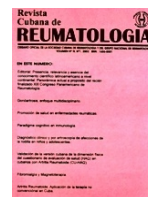


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XV Número 1, 2013 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados

Consequences of the hip fracture in operated aged people

Delgado Morales Juan Carlos*, García Estiven Adelaida, Vázquez Castillo Mayra***, Campbell Miñoso Madelyn******

* Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Reumatología

** Especialista de primer grado en Reumatología

*** Especialista de primer grado en Medicina General Integral y Pediatría

**** Especialista de primer grado en Medicina General Integral

Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana. Cuba

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva con objetivo de aportar evidencias científicas sobre las consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos, operados, seguidos en consulta externa del Hospital "Fructuoso Rodríguez" de La Habana, entre Julio 2008 a Junio del 2009. Los resultados fueron: La capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria fue evaluada con el Índice Katz, resultando el mayor número a los pacientes con discapacidad moderada seguido de la severa. Solo una cifra cercana a la cuarta parte de los ancianos estudiados estaba sin limitaciones. Para determinar capacidad funcional, referido a las actividades instrumentadas, utilizamos el índice Lawton, resultando se reduce el grupo de pleno. Predominan los ancianos que clasifican con grado de gran dependencia, seguidos de los de severa. Entre las consecuencias negativas para las familias priman las crisis internas, y afectaciones del cuidador.

Palabras clave: fractura de cadera; capacidad funcional, índice Katz, índice Lawton, dependencia.

ABSTRACT

We conducted a retrospective descriptive research to provide objective scientific evidence on the impact of hip fracture in elderly patients, operated, followed in outpatient Hospital "Fructuoso Rodriguez" in Havana, from July 2008 to June 2009.

The results were: The ability to perform basic activities of daily living was assessed with the Katz Index, resulting in the largest number of patients with moderate disability followed by severe. Only a figure close to a quarter of the elderly was not limited. To determine functional capacity, based on the activities implemented, the Lawton index was used, resulting in a reduction in the full group. Predominantly classified elderly with a high dependency, followed by those with severe dependency. The negative consequences with families internal crises predominate, as well as disruption of the caregiver.

Keywords: hip fracture, capacity functional, Katz index, Lawton index, dependency.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional e individual es continuo, heterogéneo, universal e irreversible, que determina la pérdida de capacidad de adaptación de los individuos, por lo que como tal no puede ser considerado sinónimo de enfermedad, obligando a diferenciar cuando es normal, fisiológico, del patológico.¹ Es un reto para los sistemas de salud, el objetivo central de lograr una Longevidad Satisfactoria en la cual la declinación fisiológica es mínima, donde desde el punto de vista clínico se alcance un bajo riesgo de enfermedad y discapacidad, un nivel alto de funcionamiento físico y mental y una satisfacción activa con la vida.²

Si bien el envejecimiento poblacional no constituye, en modo alguno, un problema de salud sino un logro alcanzado por la Humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico técnico logrado, no es menos cierto que con este comienzan a proliferar, de forma creciente, un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, así como limitaciones que disminuyen en los ancianos la percepción de su salud.^{3, 4}

La frecuencia con que acuden los pacientes que han sufrido una fractura de cadera a nuestros centros asistenciales es considerada actualmente un problema de salud que presenta un riesgo elevado para el desarrollo de eventos adversos como la limitación funcional, incluyendo la incapacidad y la dependencia.⁵ Algunos especialistas la denominan la “epidemia silenciosa”⁶ debido a su alta incidencia y tendencia al aumento, a pesar de los grandes esfuerzos y numerosos recursos que se dedican a su manejo y tratamiento, considerando la caída que la provoca como el “accidente fatal”.^{7, 8}

En nuestro medio se estima que anualmente ocurren aproximadamente 12 000 fracturas de cadera, cifra que aumenta año tras año, constituyendo un desafío importante para el sistema de salud.⁹ Por varias razones, entre las que destaca la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, con la consiguiente necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos básicos de la vida diaria y, de modo particular, lo referente al cuidado personal.

La anterior información por sí sola nos invita a pensar sobre la situación compleja del adulto mayor, la cual se constituye en una de las principales problemáticas que debemos enfrentar, nacional e internacionalmente, durante las próximas décadas, en vistas a mejorar la calidad de los años de vida, por lo que hemos decidido realizar la presente investigación en el Hospital Ortopédico Docente “Fructuoso Rodríguez” animados en el propósito de contribuir al abordaje científico de esta situación, que sirva de base para la prevención y recuperación de los

ancianos afectados en su dependencia por las fracturas de cadera.

Nos planteamos como objetivo general en esta investigación, identificar consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados, con seguimiento en consulta externa del Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez, en el período de julio 2008 a junio 2009 y como objetivos específicos:

- 1.- Determinar capacidad funcional para actividades de la vida diaria, básicas e instrumentadas.
- 2.- Identificar grados de Dependencia y consecuencias negativas de esta en la familia, por fractura de caderas, en ancianos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo, de corte longitudinal con diseño predominante cuantitativo aplicando el método epidemiológico, con el propósito de aportar evidencias científicas sobre las consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos y clasificación de dependencia que afecta a los ancianos que han sufrido fractura de cadera, evolucionados en la consulta externa del Hospital Ortopédico Docente “Fructuoso Rodríguez” Municipio Plaza de la Revolución, Cuba, en el período de Julio 2008 a Junio del 2009 que permitan a las autoridades sanitarias trazar políticas de prevención y recuperación como elementos claves para luchar por un envejecimiento exitoso.

Fueron aplicados los instrumentos validados internacionalmente para la medición de la capacidad funcional. (Índices de Katz y Lawton)

Universo y muestra

El universo de trabajo estuvo compuesto por 621 adultos mayores de 60 años intervenidos por Fractura de Cadera en el Hospital Ortopédico Docente “Fructuoso Rodríguez” sito en el Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de la Habana en el período de un año comprendido de Julio 2008 a Junio 2009. Para la selección de la muestra a estudiar se utilizó la fórmula por conglomerados para poblaciones conocidas, con una confiabilidad del 95 % y una precisión del 97 %, se obtuvo una muestra mínima a estudiar de 174 pacientes.

La muestra de estudio quedó conformada por 174 adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera que fueron seleccionados por el método de muestreo aleatorio simple. Para ello se realizó un listado consecutivo de todos los pacientes que asistieron a consulta externa de ortopedia de nuestro hospital, que previamente fueron intervenidos quirúrgicamente con ese diagnóstico.

Criterios de inclusión:

Pacientes que fueron ingresados y operados (urgentes o electivos) por esta entidad y continuaron su atención por consulta externa.

- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes que dieron el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
- Pacientes negados a participar en el estudio.
- Paciente con enfermedad terminal.
- Paciente que decide abandonar el estudio.
- Pacientes que fueron reintervenidos quirúrgicamente.
- Pacientes institucionalizados.

Las principales fuentes de datos fueron:

- Historia Clínica Individual.
- Encuesta confeccionada a partir de la literatura revisada validada por criterio de expertos. ^{Anexo 2}
- Instrumentos validados internacionalmente para evaluar capacidad funcional y dependencia (Índices de Katz y Lawton). ^{Anexos 3 y 4}

Procedimientos:

Una vez que el paciente fue seleccionado, se conversaba con él y se solicitaba su conformidad a participar, ^{Anexo 1} si se rehusaba, estaba previsto que se asignara al siguiente. No hubo ningún caso de rechazo. Luego se tomaba la información de la historia clínica más reciente y se consultaban las anteriores de existir, además se aplicaba una encuesta confeccionada al efecto ^{Anexo 2} con la que se interrogaba al paciente y/o familiar todo lo cual se volcaba en el cuaderno de trabajo.

La confección de la documentación que motiva nuestro interés cumplía con todas las exigencias bioéticas, y de la propedéutica geriátrica, incluyendo los factores casuales y de repercusión biológica, psicológica y social de dependencia, seleccionados de literatura revisada.

Un aspecto clave y efectuado por el propia autor, consistió en efectuar una evaluación funcional de cada paciente mediante dos instrumentos de amplio dominio internacional, el Katz y el Lawton, según los criterios preconizados para su aplicación e interpretación, en los criterios Pleno, Moderado y Severo.

Posteriormente se procedió a evaluar la dependencia a partir de las directivas e instrumentos descritos en publicaciones de los órganos de trabajo y seguridad social que establecen niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere, quedando agrupados en los Grados:

I: Dependencia Moderada:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

II: Dependencia severa:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

III: Gran Dependencia:

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Por último se abordaron las Consecuencias Negativas de la Dependencia, desde el punto de vista familiar, según los cambios en las rutinas, necesidades y relaciones de sus miembros según Peolin 1994.

Ética

Prevía explicación en qué consistía la investigación y sus propósitos se tomó el consentimiento informado tanto oral y escrito de los adultos participantes y en los casos que lo requirió de sus representantes, garantizando la confidencialidad y cumpliendo con los principios de bioética médica establecido en Helsinki. ^{Anexo 1}

Técnica y procedimientos**- Obtención de la información**

La información se obtuvo a través de la revisión de las historias clínicas individuales de los pacientes seleccionados, además de la aplicación de una encuesta y de dos instrumentos, el de Katz y el de Lawton por parte del autor en la consulta externa. ^{Anexos 3 y 4}

Los Índices de Katz y Lawton, de amplio uso internacional para la evaluación funcional y dependencia del adulto mayor.

Procedimientos de análisis estadísticos:

Los datos fueron procesados en una computadora Pentium III, con el sistema operativo Windows XP. Se emplearon los procesadores de texto y tablas Microsoft Word y Excel 2007.

Como técnicas estadísticas se utilizó las medidas de resumen para variables cuantitativas (números absolutos y porcentajes) y medidas de dispersión como la desviación estándar, empleando el programa estadístico SPSS versión 9 con un nivel de significación de 0.05 y confiabilidad del 95 %.

Los resultados se presentan en tablas para facilitar su análisis y comprensión. Se revisó la literatura nacional e internacional. Se sacaron conclusiones y se realizaron recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria fue evaluada tal y como hemos planteado con el Índice de Katz, ^{Tabla 1} cuyos puntajes aparecen categorizados en tres grupos, habiéndole correspondido el peso principal a los pacientes con discapacidad moderada seguido de la severa. Solo una cifra cercana a la cuarta parte de los ancianos con fractura de cadera estudiados estaba plena, sin limitaciones.

Cuando lo evaluamos según el efecto que ejerce la edad sobre el nivel y estructura de la discapacidad encontramos que se incrementa su índice, así el menor nivel de presencia de discapacitados severos para las ABVD se observó en el grupo atareo 60-69, y el mayor en el grupo de 90 y más años, igualmente afecta a casi la mitad del grupo de 80-89 años.

Tabla 1 Estado Funcional para Actividades básica de la vida diaria (ABVD) según edad

Edad	Katz (Categorizado)						Total	
	Pleno		Moderado		Severo		Población	
	No	%	No	%	No	%	No	%
60 – 69	22	66.66	9	27,27	2	6,07	33	18.97
70 – 79	13	21.67	35	58.33	12	20.00	60	34.48
80 – 89	8	11,94	26	38,81	33	49.25	67	38.50
90 y mas	--	---	2	14.29	12	85.71	14	8.05
TOTAL	43	24,71	72	41.38	59	33,91	174	100,0

Si observamos la columna de plenos, sin discapacidad para ABVD se puede apreciar una cifra elevada al inicio, que se corresponde con la menor edad, para luego ir descendiendo a medida que avanza la misma.

Consideramos que estos resultados están ligados a la incidencia de la edad en la fragilidad del aciano y a una mayor frecuencia de fractura de cadera a partir de los 80 años, de donde se deduce una mayor labor de prevención de las caídas en esa etapa de la vida.

Con igual propósito de determinar la capacidad funcional del grupo estudiado utilizamos el Índice de Lawton para evaluar la misma, esta vez referido a las actividades instrumentadas, que obviamente resultan más complejas resultando se reduce el grupo de pleno, la categoría más favorable, Llama la atención el predominio del grupo con discapacidad moderada. ^{Tabla 2}

TABLA 2 Estado Funcional para Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD) según edad.

Edad	Lawton (categorizado)						Total	
	Pleno		Moderado		Severo		Población	
	No	%	No	%	No	%	No	%
60 – 69	19	57.57	12	36.36	2	6.07	33	18.97
70 – 79	10	16.66	37	61.67	13	21.67	60	34.48
80 – 89	5	7.46	30	44.78	32	47.76	67	38.50
90 y mas	--		--		14	100	14	8.05
TOTAL	34	19.50	79	45.41	61	35.09	174	100,0

Evaluated por edad, tenemos que en las edades superiores a los 80 años predominan los ancianos con daño severo de su capacidad confirmando la presunción inicial, de que el grado de afectación para este tipo de actividades está íntimamente relacionado con la edad que en nuestro estudio se agudiza por la fractura de cadera sufrida.

Estos resultados se corresponden con la hipótesis, de que el nivel de deterioro puede no manifestarse con el mismo rango en las actividades básicas de la vida diaria, que en las de las actividades instrumentadas, pues demandan una exigencia superior y se confirma lo invalidante que resulta la fractura de cadera aunque en nuestro caso predominó el moderado para ambas actividades.

Con todos los elementos antes estudiados consideramos útil clasificar los ancianos con fractura de cadera según grado de Dependencia, ^{Tabla 3} un concepto relativamente nuevo, referido a la necesidad de asistencia para ejecutar ciertos actos teniendo como eje las veces que requiere de ayuda para realizar actividades Básicas de la Vida Diaria.

Tabla 3 Grado de Dependencia actual

Grados de Dependencia	Total	%
Grado I (Moderada)	42	24.18
Grado II (Severa)	31	17,82
Grado III (Gran Dependencia)	67	38,50

Es mayoritario el grupo de Gran Dependencia, compuesto por los que por su pérdida total de autonomía mental o física necesitan presencia indispensable y continua de otra persona, cuidador, o de lo contrario la conducta sería la institucionalización lo que agravaría su situación.

Dado que en los estudios de Dependencia el enfoque no solo ha de ser individual sino también dirigido a la familia, vista está según plantea Carrasco Mayra C. y col.

En el Texto Básico para la Maestría Longevidad Satisfactoria. Soporte Electrónico 2005, ¹⁰ como fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo siendo la encargada de transmitir valores, construir sentimientos, formar la conciencia humana y conservar tradiciones, en un marco de solidaridad y como la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana.

Tabla 4 Consecuencias Negativas Familiares

CONSECUENCIAS	Total de ancianos	%
Desvinculación laboral del Cuidador	20	11.49
Crisis del cuidador crucial	43	24.71
Ausencia de cuidadores sustitutos	36	20.68
Maltrato familiar al discapacitado	33	18.96
Potencialización de la dependencia por sobreprotección exagerada	12	6.89
Restricción o limitación de la independencia en otras esferas	26	14.94
Crisis familiares	61	35.05
Abandono del paciente en estado de dependencia	2	1.14

La familia es el principal agente proveedor de cuidados para personas dependientes. Por ello consideramos útil valorar las consecuencias negativas para la misma.

Resalta la afectación directa a la familia que provoca la fractura de cadera en el anciano, la que se potencializa con el grupo clasificado con gran dependencia, dada la necesidad de cuidador crucial permanente habiendo registrado en el presente estudio la crisis de cuidador que requiere de apoyo y atención médica, en donde inciden aspectos económicos como la pérdida de ingresos por desvinculación laboral, no contar con sustitutos lo que conlleva agotamiento e irritabilidad que en muchos casos se traduce en maltrato al discapacitado, elementos que están presentes cuya cuantía se reflejan en la tabla 4.

Desde el punto de vista cuantitativo porcentual las dos consecuencias principales están dadas, en primer orden por las crisis familiares que agudizan todo el cuadro dejando de ser el principal apoyo y la crisis del cuidador crucial, ambas interrelacionadas.

CONCLUSIONES

En la evaluación funcional tanto para actividades de la vida diaria como para la instrumentada sobresale el grupo de moderado, sin embargo en edades superiores a los ochenta años primó la categoría severa.

Predominan los ancianos que clasifican con Gran dependencia, seguidos del grupo II, Severa.

Entre las consecuencias negativas para las familias, más frecuentes, se encuentran, las crisis internas, y afectaciones del cuidador.

RECOMENDACIONES

Iniciar proyectos de trabajo sobre prevención de Dependencia en ancianos con fractura de cadera, fundamentalmente en la

Atención Primaria de Salud (APS) y su referencia y contra referencia con el Hospital.

Establecer políticas sanitarias que garanticen un incremento de la salud de este grupo poblacional.

BIBLIOGRAFÍA

1-Cabrera Romero Ángel. *Definición de envejecimiento Documento 3 Maestría de Longevidad Satisfactoria La Habana 2005.*

2-Toledo Curbelo.. *Fundamentos de Salud Pública., Tomo I.. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2004: 56-72.*

3-Pérez Martínez Víctor T. *El deterioro cognitivo: una mirada previsor* Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2): 13-27.

4-Delser T, Peña J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994: 42-65.*

5-Álvarez Cambras R. *Tratado de Ortopedia y Traumatología. La Habana: Pueblo y Educación; 1985: 132-4.*

6-Nogal L, Ribera JM. *Complicaciones y consecuencias de las caídas. El síndrome poscaída. En: Pitto RP. Osteoporosis y caídas en los ancianos, Barcelona. Fahoemo-Edipharma; 1994: 37-56.*

7-Copeland CE, Mitchell KA, Brumback RJ, Gens DR, Burges AR. *Mortality in patients with bilateral femoral fractures. J Orthop.Trauma 2008; 12: 315-9.*

8-Benitez Herrera A, Ylisastegui Romero LE. *Auto percepción de salud y evaluación integral del paciente anciano en un Centro de Atención Primaria. Rev Atención Primaria 1996; 17(4): 273-9.*

9-RaunelHernandez A. *Fractura de cadera en el anciano. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Edición Avila 2005: 33-47.*

10-Carrasco Mayra. *Texto Básico Maestría Longevidad Satisfactoria. Soporte Electrónico 2005*

Los autores refieren no tener conflictos de intereses

Recibido: 20 de enero de 2013

Aprobado el 16 de abril de 2013

Autor para correspondencia: Dr. Juan Carlos Delgado Morales E-mail: carlos.delgado@infomed.sld.cu
Calle Parraga # 11, altos, entre Estrada Palma y Luis Estévez. 10 de Octubre. La Habana, Cuba. CP 10500.

Anexo 1 consentimiento informado

Yo _____
Con carné de identidad _____

Expreso mi conformidad a participar en la investigación sobre "Consecuencias de la fractura de cadera en pacientes ancianos operados. Hospital Fructuoso Rodríguez.2009." y responder la encuesta diseñada para recoger los datos necesarios.

Y para que así conste firmo la presente.

Firma _____

Fecha _____

Anexo 2 Encuesta

I. Datos generales

-Nombres y Apellidos _____

-Edad: 60-69 ____ 70-79 ____ 80-89 ____ 90 y mas ____

-Sexo: M ____ F ____

-Color de la piel: B ____ N ____ M ____

-Estado civil: Viudo (a) ____ Divorciado (a) ____ Casado(a) ____ Soltero (a) ____ Unión consensual ____

-Escolaridad: Primaria sin terminar ____ Primaria ____ Secundaria ____

Pre Universitaria ____ Universitaria ____

-Convivencia: Solo ____ Acompañado ____

II Antecedentes patológicos personales:

-CI ____ HTA ____ DM ____ ECV ____ ICC ____ Depresión ____ EPOC ____ Enfermedad de Parkinson ____ Insuficiencia Renal ____ Asma bronquial ____ Otras ____

-Comorbilidad: Numero de Enfermedades No Trasmisibles que padece 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ mas de 5 ____

-Factores de Riesgo, Habito de Fumar ____ Alcoholismo ____ Obesidad ----- Sedentarismo ____

-Número de medicamentos que consume ____

-Minusvalías: Visuales ____ Auditivas ____ Físico- Motoras ____

Detalle cuales _____

-Complicaciones: Bronconeumonía ____ Anemia ____ Sepsis Urinaria ____ Estado confusional agudo ____ Ulceras por presión ____ Sepsis de la Herida ____ Otras ____

III Factores Causantes de Dependencia

-Psicológicos: Aislamiento social ____ Quejas físicas ____

Crisis de Jubilación ____ Pérdida de allegados ____ Temor a caerse ____ Pérdida memoria ____ Depresión ____ Otras ____

-Sociales: Sobreprotección ____ Soledad ____ Familia Disfuncional ____

Insatisfacción de necesidades básicas ____ Otras ____

IV- Necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria.

Número de veces al día ____

V- Consecuencias Negativas de la Dependencia Desde el punto de vista familiar

-Desvinculación laboral del Cuidador ____ Crisis del cuidador ____ Crucial ____ Ausencia de cuidadores sustitutos ____ Maltrato familiar al Discapacitado ____ Potencialización de la dependencia por sobreprotección exagerada ____ Restricción o limitación de la independencia en otras esferas que el individuo es Independiente ____ Crisis familiares ____ Abandono del paciente en estado de dependencia ____ Otras ____

Anexo 3 Índice de Katz.

Bañarse: (en tina o ducha)	Transferirse:
Independiente: Se baña completamente, o necesita ayuda sólo para jabonarse ciertas regiones (espalda, o una extremidad dañada)	Independiente: Entra y sale de la cama independientemente, se sienta y para de la silla (puede usar soporte mecánico).
Dependiente: Requiere ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo, o para entrar o salir de la tina, o no se puede bañar solo.	-Dependiente: Requiere ayuda para moverse hacia o desde la cama o silla; no realiza una o más transferencias.
Vestirse:	Continencia:
Independiente: Llega al baño, se sienta y para del toilet, se arregla la ropa y se limpia (puede usar su propia chata en la noche y usar soportes mecánicos)	-Independiente: Controla totalmente esfínter anal y vesical.
Dependiente: Requiere ayuda durante su estadía en el toilet, o al usar chata (bedpan).	-Dependiente: Incontinencia total o parcial para orina u obrar; control parcial o total por enemas o sondas o recolectores; o uso regulado de chata
Ir al Toilet: (Ir al baño)	Alimentación:
Independiente: Llega al baño, se sienta y para del toilet, se arregla la ropa y se limpia (puede usar su propia chata en la noche y usar soportes mecánicos)	Independiente: Lleva la comida del plato a la boca (se excluye el cortar la carne o preparar la comida).
Dependiente: Requiere ayuda durante su estadía en el toilet, o al usar chata (bedpan).	-Dependiente: Requiere asistencia para comer; no come; o usa alimentación enteral o parental.

Anexo 4 Índice de Lawton**Escala de actividades instrumentadas de la vida diaria**

A. Capacidad para usar el teléfono

Opera el teléfono por iniciativa propia; busca el número en el dial, etc. _____

Marca unos cuantos números bien conocidos. _____

Contesta el teléfono, pero no marca. _____

No usa, en absoluto, el teléfono. _____

B. Compras

Hace todas las compras necesarias, independientemente. _____

Hace independientemente, pequeñas compras (leche, pan, café). _____

Tiene que ser acompañado para cualquier viaje. _____

Completamente incapaz de comprar. _____

C. Preparación de los alimentos

Planea, prepara y sirve comidas adecuadas independientemente. _____

Prepara comidas adecuadas si se le dan los ingredientes. _____

Calienta y sirve si se le deja preparada. _____

Hay que prepararle y servirle las comidas. _____

D. Manejo de la casa

Mantiene la casa, solo o con ayuda ocasional (Ej.: trabajo pesado, ayuda doméstica). _____

Realiza tareas diarias ligeras tales como lavar los platos, hacer las camas. _____

Realiza tareas diarias ligeras, pero no puede mantener un nivel aceptable de limpieza. _____

Necesita ayuda para todas las tareas del mantenimiento de la casa. _____

No participa en ninguna de las tareas domésticas. _____

E. Lavado (de ropa).

Hace el lavado personal, completamente. _____

Lava pequeñas piezas, lava las medias, etc. _____

Todo el lavado es hecho por otros. _____

F. Modo de transporte

Viaja independientemente en transporte público o maneja su propio auto. _____

Dispone su propio viaje en taxi, pero no usa otros transportes públicos. _____

Viaja en transportes públicos cuando va acompañado por otros. _____

Viaje limitado a taxi o automóvil con ayuda de otro. _____

No viaja en absoluto. _____

G. Responsabilidad de los propios medicamentos

Es responsable de tomar los medicamentos en dosis y a horas correctas. _____

Toma la responsabilidad si se le preparan previamente los medicamentos en dosis separadas. _____

No es capaz de administrarse sus propios medicamentos. _____

H. Capacidad para manejar las finanzas

Maneja, independientemente, los asuntos económicos (presupuesto, hace cheques, para el alquiler y las cuentas, va al banco, cobra y sigue la pista de sus ingresos). _____

Maneja las compras diarias pero necesita ayuda _____
