



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ALTA INTERDISCIPLINARIO PARA
PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS HOSPITALIZADOS
EN MEDICINA INTERNA**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
YOLANDA GALARZA MAYA**

**DIRECTORA:
M.A.E. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA**

OCTUBRE DE 2009



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Implantación del Plan de Alta Interdisciplinario para
Pacientes con Problemas Neurológicos Hospitalizados en
Medicina Interna

TESIS

Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
YOLANDA GALARZA MAYA

Directora de Tesis

M.A.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

OCTUBRE 2009

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

“Implantación del Plan de Alta Interdisciplinario para Pacientes con Problemas Neurológicos Hospitalizados en Medicina Interna”

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
YOLANDA GALARZA MAYA**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO



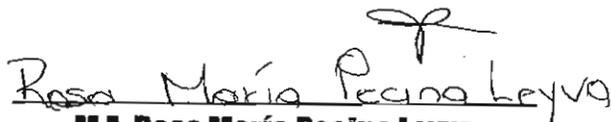
Dra. Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez

SECRETARIO



M.A.E. Rosa Ma. Guadalupe Andrade Cepeda

VOCAL



M.A. Rosa María Pecina Leyva

30 DE OCTUBRE DE 2009

Agradecimiento:

Quiero expresar mi agradecimiento a:

A **Dios**, por darme la oportunidad de vivir y aceptar este reto de superación personal y profesional

A **Julián** por su confianza, paciencia, amor y solidaridad que durante todo este tiempo me brindo

A mis hijos **Carlos, Sergio y Lucero** por la tolerancia, comprensión y apoyo que me brindaron durante todo este tiempo

A la Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, **Lic. Enf. Magdalena Miranda Herrera**

A la coordinadora del postgrado **Lic. Enf. Sofía Cheverría Rivera**, por su apoyo

En especial a mi Directora de Tesis **Lic. Enf. Rosa María Guadalupe Andrade Cepeda**, por todo su apoyo, conocimiento y tiempo que me dedicó en todo momento hasta concluir esta meta

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. OBJETIVOS	8
IV. MARCO TEÓRICO	9
V. MATERIAL Y MÉTODOS	23
VI. RESULTADOS	33
VII. DISCUSIÓN	41
VIII. CONCLUSIONES	44
IX. LIMITANTES DEL ESTUDIO	46
X. RECOMENDACIONES	47
XI. BIBLIOGRAFÍA	48
XII. ANEXOS	53
XIII. PERMISO DEL AUTOR PARA REPRODUCIR ESTE DOCUMENTO	63

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Características del cuidador de pacientes con enfermedad neurológica hospitalizado.	34
2	Características del paciente con enfermedad neurológica hospitalizado.	35
3	Valoración inicial de pacientes hospitalizados con enfermedad neurológica.	36
4	Valoración inicial de higiene y eliminación de los pacientes hospitalizados con enfermedad neurológica.	37
5	Información que tiene el cuidador primario al ingreso del paciente con enfermedad neurológica hospitalizado.	38
6	Frecuencia de sesiones de capacitación por el equipo interdisciplinario a los cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica hospitalizado.	39
7	Satisfacción del cuidador de paciente con enfermedad neurológica hospitalizado.	40

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Una de las tendencias actuales es la hospitalización domiciliaría, debido a que los hospitales no pueden dar respuesta a padecimientos crónicos que ahora cada vez son más frecuentes, por esta razón se implantó el plan de alta interdisciplinario para hacer la transferencia de cuidados del hospital al domicilio.

Objetivo: Implantar el plan de alta interdisciplinario para pacientes con problemas neurológicos del servicio de medicina interna.

Material y Método. Estudio exploratorio, transversal, con 18 cuidadores del servicio de medicina interna de un hospital de San Luis Potosí, de marzo a junio de 2009.

Se utilizó una hoja de valoración inicial como base para detectar necesidades del receptor y la información del cuidador, y al egreso la encuesta de satisfacción del cuidador.

Resultados:

Los cuidadores fueron en su mayoría del sexo femenino en edad de 35 a 55 años, de parentesco hija; los receptores fueron en su mayoría del sexo masculino de más 56 años, con diagnóstico de EVC isquémico, 72.2% dependientes, con hemiplejía, y alto riesgo para presentar úlceras por presión. La mayoría de los cuidadores tenían escasa información sobre cómo cuidar; 66.7 % requirieron de una a tres capacitaciones para la necesidad de oxigenación y la mitad más de cuatro para prevención de UPP e higiene; y el equipo participó activamente, los cuidadores refirieron en su mayoría estar satisfechos con el plan de alta.

Conclusiones: Herramienta que puede implementarse en los servicios, no es costoso, el cuidador está satisfecho y es capacitado.

Palabras Claves: Plan de alta, Cuidador.

ABSTRACT

INTRODUCTION: One of the current trends is the home hospitalization because hospitals can not respond to chronic diseases are now becoming more frequent, therefore was introduced interdisciplinary discharge plan for the transfer of hospital care at home.

Objective: To introduce the interdisciplinary discharge plan for patients with neurological problems of the internal medicine service.

Materials and Methods. Exploratory, cross, with 18 caregivers in the internal medicine department of a hospital in San Luis Potosi, from March to June 2009. We used a sheet of initial assessment as a basis to needs of recipient and caregiver information, and discharge the caregiver satisfaction survey.

Results:

The caregivers were mostly females aged 35 to 55 years, parentage daughter, recipients were mostly male over 56 years, diagnosed with ischemic stroke, 72.2% subsidiaries, with hemiplegia, and high risk of developing pressure ulcers. Most caregivers had little information on how to care, 66.7% required one to three trainings for the need for oxygenation and four for more than half of PU prevention and hygiene, and the team participated actively, carers spoke mostly satisfaction with the discharge plan.

Conclusions: A tool that can be implemented in services, not expensive, the caregiver is satisfied and is trained.

Keywords: Discharge plan, Caretaker.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, México pasa por una transición epidemiológica, caracterizada por la disminución de enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de la morbi-mortalidad por padecimientos crónicos degenerativos,¹ entre este tipo de enfermedades se encuentran los problemas neurológicos como: Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) tanto hemorrágico como isquémico, Guillan barre, Estatus epilépticos, Infartos cerebrales, entre otros; de acuerdo a datos estadísticos el EVC representa la tercera causa de muerte, en aproximadamente 70% de los casos,², esta enfermedad es considerada como una de las primeras causas de mortalidad en las personas mayores de 60 años.

Las enfermedades neurológicas se presentan de manera creciente en adultos mayores, aunque en la actualidad se observa que también son causa de hospitalización de personas jóvenes, por lo tanto se puede decir que afecta de manera indistinta a cualquier grupo de edad y sexo.

Este tipo de padecimiento es una de las primeras causas de hospitalización en el servicio de Medicina Interna del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", que para su tratamiento se requiere de un grupo multidisciplinario conformado por Médicos, Enfermeras, Trabajo Social entre otros. Cada uno de los profesionales tiene una contribución específica para el tratamiento y el cuidado de estos pacientes durante su hospitalización de acuerdo a la normativa del hospital.

Además para cuidar al enfermo se cuenta con la colaboración del familiar, cuya presencia esta normada en este servicio ya que se le otorga un pase permanente de 24 horas por considerarse necesaria, debido a que el paciente cursa con alteraciones en la conciencia, que lleva a presentar agitación psicomotora y

dependencia, ya que representa riesgo para la seguridad y puede caerse o bien autolesionarse.

Este familiar en este estudio se le denominará "Cuidador primario" quien asume la responsabilidad del cuidado diario, se caracteriza por brindar cuidado continuo y no remunerado, en la literatura se ha tipificado como una mujer, ama de casa, de edad madura, que sus actividades están relacionadas a la participación en satisfacción de necesidades como: alimentación, eliminación, higiene, seguridad, así como de brindar cariño, comprensión y ser un vínculo de comunicación enfermo- familiares y equipo de salud, además colaboran en administración de medicamentos orales y tópicos,^{3,4,5,6} se ha estimado que el cuidador primario realiza 80% de los cuidados que requiere un paciente dependiente y durante la hospitalización de las actividades que efectúa solo 20% son apoyadas por el personal de enfermería.^{7,8}

Cabe destacar que por lo general cuando se cuida a un enfermo por primera vez, el familiar en este sentido realiza la satisfacción de las necesidades sin conocimientos, ni habilidades, se ha señalado que adquieren esta habilidad por reiteración en el tiempo, o bien porque otros cuidadores les apoya, lamentablemente la contribución de este cuidador no es visible por lo tanto la potencialidad que tiene para coadyuvar en el cuidado no es tomada en cuenta y durante el tiempo que dura hospitalizado el paciente no se contempla su capacitación para que adquiera conocimientos y habilidades, únicamente al alta del paciente se le da un breve informe por parte del médico o de enfermería de cómo administrar los medicamentos y próxima cita pero se deja de lado la orientación sobre: movilización y cambios de posición, higiene, cuidados a drenajes o heridas entre otros.

Por lo antes expuesto surgió la inquietud de implantar el plan de alta interdisciplinario, que es definido como la capacitación del cuidador para la

transferencia de cuidados del hospital al domicilio⁹; y con esto contribuir a disminuir días estancia de hospital, complicaciones, reingresos y para la institución de salud disminución de costos y una contribución a la mejora de la calidad de la atención proyecto que por su alcance es ambicioso e innovador, pero que fue factible porque en el hospital donde se realizó el estudio se contó con un equipo humano altamente capacitado y con disposición para organizar un cuidado centrado en el cuidador de acuerdo a una valoración del paciente al ingreso para detectar las necesidades y la información que el cuidador tenía acerca de la enfermedad, tratamiento y el cuidado, con estos elementos se planificó la capacitación y actividades para el egreso el paciente.

II. JUSTIFICACIÓN

Una de las tendencias actuales es la hospitalización domiciliaria, debido a que los hospitales fueron creados para la atención a padecimientos agudos y no crónicos¹⁰ que ahora cada vez son más frecuentes, muestra de ello es el servicio de Medicina Interna del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" de la Capital del Estado de S.L.P, que en el periodo comprendido de enero a octubre de 2008 del total de ingresos hospitalarios, 22% fueron por problemas neurológicos, de los cuales 20.2% fallecieron y 79.8% egresaron a su domicilio para continuar el tratamiento y su recuperación.

También se considerará que este tipo de enfermedades son de las que generan más gastos a las institucionales de salud por los procedimientos de hospitalización y cuidados intensivos, en estudios se ha reportado que la mayor presión de costos se reconoce en los medicamentos, las intervenciones médicas, estudios de imagenología entre otros en comparación con la atención ambulatoria y de urgencias, de igual manera las enfermedades cardiovasculares y el EVC fueron más costosas respecto de las respiratorias.^{11,12}

Esta situación es un reto para el Sistema de Salud para el diseño de modelos de atención que impacten en la contención de costos sin detrimento en la calidad de la atención, uno de ellos son los planes de alta referidos en la literatura como la preparación para trasladar a un paciente de un nivel de cuidados del hospital al domicilio¹³, asimismo en este tipo de planeación se favorece a equilibrar la satisfacción de las necesidades de los pacientes y los recursos familiares y comunitarios disponibles tras la hospitalización. En otros países dicha planeación se rige a través de leyes o por las políticas Institucionales, los resultados obtenidos demuestran disminución de reingresos y contención de costos.^{14,15,16}

En el plan de alta, la figura principal es el cuidador primario quien es el principal proveedor de atención para las personas con problemas crónicos que tienen alguna discapacidad o requieren de cuidados a largo plazo, el departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos ha estimado que los cuidadores permiten un ahorro anual de 257 mil millones de dólares al presupuesto gubernamental, de igual manera en Canadá se ha reportado que los cuidadores no remunerados le ahorran al sistema de salud más de cinco millones de dólares anuales,^{17,18} infortunadamente en México no se tienen datos porque este tema no ha sido motivo de estudio y en algunas instituciones de salud se tiene normada la presencia del cuidador a través de un pase permanente de 24 horas, pero no así sus funciones.

Esto hace que su participación para el cuidado sea invisible solo se le ve como un acompañante, incluso en ocasiones los profesionales les recomiendan abandonar la habitación cuando se pasa visita o durante la realización de algún procedimiento, situación que inquieta porque no pueden informar lo que saben sobre su enfermo y la presencia del cuidador se llega a prestar a fricciones con el personal de enfermería porque siente fiscalizada su actuación y lo consideran como un obstáculo para su trabajo.^{19,20}

Desde esta perspectiva se considera necesaria la capacitación del cuidador en procedimientos, cuidados, información del padecimiento por el equipo interdisciplinario que atiende al enfermo, ya que egresa con algún nivel de dependencia, sobre todo por dificultad para la movilidad, la marcha, la comunicación y para la satisfacción de necesidades como: higiene y eliminación, aunado a que egresan en algunas ocasiones con vía artificial para apoyo respiratorio como la traqueotomía definitiva, sondas para alimentación y eliminación urinaria, por lo que requiere de cuidados específicos y si el cuidador

no está capacitado el paciente puede presentar complicaciones como: úlceras por presión, neumonías por estasis de secreciones, estreñimiento e impactación, anquilosamiento de articulaciones entre otras, que lleva a los reingresos hospitalarios en condiciones críticas.

Por esta razón se pretende implantar el Plan de Alta (en el servicio de Medicina Interna) para pacientes neurológicos, como una estrategia innovadora que sin duda es un reto para este servicio al incluir la interdisciplinariedad, con profesionales de medicina, enfermería, fisioterapeutas, nutrición, inhaloterapia y trabajo social.

Es importante señalar que un plan de alta es diferente que el informe al egreso ya que dicho plan contempla intervenciones dirigidas a la capacitación del cuidador que es considerado como la pieza angular, por ello se inicia desde el ingreso del paciente al servicio con la valoración para identificar necesidades y conocimientos del cuidador para que cada disciplina realice las actividades propuestas: Medicina explica aspectos referentes a la enfermedad, medicamentos, dieta y ejercicios; Enfermería capacita al cuidador en cambios de posición, movilización, medidas de higiene, alimentación, manejo de traqueotomías; Trabajo Social identifica la red de apoyo y recursos disponibles para el cuidado en el domicilio, informa de la normatividad del hospital y del servicio; Nutrición explica la importancia de la nutrición, alimentos permitidos y conformación de menús, por lo tanto dicho plan concluye una vez que egresa el enfermo a su domicilio.

Por otra parte este programa es un área de oportunidad porque da cuenta de la administración del cuidado en todas sus etapas ya que se planea al momento del ingreso, en la etapa de la dirección se organiza el cuidado de acuerdo al recurso humano y material, en la ejecución se toma en cuenta la pericia del equipo basado en los derechos del paciente y el código ético de cada profesión y en la etapa de

control se evalúa diariamente y al final se medirá la capacitación con la opinión del cuidador.

Con este estudio se dio respuesta a la pregunta de investigación ¿Cuál es la implantación del plan de alta interdisciplinario para pacientes con problemas neurológicos hospitalizados en medicina interna?

Con la implantación del plan de alta tuvo como propósito favorecer la comunicación y colaboración del paciente y su familia, así como dar respuesta a los desafíos del sistema de salud, que requiere la integración del equipo de trabajo y con esto dar evidencia de la contribución a la mejorara de la calidad de la atención de manera integral al paciente, al capacitar a su cuidador, estrategia necesaria en este tiempo de cambios epidemiológicos para que a través de intervenciones específicas se oriente al usuario en el proceso de adaptación del rol de cuidador y se le transmitan conocimientos impartidos por equipo interdisciplinario, y le facilite proporcionar los cuidados en el domicilio al egreso.^{21,}

22

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implantar el plan de alta interdisciplinario para pacientes con problemas neurológicos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar al cuidador primario y al receptor del cuidado.
2. Describir la valoración inicial del paciente al ingreso.
3. Conocer la información que tiene el cuidador al ingreso del paciente sobre el cuidado.
4. Presentar la frecuencia de capacitaciones de acuerdo a los procedimientos.
5. Determinar la satisfacción del cuidador primario participante en el plan de alta.

IV. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se mencionarán aspectos relevantes del contexto donde se realizó la investigación, generalidad de las enfermedades crónicas: neurológicas, importancia del cuidado mediante una planeación al ingreso hospitalario del enfermo y la interdisciplinariedad.

1. Contexto del Hospital Central

El Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto inicio a prestar servicio a partir del 10 de Febrero de 1947, brinda atención en sus tres niveles en salud a población abierta, derechohabiente del IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, y población de estados circunvecinos entre los que se encuentra: Jalisco, Querétaro, Zacatecas, Aguascalientes, Guanajuato e Hidalgo, proporcionando el 10 % de atención médica a estos estados.

En la actualidad el Hospital Central cuenta con 57 especialidades medicas, es el único hospital público de tercer nivel en el estado, que atiende fundamentalmente a población abierta, es un campo clínico de cinco carreras universitarias(medicina, enfermería, Psicología, Odontología y Químico) y un centro de Investigación Nacional e Internacional, sede de 12 especialidades médicas, además cuenta con los servicios de Cirugía, Pediatría, Ginecología, Consulta, Unidad de trasplante, Urgencias, Unidad de cuidados intensivos y Medicina Interna.

La división de Medicina interna cuenta con 48 camas censables, de las cuales 20 corresponden a Medicina Mujeres y 28 a Medicina Hombres, el cual a través

del tiempo, se ha ido equipando con tecnología electro médica en base a las necesidades que demanda el servicio.

Además cuenta con personal de diversas disciplinas como: Medicina, Enfermería, Nutrición, Inhaloterapia, Trabajo social, Nutrición, siendo un hospital escuela se cuenta con médicos residentes, internos y externos, estudiantes de enfermería y nutrición.

2. Enfermedades Crónicas

México pasa por cambios Demográficos caracterizado por el envejecimiento poblacional el cual se ha incrementado en los últimos años, se espera que para el año 2030 la cifra siga aumentando,²³ otro cambio es el epidemiológico en el cual las estadísticas reflejan una disminución en las enfermedades infecciosas y un incremento en las enfermedades crónicas degenerativas.

La enfermedad crónica es el estado alterado de la salud que no se resuelve con una terapia médica a corto plazo, ni con procedimientos quirúrgicos; produce múltiples incapacidades y el paciente no se recupera completamente de su condición.

2.1. Enfermedades neurológicas

En el grupo de las enfermedades crónicas se encuentran las neurológicas y estas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo, en conjunto esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Cuando algo funciona mal en alguna parte del sistema nervioso, es posible que tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender, también puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

Existen más de 600 enfermedades neurológicas, los tipos más reconocidos incluyen:

- Enfermedades causadas por genes defectuosos, tales como la enfermedad de Huntington y la distrofia muscular.
- Problemas con el desarrollo del sistema nervioso, como la espina bífida.
- Enfermedades degenerativas, en las cuales las células nerviosas están dañadas o mueren, como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer.
- Enfermedades de los vasos sanguíneos que abastecen el cerebro, como los derrames cerebrales.
- Lesiones en la médula espinal y el cerebro.
- Trastornos convulsivos, tales como la epilepsia.
- Cáncer, tales como los tumores cerebrales.
- Infecciones, tales como la meningitis

A nivel mundial el Accidente Cerebral Vascular es considerado como el principal problema neurológico, causando pérdida temporal o permanente de movimiento, por lo tanto requiere de periodos largos de cuidados y tratamiento, la inmovilidad física genera complicaciones a todos los sistemas del organismo.²⁴

La enfermedad cerebro vascular es la tercera causa de muerte en el país, se caracteriza por la falta de aporte de oxígeno al cerebro como resultado de una hemorragia o la obstrucción de una arteria, estas enfermedades suelen ser muy graves y generalmente terminan con la muerte de la persona afectada. Más del 70% de las muertes por este tipo de padecimientos ocurren en sujetos mayores de 60 años.²

Por lo tanto estas personas con enfermedades crónicas representan uno de los principales retos al que tiene que hacer frente el sistema de salud, porque limitan

la calidad de vida y el estado funcional se deteriora, se presentan complicaciones, incremento de los días estancia y hay más demanda de recurso humano y material.

Al hablar de vivir con una enfermedad crónica discapacitante se hace referencia a la experiencia de padecer un trastorno orgánico y funcional que genera discapacidad permanente y requiere largos periodos de cuidado, por lo que la persona y familia debe modificar su estilo de vida.²⁵ La enfermedad crónica va deteriorando paulatinamente hasta llevar a la persona a un estado de dependencia. Es por ello que estos pacientes requieren cuidados y apoyo (familiar, enfermería, rehabilitación, medicina, nutrición, trabaja social entre otros).²⁶ Los pacientes con estas patologías son dependientes de la satisfacción de las necesidades básicas, considerándolas como elementos necesarios para la supervivencia y la salud del ser humano, cada persona tiene necesidades propias que en un momento dado nos determinan el estado de salud dependiendo del grado de satisfacción.

3. Cuidado

Se requiere una persona que se responsabilice del cuidado, entendiendo que cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional, se habla del cuidado formal que proporcionan los profesionales, y del cuidado informal, que es el que brindan los familiares.²⁷

Las enfermedades neurológicas en su mayoría causan pérdida temporal o permanente de movimiento, las secuelas son generalmente motoras, sensoriales, cognitivas y del lenguaje. La inmovilidad física genera complicaciones a los sistemas del organismo a nivel muscular, cardiovascular, respiratorio,

gastrointestinal, óseo y de piel, de allí la importancia de llevar a cabo la movilidad temprana con este tipo de afecciones con la colaboración de los familiares.²⁸

Por el nivel de dependencia se requiere que el cuidador este capacitado para brindar el cuidado en: técnicas de movilización, prevención de úlceras por presión, alimentación, higiene, apoyo respiratorio, curaciones entre otras.

El contexto hospitalario debe involucrar al usuario y familia como agentes de aprendizaje para contribuir al cuidado basado en estrategias que apoyen a mejorar la calidad de vida en donde las experiencias de enfermedad sean transformadas para contribuir en una rehabilitación.^{29,30}

Es por ello que se requiere implantar cambios en la forma de brindar atención en el usuario, se requiere que exista una organización y comunicación del equipo de salud a través de un modelo en el que se inserte una continuidad de los cuidados hospitalarios al domicilio.³¹

3.1 Cuidado domiciliario

El hogar es el espacio principal donde se desarrolla la mayor cantidad de cuidado, ahí es donde se consume la mayoría de tiempo y energía necesarios para su realización. Por ello es que el hogar se convierte en el espacio del cuidado por excelencia.³² Cuidar en la casa a un familiar es una actividad tan común que este trabajo suele pasar inadvertido y es entendido como algo natural en la vida familiar.

En un estudio realizado por de la Cuesta-Benjumea C, en Medellín Colombia “ La Artesanía del Cuidado” se identificaron tres estrategias de los cuidadores para brindar el cuidado, esta investigación les permitió tener como resultado que: 1) los familiares crean artimañas, las cuales son trucos que los cuidadores inventan

para proporcionar cuidados, en ocasiones estas surge espontáneamente, 2) Elaboran un lenguaje , teniendo en cuenta que la comunicación es esencial para el cuidador, en este estudio se encontró que los cuidadores interpretan señales, por medio de este lenguaje , los cuidadores y los pacientes se comunican afecto y necesidades, se piden cosas, indican el dolor y sirve para mantener la relación, 3) Construir un lugar para que habiten y este lo construyen por medio de dos mecanismos: a) adaptando la casa es decir contar con un medio físico apropiado para el cuidado del paciente, b) Construir utensilios para el cuidado, los cuidadores fabrican las herramientas como verdaderos artesanos, estas estrategias ponen de relieve un trabajo que es artesanal, a la vez que dan cuenta a los profesionistas de las capacidades de los cuidadores.³³

El aporte o apoyo social es una práctica de cuidado, Kahn (1979) lo define como las transacciones interpersonales que incluyen uno o varios de lo siguiente: La expresión de afecto positivo de una persona a otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vida expresados y la entrega de ayuda material o simbólica a otra ³⁴, la familia, los amigos, los compañeros, vecinos prestan su ayuda en momentos de la enfermedad, y crisis.³⁵

La literatura alude al que el cuidador no se siente adecuadamente informado, es un problema frecuente después del alta, el cuidador informal necesitan que los sistemas de salud los tomen en cuenta ya que representan un amplio porcentaje del cuidado que se le otorga al familiar dependiente.³⁶

Los cuidadores se ven expuestos a emociones y sentimientos encontrados, algunos positivos como es la satisfacción de contribuir al bienestar de su familiar, pero simultáneamente pueden darse los negativos como culpabilidad, tristeza, cansancio, disminución de actividades sociales, por lo tanto puede haber un desequilibrio o inestabilidad personal.³⁷

El cuidado en casa requiere que los cuidadores tengan destrezas y conocimientos cada vez más complejos. Sin embargo la comunicación que el cuidador tiene con el equipo de salud en ocasiones limitado, sienten que al solicitar ayuda reciben poca atención, entonces vale la pena preguntarnos ¿Como nos relacionamos los profesionales de la salud con los cuidadores? ¿Que son para nosotros?

Los cuidadores no son instrumentos, ni sustitutos del profesional de enfermería, son sujetos activos que cuidan de diferente manera; en estudios de investigación muestran que los cuidadores familiares requieren un apoyo tanto técnico como emocional³⁸

3.2 Cuidador

El cuidador primario es aquel que guarda relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, hermanos o padres, en diversos estudios sobre cuidadores y sus condiciones se ha señalado que casi todos ellos son generalmente familiares directos.³⁹

Colliere menciona que “Cuidar es ante todo un acto de vida, representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, y a facilitar las condiciones para la realización del proceso vital humano.”¹⁵

Cuidar es y será siempre indispensable una forma fundamental del ser,⁴⁰ considerando al cuidado como la actividad dirigida a hacer algo por alguien, cuando este no puede hacerlo solo, el proceso de cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación, con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales.⁴¹

En un estudio realizado “Acerca de la participación del acompañante del paciente hospitalizado con 265 acompañantes, se encontró que el 83% manifestó no haber recibido ningún tipo de educación y señaló que de acuerdo a los resultados es posible afirmar que la interacción del personal de enfermería con los acompañantes es muy poco, lo que demuestra que durante la hospitalización la familia es frecuentemente olvidada o se le toma en cuenta de manera parcial.⁴²

Es común ver en el hospital al paciente dependiente acompañado de un familiar y es notorio que esta persona realice actividades de cuidado, según la literatura generalmente es una mujer, casada, ama de casa, edad media, que dedican un promedio de 13.1 horas a esta función, es considerado como un figurante necesaria que actúa con humanismo, que hace sentir más seguro, protegido permite satisfacer las necesidades de afecto y actividades de la vida diaria.^{43, 44}

La presencia del familiar genera ambivalencia en el entorno hospitalario por un lado, es muy importante para realizar todos los trámites administrativos concernientes a las autorizaciones de pruebas, exámenes y pagos por costo de hospitalización y, por otro es percibido como un obstáculo en la gestión del servicio.⁴⁵

4. Plan de alta

La necesidad de la planificación del alta surge en los Estados Unidos en el año de 1984 cuando es incluida en el sistema Medicare usando los Grupos de Diagnósticos Relacionados, para reducir los costes del sistema de salud. En un estudio realizado en Madrid acerca de la eficacia del plan de alta de enfermería en pacientes mayores con patología cardíaca, se concluye que una intervención

planificada con una valoración integral individualizada consigue mejora del estado de salud y continuidad de los cuidados, obteniendo la disminución de los reingresos por la misma causa.⁴⁶

La actividad que se comienza a planear desde el primer contacto profesional de enfermería y medicina con la persona enferma, pero que se concluye cuando es dado de alta, se denomina plan de alta y consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma oral y escrita, de tal forma que sea comprendido a cabalidad, una vez que se ha firmado la salida por parte del médico y se ha llevado a cabo.⁴⁷

Es por lo tanto fundamental para la implantación del plan de alta la aplicación sistemática y generalizada del proceso de atención, en lo que corresponde a enfermería el proceso de atención es el instrumento utilizado por el profesional para llevar a cabo la planificación de cuidados, apoyados en la valoración. El informe de alta debe de formar parte del proceso y constituir un elemento para dar continuidad de los cuidados.

En algunos países el plan de alta es una característica de rutina o esta normado en los sistemas de salud, el objetivo es reducir la duración de la estancia hospitalaria y los reingresos no planificados al hospital.⁴⁸

¿Porque se debe planificar un informe al alta? Según Beare y Myers el objetivo de planificar el alta es la continuidad de la asistencia.

La asistencia continuada se refiere al mecanismo por el cual el usuario es remitido desde un marco asistencial a otro, con el objetivo final de su incorporación a la sociedad, la falta de continuidad que garantice los cuidados propicia a estancias hospitalarias inadecuadamente prolongadas o excesivamente cortas.⁴⁹

Como se mencionó anteriormente el plan de alta se empieza a planificar desde el momento del ingreso del enfermo cuando se realiza la valoración por el personal de salud y a lo largo de su estancia en la institución, además debe incluir la información que posee el cuidador acerca de los conocimientos que posea acerca de la patología, cuidados y necesidades de tal manera que el plan responda fielmente a sus necesidades y recursos, el objetivo es capacitar al cuidador para lograr la continuidad del cuidado al domicilio y dar evidencia de la calidad de la atención; para lograrlo se requiere la participación del profesional de las diferentes disciplinas; el plan de alta por ser interdisciplinario cada uno de los integrantes tiene actividades específicas siendo las siguientes:

Coordinador:

- 1.- Verifica diariamente la implementación de valoración a todo paciente que reúna los criterios de selección.
- 2.- Identifica las necesidades del cuidador.
- 3.- Coordinación con el equipo de trabajo.
- 4.- Identificación de áreas de capacitación.

Enfermería:

- 1.- Aplicar valoración inicial
- 2.- Capacitar al cuidador primario sobre:
 - Cambios de Posición
 - Movilización en cama y fuera de ella
 - Colocación del cómodo y/o pañal
 - Medidas de higiene
 - Otras de acuerdo a la situación del paciente

Procedimientos como:

- Fisioterapia pulmonar
- Alimentación asistida

- Aspiración de secreciones
- Curaciones

Cuidado a:

- Gastrostomía
- Traqueotomía

Médico:

1.- Explicar al familiar y/o paciente aspectos referentes a:

- Fisiología.
- Terapéutica.
- Farmacología.
- Ejercicio
- Dieta.

Trabajo Social:

1. Al ingreso dar a conocer la normativa del hospital y del servicio.
2. Identificar la red de apoyo para reconocer el cuidador primario y secundario.
3. Establecer comunicación directa con la familia para aclarar dudas sobre la participación en el cuidado.
4. Identificar los recursos disponibles para el cuidado en el domicilio.

Lic. Nutrición:

1. Explicar la importancia de la nutrición como parte del tratamiento.
2. Lista de alimentos permitidos de acuerdo al padecimiento
3. Conformar menús de acuerdo a los recursos del paciente.

Inhaloterapia:

1. Técnica de aspiración de secreciones.
2. Fisioterapia pulmonar.
3. Manejo de traqueotomías.

4.-Capacitación del manejo de:

- Concentrador de oxígeno
- CPAP.

Rehabilitación:

- 1.- Técnica de movilización.
 - Ejercicios pasivos y activos.

Puede tenerse planes de alta estandarizados que incluyan los cuidados que ordinariamente se requieren para determinadas patologías pero, aún en estos casos, es indispensable complementarlos de acuerdo con la situación y características particulares de cada persona. Siempre debe entregarse por escrito, con letra clara y en un lenguaje comprensible.

Las personas dependientes en la actualidad demandan más servicios de salud, llevando con esto a un incremento en la generación de gasto económico, ocupa más días de estancia, demanda mayores cuidados no solo en las instituciones, si no en su domicilios.

En la actualidad las personas dependientes se incrementan, esto se debe al aumento en la esperanza de vida y a los adultos mayores, hecho que conlleva a padecer enfermedades crónicas e invalidantes, por lo que representa costos a nivel institución y familiar.

Las políticas hospitalarias actuales de alta rápida se basan en la resolución del motivo médico que provoco el ingreso, por lo que la persona es remitida a su domicilio con problemas de dependencia, la tendencia de hoy es reducir las estancias medias hospitalarias por razones económicas y necesidad de camas, lo que obliga frecuentemente conceder el alta a pacientes que requiere algún tipo de cuidados. En estos casos se considera a un plan de alta y su respectivo informe pieza clave para la transferencia de responsabilidad del cuidado a la familia y otros profesionales de la salud.⁵⁰

Para esto se requiere implementar un modelo de atención en salud en el cual las hospitalizaciones sean cortas y el reintegro al hogar se produzca precozmente, estos dos hechos ponen en relieve la importancia de los cuidados del personal de salud relacionados con el egreso de la persona enferma, los cuales hacen parte de plan de cuidados preparado para él y que es, a su vez, un paso del proceso de Atención del equipo de salud.

Aun en un mundo interdisciplinario ideal en el que todos concordemos en una visión y objetivos, creemos que se desarrollarán intervenciones y resultados más específicos a ciertas disciplinas. Las intervenciones, que describen el trabajo de cada disciplina y las especialidades dentro de la disciplina, reflejan la contribución del proveedor.

5. Equipo Interdisciplinario

Se define como la composición de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente y coordinada. Comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir objetivos comunes, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.⁵¹

El prefijo inter (entre), indica que entre las disciplinas se va a establecer una relación; determinar el tipo de relación nos conduce a un estudio de los niveles de interdisciplinariedad, esta nace como reacción contra la especialización, por lo que la interdisciplinariedad incorpora los resultados de las diversas disciplinas, tomándolas de los diversos esquemas conceptuales de análisis, sometiéndolos a comparación y enjuiciamiento y, finalmente, integrándolas. El trabajo interdisciplinario sugiere desde el vamos, requiere de la motivación, la participación y también del consenso activo de distintos profesionales interactuantes en un determinado medio institucional, los cuales son médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermería, trabajo social, Nutrición entre otras disciplinas.

El trabajo interdisciplinario supone una definición ideológica por parte de los integrantes y también de la autoridad institucional en la que se refieren que requiere de tiempos imprescindibles para la integración progresiva entre distintos saberes y métodos

La organización de los diferentes programas tiene que ser interdisciplinar, cada profesional aporta sus conocimientos para conseguir los fines pactados por el equipo. Únicamente en un ámbito mediatizado por el quehacer interdisciplinario puede insertarse una propuesta de abordaje de un modelo de intervención que implique el uso de recursos innovadores; la accesibilidad, efectividad racionalidad.⁵²

V. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Exploratorio, transversal.

Lugar y tiempo El estudio se desarrolló en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto en el servicio de Medicina Interna, de la capital del estado de San Luis Potosí, de marzo a junio de 2009.

Universo:

Cuidadores de pacientes en el Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Población:

Cuidadores de pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna hombres y mujeres, hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto.

Muestra:

18 cuidadores de pacientes con problemas neurológicos del servicio de Medicina Interna Hombres y Mujeres, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, que ingresaron de marzo a junio de 2009.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Cuidador primario de paciente con enfermedad neurológica.
- ❖ Cuidador que dedique por lo menos 8 horas de cuidado al día en el hospital.
- ❖ Cuidador alfabeto o analfabeto.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Cuidador remunerado.
- ❖ Cuidador que sea profesional de salud.

Criterios de eliminación:

- ❖ Cuidador de paciente que fallezca durante la investigación.

Instrumentos de recolección de datos:

Para la implantación del plan de alta interdisciplinario se diseñaron diversos instrumentos que a continuación se describen:

Instrumento	Descripción	Responsable
Tríptico de sensibilización	En el cual se le informa al cuidador que profesionales conforman el equipo interdisciplinario del servicio de medicina interna. Se le da a conocer y se le invita a participar en el plan de alta que se desarrolla como parte de la mejora continua de la calidad del servicio. Además contiene los derechos del paciente y la normatividad del servicio.	Trabajo Social
Valoración inicial	Contiene el índice Kast de dependencia del paciente, valorado en las actividades de baño, vestirse, uso del WC, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación.	Enfermería

	<p>Para medir la dependencia se suman los puntajes para establecer el índice siendo el siguiente:</p> <p>Dependencia menos de 10, Dependencia moderada de 15 a 25, Dependencia leve de 30 a 40, independiente de 45 a 60.</p> <p>La escala de riesgo de úlcera por presión se utilizo la de EMINA, en la cual se valoran cinco : Estado mental, movilidad, humedad/incontinencia, nutrición y actividad, con un puntaje de 0, 1, 2, 3, 4, los cuales se suman y se califican en:</p> <p>sin riesgo 0, riesgo bajo 1-3 riesgo moderado 4-7 riesgo alto 8-15</p> <p>Plan de actividades de acuerdo a las necesidades detectadas en la valoración.</p>	<p>Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Nutrición, Rehabilitación, Inhaloterapia.</p>
--	---	---

Hoja de control de actividades del equipo.	En esta hoja se registran las actividades realizadas por cada uno de los integrantes del equipo interdisciplinario, contiene ocho columnas las cuales son: Nombre del paciente y del cuidador, Valoración inicial, información escrita, plática individual y grupal, temas sobre lo que se capacito, quien realizó la capacitación y fecha.	Coordinador del equipo
--	---	------------------------

Otro instrumento que se aplicó fue la escala de satisfacción del cuidador constituida por 15 ítems que evalúa tres indicadores, medido con escala ordinal tipo Licker con tres opciones de respuesta: satisfecho, moderadamente satisfecho e insatisfecho (anexo 4)

Indicador	No. Ítems	Ítems
Trato	1,2,3,4	4
Comunicación	5,6,7,8,9	5
Capacitación	10,11,12,13,14,15	6

Actividades del equipo en el plan de alta:

El Coordinador, verificará diariamente la implementación de la valoración a todo paciente que reúna los criterios de selección, identificando las necesidades del cuidador y se coordinará con el equipo de trabajo para identificar las áreas de capacitación.

Enfermería: aplicará el formato de valoración inicial (anexo 2) al paciente con el fin de detectar necesidades en la que se le capacitará al cuidador primario sobre: cambios de posición, movilización en cama y fuera de ella, colocación de cómodo y/o pañal, medidas de higiene y otras de acuerdo a la situación del paciente, procedimientos como fisioterapia pulmonar, alimentación asistida, aspiración de secreciones, curaciones y cuidados a la traqueotomía, gastrostomía entre otros.

Trabajo Social: dará a conocer la normatividad del hospital y servicio, identificará la red de apoyo para reconocer al cuidador primario, establecer comunicación directa con la familia para aclarar dudas sobre la participación en el cuidado, identificar los recursos disponibles para el cuidado en el domicilio.

Medicina: explicar al familiar aspectos referentes a la fisiología, terapéutica, farmacología, ejercicio y dieta.

Nutrición: explicar la importancia de la nutrición como parte del tratamiento, ofrecer lista de alimentos de acuerdo al padecimiento, además de conformar menús de acuerdo a los recursos disponibles del paciente.

Inhaloterapia: capacitará en la técnica de aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, manejo de traqueotomías, manejo de concentrador de oxígeno, CPAP.

Rehabilitación: enseñará ejercicios pasivos y activos, técnicas de movilización.

Prueba Piloto

Previo a la recolección de datos, la validez del contenido de los instrumentos se hizo a través de la opinión de dos enfermeras profesionales considerado expertos en su profesión, además para el cuestionario de satisfacción se aplicó la confiabilidad con el alfa de Cronbach la cual fue .72

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Académico del programa de Maestría en Administración de la Atención de Enfermería y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la UASLP, así como el del Hospital Central se implementó el plan de alta con 4 cuidadores de pacientes con problemas neurológicos en el servicio de Medicina Interna del 17 al 30 marzo del 2009. Para su implementación se coordinó con el Jefe de la división de Medicina Interna, se realizó una reunión con medicina, enfermería, trabajo social, inhaloterapia, rehabilitación y dietología en la cual se les dio a conocer y se les entregó el plan de alta para pacientes con problemas neurológicos en el que se determina el objetivo, actividades y participación de cada disciplina y se les capacitó acerca de los instrumentos que se utilizaron.

El proceso de recolección de los datos en la prueba piloto permitió obtener mediciones precisas, objetivas, y realizar modificaciones a los instrumentos, lo cual fue en relación al diseño.

Además se determinó la necesidad de elaborar material didáctico como un código de palabras para facilitar la comunicación con el paciente, también se diseño un cartel y tríptico para la prevención y tratamiento de úlceras por presión, se les entregó a los cuidadores un reloj para cambios de posición los cuales fueron donados por un laboratorio.

Proceso de recolección de datos

La recolección definitiva de datos se hizo en los Servicios de Medicina Interna Hombres y Mujeres del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en el turno matutino y vespertino con el equipo que se conformó para la prueba piloto (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Inhaloterapia, Rehabilitación y Nutrición).

La coordinadora del equipo fue la tesista quien verificó el cumplimiento tácito del plan de alta, el cual se implementó bajo la siguiente metodología:

Se desarrolló en forma progresiva, desde el momento de la hospitalización del enfermo hasta su egreso, para lo cual se requirió una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud.

Al ingreso del paciente, Trabajo Social, identificó al cuidador primario al que oriento en forma verbal y escrita sobre la normativa del servicio e institución para lo cual se le entregó el tríptico de sensibilización.

El médico al ingreso del paciente le realizó la historia clínica, le proporcionó información al cuidador acerca del padecimiento y terapéutica.

La enfermera del turno en que se realizó el ingreso del paciente aplicó la valoración inicial, se coordinó con el médico residente para establecer el plan y de acuerdo a las necesidades detectadas se comunicaron con los profesionales que participarían en la atención del paciente, se registraron las actividades a realizar al reverso de la hoja de valoración y se plasmó el nombre y firma del profesional que ejecutó la intervención.

De acuerdo a las necesidades de capacitación e información se programaron sesiones individuales, para enfermería fueron cinco por cuidador, medicina dos, Trabajo social dos, inhaloterapia cuatro, nutrición y

rehabilitación una, y las colectivas cuando las necesidades identificadas fueron las mismas características, las cuales se registraron en la hoja control de actividades.

En las sesiones de capacitación por nutrición, el cuidador se trasladó al área del comedor en el que se le dio en forma verbal y por escrito el menú y manera de preparación.

Para la realización de los procedimientos enfermería, inhaloterapia y rehabilitación capacitaron al cuidador en 3 fases:

1. El profesional realizó el procedimiento paso a paso y el cuidador observó.
2. El profesional realizó el procedimiento en colaboración con el cuidador
3. El cuidador realizó el procedimiento, el profesional observó e hizo las correcciones pertinentes.

La coordinadora diariamente verificó la implementación de la valoración al ingreso del paciente con enfermedad neurológica, así como la identificación de áreas de capacitación e información.

Al egreso se le aplicó al cuidador la encuesta de satisfacción del plan de alta

Procesamiento de datos

Este realizó de acuerdo a la descripción del registro de los instrumentos, mediante la utilización de estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas, para los datos socio demográfico específicamente en la edad se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión.

La valoración se proceso en índice de dependencia, estado de consciencia, estado de la piel, riesgo de presentar úlceras por presión, higiene, eliminación con escala dicotómica.

En la información del cuidador que tenía al ingreso del paciente se procesaron las tres preguntas con escala dicotómica.

El instrumento de satisfacción se compone de 15 ítems medidos con una escala tipo Lickert en 3 opciones de manera global se ponderó la satisfacción del cuidador de la siguiente forma:

Para la ponderación se sumó el total de respuestas y se multiplicó por 1 para el nivel más bajo (15X1) y por 3 para el nivel mas alto de satisfacción (15x3) de tal manera que se obtuvo un rango de 15 a 45 de este se dividió entre tres para determinar el rango obteniéndose el siguiente rango para determinar los niveles de satisfacción:

ESCALA DE SATISFACCIÓN	PONDERACIÓN
Satisfecho	45-31
Moderadamente Satisfecho	30-17
Insatisfecho	16-3

Para el procesamiento estadístico se apoyó en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 15 y Microsoft Office Excel 2007.

Consideraciones Éticas

En base al reglamento de la Ley General de Salud en materia de la investigación se consideraron los siguientes artículos:

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, para esto se diseñó un tríptico de sensibilización e información para la participación de este plan.

Artículo 14

Fracción V: Contará con el consentimiento informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala, para lo cual se diseñó una carta de consentimiento informado.

Fracción VIII: Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización del titular de la institución de Salud, para lo cual se solicitó el aval del Comité de Ética e investigación para la realización de este estudio en la institución.

Artículo 17

Fracción I: Se considera este estudio sin riesgo para los cuidadores y el paciente ya que en todo momento estará personal profesional en la demostración y realización de los procedimientos al enfermo.

Fracción VIII: La seguridad de que no se identificará el sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, por lo que en los hallazgos que aporte este estudio no se mencionaran los nombres ni del paciente ni del cuidador.⁵³

VI. RESULTADOS

Los resultados corresponden a la implantación del plan de alta con 18 cuidadores de pacientes hospitalizados con problema neurológico en el servicio de medicina interna, la presentación se hará de acuerdo a los objetivos planeados, primero se presentarán las características del cuidador, posteriormente las del receptor del cuidado (paciente), enseguida los resultados de la valoración inicial y la información del cuidador sobre el proceso de la enfermedad, posteriormente la frecuencia de capacitaciones, seguido de participación del equipo interdisciplinario y finalmente la satisfacción de los usuarios.

En el siguiente cuadro se describen las características socio demográficas de los cuidadores primarios que participaron en este programa.

Cuadro 1. Características del cuidador de pacientes con enfermedad neurológica hospitalizado.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009

VARIABLE	n=18	
	No	%
Sexo		
Femenino	12	67
Masculino	6	33
Edad		
15-35	3	16.7
36-55	11	61.1
Mas de 56	4	22.2
Parentesco		
Esposo	2	11.1
Esposa	3	16.7
Hijo	3	16.7
Hija	6	33.3
Hermano	1	5.6
Hermana	3	16.7
Lugar de Procedencia		
Municipio de San Luis Potosí	6	33.3
Otros municipios del Estado	11	61.1
Otro Estado	1	5.6

Fuente: Antecedentes: hoja de valoración del Programa Plan de Alta (2009)

Como se observa en esta tabla los cuidadores fueron en su mayoría mujeres, en el rango de edad 36 a 55 años, con parentesco de hija y esposa, en cuanto a la procedencia en su mayoría fueron de otro municipio del estado de San Luis Potosí

Se consideró importante conocer las características de los pacientes o receptor del cuidado y éste se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 2 Características del paciente con enfermedad neurológica hospitalizado
Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009.

VARIABLE	n=18	
	No	%
Sexo		
Femenino	6	33.4
Masculino	12	66.6
Edad		
15-35	1	5.5
36-55	5	27.9
Más de 56	12	66.6
Parentesco con el cuidador		
Esposo	3	16.6
Esposa	2	11.1
Padre	6	33.6
Madre	3	16.6
Hermano	3	16.6
Hermana	1	5.5
Diagnóstico médico		
EVC Isquémico	12	66.7
EVC Hemorrágico	2	11.1
Síndrome de Guillan Barre	3	16.7
Meningitis	1	5.6

Fuente: Hoja de valoración del programa plan de alta (2009)

De los receptores del cuidado predominaron los del sexo masculino, en un rango de edad de 56 años a mas, que como causa de diagnóstico para la hospitalización en su mayoría fue Enfermedad Cerebral Vascul (EVC) Isquémico.

Al ingreso del paciente al servicio se aplicó una valoración inicial cuyos resultados se presentan a continuación:

Cuadro 3 Valoración Inicial de pacientes hospitalizados con enfermedad neurológica.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009.

n=18		
Aspecto a valorar	No	%
Índice de Dependencia		
Dependiente	13	72.2
Dependencia Moderada	4	22.2
Dependencia Leve	1	5.6
Estado de Consciencia		
Consciente	14	77.8
Letárgico	2	11.1
Estuporoso	2	11.1
Movilidad de Extremidades		
Cuadriplejía	6	33.3
Hemiplejía	9	50.0
Movilidad Completa	3	16.7
Estado de la Piel		
Integra	7	38.9
Edema	8	44.4
Herida Quirúrgica	2	11.1
Lesiones	1	5.6
Riesgo de Úlceras por presión		
Riesgo Alto	12	66.7
Riesgo Moderado	5	27.8
Riesgo Bajo	1	5.6

Fuente: Hoja de valoración del programa plan de alta (2009)

En la valoración inicial el nivel dependencia medido con la escala Kast en su mayoría resultaron ser dependientes y conscientes, en cuanto a la movilidad la mitad de los pacientes tuvieron hemiplejía y más de una cuarta parte con cuadriplejía, en el estado de la piel el problema que con mayor frecuencia se presentó fue el edema en la extremidad del lado afectado en los pacientes con EVC, en la valoración del riesgo de úlceras por presión con la escala de EMINA se encontró que más de la mitad presentó alto riesgo.

Otra parte contenida en la hoja de valoración inicial fue lo relacionado a la higiene y eliminación, los resultados se observan en el siguiente cuadro.

Cuadro 4 Valoración inicial de higiene y eliminación de los pacientes hospitalizados con enfermedad neurológica.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009.

Aspecto a valorar	No	%
n=18		
Higiene Corporal		
Buena	4	22.2
Regular	8	44.4
Deficiente	6	33.4
Higiene de cavidad oral		
Buena	2	11.2
Regular	8	44.4
Deficiente	8	44.4
Eliminación Urinaria		
Control de esfínter urinario	7	38.9
Incontinencia urinaria	11	61.1
Presencia de sonda vesical		
Si	9	50
No	9	50
Eliminación Intestinal		
Control de esfínter intestinal	2	11.2
Incontinencia intestinal	14	77.6
Impactación	2	11.2

Fuente: Hoja de valoración del programa plan de alta (2009)

En la valoración de higiene se puede observar que tanto en la higiene corporal como en la de cavidad oral fue calificada en regular a deficiente, en la eliminación se encontró incontinencia urinaria por lo tanto con presencia de sonda vesical, de igual manera estos pacientes presentaban incontinencia intestinal.

El plan de alta privilegia la capacitación del cuidador primario por esto se contempló explorar que información tiene acerca del padecimiento y cuidados de su familiar al ingreso al servicio.

Cuadro 5 Información que tiene el cuidador primario al ingreso del paciente con enfermedad neurológica hospitalizado

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones

Prieto, marzo a junio de 2009.

Información	No.	n=18
		%
Enfermedad		
Si	10	55.6
No	8	44.4
Tratamiento		
Si	3	16.7
No	15	83.3
Participación en el cuidado		
Si	0	0
No	18	100

Fuente: Hoja de valoración del programa plan de alta (2009)

En cuanto a la información del cuidador acerca de la enfermedad de su familiar se encontró que la mitad de estos cuidadores ya tenían algo de información y del tratamiento en su mayoría no tenían información y todos los cuidadores de este estudio no tenían información sobre como participar en el cuidado.

Es importante en este plan de alta llevar un control sobre las sesiones capacitación que dio el equipo al cuidador, las cuales fueron hasta que el cuidador adquirió la habilidad para poder hacerlas por sí solo.

Cuadro 6 Frecuencia de sesiones de capacitación por el equipo interdisciplinario a los cuidadores de pacientes con enfermedad neurológica hospitalizado

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009.

Capacitación	Integrante del Equipo	1 - 3		n=18 Más de 4	
		No.	%	No.	%
Úlceras por Presión	Enfermería	9	50	9	50
Alimentación	Enfermería Nutrición	9	50	9	50
Higiene	Enfermería	8	44.4	10	55.6
Oxigenación	Enfermería Inhaloterapia	12	66.7	6	33.3
Ejercicio y Movimiento	Enfermería Rehabilitación	12	66.7	6	33.3

Fuente: Hoja de valoración inicial del programa plan de alta (2009)

Para el cuidado de prevención de UPP y la alimentación una mitad de los cuidadores requirió de una a tres sesiones de capacitación y la otra más de cuatro, en cuanto a oxigenación, ejercicio y movimiento más del 60% necesito de una a tres sesiones de capacitación y el resto más de cuatro; en su mayoría de los cuidadores adquirieron la habilidad para manejar la higiene de su familiar con más de cuatro sesiones de capacitación.

Por ser un programa innovador se contempló medir la satisfacción del usuario que para este caso fue el cuidador, tomando esta como un indicador de calidad en el proceso de la atención y a continuación se presentan los resultados.

Cuadro 7 Satisfacción del cuidador de paciente con enfermedad neurológica hospitalizado.

Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, marzo a junio de 2009.

Indicador	Satisfecho		Moderadamente satisfecho	
	No.	%	No.	%
Trato	14	77.0	4	23.0
Comunicación	14	77	4	23
Capacitación	13	71.5	5	28.5

Fuente: Instrumento de opinión de satisfacción del plan de alta (2009).

Como se observa en el trato y comunicación la mayoría de los cuidadores estuvieron satisfechos con el plan de de alta en el que participaron, y en cuanto a la capacitación más de una cuarta parte manifestaron estar moderadamente satisfechos.

VII. DISCUSIÓN:

En un programa de plan de alta es indudable que resultan beneficiados los pacientes aunque este se centra en los cuidadores para que adquieran la habilidad y efectúen el cuidado a su familiar y que lo continúen en su domicilio una vez que ha sido dado de alta y con ello disminuir complicaciones y reinternamientos.

Es importante señalar que en este estudio se contó con la participación del equipo interdisciplinario de acuerdo a lo planeado, trabajo social por ser el primer contacto con el cuidador tuvo un papel importante en la motivación y sensibilización de la participación para lo cual se le proporcionó un tríptico el cual contenía la normatividad del servicio así como los derechos de los pacientes. Donde se obtuvo una menor participación fue en rehabilitación ya que no está normado que este servicio acuda con el paciente durante la hospitalización de manera preventiva, sino que esto se realiza por interconsulta y posterior al alta.

En este estudio los receptores presentaban hemiplejía y/o cuadriplejía por tener diagnóstico de EVC (Enfermedad Vasculat Cerebral) o Guillan Barré lo que los hacía dependientes de cuidados, el cual era proporcionado por un cuidador primario que en su mayoría fueron mujeres de edad mediana, con parentesco de esposa o hija, en su mayoría fueron procedentes de otros municipios y se trasladaron junto con el paciente lo que indica que estaban dedicadas al cuidado del paciente, las 24 horas, este perfil de cuidador es similar a otros estudios relacionados con cuidadores en donde se señala que hay una tendencia feminización del cuidado.⁵⁴ La literatura señala que el cuidado es considerado como algo doméstico e innato al género femenino en el que tanto las esposas como las hijas tienen la asignación del rol natural del cuidado, visto como una obligación derivada del afecto y de la cultura.⁵⁵

Es importante resaltar que 33% de cuidadores fueron de sexo masculino con parentesco de hijo y hermano que por cultura se ha asignado a los hijos para hacerse cargo de los padres, este hecho es factor importante que favorece la comunicación y confianza que se tienen en el mismo genero, además de que su procedencia es de áreas rurales y la mujer se queda al cuidado de los hijos. Además que la condición de la enfermedad neurológica el paciente requiere que el cuidador sea capaz de realizar trabajo donde se emplee la fuerza física como es la movilización en cama y fuera de ella.

En la evolución de las enfermedades neurológicas la mayoría presentan problemas cognitivos, de lenguaje, sensoriales e incoordinación motora que los hace dependientes de cuidado y por lo tanto incapaces de satisfacer sus propias necesidades por lo que requieren atención de un equipo interdisciplinario desde el comienzo de la enfermedad hasta la rehabilitación, requieren de alguien que satisfaga las necesidades básicas. Así las metas inmediatas de cuidado en estos pacientes es impedir complicaciones: UPP, ⁵⁶ neumonías hipostáticas, contracturas entre otras y el fin último es coadyuvar al paciente a recuperar la independencia en la medida de lo posible con la ayuda de su cuidador, estos padecimientos son calificados como crónicos además son los de mayor costo económico, supone el 50% de los ingresos de neurología. ⁵⁷

En el plan de alta una de sus herramientas indispensables para la planeación del cuidado fue la hoja específica para la valoración inicial del receptor que guió las intervenciones del equipo con el cuidador, además de que el mayor porcentaje refirió no tener información sobre como participar en el cuidado aspecto importante porque un porcentaje considerable presento alto riesgo para complicaciones como úlceras por presión.

Esta situación marcó la pauta en la que se enfocaron las sesiones de capacitación al cuidador ya que son factores para presentar úlceras por presión que se pueden exacerbar por la presencia de estos, bien por la presencia de humedad por la orina que evolucionan tórpidamente e incluso lo puede llevar a la septicemia y prolongar los días estancia hospitalaria ya que el 50% no tenía sonda vesical pero si presentaba incontinencia urinaria por lo que era necesario que la higiene más frecuente. A este respecto al cuidador se capacitó en cambio de pañal, la higiene y la movilización como parte de la satisfacción de necesidades de higiene y confort y así evitar complicaciones en la piel, aunado a que en estos pacientes se recomienda mantenerlos en posición semifowler para mejorar la oxigenación, pero infortunadamente esto hace que tenga riesgo de presentar UPP por la fuerza de la cizalla debido a la fricción, para evitar esta situación en este estudio se hizo énfasis no nada mas en la explicación sino que se les proporciono un tríptico, un reloj de cambios de posición y se observó que el material didáctico y por escrito favorece al aprendizaje.

La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención que brinda el personal de salud, por eso en este estudio se considero medirla a través de los indicadores de trato, comunicación y capacitación, obteniendo como resultado el resultado más alto en grado de satisfechos en los dos primeros y en el último como moderadamente satisfechos punto en lo que se pondrá atención en lo sucesivo.

Estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura en el estudio realizado en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez, en el que se obtuvieron los siguientes resultados, en Trato 40% refirieron un muy buen trato personalizado y 60% perciben buen trato, en aclaración de dudas 90% estuvieron satisfechos, en tiempo de realización de procedimientos 92% manifestó estar satisfecho.⁵⁸

VIII. CONCLUSIONES

La planeación de alta es la transferencia del cuidado hospitalario al domicilio, es decir la preparación del cuidado a través de la capacitación del cuidador el cual se centra la atención en el paciente y cuidado, en otros países el plan de alta se rige a través de leyes o por políticas de las instituciones de salud y el objetivo es la disminución de costos y reingresos a las instituciones. En este servicio al llevarse a cabo la planeación del alta se considero como una estrategia innovadora, no tiene costo adicional ya se trabaja con el recurso material que tiene la institución, además de que se obtuvo la participación del los profesionales de las disciplinas que participan en el cuidado del paciente, por lo que se puede decir que se conformo un equipo interdisciplinario porque se trabajo de forma coordinada en las actividades planeadas en la atención del paciente.

Este plan de alta puede continuar implementándose con pacientes con otras patologías en los diferentes servicios de la institución, para fortalecer los conocimientos y habilidades del cuidador y prevenir oportunamente complicaciones, además es una estrategia para la contención de costos hospitalarios aunque no se contemplo como objetivo disminuyo 1.3 los días estancia y a la fecha no ha habido reingresos

Tradicionalmente se tiene evidencia que las mujeres son las que cuidan pero en este estudio se obtuvo la participación de más del 25% del género masculino que aunque la procedencia fue de otros municipios posiblemente cuando lleguen a su lugar de origen capacitarán a alguna mujer para que brinde el cuidado, ellos quedaran como cuidadores secundarios apoyando a las actividades de movilización lo cual garantizara evitar lesiones a la piel como son las úlceras por presión.

Durante la implementación del plan de alta se vio la necesidad de elaborar material didáctico para la capacitación del cuidador el cual apoyará al servicio para facilitar la enseñanza al cuidador además como hospital escuela la participación de los estudiantes de medicina, enfermería y trabajo social como parte importante en la elaboración de material didáctico de acuerdo a las necesidades que se presente.

Una aportación de este estudio fue el tríptico el cual adoptará el Departamento de Trabajo Social para implementarlo en la institución.

En cuanto a las capacitaciones se verificó que en los procedimientos más complejos como lo es la oxigenación y alimentación se requirió de menor número de sesiones de capacitación y en los que se consideran más sencillos como el baño fue necesario dar más de cuatro sesiones de capacitación para que el cuidador adquiriera la habilidad en la aplicación de técnicas de movilización de pacientes con aditamentos ya que le causa estrés al cuidador.

IX. LIMITANTES DEL ESTUDIO

No se contempló medir la satisfacción del usuario interno.

Se restringió la entrada permanente del cuidador al área de hospitalización durante el periodo de contingencia por influenza AH1N1.

No se pudo ampliar la muestra ya que en el periodo de recolección de datos hubo un incremento de ingresos de pacientes con diagnóstico de EVC Hemorrágico el cual por lo extenso de la hemorragia culminaban en fallecimiento a las pocas horas del ingreso.

Falta de recurso humano en el servicio de rehabilitación lo cual retardo la capacitación del cuidador.

No haber contemplado dar por escrito las instrucciones al egreso.

X. RECOMENDACIONES

El aumento de las enfermedades crónicas con dependencia del cuidado requiere de nuevas estrategias para brindar una atención integrada y dar evidencia de la calidad de los servicios, es conveniente promover y proponer a las autoridades correspondientes este tipo de herramientas metodológicas para brindar un cuidado integral e individualizado al usuario.

Continuar con el plan de alta interdisciplinario para seguir fortaleciendo la información y habilidad del cuidador.

Que quede constancia por escrito en el expediente del paciente las intervenciones del equipo interdisciplinario.

Capacitar al personal de la institución en el plan de alta para garantizar un cuidado de calidad a través de la replica de estrategias educativas con otro tipo de pacientes.

Apoyar en la realización de estudios de investigación por las autoridades de la institución para impulsar estrategias innovadoras en los cuidados.

Realizar seguimiento de los pacientes que egresan del hospital al domicilio para determinar la efectividad del plan de alta.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Estadísticas de INEGI 2006. www.inegi.gob.mx. Consultado el 10/11/2008
- 2 Programa Nacional de Salud 2007-2012
- 3 Ortiz AC, Gavira N, Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Vol. XX No. 2, Septiembre de 2002 (23)
- 4 Pardo M. Familia y Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Bogota, Colombia.1998. 125 – 133
- 5 Andrade, G., Pérez. I, Méndez. L. Perfil de los Cuidadores Informales de Adultos Mayores Hospitalizados. Desarrollo Cientif Enferm. 13(10);301-303
- 6 Gil E, Escudero M, Prieto A, Frías, A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. Enfermería Clínica. 2005;15(4):220-6
- 7 Barrera L, Galvis C, Moreno ME, Pinto N. Pinzón ML, Romero E. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Invest. Educ. Enferm. 2006, 24(1):36-46
- 8 Andrade, G., Pérez. I., Méndez. L. Apoyo de Enfermería a las Actividades que realizan los cuidadores de adultos mayores hospitalizados. Desarrollo Cientif. Enferm. 2007;15(2):52-55
- 9 Contel J.C, Gene J., Peya M. Atención Domiciliaria, Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999
- 10 Gil GE, Escudera Cm, Prieto R, Frías OA. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. Rev. Enferm. Clínica 2005, 15(4):220-6
- 11 Zambrano M, Zurita B, Ramírez TJ, Coria I. Gasto hospitalario de cinco patologías de alto impacto económico. Ver Méd Inst. Mex Seguro Soc. 2008;46(1):43-50
- 12 Reynales LM, Rodríguez R, Jiménez J, Juárez SA, Castro A, Hernández M. Costos de la atención médica atribuible al consumo de tabaco en el IMSS. Salud Pública Mex. 2006; 48(1):48-64
- 13 Alfambra, I, Alonso, M. Informe del Alta de Enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 1999; 7 (6): 175 – 178

14 García, N., Pérez, D. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. *Nure Investigación*. 2005;17(6):2- 12

15 Cardoso, I., Scatena, T., Nunes, S. Gerenciamiento de caso de Enfermería en el proceso de alta hospitalaria del paciente con lesión medular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 2000; 8(1-4): 7-13

16 United Hospital Fund. Guía sobre la planificación del alta hospitalaria para los cuidadores familiar. Alianza Nacional de Cuidadores Asistenciales. Metlife Foundation.

17 Sawastzky JE, Fowler-Kerry S, (2003) "Impacto of caregiving: Listening to the voice of informal caregivers" *Journal of Psychiatric E Mental Health Nursing*, vol. 10, num. 3, pp. 277-86

18 USDHHS (2004) "What we do make a difference. Fact sheet: Family Caregiving". The United States Department of Health and Human Services. Administration on Aging En: <http://WWW.AOA.DHHS.GOV> (ACCESO: 2005).

19 Celma M. Cuidadores informales en el medio hospitalario. *Rev. ROL Enf.* 2001;24(7-8):503-511

20 Celma M. Cuidadoras informales y enfermeras. *Rev ROL Enf.* 2003;26(3):190-198

21 Mc CLOSKEY, Comi Joanne & MAAS, Meridean "Interdisciplinary Team: The Nursing perspective is essential" IN- *Nursing Outlook*, 1998. 46:157-63.

22 Fernández B. R, Ramos MRR, Gallardo JS, Navarro MD, López IA, Ibáñez Gil E, y cols. Efecto de intervención de la Enfermera Hospitalarias de Enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos, y sus cuidadoras. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(2). Disponible en <http://www.index-f.com/casa/documentos/lc0328.php>

23 Kaschak Newman Diane, Jakovac Smith Diane A. Planes de cuidados en geriatría, Mosby/Doyma libros, 1994 edición española.

24 Acosta E H. Inmovilidad física de las personas con accidente vascular cerebral

25 Barrera O. Lucy, Galvis L. Clara Rocío, Moreno Fergusson M. E., Pinto Afanador N., Pinzón Rocha Ma. L., Romero González, Sánchez E. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica Herrera B.

26 Zea H. Ma.C.n, Torres Marín B. P. Adultos Mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado, Universidad de Antioquia/ Facultad de Enfermería/ Investigación y Educación en Enfermería/ Medellín .Vol. XXV No. 1 de marzo de 2007.

27 De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest. Educ. Enferm. 2007, (25)1:106-112

28 Acosta TE, Inmovilidad Física de las personas con accidente vascular cerebral. Rev. Derarrollo científico Enferm. Vol. 12, No. 9 octubre, 2004 278-80

29 Ortiz AC, Gavira N. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Vol. XX No. 2, Septiembre de 2002 (23)

30 Ortiz AC, Gavira N, Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, Investigación y Educación en Enfermería, Medellín, Vol. XX No. 2, Septiembre de 2002 (14)

31 Barrera O. Lucy, Galvis L. Clara Rocío, Moreno Fergusson M. E., Pinto Afanador N., Pinzón Rocha Ma. L., Romero González, Sánchez E. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica Herrera B.

32 Robles Silva Leticia, La invisibilidad del cuidador a los enfermos crónico, un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos, Universidad de Guadalajara.

33 De la Cuesta C, Benjumea, La artesanía del cuidado: cuidar en la cas a un familiar con demencia avanzada, Enfermería clínica. 2005; 15(6):335-42

34 Norbeck, Jane. El desarrollo de un instrumento para medir el soporte social, En: Nursing Research. Vol. 30. No. 5, sep-oct. 1981. Citado en Cuidado y practica de Enfermería, grupo de cuidados, fac. de .Enferm. Universidad Nacional de Colombia/sede Bogotá "El apoyo social y el cuidado de la salud humana" 99-105.

35 García C M.M. Rodríguez. I.M, Gutiérrez, C. P Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación Cuantitativa.

36 Niño A M, Jordán M L, Apoyo Educativo en Rehabilitación Física al Agente de Cuidado Dependiente del paciente con Hemiplejia. Desarrollo Cientf. Enferm. Vol. 15 No. 9 octubre, 2007, 395-398.

37 Barrera O. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. Cuidado y práctica en enfermería. Grupo de cuidado. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2000; C3 (pte8):233-237

38 De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest. Educ. Enferm. 2007;(25)1:106-112

39 Torres Fermán IA, Beltrán Guzmán FJ, Martínez Perales G, Saldivar González AH, Quesada Castillo J, Cruz Torres LD, cuidar a un enfermo.

40 Nava Galán Ma. Guadalupe, Nicolás S. El cuidado de enfermería a través del constructivismo en pacientes con EVC Hemorrágico. Enf. Neurol. 2008 Vol. 7 No. 2:68-71,.

41 Maldonado G, Medrano MR, Mendiola SV, Nieto M.JL, Flores G, El Cuidado del Adulto Mayor. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 13 No. 6 de julio, 2005(170)

42 Ortiz AC, Gavira DL, Palacio ML et al. Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, Instrucciones de segundo nivel del área Metropolitana, 1999-2000. Inves. Educ. Enferm. 2002, 20(2) 12-29, citada en Adulto Mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado, Univ. De Antioquia, Fac. Enf. Inves. Y Educ. de Enf. Medellín Vol. XXV No. 1 de marzo de 2007.

43 Flores M. La calidad de vida de los acompañantes de los pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Index de enfermería 2002.

44 Andrade C, Perfil de los cuidadores de adultos mayores hospitalizados, Desarrollo científico Enferm. Vol. 13 No. 10 301-303.

45 Zea M C, Torres B P. Adultos Mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado, Universidad de Antioquia/ Facultad de Enfermería/ Investigación y Educación en Enfermería/ Medellín .Vol. XXV No. 1 de marzo de 2007.

46 Santa María MB, Duque EA, Eficacia de la Planificación del Alta de Enfermería en pacientes Mayores de 65 años con Patología Cardíaca.

47 Pinzón de Salazar, Lina. El derecho a la información en salud. En: Boletín del Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas, 1997, p. 2.

48 Shepperd S, Parkes, Planificación del alta del hospital al domicilio, Biblioteca Cochrane Plus.

49 Gracia FJ. El alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII congreso Nacional de Enfermería en Cardiología, Cáceres 2,3 y 4 de mayo de 2001.

50 Alfambra M, Alonso D. Rodríguez M, Ramos C. Informe de Alta de Enfermería, Un instrumento para la continuidad de los cuidados. Desarrollo Científico Enfermería. 1995. 5 (15): 39-43

51 Verdejo C. El equipo interdisciplinar como metodología de trabajo. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos S.A; 1998. P. 39-43 Ref. Sánchez Ponce G.

52 Tamayo y Tamayo Mario, El Proceso de la Investigación Científica, Limusa/Noriega. 4ª edición. 2002

53 Hernández JL. Manual Moderno, Ética en la Investigación Biomédica.

54 Quero RA, Briones GR, Prieto RA, Navarro LA, Pascual MN, Guerrero RC. Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. Nure investigación, No. 9, octubre 2004.

55 Promover la vida, Marie-Françoise Colliere, 2ª Ed. Mc.Graw Hill.

56 Valls C, Sánchez A, Subirana M. Validez de la escala de Norton para valorar el riesgo de presentar úlceras por presión en un hospital terciario. Comparación de la escala EMINA. Enferm. Clínica 2004, 14(6):313-7

57Hernández RM. Dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad vascular cerebral y el rol de los cuidadores informales. Desarrollo científico Vol. 14 No 7 agosto, 2006.

58 Jiménez y Villegas MC, Ortega Vargas C, Satisfacción del Usuario como indicador de calidad. Rev. Mexicana de Cardiología Vol. II. Núm. 2 Mayo-Agosto de 2003 pp. 58-65

ANEXOS

Tríptico de Sensibilización Anexo 1

El servicio de Medicina Interna pone a su disposición un **equipo interdisciplinario** (Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Nutrición, Rehabilitación, Inhaloterapia) para brindarle **atención personalizada de calidad** con fines de mejorar y restablecer la salud de su familiar.

En este servicio actualmente se desarrolla el programa **PLAN DE ALTA** como parte de la mejora continua de la calidad en el servicio en el que usted forma parte, ya que **se le enseñará a cuidar a su enfermo** durante su hospitalización.

► Por lo que se le solicita su **comprensión y cooperación** para formar parte de este equipo, ya que usted, además de brindarle compañía a su enfermo, es un **apoyo** para la comunicación y satisfacción de algunas **necesidades** como higiene, comodidad y alimentación entre otras.

Al participar en este programa de capacitación se le va preparando para continuar con los **cuidados requeridos** en el domicilio y con ello detectar y evitar complicaciones oportunamente; siéntase con la **confianza de preguntar** para que se le aclaren todas sus dudas acerca del tratamiento y cuidados requeridos.

DIRECTORIO

JEFE DE DIVISION

Dr. Jaime Guillermo Rodríguez Rivera

JEFE DE SERVICIO DE ENFERMERIA

L.E. Yolanda Galarza Maya
Enf. Gral. Alberta Hernández
L.E. Teódula Palomo

TRABAJADORA SOCIAL

Imelda de la Rosa.

INHALOTERAPIA

L.E. Claudia Gutiérrez Gutiérrez.

REHABILITACIÓN

Dr. Jesús Navarrete.

MEDICO RESPONSABLE

MEDICINA

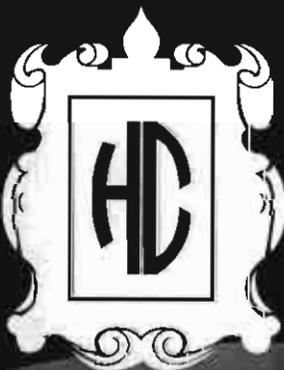
HOMBRES:

834.27.59

MEDICINA

MUJERES:

834.27.60



SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL CENTRAL

DR. IGNACIO MORONES PRIETO

EL PACIENTE TIENE DERECHO A:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con expediente clínica.
10. Ser atendida cuando se inconforme por la atención recibida.



SE LE SOLICITA:

1. Proporcione los datos de la o las personas que se harán cargo del cuidado del enfermo en el domicilio.
2. Acudir a trabajo social para que se le proporcione un pase permanente en el cual se le permitirá estar las 24 horas del día a un familiar.
3. El horario de visita para las demás familiares será de 16.00 a 17.30 de la tarde.
4. Asistir a las sesiones de capacitaciones que le sean requeridas.
5. Estar en contacto con el equipo de salud.
6. Traerle a su paciente artículos de aseo personal (jabón, shampo, cepillo de dientes, pasta dental o carbonato en polva, peine, crema, etc.).
7. Se le recomienda no introducir alimentos al servicio para evitar la reproducción de insectos (hormigas, juanes, cucarachas).
8. Para el familiar foránea el club Rotario y Caritas ponen a su disposición el albergue (Para mayor información acudir con la trabajadora social de Medicina Interna).



Nombre _____ Edad: _____ Cama: _____ Servicio: _____ Dx: _____

INDICE KAST DE DEPENDENCIA
 Marcar con una X el número que corresponda

BAÑO
 1 0 Independencia. Se baña sin ayuda.
 5 Necesita ayuda. Para asear más de una parte del cuerpo. Para entrar o salir de la regadera.
 0 Dependiente. No se baña por si solo.

VESTIRSE
 1 0 Independencia. Se viste por si solo
 5 Necesita ayuda. Solo para ponerse de pie y vestirse por si mismo.
 0 Dependiente. No se viste solo.

USO DEL WC
 1 0 Independencia. Va solo al sanitario.
 5 Necesita ayuda. Solo para apoyarlo a bajar de la cama .
 0 Dependiente. Necesita ser llevado al WC y se le tiene que acomodar en la taza y limpiarlo.

MOVILIDAD
 1 0 Independencia. Se levanta y acuesta por si mismo y se levanta de la silla por si solo.
 5 Necesita ayuda. Requiere de ayuda para bajarse de la cama y sentarse
 0 Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no se mueve

CONTINENCIA DE ESFINTERES
 1 0 Independiente. Control completo de micción y defecación.
 5 Necesita ayuda. Solo requiere que le acerquen el cómodo o el orinal.
 0 Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación requiere de pañal.

ALIMENTACIÓN
 1 0 Independencia. Lleva la comida del plato a la boca (Se excluye cortar la carne y preparación de alimentos, como por ejemplo untar el pan)
 5 Necesita ayuda. para acercar los utensilios para comer
 0 Dependencia., no come en lo absoluto

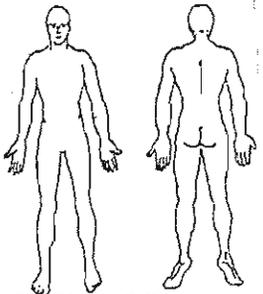
Para medir la dependencia, se sumaran los puntajes para establecer el índice

INDICE	PUNTAJE	CALIF
Dependiente	<10	
Dependencia moderada	15 - 25	
Dependencia leve	30 - 40	
Independiente	45 - 60	

Movilidad normal de las 4 extremidades Si ___ No ___
 ¿Cual No MSI ___ MSD ___ MII ___ MID ___
 Tono Muscular Normal Si ___ No ___ Disminuido MSI ___ MSD ___ MII ___ MID ___
 Fuerza Muscular Normal Si ___ No ___ Disminuida MSI ___ MSD ___ MII ___ MID ___
 Sensibilidad Normal Si ___ No ___ Disminuida MSI ___ MSD ___ MII ___ MID ___

ESTADO DE CONCIENCIA
 V- Responde a estímulos verbal _____
 D- Responde al dolor _____
 I-Inconsciente _____
 Pupilas:
 Respuesta a la luz Si ___ No ___
 Mioticas ____, Isoconicas ____, Midriáticas ____
 Manejo de Secreciones Si ___ No ___

Coloque en el esquema la letra que corresponda según lo identificado en la piel



H: hematoma
UP: úlcera por presión
Estado
 I ___ II ___
 III ___ IV ___

IQ: Herida quirúrgica
E: excoriación
E: edema
FL: flictema
IS: isquemia

HIGIENE CORPORAL
 Buena ___ Regular ___ Deficiente ___

CAVIDAD ORAL
 Halitosis ___ Aftas ___ Adoncia total ___ parcial ___ Higiene bucal ___

NUTRICIÓN
 ¿Algún malestar asociado a la ingestión de alimentos? ___
 Náuseas ___ Vómito ___ Anorexia ___ Pirosis ___
 Tipo ___ vía ___

ELIMINACIÓN

Urnaria
 ♦ Problemas para orinar Si ___ No ___
 ♦ Alteración específica _____

olor ___ Color ___
 ♦ Se levanta en las noches a orinar SI ___ No ___ No aplica ___
 ♦ Se queda con ganas de seguir orinando. Si ___ No ___ No aplica ___
 ♦ Incontinencia Si ___ No ___ No aplica ___

Sonda vesical: Callbre _____ Fecha de inserción _____
 Características _____ de _____ la orina _____
 Volumen urinario _____ Globo vesical Si ___ No ___

Intestinal:
 ♦ Patrón de defecación diaria Si ___ No ___
 ♦ Alteración específica _____
 Toma algo para ayudarse en la eliminación intestinal Si ___ No ___
 Que toma _____

Colostomía Si ___ No ___ localización _____ características _____
 Incontinencia Si ___ No ___
 Drenaje _____
 Especifique características _____

ESCALA DE RIESGO DE ULCERA POR PRESION EMINA

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD/ INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientando	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado, apático	Ligeramente Ilimitada	Urnaria o fecal ocasional	Ocasionalmente Incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico, hiperclético	Limitación importante	Urnaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre requiere ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Incontinencia fecal o urinaria	No ingesta	No deambula
Sin Riesgo 0		Riesgo Bajo 1-3	Riesgo Moderado 4-7	Riesgo Alto 8-15	

No de personas que cuidaran al paciente durante la hospitalización

Nombre	Edad	Parentesco	Horas de cuidado	Procedencia

Quien cuidará al paciente a su Egreso

INFORMACIÓN AL INGRESO DEL CUIDADOR

- Es la primera vez que cuida a su familiar Si ___ No ___
- Conoce usted la enfermedad que tiene su enfermo Si ___ No ___
- Conoce Usted el tratamiento que se le dará a su enfermo Si ___ No ___
- Sabe como participará en el cuidado de su enfermo Si ___ No ___

<p>MEDICINA Nombre y firma</p>	
<p>ENFERMERÍA Nombre y firma</p>	
<p>TRABAJO SOCIAL Nombre y firma</p>	
<p>NUTRICIÓN Nombre y firma</p>	
<p>REHABILITACION Nombre y firma</p>	
<p>INHALOTERAPIA Nombre y firma</p>	

Nombre y firma

Coordinador del Equipo _____

Cuidador _____

Anexo 4
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PLAN DE ALTA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

SATISFACCIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del paciente	Nombre del cuidador	Edad	Sexo
---------------------	---------------------	------	------

Marque con una X cual es su satisfacción en una escala del 1 al 3, por haber recibido capacitación para cuidar a su enfermo.

1. Insatisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Satisfecho

	Preguntas	1	2	3
1.-	Identificación del personal por su nombre y cargo			
2.-	Respeto con el que se le ha tratado			
3.-	Amabilidad del personal			
4.-	Respeto a la intimidad			
5.-	Orientación para realizar los trámites necesarios (Pase de visita, pagos de estudios, etc.)			
6.-	Información de la normatividad del servicio			
7.-	Información acerca de la enfermedad y tratamiento de su enfermo			
8.-	Información de los estudios que se le realizaron a su enfermo y resultados.			
9.-	Lenguaje utilizado para la información			
10.-	Demostración de cómo realizar los procedimientos			
11.-	Aclaración de dudas referente al cuidado, tratamiento, dieta, estudios etc.			
12.-	Disposición para escucharlo			
13.-	Reuniones de capacitación			
14.-	Oportunidad de la capacitación			
15.-	Participación en este programa			

Recomendaría Usted que continuara este programa _____

Recomendaría Usted este servicio a otros usuarios _____

Comentarios: _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



ÚLCERAS POR PRESIÓN



LE Yolanda Galarza Maya
MAE Rosa Ma. Gpe. Andrade Cepeda
PLESS Claudia Vanegas Pérez

CONCEPTO

Las úlceras por presión son la pérdida de la continuidad de la piel, que aparecen en las personas encamadas que tienen periodos prolongados de inmovilidad.

¿COMO SE FORMAN?



LAS CONDICIONES QUE PREDISPONEN A LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO SON:

- Presión prolongada sobre la zona corporal
- Sabanas húmedas, con pliegues o arrugas.
- Piel en mal estado, seca o agrietada.
- Problemas de desnutrición
- Obesidad.

DETECCIÓN

Existen escalas para valorar niveles de riesgo de úlceras por presión las más usadas son las de: BRADEN-BERGSTROM, NORTON, EMINA Y ARNELL.

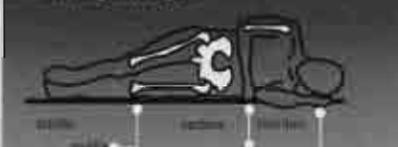
CARACTERÍSTICAS

LOCALIZACIÓN: Esta depende de la zona donde haya mayor presión de acuerdo a la posición.

Decúbito supino o dorsal: talones, glúteos, región sacra, columna vertebral, codos, omóplatos y nuca.



Decúbito lateral: tobillos, rodillas, caderas, costillas, hombros, mejillas, orejas.



Decúbito prono: dedos del pie, órganos genitales, hombros, mejillas y orejas.



POR SU PROFUNDIDAD:

ESTADIO I
Solo eritema, sin ruptura de la piel.



Estadio II
La piel presenta flictenas, con pérdida de piel o sin ella.



Estadio III
Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, puede afectar a la grasa o al músculo.



Estadio IV
La úlcera se extiende a través de la piel, grasa y músculo y puede afectar al hueso.



POR SU EVOLUCIÓN:

EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN:

Son de color rojo, limpias, con mayor o menor profundidad y escasa o abundante secreción.

NECRÓTICA:

Su aspecto es negro, puede ser extensa y profunda.

INFECTADA:

Son úlceras que se caracterizan por su olor fétido y abundante secreción.

PREVENCIÓN

Alivio de la presión de los tejidos:
Cambios de posición del paciente en cama cada 2 horas con una rotación programada, protegiendo la zona más deteriorada.

Superficies de apoyo:
Dispositivos para protección de puntos de apoyo: elaboración de costalitos hechos de manta o algodón de media hoja tamaño carta (de 15x22 cm), rellenos de semilla de alpiste (1 kg).



Colocar colchón anti escara. (colchón de agua, aire, cáscara de huevo).



- Soporte nutricional: Favorece la cicatrización.
- Higiene e hidratación de la piel.
- Cambio de pañal tanto como sea necesario.
- Mantener las sabanas de la cama bien extendidas evitando arrugas.

CUIDADO DE LA ÚLCERA

1. Limpiar las lesiones y cambio de apósito según se requiera.
2. Lavado con agua estéril o solución salina chorro para que arrastra la secreción y restos de las curaciones anteriores.
3. El secado debe realizarse por esponja para evitar lesionar el tejido.
4. Utilizar apósitos hidrocoloides deberá rebasar al menos 3 cm de los bordes de la úlcera, este puede mantenerse hasta 7 días si no hay secreción o deterioro del apósito.
5. En estadios III y IV el secado debe ser necesario.

REFERENCIAS:
1. Braden, C. N. (1973). "A System for Measuring Nursing Home Patients in Risk of Pressure Sores." *Nursing Research*, 18(2), 175-179.
2. Norton, K. L., & Braden, C. N. (1978). "A System for Measuring Nursing Home Patients in Risk of Pressure Sores." *Nursing Research*, 23(2), 162-167.
3. Emina, J. M., & Arnell, J. (1978). "A System for Measuring Nursing Home Patients in Risk of Pressure Sores." *Nursing Research*, 23(2), 162-167.
4. Bergstrom, N. (1973). "A System for Measuring Nursing Home Patients in Risk of Pressure Sores." *Nursing Research*, 18(2), 175-179.

Estadio III

Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo, puede afectar a la grasa o al músculo.



Estadio IV

La úlcera se extiende a través de la piel, grasa y músculo y puede afectar al hueso.



POR SU EVOLUCIÓN:

EN PROCESO DE CICATRIZACIÓN:

Son de color rojo, limpias, con mayor o menor profundidad y escasa o abundante secreción.

NECRÓTICA:

Su aspecto es negro, puede ser extensa y profunda.

INFECTADA:

Son úlceras que se caracterizan por su olor fétido y abundante secreción.

PREVENCIÓN

Alivio de la presión de los tejidos:

Cambios de posición del paciente en cama cada 2 horas con una rotación programada, protegiendo la zona más deteriorada.



Superficies de apoyo:

Dispositivos para protección de puntos de apoyo: elaboración de costalitos hechos de manta o algodón de media hoja tamaño carta (de 15x22 cm), rellenos de semilla de alpiste (1 kg).



Colocar colchón anti escara, (colchón de agua, aire, cascaron de huevo).



- Soporte nutricional: Favorece la cicatrización.
- Higiene e hidratación de la piel.
- Cambio de pañal tanto como sea necesario.
- Mantener las sábanas de la cama bien extendidas evitando arrugas.

CUIDADO DE LA ÚLCERA

1. Limpiar las lesiones y cambio de apósito según se requiera.
2. Lavado con agua estéril o solución salina a chorro para que arrastre la secreción y restos de las curaciones anteriores.
3. El secado debe realizarse por esponjeo para evitar lesionar el tejido.
4. Utilizar apósitos hidrocoloides cuyo tamaño deberá rebasar al menos 3 cm de los bordes de la úlcera, este puede mantenerse hasta 7 días salvo que haya fuga de secreción o deterioro del apósito.
5. En estadios III Y IV infectados en ocasiones es necesario la debridación mecánica o quirúrgica.



Anexo 6
Tríptico de:

ÚLCERAS POR PRESIÓN

LE Yolanda Galarza Maya

MAE Rosa Ma. Gpe. Andrade Cepeda

PLESS Claudia Vanegas Pérez

Programa Plan de Alta

Medicina Interna

CONCEPTO

Las úlceras por presión son la pérdida de la continuidad de la piel, que aparecen en las personas encamadas que tienen periodos prolongados de inmovilidad.

¿COMO SE FORMAN?

Presión prolongada en una zona corporal

↓
Dificultad circulatoria

↓
Isquemia

↓
Enrojecimiento de la piel y dolor

↓
Ruptura de la piel

↓
Úlcera por presión

LAS CONDICIONES QUE PREDISPONEN A LA APARICIÓN DE ÚLCERAS POR DECÚBITO SON:

- Presión prolongada sobre la zona corporal
- Sabanas húmedas, con pliegues o arrugas.
- Piel en mal estado, seca o agrietada.
- Problemas de desnutrición
- Obesidad.

DETECCIÓN

Existen escalas para valorar niveles de riesgo de úlceras por presión las más usadas son las de:

BRADEN-BERGSTROM, NORTON, EMINA Y ARNELL.

CARACTERÍSTICAS

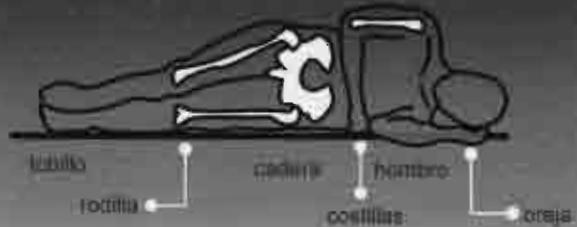
a

LOCALIZACIÓN: Esta depende de la zona donde haya mayor presión de acuerdo a la posición.

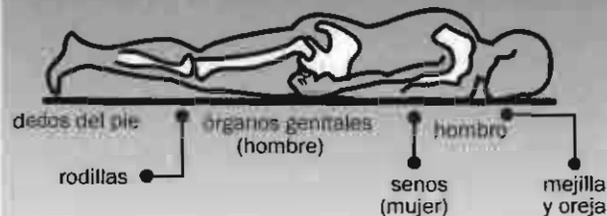
Decúbito supino o dorsal: talones, glúteos, región sacra, columna vertebral, codos, omóplatos y nuca.



Decúbito lateral: tobillos, rodillas, caderas, costillas, hombros, mejillas, orejas.



Decúbito prono: dedos del pie, órganos genitales, hombros, mejillas y orejas.



Anexo 6
Tríptico de:

b

POR SU PROFUNDIDAD:

Estadio I

Solo eritema, sin ruptura de la piel.



Estadio II

La piel presenta flictenas, con pérdida de piel o sin ella.



XIII. PERMISO DEL AUTOR PARA REPRODUCCIÓN DE ESTE DOCUMENTO

La autora Yolanda Galarza Maya, concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Implantación del plan de alta interdisciplinario para pacientes con problemas neurológicos hospitalizados en medicina interna" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que le confiere la ley, cuando sea por cualquier otro motivo diferente al que señala que conduzca a su reproducción parcial o total.

Yolanda Galarza Maya

Nombre y firma del autor

San Luis Potosí, S.L.P. Octubre de 2009