



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Terapia Ocupacional en Adultos Mayores con Cuidados Paliativos

Autor:

Hidrovo Veliz Jefferson Moisés

Facultad De Ciencias Médicas

Carrera Terapia Ocupacional

Manta-Manabí-Ecuador

2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe; certifica que el proyecto de investigación titulado **TERAPIA OCUPACIONAL EN ADULTOS MAYORES CON CUIDADOS PALIATIVOS** es trabajo original de la **Sr. HIDROVO VELIZ JEFFERSON MOISÉS**, el cuál ha sido realizado bajo mi dirección.

DRA. ALEYMA DE LOURDES VÁZQUEZ MEDINA

Tutora Proyecto de Investigación

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Proyecto de Investigación, sobre el tema: **TERAPIA OCUPACIONAL EN ADULTOS MAYORES CON CUIDADOS PALIATIVOS**, elaborado por la estudiante **HIDROVO VELIZ JEFFERSON MOISÉS**, para la Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, noviembre de 2018

Lcdo. Luis Loor Mera. Mg.

CALIFICACIÓN

Lcdo. Diego Cuichan. Mg.

CALIFICACIÓN

SECRETARIA

DEDICATORIA

El momento en que el ser humano culmina una meta, es cuando se detiene a hacer un recuento de todas las ayudas recibidas, de las voces de aliento, de las expresiones de amor y comprensión de la familia, amigos y personas especiales en la vida. Por tal motivo dedico este trabajo de investigación principalmente a Dios por haberme permitido culminar con éxito este trabajo, y a mis padres, que a lo largo de la vida han velado por mi bienestar y educación brindándome su apoyo en todo momento, confiando en mí en cada obstáculo que se me ha presentado sin dudar ni un solo instante de mi inteligencia y capacidad.

RECONOCIMIENTO

A Dios por haberme dado las fuerzas, la voluntad, paciencia y perseverancia para poder concluir este trabajo.

A mi familia que me ha dado impulso en mi superación académica y siempre ha estado conmigo en todo momento, especialmente a mi madre que me acompañó hasta el final de este proceso, confiando siempre en mis decisiones.

A mi tutora: Dra. Aleyma Vázquez por la capacidad profesional demostrada, por el tiempo dedicado, por el ánimo y paciencia brindada, ya que sin su ayuda y conocimiento no hubiese sido posible el desarrollo de este trabajo de investigación.

A mis amigos los que estuvieron siempre a mi lado y han compartido conmigo grandes momentos, a todos aquellos que siguen estando cerca de mí y que le regalan a mi vida algo de ellos.

También agradezco a todas aquellas personas que directa o indirectamente estuvieron involucradas en este proceso y que, gracias a todos ustedes, hoy esto que comenzó como un sueño esta hecho realidad.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	III
DEDICATORIA.....	V
RECONOCIMIENTO.....	VI
ÍNDICE	VII
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
Adultos Mayores.....	6
Cuidados Paliativos	6
Enfermedad terminal	7
Principios sobre los Cuidados Paliativos:.....	7
Los criterios propuestos para la Estrategia en Cuidados Paliativos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada / Terminal, tanto oncológicos como no oncológicos, han sido:	8
Enfermedades Más Comunes Que Llevan A Los Adultos Mayores Al Área De Cuidados Paliativos:.....	9
Desarrollo del trabajo de un terapeuta ocupacional en cuidados paliativos.....	9
Terapia Ocupacional.....	9
Las actividades terapéuticas las dividimos en:	10
Destrezas de Ejecución.....	10
Las destrezas que se valoran en cuidados paliativos son:.....	10
Evaluación Del Estado Funcional	11
La Evaluación del Estado Funcional es Necesaria en Virtud de que:	11
Si se identifica deterioro funcional se debe:.....	11
Índice para Evaluar las Actividas Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	12
Población Objetivo para la Evaluación	12
Interpretación	12
Méritos y Limitaciones	13
Escala de valoración funcional de Karnofsky.....	14

Interpretación	14
Objetivos de la escala de valoración funcional de Karnofsky	15
DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO	16
Diseño de Propuesta	24
Introducción.....	24
Objetivo general.....	25
Objetivos específicos	25
Resultados esperados.....	25
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Referencias Bibliográficas.....	28
Anexos	29
Anexo I.....	29
VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – ÍNDICE DE KATZ.....	29
Interpretación del índice Katz presenta ocho posibles niveles:.....	30
Anexo II.....	31
VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KARNOFSKY	31
Anexo III.....	32
Adaptaciones para la alimentación	32
.....	32
Anexo IIV	32
Adaptaciones para la vestimenta.....	32
Anexo V	33
Adaptaciones para el baño	33

Índice de tablas

Tabla 2: Patologías más frecuentes.....	18
Tabla 3 Nivel de Independencia según la aplicación del índice de Katz.....	20
Tabla 4 Resultados de la evaluación según la escala de Katz.....	21
Tabla 5 Aplicación del índice de Karnofsky.....	23

Índice de gráficos

GRAFICO 1 Factores demograficos.....	17
GRAFICO 2 Patologías más frecuentes	18
GRAFICO 3 Nivel de independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria.	20
GRAFICO 4 Resultados del nivel funcional.....	21
GRAFICO 5 Resultados del nivel de atención según el índice de karnofsky.....	23

RESUMEN

El envejecimiento de la población se está acelerando en todo el mundo. Por primera vez en la historia, las personas pueden aspirar a vivir más de 60 años. Esto conlleva profundas consecuencias para la salud y para los sistemas de atención médica, su personal y su presupuesto. Los cuidados paliativos se implementan en personas con enfermedades terminales y su función principal consiste en aliviar síntomas, el dolor propio de la enfermedad e intervenir con la persona y su familia. Nuestro trabajo tuvo como objetivo analizar los procesos de evaluación y detección que utiliza la terapia ocupacional en los adultos mayores con cuidados paliativos. Se realizó una investigación no experimental, aplicada, cuantitativa, transversal y de campo. La muestra quedó constituida por 20 pacientes adultos mayores atendidos en el área de cuidados paliativos de la Fundación Cottolengo en el periodo comprendido entre abril y septiembre del 2018, a los que se les evaluó el estado funcional de sus actividades básicas de la vida diaria y el nivel de atención y cuidado mediante el índice de Katz y Karnofsky. Se obtuvo como resultado que hubo un predominio del sexo femenino, la patología más frecuente fue la ECV, el nivel de independencia en estos pacientes fue bajo debido al alto grado de incapacidad, lo que conllevó a un incremento en la necesidad de atención y cuidado. Se concluyó que la intervención oportuna de Terapia Ocupacional fomenta la participación y autonomía, pese a las dificultades funcionales presentadas por los adultos mayores.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, Terapia Ocupacional, Enfermedad terminal.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una de las más importantes transformaciones a nivel demográfico con efectos visibles en este siglo. Es un proceso generalizado que presenta distintos ritmos de avance según las características de cada sociedad, el cual demanda acciones concretas tales como: creación de servicios especializados, incremento del cuidado al anciano y reducción de las desigualdades y pensiones no contributivas.

En la tercera edad se presenta un incremento del deterioro de la capacidad funcional el cual se agudiza con el transcurso de los años, observándose mayor incidencia en las personas con edad superior a 75 años; quienes van a reportar mayor dificultad al momento de realizar sus actividades de la vida diaria. Existe relación entre el deterioro funcional y el factor de género, con un predominio del sexo femenino. (MIES, 2015)

En esta etapa de la vida es más común la presencia de patologías crónicas, tales como: el cáncer, enfermedad cardiovascular y pulmonar, insuficiencia renal, demencia, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares.

Estas patologías en ocasiones generan un marcado deterioro en la salud de los ancianos, haciéndose necesaria la internación de estos en una institución de cuidados paliativos; la cual les ofrece una atención esmerada, encaminada a minimizar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad. Los cuidados paliativos pueden brindarse al mismo tiempo que los tratamientos con fines curativos, y pueden extenderse desde el momento del diagnóstico hasta al final de la vida. Teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cuando se enfrentan a una afección terminal.

El concepto de cuidados paliativos fue utilizado por primera vez por Cecily Saunders en 1967 con la fundación del St. Christopher's Hospice en Londres, Inglaterra, experiencia que demostró los efectos positivos obtenidos al incorporar los cuidados paliativos al acompañamiento emocional, social y espiritual de las personas con enfermedades terminales y sus familias, y cómo estos logran mejorar significativamente su calidad de vida. La evaluación y el modo de abordar el proceso en los cuidados paliativos van a estar influenciados por factores psicosociales y espirituales, tanto del paciente como de la familia, por el sistema sanitario y la sociedad en general.

El Instituto nacional de estadísticas y censo de Ecuador (INEC) reportó que hay 17.098.043 millones de habitantes, el 10 % corresponde a las personas de más de 60 años. Es decir, hay un total de 1.709.804 adultos mayores. En Ecuador se estima que en el 2020 el 17,48% del total la población será mayor de 65 años.

Este fenómeno amerita una investigación detallada sobre los efectos de los cuidados paliativos en el mejoramiento de la salud de los adultos mayores con enfermedades crónicas o en fase terminal. Resaltando la necesidad de incrementar este tipo de servicio en todas las instituciones de salud.

Basado en lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente interrogante:

¿De qué manera la terapia ocupacional repercute en los adultos mayores con cuidados paliativos?

En el contexto epidemiológico esta investigación se justifica porque los adultos mayores presentan una gran incidencia de afecciones crónicas y terminales que requieren de cuidados paliativos, lo cual constituye un problema de salud pública reconocido por la comunidad científica a nivel internacional. De ahí que resulta necesario investigar como incide la terapia ocupacional en los cuidados paliativos ofertados a estos pacientes.

Desde el punto de vista teórico los resultados de esta investigación contribuirán a reflejar la repercusión de la terapia ocupacional en la intervención de los adultos mayores con cuidados paliativos, lo que redundará en beneficio desde el punto de vista académico y humano.

Desde el punto de vista económico este trabajo pretende elevar el nivel de independencia de los adultos mayores con cuidados paliativos, lo cual minimiza los costos generados al sistema nacional de salud, dado por una reducción en la contratación del personal para la atención del adulto mayor y en la adquisición de insumos.

Desde el ámbito metodológico los resultados de la investigación podrán ser considerados en intervenciones en unidades de salud, fortaleciendo el sistema de atención integral al adulto mayor.

En el contexto práctico de la terapia ocupacional pretendemos identificar las principales dificultades funcionales que presentan estos pacientes para así elaborar una propuesta, encaminada a elevar el nivel de independencia en las actividades básicas de la vida diaria, en la que los pacientes se encuentren con la mayor autonomía posible dentro de los cuidados paliativos.

Por lo anteriormente expuesto nos planteamos la siguiente hipótesis:

- La Terapia ocupacional a través de sus procesos de detección y evaluación permite determinar el nivel de funcionabilidad y necesidad de atención de los adultos mayores con cuidados paliativos.

La variable independiente es Terapia Ocupacional, la misma se basa en el uso terapéutico en las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad en beneficio de la variable dependiente que son a los adultos mayores con cuidados paliativos.

Con la finalidad de desarrollar el proyecto investigativo nos planteamos el siguiente objetivo general:

- Analizar los procesos de evaluación y detección que utiliza la terapia ocupacional en los adultos mayores con cuidados paliativos.

Para un mayor alcance del objetivo general, nos apoyamos en los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar demográficamente a la población e identificar las patologías que con mayor frecuencia afectan a estos pacientes.
- Identificar el nivel de dependencia e independencia en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores mediante el índice de KATZ.
- Determinar la necesidad de cuidados según la gravedad de la enfermedad mediante el índice de Karnofsky.
- Elaborar una propuesta de adaptaciones para las actividades básicas de la vida diaria hacia los adultos mayores con cuidados paliativos.

La población de nuestro estudio estuvo constituida por todos los pacientes atendidos en la fundación Cottolengo ubicada en la ciudadela los Geranios de la ciudad de Manta, Manabí, Ecuador. En el periodo de abril a septiembre del año 2018.

La muestra quedó conformada por 20 adultos mayores internados en el área de cuidados paliativos, que cumplen con los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años internados en el área de cuidados paliativos.
- Pacientes que en pleno uso de sus facultades mentales acepten participar en nuestro estudio, previo consentimiento informado.

- Pacientes con deterioro de su estado mental que sus familiares o representante legal acepten su participación en la investigación, previo consentimiento informado.

Nuestros criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Pacientes en estado premortem.
- Pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y no deseen participar en el estudio.

La presente investigación según la naturaleza, el objeto de estudio, el tipo de análisis y el nivel de profundidad fue cuantitativa y aplicada. Según el papel que ejerce el investigador, el periodo de tiempo y la manera de recopilar la información es no experimental, transversal y de campo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Adultos Mayores.

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más les gustan hacer, también es recomendable una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el deterioro causado por el envejecimiento de su organismo.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos constituyen una rama de la medicina encargada de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave que compromete su vida, tanto para su bienestar como el de su familia. Normalmente se aplican a pacientes que cursan con afecciones terminales que se encuentran fuera de un tratamiento médico curativo o a aquellos con enfermedades muy graves que cursan con tratamientos encamiados a prolongar la vida (Valero Merlos, 2012)

La Organización Mundial de la Salud, define los cuidados paliativos como el “cuidado total activo del cuerpo, mente y espíritu” de la persona y también del apoyo a la familia. Este proceso debe comenzar una vez que se diagnostica una enfermedad considerada terminal e irreversible y prosigue hasta después del fallecimiento de aquella persona, ofreciendo apoyo a la familia para sobrellevar el duelo. (OMS, Cuidados paliativos , 2015)

Enfermedad terminal

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, la enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente. (OMS, 2015)

En general, los cuidados paliativos son implementados por un equipo interdisciplinario de salud. Idealmente estos equipos deberían estar conformados por profesionales de enfermería, medicina, psicología, kinesiología y terapia ocupacional, entre otros profesionales y técnicos, quienes se desempeñan en las diversas áreas de desarrollo de los cuidados paliativos, incluyendo enfermedades y condiciones asociadas a la adultez mayor, patologías oncológicas, enfermedades crónicas no transmisibles y afecciones degenerativas, entre otras. Todas éstas se presentan tanto en adultos como en adolescentes, niños y niñas, aunque patologías como la demencia son particularmente prevalentes en personas adultas mayores. (Gómez, 2012)

Principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento.
- Promocionan la vida y consideran la muerte como un proceso natural.
- No se proponen acelerar el proceso de morir ni retrasarlo.
- Integran los aspectos psicosociales y espirituales en los cuidados del paciente.
- Ofrecen apoyo a los pacientes para ayudar a vivir de la manera más activa posible hasta su muerte.
- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.

- Utilizan una metodología basada en el equipo multiprofesional para atender las necesidades de pacientes y sus familias, incluyendo consejo en el duelo, cuando está indicado.
- Mejoran la calidad de vida y también pueden influir positivamente sobre el curso de la enfermedad.
- Se aplican precozmente en el curso de la enfermedad, en unión con otros tratamientos dirigidos a prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluye aquellas investigaciones necesarias para entender mejor y tratar las complicaciones clínicas.

Los criterios propuestos para la estrategia en cuidados paliativos para la definición del paciente con enfermedad en fase avanzada / terminal, tanto oncológicos como no oncológicos, han sido:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitada.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda de atención y uso de recursos.

La Medicina Paliativa presenta hoy en día una visión más amplia que va desde los cuidados médicos apropiados de pacientes con enfermedades activas y avanzadas con pronóstico limitado y donde el objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, hasta los cuidados de pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana. Incluye a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado y a pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano, tales como: demencia senil avanzada, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, ancianos frágiles y comas evolucionados de causas diversas (Therapists, 2011)

Enfermedades más comunes que llevan a los adultos mayores al área de Cuidados Paliativos:

- Enfermedad pulmonar avanzada:
- Insuficiencia Cardíaca Avanzada
- Enfermedad Hepática Avanzada: Cirrosis Hepática
- Insuficiencia renal crónica avanzada
- Demencias muy evolucionadas y enfermedad cerebrovascular crónica avanzada.

Una enfermedad grave afecta más que simplemente el cuerpo. Afecta todos los ámbitos de la vida de una persona y de la vida de los miembros de la familia. Los cuidados paliativos pueden abordar estos efectos tratando de intervenir en los problemas físicos, emocionales, sociales y de afrontamiento de la persona que se encuentra en esta situación. Contribuyendo a mejorar su calidad de vida y la de su familia siendo así más fácil de una u otra manera abordar el proceso de la muerte dentro del respeto a los valores y creencias de cada persona. (Radbruch L, 2012)

Desarrollo del trabajo de un terapeuta ocupacional en cuidados paliativos

Terapia Ocupacional

La Organización Mundial de la Salud define Terapia Ocupacional como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene la enfermedad y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, cumple las deficiencias incapacitantes y valora los supuestos del comportamiento y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social. Promoviendo el mantenimiento, desarrollo o recuperación de la independencia de la persona (Paliativos., 2015).)

La Terapia Ocupacional en cuidados paliativos está definida como la disciplina que se preocupa de mantener las actividades de la vida diaria (AVD), la autonomía e independencia de la persona a lo largo del proceso, en cuanto sea posible, con el objetivo de preservar los roles significativos para la misma (Butterfield & Magno, 1982).

Los objetivos a plantear han de ser sencillos, claros y deben poder cumplirse en un corto periodo de tiempo. El objetivo funcional es capacitar al enfermo para participar en las actividades de la vida diaria. (Sotomayor, 2012)

Los terapeutas ocupacionales en cuidados paliativos nos centramos en la capacidad funcional de la persona, valorando las limitaciones o restricciones de la actividad que supone un impedimento para alcanzar una buena calidad de vida, siendo nuestra herramienta de trabajo la actividad terapéutica precisa.

Las actividades terapéuticas las dividimos en:

1. Actividades auxiliares
2. Actividades de capacitación
3. Actividades con propósito

Para trabajar con las actividades señaladas el terapeuta ocupacional debe valorar las capacidades de las personas, las cuales se denominan destrezas de ejecución.

Destrezas de ejecución

Las destrezas de ejecución son acciones observables que realiza una persona y están dirigidas a una meta para participar en las ocupaciones de la vida diaria.

Las destrezas que se valoran en cuidados paliativos son:

- Sensoriomotoras
- Cognitivas
- Psicológicas-afectivas
- Sociales- emocionales

En este trabajo de investigación nos basamos en las destrezas sensoriomotoras que nos permite evaluar el estado funcional del paciente debido que a este nivel se valoran la movilidad, fuerza, tono muscular, control postural, el equilibrio y la coordinación oculomanual y oculopédica bilateral.

Evaluación del estado funcional

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. (MORUNO, (2010).)

Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada. (Gómez, Revista de Terapia Ocupacional de Galicia, 7(6), 145-160., 2015)

La valuación del estado funcional es necesaria en virtud de que:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

Si se identifica deterioro funcional se debe:

- Precisar la causa del mismo.
- Precisar su tiempo de evolución (esto determina la potencial reversibilidad).

Índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

Población objetivo para la evaluación

El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención. Las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcional, son comparadas con otras medidas obtenidas periódicamente. Esta escala de evaluación es más útil en individuos que manifiestan dificultades en las actividades instrumentales de la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

Interpretación

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.

- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. La primera considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. La segunda manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, D, E, F y G de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivalen al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente. (AJ Cruz., 2006)

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

Méritos y limitaciones

La herramienta Katz evalúa las actividades básicas de la vida diaria, sin considerar actividades más avanzadas. A pesar de que el índice Katz es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores (esto deberá seguirse por una evaluación geriátrica completa cuando sea apropiado). El índice de Katz es muy útil para la

creación de un lenguaje común acerca del funcionamiento del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor. (ver anexo 1)

Escala de valoración funcional de Karnofsky

La escala funcional de Karnofsky es la más utilizada para la medición de la capacidad funcional desarrollada por Karnofsky y Burchenal con el objetivo de evaluar los agentes quimioterápicos utilizados en el tratamiento de pacientes con cuidados paliativos, fue descrita por primera vez en 19481. Poco más tarde los mismos autores publicaron el primer trabajo de investigación sobre un agente quimioterápico en el que se contaba en la evaluación con esta escala de medición de la capacidad funcional. (Gerontol & 297-306, 2000)

Interpretación

Consta de 11 categorías de clasificación divididas por deciles, las cuales comprenden desde 100 (paciente asintomático con funcionalidad completamente conservada) hasta 0 (exitus). Para la clasificación de los pacientes se utiliza información sobre la capacidad para realizar la actividad normal en el trabajo y/o domicilio, la severidad de los síntomas y la necesidad de cuidados médicos y personales quedando de la siguiente forma:

100: normal sin quejas, sin indicios de enfermedad,

90: actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.

80: actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad.

70: capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.

60: requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.

50: requiere gran atención, incluso de tipo medico encamado menos del 50% del día.

40: invalido incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales, encamado más del 50% del día.

30: invalido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte.

20: encamado por completo paciente muy grave necesita hospitalización y tratamiento activo.

10: moribundo.

0: fallecido.

Objetivos de la escala de valoración funcional de Karnofsky

- Permite conocer la capacidad del paciente para poder realizar actividades cotidianas.
- Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas.
- Sirve para la toma de decisiones clínicas y valorar el impacto de un tratamiento y la progresión de la enfermedad del paciente.
- Un índice de Karnofsky igual o menor a 50 indica elevado riesgo de muerte durante los seis meses siguientes (ver anexo 2)

DIAGNÓSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

El diseño de nuestra investigación es no experimental y transversal.

Esta investigación fue realizada haciendo uso de los siguientes métodos:

- Consentimiento informado de los pacientes que participaron en la investigación.
- Caracterización de la población a través de las Historias Clínicas.
- Aplicación de los métodos de detección y evaluación. En esta fase analizaremos del nivel de funcionabilidad e independencia mediante el Índice de Katz, también mediante el Índice de Karnofsky determinaremos la necesidad de atención y cuidado de los pacientes.
- La observación científica se utilizó durante toda la ejecución de la investigación (estudio de campo).

Los datos recolectados con los instrumentos antes mencionados se almacenaron en una base de datos diseñada al efecto mediante Microsoft Excel. Los resultados que obtenidos se resumieron en tablas y gráficos estadísticos para facilitar el análisis y comprensión de los mismos. Se comentaron y discutieron los resultados, de los cuales se derivaron las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

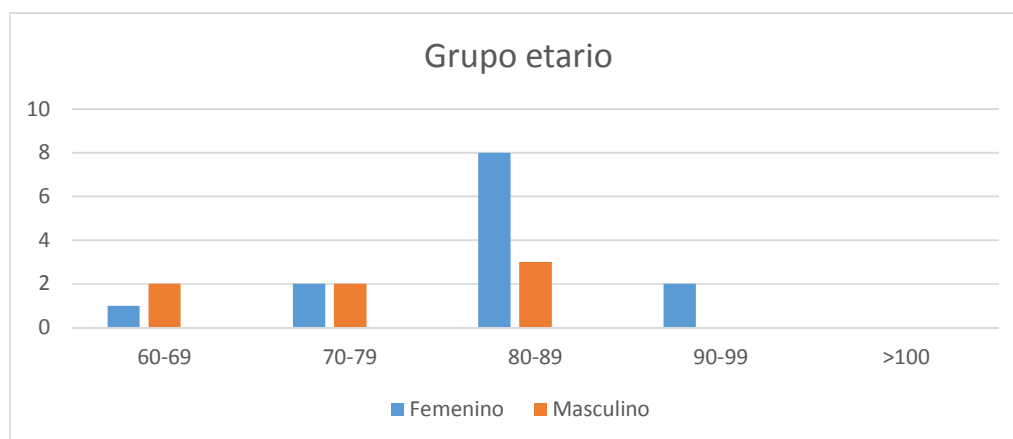
Tabla 1 Factores demográficos

GRUPO ETARIO	SEXO				TOTAL	
	Femenino	%	Masculino	%	No.	%
60-69	1	5%	2	10%	3	15%
70-79	2	10%	2	10%	4	20%
80-89	8	40%	3	15%	11	55%
90-99	2	10%	0	0%	2	10%
>100	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	13	65%	7	35%	20	100%

Autor: Jefferson Hidrovo

Fuente: Evaluación de Katz aplicada a los adultos mayores de la fundación Cottolengo.

GRÁFICO 1 Factores demográficos



Análisis. - Al caracterizar demográficamente a nuestra muestra, nos percatamos que el 55% de la población evaluada se encontraba en el rango de edad de 80 - 89 años; seguido por grupo etario de 70 - 79 años y el de 60 – 69 años con el 20% y el 15% respectivamente. El grupo con menor representación fue el de 90 – 99 con sólo 10%.

El sexo predominante en el estudio fue el femenino con 65% de los casos.

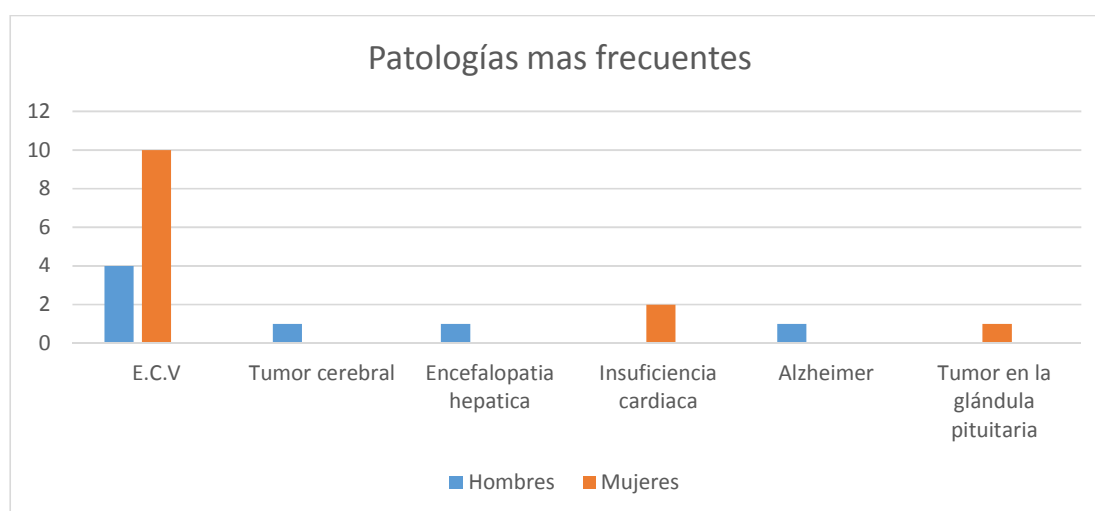
Tabla 1: Patologías más frecuentes

PATOLOGÍAS	SEXO				TOTAL	
	Femenino	%	Masculino	%	Pacientes	Porcentaje
E. C. V	10	50%	4	20%	14	70%
Tumor cerebral	0	0%	1	5%	1	5%
Encefalopatía hepática	0	0%	1	5%	1	5%
Insuficiencia cardiaca	2	10%	0	0%	2	10%
Tumor de la glándula pituitaria	1	5%	0	0%	1	5%
Alzheimer	0	0%	1	5%	1	5%
TOTAL	13	65%	7	35%	20	100%

Autor: Jefferson Hidrovo

Fuente: Aplicación del índice de katz en los pacientes de la fundación Cottolengo

GRÁFICO 2: Patologías más frecuentes



Análisis. _ En términos de patologías más frecuentes descubrimos por medio de la recopilación de datos que la patología prevalente es E.C.V. existiendo un total de 70% de pacientes, seguida por la insuficiencia cardiaca con un total del 10% mientras que las patologías restantes equivalen a un 5%

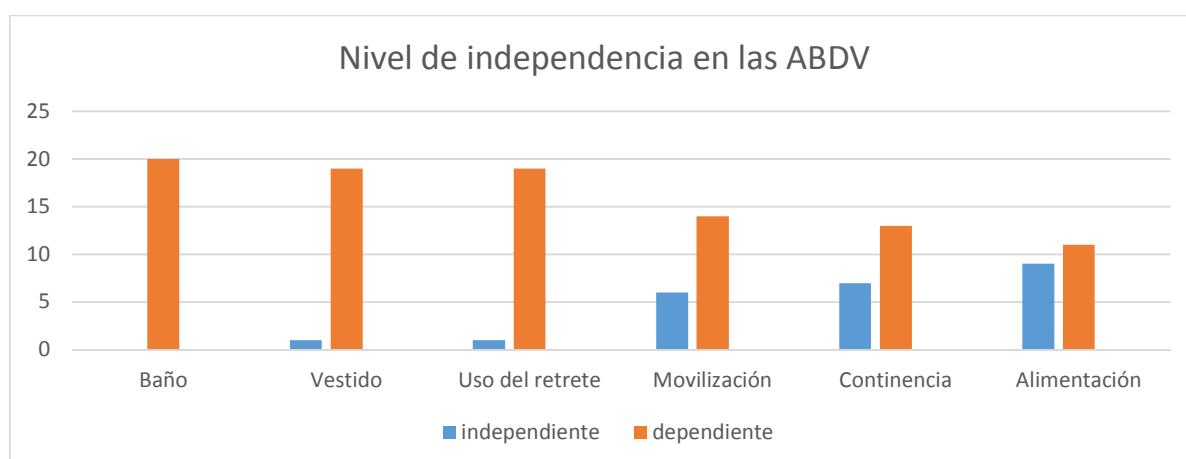
Tabla 2 Nivel de Independencia según la aplicación del índice de Katz

ABVD	Independiente	%	Dependiente	%	Total	%
Baño	0	0	20	100%	20	100%
Vestido	1	5%	19	95%	20	100%
Uso del retrete	1	5%	19	95%	20	100%
Movilización	6	30%	14	70%	20	100%
Continencia	2	10%	18	90%	20	100%
Alimentación	9	45%	11	55%	20	100%

Autor: Jefferson Hidrovo

Fuente: Aplicación del índice de Katz en los pacientes de la fundación Cottolengo

GRÁFICO 3 Nivel de independencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria.



Análisis. _ Al evaluar la independencia funcional con el índice de Katz obtuvimos que sólo el 45% de nuestra muestra podía alimentarse de forma independiente, este fenómeno de dependencia también se hacía evidente en otros aspectos tales como la movilización, el vestir y usar el retrete con valores de dependencia de 70 y 95% respectivamente. Cabe recalcar que el 100% de nuestros pacientes requerían ayuda para su desempeño funcional en el baño y el 90% de estos presentaba incontinencia urinaria.

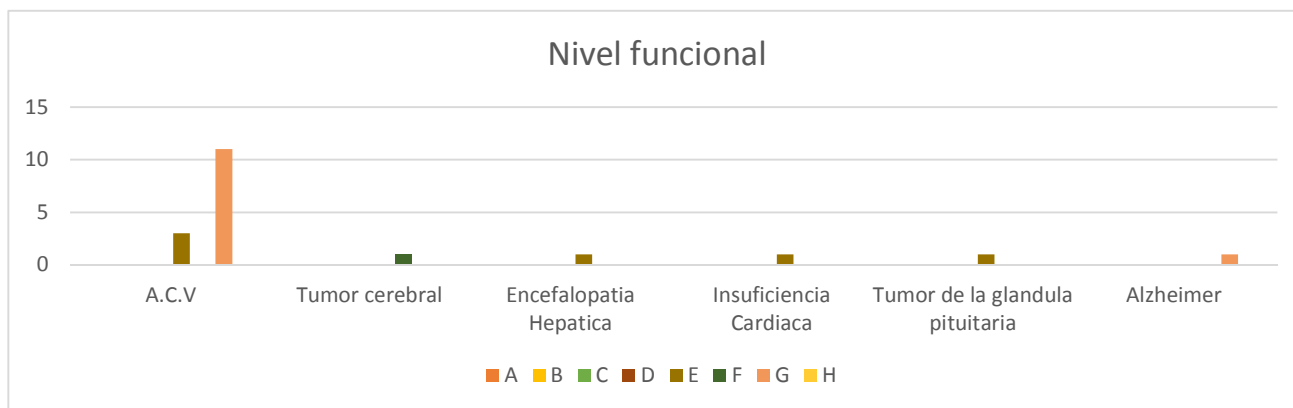
Tabla 3 Resultados de la evaluación según la escala de Katz

PATOLOGÍAS	Nivel de funcionalidad según la evaluación del índice de Katz																
	A		B		C		D		E		F		G		Total		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
A.C. V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	15%	0	0	11	55%	14	70%
Tumor cerebral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5%	0	0	1	5%
Encefalopatía hepática	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5%	0	0	0	0	1	5%
Insuficiencia cardíaca	0	0	1	5%	0	0	0	0	1	5%	0	0	0	0	2	10%	
Tumor de la glándula pituitaria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5%	0	0	0	0	1	5%	
Alzheimer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5%	1	5%	
Total	0	0	1	5%	0	0	0	0	6	30%	1	5%	12	60%	20	100%	

Autor: Jefferson Hidrovo

Fuente: Resultados de la aplicación del índice de Katz en los pacientes de la fundación Cottolengo.

GRÁFICO 4 Resultados del nivel funcional



Análisis. _ En los resultados obtenidos mediante la evaluación realizada con el índice de Katz, observamos que hay un predominio en los niveles G, E, F con el 60, 30 y 5% respectivamente, lo que significa que son dependientes en casi todas las actividades básicas de la vida diaria. Sólo el 5% de la muestra estudiada se ubicó en el nivel B, el cual se caracteriza por ser independiente en casi todas las funciones de las actividades básicas de la vida diaria excepto en una de ellas.

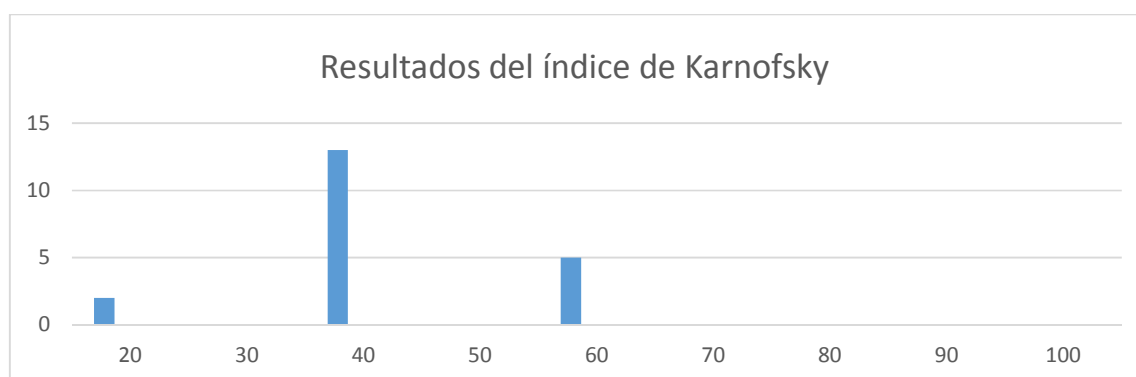
Tabla 4 Aplicación del índice de Karnofsky.

Resultado del índice de Karnofsky	Número	Porcentaje
20	2	10%
30	0	0
40	13	65%
50	0	0
60	5	25%
70	0	0
80	0	0
90	0	0
100	0	0
Total	20	100%

Autor: Jefferson Hidrovo

Fuente: Evaluación de Karnofsky aplicada a los adultos mayores de la fundación Cottolengo.

GRÁFICO 5 Resultados del nivel de atención según el índice de Karnofsky.



Análisis. _ Determinando el nivel de atención y cuidado mediante la aplicación del índice de Karnofsky el 65% de la población evaluada requiere cuidados y atenciones especiales al encontrarse en cama más del 50% del día. Es importante resaltar que el sólo el 25% puede cuidarse por sí mismo y el 20% restante se encuentran encamados las 24 horas del día demandando mayor atención.

Diseño de Propuesta

ADAPTACIONES PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABDV)

Dirigido a: La fundación Cottolengo especialmente al personal de servicio del área de cuidados paliativos.

Introducción

Se basa en un plan de tratamiento según la fase en la que se encuentre el paciente, la cual determinaremos después de aplicar la respectiva evaluación según el índice de Katz y Karnofsky; considerando si es necesario la implementación de adaptaciones o ayudas técnicas, dependiendo de la patología y el nivel de independencia de cada paciente.

En esta propuesta buscamos limitar el impacto de una patología progresiva común a cierta edad, satisfaciendo las necesidades del paciente para reducir la intensidad de sus síntomas, trabajaremos así especialmente en el desempeño de la alimentación, ya que en esta función existe un mayor número de pacientes con un nivel determinado de independencia para llevar a cabo esta actividad. Donde se aplicará un tratamiento de soporte en el cual las adaptaciones implementadas buscarán mantener el mismo nivel de funcionalidad del paciente, evitando el rápido deterioro de esta función; teniendo claro que en los adultos mayores nuestro principal objetivo muchas veces debido al estado de salud en el que se encuentran no está en conseguir grandes avances, sino que estará enfocado en mantener su nivel funcional el mayor tiempo de vida posible. (Ver anexo III)

En las otras actividades básicas de la vida diaria nos proponemos implantar un tratamiento paliativo dentro del cual las adaptaciones implementadas estarán encaminadas a brindar apoyo y mayor facilidad para que el cuidador pueda ejecutar estas actividades con la menor carga posible. (Ver anexo IV, V)

Objetivo general

- Reducir el nivel de atención y cuidado que demandan los adultos mayores e incrementar el nivel de independencia mediante un tratamiento, tanto de soporte como paliativo, dentro de la terapia ocupacional.

Objetivos específicos

- Brindar apoyo terapéutico a los pacientes conforme progresa la enfermedad a fases más avanzadas, para preservar la mayor funcionalidad posible.
- Implementar adaptaciones para promover la autonomía personal en las actividades básicas de la vida diaria con un abordaje de apoyo para el paciente y la familia.

Resultados esperados

Ofrecer un mejor tratamiento a los adultos mayores en cuidados paliativos, demostrando que se puede preservar la independencia de sus actividades haciéndolos más participativos dentro de su desempeño funcional, evitando de este modo un mayor deterioro de sus funciones y disminuyendo el avance de los problemas cognitivos o emocionales. Obteniendo como resultado final una mejoría de la calidad de vida en su etapa final.

Se espera también que esta propuesta sea útil para otras instituciones que presten su servicio en la atención de adultos mayores, con la intención de que mejoren el desempeño funcional y así conseguir la mayor independencia posible; logrando minimizar el impacto causado por la enfermedad que llegan a tener los pacientes internados en el área de cuidados paliativos y sus familiares.

Conclusiones

- En nuestro estudio se identificó que el sexo predominante en el área de cuidados paliativo fue el sexo femenino con más de la mitad de la muestra y que la patología más frecuente en estos pacientes fue la ECV.
- Mediante la aplicación del índice de Katz identificamos que la mayoría de los adultos mayores atendidos en el área de cuidados paliativos, presentaban un bajo nivel de funcionalidad con un alto grado de incapacidad, con un predominio del nivel tipo G, el cual estuvo presente en las dos terceras partes de nuestros pacientes.
- La necesidad de cuidados de los adultos mayores estudiados, a través del índice de Karnofsky, fue elevada, debido a que más de la mitad estos pacientes permanecen encamados más de 12 horas al día.
- Basados en los resultados de esta investigación se elaboró una propuesta encaminada a elevar la calidad de vida de estos pacientes.

Recomendaciones

- Es necesario continuar evaluando el nivel funcional de los adultos mayores con cuidados paliativos, mediante el índice de Katz, para poder detectar el avance del tratamiento e identificar cuáles son las áreas en las que se debe mejorar.
- Es recomendable el uso de adaptaciones que faciliten y mejoren el nivel funcional de los adultos mayores para disminuir la dependencia y el deterioro del desempeño ocupacional.
- Es imprescindible continuar con la intervención de terapia ocupacional en este tipo de pacientes, para mejorar la autonomía y disminuir la demanda de atención y cuidados al momento de realizar las actividades básicas de la vida diaria, teniendo como finalidad conseguir la mayor independencia posible.

Referencias Bibliográficas

- AJ Cruz., P. S. (2006). *Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica*. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/IndiceDeKatz(1).pdf
- Gerontol, E. V., & 297-306, 3. (. (2000). *indice de katz* . Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/IndiceDeKatz(1).pdf
- Gómez, J. (2012). Obtenido de <http://www.revistatog.com/suple/num6/final.pdf>
- Gómez, J. (2015). *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia, 7(6), 145-160*. Obtenido de a Terapia Ocupacional en la Atención al final de la Vida. : <http://www.revistatog.com/suple/num6/final.pdf>
- MIES. (2015). *INIGER MIES*.
- MORUNO, P. R. ((2010).). Obtenido de Actividades de la vida diaria. Elsevier Masson: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/guadeproductosdeapoyo(1).pdf
- OMS. (2015). Obtenido de <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf>
- OMS. (2015). *Cuidados paliativos* . Obtenido de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf>
- Paliativos., O. C. (2015).). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de www.who.int/cancer/palliative/es/
- Palma, D. R. (2007). *Cuidados Paliativos* .
- Radbruch L, P. S. (2012). *white paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 2*. Obtenido de <http://www.Association for palliative Care. European Journal of Palliative Care>
- Sotomayor, T. (2012). *Nuevo Programa de Cuidados Integrales. Clínica Alemana*. . Obtenido de <http://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/blog-denoticias/Ano+2012/08/Nuevo+Programa+de+Cuidados+Integrales>
- Therapists, N. H. (2011). *The route to success in end of life care: achieving quality for occupational therapy. College of Occupational Therapists, United Kingdom*. . Obtenido de <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121115173345/http://endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/>
- Valero Merlos, E. S. (2012). *Manual teorico práctico de terapia ocupacional. Intervención desde la infancia a la vejez*. Obtenido de <http://www.terapiaocupacionalencuidadospaliativos.com>

Anexos

Anexo I

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – ÍNDICE DE KATZ

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo:

Historia clínica:

Fecha:

Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía)	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
Uso del WC	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.	
Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de la silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
	Puntuación total	

Interpretación del índice Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Anexo II

VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KARNOFSKY

100	Normal sin quejas, sin indicios de enfermedad,
90.	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad.
80.	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos síntomas de enfermedad
70.	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.
60.	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.
50.	Requiere gran atención, incluso de tipo medico encamado menos del 50% del día.
40.	Invalido incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales, encamado más del 50% del día.
30.	Invalido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte.
20.	Encamado por completo paciente muy grave necesita hospitalización y tratamiento activo.
10.	Moribundo
0.	Fallecido

Anexo III

Adaptaciones para la alimentación



Anexo IV

Adaptaciones para la vestimenta



Anexo V

Adaptaciones para el baño

