea]. Disponible: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(11\)00286-1.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(11)00286-1.pdf). [Consulta: 2012, Abril 15].
- Mahoney, F. and Barthel, D. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.
- Morles, V. (2005). *Metodología de la Investigación*. (7a. ed.). Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial de discapacidad*. [Documento en línea]. Disponible en línea: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/ [Consulta: 2012, Marzo 20].
- Polit, D. y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6a. ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Pulgarin, A.; Osorio, S. y Varela, L. (2012). *Fundamentos de Enfermería. Cuidado del paciente en estado crítico*. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Ruiperez, I. y Llorente, P. (1999). *Manuales prácticos de enfermería*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
- Sánchez, R. y Echeverri, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista Salud Pública*, 6(3), 302-318.
- Stoltz, P.; Uden, G. and Willian, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home-a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 111-119.
- Wesley, R. (1995). *Teorías y modelos de enfermería*. (2a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Marcano L, Fernández A. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de una unidad de cuidados intensivos .Rev salud hist sanid on-line 2013; 8(1): 27-39 Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2013