



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



**EFFECTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN LOS
CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL CUIDADOR INFORMAL**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

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

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
IRMA PÉREZ BÁRCENAS**

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

ABRIL 2008



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**Efecto del Plan de Alta de Enfermería en los Conocimientos y
Habilidades del Cuidador Informal**

T E S I S

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

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
IRMA PÉREZ BÁRCENAS

Directora de Tesis

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

ABRIL 2008



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**“Efecto del Plan de Alta de Enfermería en los Conocimientos y
Habilidades del Cuidador Informal”**

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
Irma Pérez Bárcenas**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

M.A. Ma. Magdalena Miranda Herrera

SECRETARIO

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

VOCAL

MEGP. Gustavo Ibarra Hurtado

29 DE ABRIL DE 2008

ÍNDICE

	RESUMEN	
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	JUSTIFICACIÓN	3
III.	OBJETIVOS	5
IV.	HIPÓTESIS	6
V.	MARCO TEÓRICO	7
VI.	MATERIAL Y MÉTODOS	20
VII.	RESULTADOS	28
VIII.	DISCUSIÓN	36
IX.	CONCLUSIONES	41
X.	RECOMENDACIONES	43
XI.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	44
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
XIII.	ANEXOS	50
	1.PROGRAMA PLAN DE ALTA	
	2.CUESTIONARIO CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR INFORMAL	
	3.LISTA DE VERIFICACIÓN HABILIDADES DE CUIDADO	

RESUMEN

Introducción: Los cuidadores informales de personas enfermas en el hogar u hospitalizadas, realizan actividades tendientes a satisfacer las necesidades básicas, para lo cual no tienen conocimientos específicos, aprenden a ensayo y error, a través de la reiteración en el tiempo, situación que les causa ansiedad y que repercute en su propia salud; en el paciente se pueden presentar complicaciones y ocasionar reingresos hospitalarios, razón por la cual se implanto el plan de alta para el traslado de cuidados del hospital al domicilio. **Metodología:** Estudio cuasi-experimental, con una muestra de 18 cuidadores, el plan de alta se implantó en el servicio de Medicina Interna del HGZ C/MF N° 2 de San Luis Potosí, diseñado para 4 días. Se aplicaron 2 instrumentos, un cuestionario que evaluó los conocimientos y una lista de verificación que evaluó las habilidades. Se utilizó estadística descriptiva y la t-student pareada para prueba de hipótesis. **Resultados:** La edad promedio de los pacientes fue de 65.44 años, 72% de los cuidadores fueron del sexo femenino, con una edad media de 39.22 años. Los conocimientos previos del cuidador fueron deficientes 77.7%, al igual que las habilidades 55.5%; posterior a la implantación del plan de alta los conocimientos y habilidades calificaron como buenos, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$). **Discusión:** Los resultados demuestran que los cuidadores no tienen los conocimientos y habilidades para cuidar, pero con la capacitación a través de un plan de alta que inicia al ingreso del paciente, estos adquieren la capacidad para prestar cuidados y con ello disminuir posibles complicaciones, además probablemente se disminuye la ansiedad por cuidar y se hace visible la función docente de enfermería.

Palabras claves:

Plan de Alta

Conocimientos

Habilidades

Cuidador informal

Abstract

Effect of the nursing leave plan in informal caretakers' knowledge and abilities.

Introduction. Informal caretakers of ill people at home or hospitalized perform activities which purpose is to satisfy the basic needs, those for which they do not have specific knowledge, they learn by trial and error method through reiteration in time. This situation causes them anxiety and it also alters their own health; it might present complications and produce hospital readmissions to the patient; this is the reason which the leave plan was implanted to transfer caretaking from hospital to home. **Methodology.** Quasi-experimental study, with a sample of 18 caretakers, the leave plan was established in the service of Internal Medicine of HGZ C/MF N° 2 from San Luis Potosí, designed for 4 days. Two instruments were applied, and a questionnaire that evaluated knowledge; also a verification list that evaluated abilities. Descriptive statistic and a paired t-student were used for the test of hypothesis. **Results.** Patients average age was 65.44 years, 72% of the caretakers were female with an average age of 39.22 years. In regard to caretakers previous knowledge: 77.7% were deficient, and in abilities 55.5% of them were rated as deficient. Later to the establishment of the leave plan they were rated well in knowledge and abilities as well. These differences were statistically significant, ($p < 0.001$). **Discussion.** Results demonstrate that caretakers do not have the knowledge and abilities to take care, but with qualification through a leave plan that begins with the patients' admission, they acquire the capacity to provide caretaking in order to decrease possible complications. Furthermore, probably the anxiety of taking care is lessen, and the nursing educational function becomes visible.

Key words: leave plan; knowledge; abilities; informal caretaker.

I. INTRODUCCIÓN

En México, al igual que en otros países en desarrollo, se presentan dos grandes fenómenos; el primero es el envejecimiento, en el año 2000 la proporción de adultos mayores fue de alrededor de 7.0 %, se espera que este porcentaje se incremente a 12.5% en 2020 y a 28.0% en 2050, para San Luis Potosí se estima en el 2010 un porcentaje de 9.7% y para 2030 18.5%;¹ el segundo fenómeno es el aumento de enfermedades crónico degenerativas, proceso que acompaña al envejecimiento, el cual causa dependencia y un cuidado a largo plazo. De esta manera, la familia, es quien asume la responsabilidad de este tipo de cuidado, por ello se le reconoce como un agente cuidador natural.²

La familia cumple la función de protección física y emocional, tradicionalmente desempeña un rol importante en el restablecimiento y mantenimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros; cuando una persona se enferma o que por razones de edad o incapacidad es dependiente, aparece el cuidador que es la persona que proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario, este tipo de cuidado se caracteriza por ser continuo y no remunerado, en este estudio se le denomina "***cuidador informal***"; sobre su elección tanto la literatura nacional como internacional señala un rasgo de feminización en este tipo de cuidado, ya que este no es distribuido equitativamente, este rol generalmente lo realizan las mujeres.^{3,4,5}

Por lo tanto, los cuidadores informales desarrollan sus actividades en dos ámbitos: el hogar y el hospital, en este último el enfermo requiere de una persona aceptada por él y que lo haga sentir más seguro y protegido, esto disminuye su angustia porque lo respalda y le permite satisfacer la necesidad de afecto⁶, por otro lado se convierte en el principal canal de comunicación entre el equipo de salud-paciente, también participa en la satisfacción de las necesidades básicas: le dan de comer, lo bañan, le cambian la ropa, le ponen el cómodo o cambian el pañal, lo movilizan y colaboran con la aplicación de la terapéutica médica (administración de

medicamentos oral o tópico, nebulizaciones entre otros), estas actividades varían de acuerdo al nivel de dependencia.

Es importante resaltar que estas actividades las hacen sin ninguna información y les causan temor por el desconocimiento, en la literatura se ha referido que aprenden por ensayo y error o bien son apoyadas por otros cuidadores que tienen experiencia en el cuidado; una vez que el paciente egresa del hospital la responsabilidad del cuidado pasa del personal a los familiares, a los cuales generalmente no se les prepara para asumir ese rol⁷ y con frecuencia se observa que reingresan los pacientes por complicaciones, incrementándose los días estancia y el costo.

Con esto se denota que no se realiza una de las intervenciones de enfermería denominada plan de alta o bien la información al egreso, en México no hay evidencia de que se efectuó por lo tanto este estudio se considera con impacto en el área de la administración de la atención de enfermería en la etapa de planeación del cuidado, además de que este estudio impacta en los programas de calidad de las instituciones de salud en la mejora continua del servicio.

II. JUSTIFICACIÓN

El cuidado en el domicilio es asumido por la familia, en específico, por un integrante de ella (cuidador informal), la literatura lo describe como: una mujer de edad media, ama de casa, hija o esposa, que generalmente cohabita con la persona que cuida; modifica sus necesidades y estilo de vida de manera importante por la sobrecarga que implica este tipo de cuidados. También se refiere que estos cuidados representan una carga física y psíquica, que repercute de manera negativa en la calidad de vida.^{8,9,10}

A partir de estos estudios se buscan estrategias dirigidas a la enseñanza del cuidador, con el objetivo de transferir el cuidado del hospital al domicilio (plan de alta). Cabe destacar que en algunos países se rige a través de leyes o políticas de salud en las cuales las aseguradoras no pagan la atención si el plan de alta no se efectúa.¹¹

Planear el alta es diferente a egreso hospitalario, el plan es visto como un proceso sistemático de coordinación entre el profesional de enfermería y el cuidador, facilita la administración del cuidado, por medio del proceso se detectan las necesidades de enseñanza que requiere el cuidador, a partir de lo cual se planea la capacitación de manera individual, para finalizar con la evaluación de conocimientos y habilidades, de esta manera comprobar el efecto del plan de alta de enfermería.

En este estudio, se consideró importante la enseñanza del cuidador porque se identificaron riesgos que repercuten de manera negativa en su salud y que inciden de manera directa o indirecta, estos son el esfuerzo físico, la falta de apoyo y en especial la carencia de conocimientos y entrenamiento para realizar actividades de cuidado.¹²

Durante la hospitalización algunos cuidadores no participan activamente en el cuidado, porque enfrentan un contexto diferente y fuera de control, además la situación de salud del paciente les impacta y produce temor; para otros cuidadores que si tienen experiencia en el cuidado generalmente su participación no es adecuada

ya que su aprendizaje se obtiene de manera empírica de otros cuidadores durante este periodo.

Por lo expuesto se elaboro un programa de plan de alta de enfermería, se implanto a los cuidadores informales de pacientes con nivel de dependencia moderada y totalmente dependientes, de esta manera se intervino a través de la administración del cuidado, a partir de las necesidades de enseñanza del cuidador, se planeo la capacitación y se evaluaron los conocimientos y habilidades en relación a los cuidados básicos (cuidados en la piel, cuidados en la respiración, cuidados en la eliminación, cuidados en el bienestar y confort, cuidados en la nutrición), para finalmente comprobar el efecto del plan de alta de enfermería.

Con este estudio se dio respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cual es el efecto del plan de alta de enfermería en los conocimientos y habilidades del cuidador informal?, con la finalidad de que el plan de alta de enfermería sea adoptado por las instituciones como una herramienta para el reto que nos presenta el nuevo escenario en salud y a su vez contribuir al fortalecimiento de la línea de investigación familia, salud y cuidado; ya que este estudio demostró que el plan de alta de enfermería aumenta el nivel de conocimientos y habilidades del cuidador informal del paciente dependiente.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el efecto del plan de alta de enfermería en los cuidadores informales de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un hospital de seguridad social.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar al cuidador informal y receptor del cuidado.
2. Evaluar los conocimientos del cuidador informal por indicadores en la etapa previa y posterior a la implantación del plan alta.
3. Establecer la diferencia en la evaluación de conocimientos en la etapa previa y posterior al plan de alta.
4. Evaluar las habilidades del cuidador informal por indicadores en la etapa previa y posterior a la implantación del plan de alta.
5. Establecer la diferencia en la evaluación de habilidades en la etapa previa y posterior al plan de alta.

IV. HIPÓTESIS

Ho. El plan de alta de enfermería, no tiene efecto en los conocimientos y habilidades del cuidador informal.

H1. El plan de alta de enfermería, tiene un efecto positivo en los conocimientos y habilidades del cuidador informal.

V. MARCO TEÓRICO

Cuidar, es un acto de vida que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, así como facilitar las condiciones para la realización del proceso vital humano. Desde el comienzo de la vida los cuidados existen, los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre la necesidad de cuidar, cuidar es un acto de vida que tiene como objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle, de ese modo lucha contra la muerte del individuo, grupo o especie.¹³

El valor de cuidado humano y de cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar involucra un compromiso ético o moral hacia la protección de la dignidad humana y a la conservación de la humanidad, incluye: atención individual, compromiso, responsabilidad, recompensa, fin o vínculo.¹⁴

El deseo de cuidar es inherente al cuidado. El dador del cuidado no actúa si no existe dentro de el ese sentimiento de dar el cuidado. Es la esencia fundamental del cuidador, es lo que permite dar el cuidado. El deseo de cuidar está involucrado en la persona y no debe ser motivado por otros.

El cuidado posee tres fines: ayudar a satisfacer las necesidades del otro, es decir al receptor del cuidado; proporcionar los recursos suficientes para que sobreviva, y garantizar su bienestar y florecimiento. Estos fines aluden a cualquier tipo de dependientes: niños, ancianos, inválidos, enfermos, necesitados, desvalidos. En el enfermo crónico se satisfacen las necesidades creadas a partir de la presencia del padecimiento y proporcionar los recursos suficientes para su sobrevivencia.¹⁵

La dependencia remite a un sujeto incapaz de satisfacer sus necesidades por si mismo, que pierde el control sobre la propia vida al grado de que no es

capaz de cuidar de si mismo y es forzado a confiar en el cuidado de otros. Los dependientes son aquellos miembros que bajo estándares sociales normales son incapaces de cuidar de si mismos.¹⁶

La persona dependiente de hoy es la que demanda con mayor frecuencia los servicios de salud, genera mas gasto económico, ocupa mas días estancia y demanda mayores cuidados no solo en el hospital, sino posterior, es decir, en el domicilio.

En la actualidad las personas dependientes se incrementan, esto se debe al aumento de adultos mayores y esperanza de vida, hecho que conlleva a mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas e invalidantes.¹⁷ Ello representa costos sociales a nivel país, institucional y familiar¹⁸

Por lo tanto estas personas con enfermedades crónicas representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios, porque limitan la calidad de vida y el estado funcional se deteriora, además representan el 75% del gasto sanitario en países desarrollados, 80% del gasto farmacéutico, incremento en visitas medicas, complicaciones y días estancia.¹⁹

Estos pacientes dependientes requieren de la satisfacción de necesidades básicas, consideradas como elementos necesarios para la supervivencia y la salud del ser humano, cada persona tiene necesidades propias, pero todos compartimos necesidades básicas que determinan el estado de salud dependiendo del grado de satisfacción.

Las necesidades en las que el paciente dependiente requiere ayuda con mayor frecuencia son:

Cuidados en la piel: Son las actividades que permiten mantener y conservar íntegra la piel, para prevenir los problemas que origina la inmovilidad en la cama, principalmente las úlceras por presión, por lo tanto el cuidador informal debe realizar cambios posturales, estableciendo un plan de cambios; estimular al paciente si está consciente a cambiar de postura con frecuencia, realizar ejercicios de movilidad activos o pasivos con su respectivo programa de ejercicios, movilizar las diferentes articulaciones para prevenir la rigidez y mantener la fuerza muscular, realizar una higiene meticulosa de la piel manteniéndola limpia y seca, colocación de almohadas en las zonas de presión, utilización de colchón, así como vigilar cualquier síntoma como enrojecimiento, irritación, palidez localizada, dolor, escozor e inflamación.

Cuidados en la respiración: con actividades que favorecen la respiración y vigilancia de cualquier cambio en el patrón respiratorio como tos, aumento de secreciones, ahogo, entre otras. Los procedimientos básicos que se incluyen son la fisioterapia pulmonar, el cuidado a traqueostomía y aspiración de secreciones.

Cuidados en la eliminación: incluye actividades que permiten el cuidado de la piel, previene de infecciones de genitales y permite vigilar el patrón de eliminación; el cuidador informal debe llevar un control diario de la cantidad de orina, vigilar las evacuaciones en caso de estreñimiento o diarrea, mantener la zona genital limpia. El procedimiento básico que se incluye es cuidado a colostomía y sonda urinaria.

Cuidados en el bienestar y confort: incluyen actividades que mejoran el aspecto físico y emocional del paciente, el cuidador informal por lo tanto debe realizar a diario una higiene meticulosa de la piel, manteniéndola limpia y seca (especialmente en pliegues), mantener piel hidratada utilizando cremas y aceites; vestir al paciente con ropa amplia, cómoda y acorde a la temporada; mantener limpias y cortas las uñas; mantener el cabello limpio y peinado con un corte

cómodo para el paciente; lavar las manos cada que lo requiera, así como su dentadura. Además el cuidador informal debe cuidar la privacidad de su familiar y realizar actividades de recreación que le permitan pasar el momento de enfermedad de una manera más positiva, mantener el entorno tranquilo.

Cuidados en la nutrición: depende de las actividades de vigilancia y administración de la dieta adecuada que cubra las necesidades del paciente considerando su situación de salud, donde el cuidador informal vigilará que la textura de la dieta sea la correcta para su familiar, la aportación calórico y la cantidad de líquidos requeridos; colocará a su familiar en una posición incorporada posterior a la comida. Los procedimientos básicos que se incluyen son cuidados a sonda de gastrostomía y nasogástrica.

La familia es el principal punto de apoyo de estos pacientes dependientes para satisfacer esas necesidades básicas, porque dedican gran parte de su tiempo a ellos, además por su nivel de dependencia requieren de una persona que se encuentre a su lado durante todo el proceso de hospitalización con la finalidad de ser acompañante y ayudar a su restablecimiento.²⁰

Según Robles, ser cuidador conlleva a adquirir un nuevo rol social. El cuidador adquiere una serie de obligaciones y establece una especial relación intersubjetiva con el dependiente, sobre la cual se finca el cuidado.

Los cuidadores informales efectúan la mayor provisión de ayuda y cuidados a las personas mayores dependientes; estos atienden el 72% de las personas que lo necesitan, el 63% corresponde a la familia próxima (conyugue e hijos). Frecuentemente son los miembros de la familia y dentro de la red familiar, es una sola persona la que asume la responsabilidad de la atención, destaca el carácter de actividad no remunerada, el soporte social que brinda la familia es una practica de cuidado que se da en el intercambio de relaciones entre las personas y se

caracteriza por expresiones de afecto, afirmación o respaldo de los comportamientos, es útil para mejorar el estrés de la vida, para que las personas se sientan cuidadas, amadas, valoradas, estimadas y contribuye a la recuperación de los enfermos.²¹

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, ama de casa, de edad mediana y no tiene límites de horario en el cuidado, es considerado como una figura necesaria que actúa con humanismo, que hace sentir más seguro, protegido y permite satisfacer las necesidades de afecto y actividades de la vida diaria.²²

Los cuidadores informales se ven expuestos a muchas emociones y sentimientos encontrados. Algunos positivos como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido. Pero simultáneamente pueden darse los negativos: sensación de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza o cansancio, suele experimentar un conflicto entre las tareas de cuidado, se presentan dificultades económicas, aumentan los egresos. Además se provoca en el cuidador una reducción del número de actividades sociales, de ocio, productivas y aparecen sentimientos de aislamiento del mundo que lo rodea.²³

El sentimiento de impotencia se relaciona con el estilo de vida de poca autoayuda o a una situación con factores estresantes que la persona percibe como inestables o inalterables, entre estos se encuentran las características del individuo, conocimiento y experiencia de la enfermedad, recursos disponibles, percepciones personales y estrategias de afrontamiento.²⁴

El estrés que genera el hecho de cuidar tiene consecuencias negativas en la salud del cuidador que finalmente se ven reflejadas en la salud del mismo paciente. El cansancio dificulta esta tarea, afecta al propio bienestar y la relación

con la persona que cuida. Pueden aparecer alteraciones en la salud física y emocional, manifestadas por signos de irritabilidad, apatía, tristeza, etc.^{25,26,27}

El cuidador sufre numerosos cambios en su vida los mas destacados son el desgaste de su fuerza vital, se sienten cansados, al tener que cargar con el peso del enfermo, permaneciendo pendiente las 24 horas del día, la presión psicológica es muy grande, adquieren demasiadas obligaciones para las que no está preparado como medicación, higiene, aseo, alimentación; pierde su independencia, tiende a no ocuparse de si mismo abandonando incluso su salud.²⁸

La percepción personal y las estrategias de afrontamiento son quizás los aspectos más relevantes para encarar de manera adecuada la situación de enfermedad crónica. Cuando la enfermedad se ve como un suceso lleno de perdidas de tiempo, dinero o afecto el sentimiento de impotencia tiende a aumentar y llenar a los implicados de tristeza, soledad y angustia. Sin embargo muchas personas reportan encontrar un significado muy profundo a la experiencia de cuidado que los hace sentirse útiles e importantes.²⁹

Ante esta problemática y la falta de recursos disponibles, el apoyo de los cuidados informales es definitivo, potencia los hábitos saludables, mejora la forma de enfrentar la enfermedad y aumenta la recuperación y capacidad de adaptarse a las limitaciones. Pero muchas de estas personas no siempre cuentan con los conocimientos necesarios para sustentar sus actuaciones, lo que comporta una situación de ansiedad.³⁰

Por lo tanto, la prestación de cuidados resulta estresante tanto para el cuidador como para el enfermo, siendo a veces estos últimos los que pagan el precio del estrés de los primeros. Cuanto mayor es el estrés menos adecuado son los cuidados. El bienestar del enfermo depende del propio bienestar del cuidador. Por lo tanto es indispensable tener en cuenta la capacidad funcional del paciente y

del cuidador, y la capacidad misma de este último para dar cuidado de tal manera que satisfaga los requerimientos sociales y del contexto. El tipo, la cantidad y el tiempo esperado de cuidado necesario contribuyen también a mantener o desarrollar la habilidad en el cuidador.³¹

La capacitación del cuidador informal en relación a los conocimientos y el fomento para el desarrollo de habilidades en el cuidado es una tarea importante del profesional de enfermería. Las sugerencias de algunos autores han sido adoptadas por diferentes profesionales, pero no se conocen reportes en la literatura sobre los resultados obtenidos, es un tema poco explorado.²⁴

Por lo tanto, la familia como apoyo primordial de cuidado requiere de ser capacitada durante la hospitalización del paciente, sobretodo aquel que por limitaciones propias de la edad o enfermedades discapacitantes requieren de mayor adiestramiento, de esta manera el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se convierte en una parte crucial de la atención integral a la salud. En todo paciente deben valorarse las necesidades potenciales de cuidados, la disponibilidad y capacidad de la red de apoyo (familia) para satisfacer sus necesidades y como el entorno domiciliario respalda al paciente y a la familia, al considerar los recursos.³²

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 necesitan algún tipo de cuidados. En estos casos se considera al plan de alta y su respectivo informe pieza clave para la transferencia de responsabilidad del cuidado a la familia y a otros profesionales de la salud.³³

El plan de alta es un proceso sistemático que permite dicha capacitación y además facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta, el propósito es mejorar los conocimientos/habilidades del cuidador, en este proceso la enfermera es fundamental por ser la responsable de educar.³⁴

De esta manera, el traslado del hospital al domicilio es uno de los más problemáticos, la familia se preocupa como cuidará y controlará la enfermedad a largo plazo. Las enfermeras pueden ayudar a anticipar e identificar las necesidades continuas de los pacientes antes del momento real del alta, para poner en práctica un plan de alta eficaz y adecuado.³⁵

La planificación del alta empieza en el momento en que el paciente es ingresado a una instalación sanitaria. Hay ciertos pacientes que tienen más necesidad de una planificación del alta a causa de los riesgos que presentan, se requiere que antes de abandonar las instalaciones los cuidadores informales estén capacitados en el uso seguro de medicamentos y equipo médico, interacciones comidas fármacos, nutrición, modificaciones dietéticas, rehabilitación, higiene y cuidado personal.

Es importante resaltar que generalmente estas actividades las realizan sin conocimiento o bien aprenden por observación en los primeros acercamientos con el paciente durante la hospitalización, por lo tanto, la sobrecarga que supone la prestación de cuidados de salud, especialmente cuando la demanda es continuada, tiene repercusiones en la propia salud y en la calidad de vida del cuidador.^{36, 37, 38, 39}

Una buena planificación del alta depende de la educación global del paciente y cuidador informal, proporciona recursos para satisfacer las limitaciones y esta centrada en la mejora de los resultados a largo plazo; la Joint Commission

on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2000) enfatiza la necesidad de que estén capacitados sobre las siguientes instrucciones antes de abandonar el hospital:

- Uso seguro y eficaz de medicamentos y del equipo medico
- Interacciones comidas-fármacos
- Nutrición y modificaciones dietéticas
- Técnicas de rehabilitación para apoyar la adaptación y/o la independencia funcional del entorno
- Acceso a recursos disponibles de la comunidad, según sea el caso
- Cuando y como obtener mas tratamiento
- Responsabilidad del paciente y la familia en la continuidad de los cuidados
- Conocimientos y habilidades necesarias para desempeñar la responsabilidad
- Higiene y cuidado personal

En ocasiones se les enseñan actividades relacionadas en la terapéutica médica, como administración de medicamentos intramusculares, subcutáneos, inhalados, pero no procedimientos tales como cambios de posición, fisioterapia pulmonar, baño en cama, aspiración de secreciones, entre otras.⁴⁰

Actualmente los países desarrollados se empiezan a interesar en implementar el plan de alta como una estrategia que permite mejorar la calidad de los cuidados durante la hospitalización y posterior a esta, por ejemplo países como España, han realizado planes de alta específicos para una patología o bien informes de alta, donde han obtenido resultados favorables en la salud del paciente. En Estados unidos se han realizado protocolos sobre planeación del alta, sin embargo no se ha logrado aplicarlos a nivel internacional a todos los pacientes hospitalizados.^{41,42,43}

Acerca del informe de alta de enfermería como documento escrito que se entrega al paciente cuando va a dejar el hospital, es una practica nula en el país. Hasta ahora el principal y casi único instrumento de nexo entre el hospital y el equipo de atención primario ha sido el informe médico del alta, en el cual no suelen incluirse referencias a los cuidados de enfermería.

Alfambra cita en su artículo a Nelson C. Tuazon quien habla de iniciar un informe escrito del plan de alta tan pronto como el paciente sea ingresado y añade que parte de ese plan debe incluir instrucciones formales del alta las cuales podrá llevar el paciente consigo cuando regrese a casa; de la misma manera cita a Wesorick, que menciona los datos que debe contemplar la nota de alta, los cuales son: estado del paciente (físico, psicológico y emocional), comprensión de las instrucciones relativas a las necesidades o problemas por parte del paciente, identificación de cualquier necesidad o problema no resuelto con los posibles planes alternativos, así como fecha, hora, modo de transporte, persona que acompaña al paciente y firma.

Para Kozier las notas de alta deben incluir todo problema de salud activo, medicación actual, tratamientos que se tiene que seguir, hábitos de alimentación y sueño, capacidades para el autocuidado, estructuras de apoyo, patrones de estilo de vida y preferencias religiosas.

Algunos autores refieren en la literatura, inicios de propuestas, protocolos, estudios acerca del apoyo al cuidador informal entre ellos se destacan los siguientes:

García y cols implantaron un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado con el objetivo de fomentar la relación del cuidador-enfermero, hacer participe al cuidador en los cuidados que el anciano requiere e

instruirle acerca de la importancia de su propio bienestar para proporcionar una atención óptima a su paciente.

Este programa se desarrollo con 8 pacientes y sus cuidadores, el perfil del paciente dependiente es edad media de 79 años y el 75% genero femenino, el diagnostico clínico principal fue enfermedad neurológica con un 62.5% entre las que se encuentran accidente cerebro vascular (ACV) y encefalopatías, seguida con un 25% enfermedades degenerativas (Enfermedad de Parkinson) y 12.5% enfermedades del sistema óseo (fracturas de cadera).

Los cuidadores estudiados tenían una edad media de 60.25 años, el genero predominante fue el femenino 62.5%, el parentesco mas frecuente fue el de cónyuge 50% seguido de los hijos 37.5% y otros 12.5%, el 100% de los cuidadores no habían recibido información de este tipo anteriormente, aunque la consideraban necesaria, la información les pareció buena en un 50% y muy buena en otro 50%, en cuanto ha si aprendieron con la información el 75% contesto bastante y el 75% quedo bastante satisfecho con el programa en general.

Ube y cols realizaron un estudio descriptivo transversal, el objetivo era conocer la relevancia del informe de enfermería del alta hospitalaria por los diversos usuarios(pacientes/cuidadores principales, enfermeras de atención primaria y enfermeras de atención especializada) y evaluar el sistema de envío del documento.

Esta investigación les permitió concluir que el informe de enfermería al alta hospitalaria es considerado como un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados ya sea a través de otros profesionales sanitarios como del propio paciente y/o cuidador principal.⁴⁴

En estados unidos han realizado protocolos que facilitan la planeación del alta, *Lynda Smith* elaboro un protocolo de planeación del alta con la finalidad de capacitar al paciente y a la familia sobre la dieta, actividades, medicamentos, equipo y específicamente de la responsabilidad de la familia sobre el cuidado, considerando su estado emocional y mental porque se relaciona con la atención ofrecida al paciente, también toma en cuenta los recursos necesarios y accesibilidad, finalmente entrega el plan de cuidados por medio de un documento.⁴⁵

Cardozo y cols realizaron una investigación cualitativa, eligieron la entrevista semi-estructurada como instrumento, en una unidad de emergencia de nivel terciario, se eligieron la sala de trauma urgencia, clínica y ortopedia, unidades de hospitalización que asisten al paciente con lesión medular, participaron en esta investigación 5 enfermeras que asisten al paciente con lesión medular por politraumatismo en la condición de tetraplégico o parapléjico, para la compresión de los datos optaron por el análisis temático.

Inicialmente abordaron los problemas o necesidades del paciente con lesión medular donde evidenciaron la complejidad y el nivel de dependencia demandando mayor tiempo para la asistencia, trabajo en equipo, recursos costosos y complejos, identificaron que la asistencia del paciente con lesión medular no se diferencia de otras patologías a pesar de existir demanda de asistencia mas específica. El planeamiento incluyo evaluación detallada del estado del paciente, coordinación de los servicios, monitorización de las acciones y resultados a fin de garantizar la continuidad y calidad del cuidado. En relación a la organización del trabajo como equipo, se caracteriza como trabajo multidisciplinario.

De los resultados obtenidos se resume en que consideran que en el plan de alta el paciente y la familia deben participar activamente en todas las desiciones

incluyendo cualquier cambio en el plan de cuidado, destacan la importancia de la familia por la responsabilidad de la continuidad del cuidado, porque después del alta quedará a cargo de los familiares siendo necesario el entrenamiento para realizar las actividades. Del total de enfermos capacitados ninguno manifestó que realizó curso de capacitación. Se considera que la falta de conocimientos y la práctica pueden influenciar en el tipo de asistencia ofrecida al paciente con lesión medular.

De Pedro J. y cols realizaron un estudio retrospectivo descriptivo a pacientes mayores de 65 años dados de alta de las unidades medicas y quirúrgicas del Hospital Universitario de Son Dureta de Palma de Mallorca, la muestra fue obtenida de forma aleatoria con el objetivo de identificar los problemas de dependencia del paciente geriátrico en el momento del ingreso y al ser dado de alta de un hospital de agudos.

Estos autores concluyen que después del ingreso colectivo de mayores presenta importantes necesidades de cuidado en el momento del alta, por lo que el alto numero de casos que se remite a su domicilio plantea la duda de quien realizará esos cuidados por lo que el informe al alta es una herramienta que garantiza la continuidad de los cuidados.

Desafortunadamente se ha estudiado poco sobre el apoyo que reciben las familias a través de la planeación del alta, a pesar de su importancia por ser uno de los recursos más importantes en la atención y principal prestador de atención a la salud considerada en nuestro medio como la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de personas que lo necesitan.⁴⁶

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio:

Cuasiexperimental

Lugar y Tiempo:

Hospital General de zona C/MF No2 del IMSS "Dr. Francisco Padrón Puyou", de la capital del estado de San Luis Potosí, en abril-mayo 2007.

Universo:

Cuidadores informales de pacientes hospitalizados.

Población:

Cuidadores informales de pacientes hospitalizados del servicio de Medicina interna del Hospital General de Zona con Medicina familiar No 2 del IMSS.

Muestra:

Conformada por 18 cuidadores de pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna, seleccionados por un muestreo no probabilística por conveniencia, ya que se eligieron cuidadores de pacientes dependientes que ingresaron en abril-mayo del 2007 y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión:

- Cuidador informal primario
- Cuidador informal que dedica al cuidado un tiempo mínimo de 6 horas al día
- Cuidador informal de sexo indistinto
- Cuidador informal de pacientes con patología indistinta
- Cuidador informal de pacientes con nivel de dependencia moderada y totalmente dependiente
- Cuidador informal del paciente con estancia hospitalaria mínima de 4 días.

Criterios de exclusión:

- Cuidador que sea profesional de salud
- Cuidador informal remunerado
- Cuidador informal que no presenta interés para realizar actividades de cuidado.

Criterio de eliminación:

- Cuidador informal que durante el estudio pierda el interés por participar
- Cuidador informal que no cumpla con las tres fases del programa
- Cuidador informal de paciente que se agrave durante el estudio o sea transferido a otro servicio.

Instrumento de recolección de Datos:

Para la aplicación del plan de alta se elaboro un programa (anexo No1), en donde se describe la metodología para el desarrollo de dicho plan. El cual estuvo basado en los conocimientos y habilidades del cuidador. Para caracterizar al cuidador informal se confirmaron preguntas para obtener los aspectos relacionados a edad, sexo, escolaridad, estado civil parentesco y horas de cuidado, así mismo para ver las características del receptor del cuidado se incluyeron aspectos de edad, sexo, patología. Para evaluar el efecto de este se diseñaron dos instrumentos con la aplicación previa y posterior a dicho plan: el primero para medir los conocimientos del Cuidador informal. (Anexo No. 2) Conformado por 5 indicadores y 22 ítems, distribuido de la siguiente forma.

Indicador	No de ítems
Cuidados en la piel	5

Cuidados en la eliminación	5
Cuidados en el Bienestar y confort	5
Cuidados en la respiración	3
Cuidados en la nutrición	4

Se evaluó de acuerdo al número de ítems acertados por indicadores los cuales tenían el valor de 1 en total el valor del instrumento fue de 22 aciertos que represento el 100%, por regla de tres se determinó la calificación en una escala cuantitativa de 0 a 10 de acuerdo al números de aciertos.

El segundo instrumento fue para evaluar las habilidades del cuidador informal (anexo 3), las cuales se midieron a través de una lista de verificación denominada: Habilidades de Cuidado (DHC), la cual se aplico previo y posterior a implementar el Plan de Alta de Enfermería.

Este instrumento se conformó por los mismos 5 indicadores para medir el conocimiento, contenidos en 189 ítems, los cuales variaron de acuerdo a cada elemento del cuidado.

Indicador	No de ítems
Cuidados en la piel	31
Cuidados en la eliminación	50
Cuidados en el Bienestar y confort	26
Cuidados en la respiración	16
Cuidados en la nutrición	66

Se evaluó el cumplimiento de las actividades, de acuerdo a la observación, con opciones de respuesta en una escala tipo likert:

Actividad realizada= 2

Actividad parcialmente realizada= 1

Actividad no realizada= 0

Se sumaron cada una de las puntuaciones obtenidas en cada actividad, el valor total del instrumento fue de 378 que equivalía a la calificación de 10. (Escala de 0 a 10). Por regla de 3 se determinaron las calificaciones.

Para medir la dependencia del paciente se utilizo el índice Katz, el cual está conformado por los siguientes indicadores:

- Baño
- Vestido
- Uso WC
- Movilidad
- Control de esfínteres
- Alimentación

Cada uno de estos indicadores se califican de acuerdo a la capacidad del paciente para realizar la actividad evaluada, los valores son los siguientes:

0= Dependiente, no puede realizar la actividad, requiere de ayuda de manera total.

5= Moderadamente dependiente, requiere de ayuda para realizar la actividad.

10= Independiente, puede realizar la actividad por si solo.

Se suma el total de puntos obtenidos en cada uno de los indicadores para determinar la dependencia del paciente.

Dependiente = < 19 puntos

Moderadamente dependiente = 20-39 puntos

Independiente = > 40 puntos.

Prueba Piloto:

Previa a la recolección de la información, para la validez de los instrumentos se dio a leer a un grupo de enfermeras profesionales considerados expertos en su profesión, así como el protocolo a los integrantes del Comité de Ética de la institución donde se realizó el estudio.

La prueba piloto de los instrumentos, se aplicó a 4 cuidadores informales primarios del paciente dependiente y moderadamente dependiente del servicio de Medicina interna del HGZ C/MF "Dr. Francisco Padrón Puyou" a quienes se implementó el programa plan de alta de Enfermería en el mes de marzo del 2007 y se determinó el nivel de conocimientos y habilidades previo y posterior.

Las modificaciones que se realizaron a los instrumentos fueron en relación a la forma de redactar las preguntas, además se incluyeron los siguientes procedimientos básicos: aspiración de secreciones, cuidados a traqueostomía, sonda urinaria, colostomía, gastrostomía y nasogástrica.

Además se modificó la forma de evaluación, se incluyó la escala cuantitativa de 0 a 10 y la escala cualitativa de bueno, regular y deficiente.

Procedimiento para la recolección de la información:

Este estudio se constituyó por 3 fases, la primera fue la evaluación de los conocimientos y habilidades previos a implementar el plan de alta, después se implementó el plan de alta de enfermería y finalmente se evaluaron los conocimientos y habilidades del cuidador posterior a implementar el plan de alta.

El Plan de Alta de Enfermería (anexo 1) está conformado por 3 momentos:

1. **Observación:** La enfermera explica en teoría los cuidados que tendrá el paciente del cuidador informal y realiza el procedimiento. El cuidador informal solo observa.
2. **Demostración:** La enfermera reafirma en teoría los cuidados que tendrá el paciente del cuidador informal y realiza el procedimiento en colaboración con el cuidador informal. El cuidador informal resuelve dudas.
3. **Corrección:** El cuidador explica y realiza el procedimiento. La enfermera observa y corrige en caso necesario.

El contenido que se enseñó se basó en los indicadores para medir el conocimiento y las habilidades. (Anexo 1)

El tiempo de implementación fue de 4 días de acuerdo a cada momento, en el cual las actividades fueron las siguientes:

1er. Día: selección del cuidador informal del paciente dependiente a través del índice de Katz, presentación, aceptación de su participación en el estudio y firma del consentimiento informado, explicación sobre las fases y programación. Evaluación de los conocimientos y habilidades previos a la implementación del plan de Alta de enfermería.

· 2do. día: En la fase de observación se dio todo el contenido de los cuidados de manera teórica a través del diálogo y al mismo tiempo se realizó el cuidado de manera práctica.

3er. Día: Fase de demostración, se trabajó en conjunto con el cuidador sobre los cuidados ya explicados y se retroalimentó.

4to día: Fase de corrección, en esta fase se evaluó el nivel de conocimientos y habilidades del cuidador informal en relación al cuestionario y lista de verificación, posterior a la evaluación se hicieron las correcciones pertinentes.

Procesamiento y análisis:

Para determinar la evaluación de los conocimientos y habilidades, una vez que se obtuvieron las calificaciones por indicadores en escala de 0 a 10 se sacaron promedios (calificación por indicador dividido entre el número de indicadores) posteriormente se estructuraron rangos con los promedios, los cuales son:

Bueno= 10-9

Regular= 8-6

Deficiente= 5-0

Para obtener las características del cuidador informal y del receptor del cuidado se utilizó estadística descriptiva: distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad.

Estadística inferencial para prueba de hipótesis mediante el análisis no paramétrico de la prueba t, para evaluar la diferencia de calificaciones entre los dos grupos, para determinar la significancia se calculó a 16 grados de libertad y con un nivel de confianza de 95% $p < 0.05$.

Todo el procesamiento se realizó con la utilización del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 13 y de Microsoft Office Excel 2003.

Consideraciones Éticas

En base al reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud. (1979)

Titulo segundo

De los aspectos éticos de la investigación de seres humanos.

Capítulo 1

Investigación común.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Fracción V: Contara con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala. Se aplico el consentimiento informado institucional. (Anexo 7)

Fracción VIII: Se llevara a cabo cuando se obtenga la autorización del comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y del comité de Ética de la institución de Salud.

Artículo 17.-

Fracción I: investigación sin riesgo.

Fracción VIII La seguridad de que no se identificara el sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

VII. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos planteados, los datos corresponden a 18 cuidadores informales, de 18 pacientes dependientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS.

Los datos encontrados se presentan en forma narrativa, por medio de 8 cuadros, en primer lugar se describe la población estudiada y después los datos correspondientes a las variables señaladas en la hipótesis.

Cuadro 1. Características del Cuidador Informal del paciente hospitalizado en el servicio de Medicina Interna.

Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS

Abril, mayo 2007

San Luis Potosí, S. L. P.

Características	No.	n=18
		%
Sexo		
Femenino	13	72.2
Masculino	5	27.8
Edad		
20-39	9	50
40-59	8	44.4
60-79	1	5.5
Escolaridad		
Primaria Inc.	1	5.6
Primaria	4	22.2
Secundaria Inc.	1	5.6

Secundaria	6	33.3
Preparatoria	4	22.2
Profesional	2	11.1
Ocupación		
Hogar	6	33.3
Obrero(a)	5	27.8
Profesional	3	16.7
Comerciante	2	11.1
Pensionado	2	11.1
Estado Civil		
Casado(a)	12	66.7
Soltero	5	27.8
Otro	1	5.6
Parentesco		
Hijo(a)	12	66.6
Esposa	3	16.7
Nieto(a)	1	5.6
Hermana(o)	1	5.6
Mama	1	5.6
Horas de Cuidado al Día		
8	8	44.4
10	3	16.7
24	7	38.9

Fuente: cuestionario conocimientos del cuidador informal.

El cuidador informal que predominó fueron las mujeres, más de una cuarta parte son hombres, la mitad de los cuidadores jóvenes y el resto entre edad media y un poco de adultos mayores, en su mayoría con escolaridad de nivel medio, con ocupación de ama de casa y operarios, el estado civil que predominó fue el de

casado y con parentesco de hija o hijos. La dedicación al cuidado fue en su mayoría de 8 hrs. seguido de 24 hrs. y un promedio de 14.56 horas al día.

Las características de los receptores del cuidado se describen a continuación:

Cuadro 2. Características del receptor del cuidado en el servicio de Medicina Interna
Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS
Abril- mayo 2007
San Luis Potosí, S. L. P.

Características	No.	n= 18
		%
Sexo		
Masculino	10	55.6
Femenino	8	44.4
Edad		
40-59	5	27.7
60-69	4	22.2
70-79	4	22.2
80-89	5	27.7
Enfermedades		
Metabólicas	9	50
Respiratorias	4	22.2
Neurológicas	3	16.7
Cardiovasculares	2	11.1

Nivel de Dependencia		
Dependientes	14	77.7
Mod. Dependientes	4	22.2

Fuente: cuestionario conocimientos del cuidador Informal.

Los receptores del cuidado en su mayoría fueron del sexo masculino, adultos mayores, la causa de hospitalización generalmente por una enfermedad metabólica (Diabetes Mellitas), calificados como dependientes.

Previo a la aplicación del plan de alta y posterior a este, como ya se menciona se aplicó un test para medir los conocimientos y una lista de verificación para medir las habilidades a los cuidadores.

La evaluación de los conocimientos previo a la implantación del plan de alta se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 3. Evaluación de los conocimientos del Cuidador Informal por indicadores previo y posterior a implantar el plan de alta de enfermería en el servicio de Medicina Interna

Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS

Abril, mayo 2007

San Luis Potosí; S. L. P.

n=18

Indicadores	Previo						Posterior			
	Bueno		Regular		Deficiente		Bueno		Regular	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Piel	0	0	2	11.1	16	88.8	12	66.6	6	33.3
Respiración	2	11.1	6	33.3	10	55.5	15	83.3	3	16.6
Eliminación	2	11.1	7	38.8	9	50	14	77.7	4	22.2
Bienestar y Confort	3	16.6	2	11.1	13	72.2	11	61.1	7	38.8
Nutrición	6	33.3	3	16.6	9	50	15	83.3	3	16.6

Fuente: cuestionario conocimientos del cuidador informal.

Cómo se observa en la etapa previa la mayoría de los cuidadores obtuvieron evaluación deficiente en los 5 indicadores, destacándose los cuidados a la piel y bienestar y confort. Posterior a la aplicación de dicho plan no se encontraron evaluaciones deficientes y predominó la considerada como buena; y de esta califico mas alto con un mismo porcentaje nutrición y respiratorio seguido de eliminación.

Para determinar la diferencia significativa de estos resultados se aplico la prueba de hipótesis, la cual se muestra a continuación.

Cuadro 4. Diferencia en la evaluación de conocimientos previo y posterior a implantar el plan de alta de enfermería en el servicio de Medicina Interna

Hospital General de zona C/MF No. 2 del IMSS

Abril, mayo 2007

San Luis Potosí, S. L. P.

n=18				
Etapa	Promedio Gral.	Desv. Est.	T-student	P
Previo	4.51	1.684	11.78	1.33774E-09
Posterior	9.19			

Fuente: cuestionario conocimientos del cuidador Informal.

El promedio general de los conocimientos del cuidador informal previos resultaron tener una calificación baja la cual se incremento notablemente posterior a la implantación, por lo que esta diferencia resulto ser estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

En función de las habilidades del cuidador informal en el cuadro 5 se describe la evaluación cualitativa y posteriormente los resultados de hipótesis en el cuadro 6.

Cuadro 5. Evaluación de las habilidades del Cuidador Informal por indicadores previo y posterior a implantar el plan de alta de enfermería en el servicio de Medicina Interna

Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS

Abril, mayo 2007

San Luis Potosí, S. L. P.

n=18

Habilidades	Previo						Posterior			
	Bueno		Regular		Deficiente		Bueno		Regular	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Piel	1	5.5	1	5.5	16	88.8	13	72.2	5	27.7
Respiración	1	5.5	2	11.1	11	61.1	12	66.6	2	11.1
Eliminación	6	33.3	6	33.3	6	33.3	18	100	0	0
Bienestar y Confort	2	11.1	4	22.2	12	66.6	15	83.3	3	16.6
Nutrición	5	27.7	5	27.7	4	22.2	14	77.7	0	0

Fuente: lista de verificación habilidades de cuidado

Las habilidades en la etapa previa fueron en un mayor porcentaje deficientes en los indicadores de piel, respiración, bienestar y confort; el indicador de eliminación se encontró en un mismo porcentaje en bueno, regular y deficiente, el indicador de nutrición obtuvo el mismo porcentaje en bueno y regular. En la etapa posterior se incrementó a bueno los 5 indicadores, el indicador de eliminación fue el que obtuvo mayor porcentaje, cabe mencionar que ningún indicador se calificó como deficiente.

Cuadro 6. Diferencia en la evaluación de habilidades del cuidador informal previo y posterior a implantar el Plan de Alta de enfermería en el servicio de

Medicina Interna

Hospital General de zona C/MF N° 2 del IMSS

Abril, mayo 2007

San Luis Potosí, S. L. P.

	n=18			
Etapa	Promedio Gral.	Desv. Est.	T-student	P
Previa	5.9	1.413	11.23	2.6619E-09
Posterior	9.6			

Fuente: lista de verificación habilidades de cuidado

El promedio general de las habilidades del cuidador informal acerca de los cuidados previa a la implantación fue bajo y mejoró notablemente en la etapa posterior estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas al obtener una $p < 0.05$.

VIII. DISCUSIÓN

Este apartado se hará en base a los resultados más relevantes y en función de los objetivos y marco teórico.

Al caracterizar al cuidador informal, se encuentra con un cuidador del sexo femenino, dedicada al hogar, casada y con parentesco de hija, lo cual coincide con otros estudios que describen el perfil de cuidador informal como "mujeres casadas, con ocupación amas de casa, con primaria completa que dedica la mayor parte de su tiempo al cuidado."⁴⁷

De esta manera, los cuidadores informales son "los principales proveedores de atención para las personas que tienen alguna discapacidad o requieren cuidados a largo plazo"⁴⁸ y desde el punto de vista cultural los cuidados en el hogar siguen siendo considerados como tareas domésticas y se inscriben en la esfera tradicionalmente adjudicada a la mujer, en consecuencia es un deber de las mujeres, esto nos permite aclarar que la mujer en esta investigación juega un papel importante, ya que al igual que en otras investigaciones es la responsable de cuidar en la mayoría de los casos.^{7, 16, 17, 23, 28, 42, 46}

Como se observó el cuidado no es repartido en toda la familia recae en un cuidador generalmente mujer, aunque también se encontraron hombres, hijos que cuidan a personas adultos mayores que generalmente son sus padres, al igual que estos resultados coinciden con otras investigaciones, que refieren que casi todos los hijos varones se auto designaron como cuidadores, a diferencia de las hijas, ellos no fueron obligados a tomar una decisión de esta naturaleza a partir de las condiciones externas del contexto, si no que fue una decisión propia y voluntaria.⁴⁹

También se encontró que estos cuidadores brindan cuidado en promedio 14.46 hrs. dentro de las instalaciones hospitalarias; con este tiempo de permanencia del cuidador en el hospital, es útil para enseñarlo a cuidar o bien detectar desviaciones en la manera de ejercer los conocimientos, el 27.8% ya cuidaba previamente, y a pesar de esto no tenían conocimientos, solo tenían un poco de habilidad.

Debido a que el trabajo de los cuidadores no ha sido reconocido por las instituciones se conoce poco al respecto sobre los conocimientos y habilidades que tiene para ofertar cuidado, a pesar de ser responsabilidad de las enfermeras de formar a los cuidadores informales, el tipo de formación que deben ofrecer va a depender del tipo de paciente, problemas reales, potenciales y tomar en cuenta los conocimientos y habilidades del cuidador para hacer frente a las múltiples demandas de cuidados que presentaran, por ello la formación debería ser mas personalizada, pero sin olvidar que puede realizarse también en grupo con personas que tienen problemas comunes.⁵⁰ Además realizan dichas actividades de manera empírica, generalmente sin apoyo institucional, conocimiento y las llevan a cabo a pesar de que ellos consideran que no tienen competencia técnica suficiente.⁵¹

El receptor del cuidado fue en su mayoría adulto mayor, de sexo masculino, dependiente y con una enfermedad crónica agregada, lo cual coincide con la literatura, donde refieren que la necesidad de cuidados se debe mayoritariamente a la presencia de problemas de salud de tipo crónico en alguno de los miembros del hogar y que las personas mayores de 64 años requieren mayores cuidados.²⁴

La transferencia de cuidados al domicilio, disminuye el estrés ya que los cuidadores presentan tanto estrés físico como emocional relacionado con la severidad y cronicidad en la enfermedad del paciente, además por el número de horas de cuidado de las cuales pueden ser más de 12 horas.⁵²

En este estudio se pudo demostrar que con la implantación de un plan de alta dirigido al cuidador informal en relación a mejorar los conocimientos y habilidades del cuidador informal estos se incrementan, por lo tanto se aprueba la prueba de hipótesis donde se comprueba que las diferencias son estadísticamente significativas.

Previo a implantar el plan de alta de enfermería los conocimientos del cuidador informal fueron deficientes y posterior se observó una notable mejoría en los conocimientos debido a que ninguno de los indicadores se califica como deficiente.

Son pocos los investigadores que han realizado intervenciones, en un estudio realizado por Megret los conocimientos previos a implementar las charlas educativas fueron inadecuadas en un 100% y adecuadas en un 85.4% posterior, pero no mencionan específicamente en que indicadores se encontró mayor deficiencia o en cual hubo mejoría,⁵³ por lo tanto es necesario que se realicen mayores investigaciones al respecto.

Por otro lado, las habilidades del cuidador informal consisten en la capacidad que tienen para desarrollar los cuidados de acuerdo a sus conocimientos, en esta investigación se encontró que las habilidades que tiene el cuidador informal previo a ser capacitado se encuentran en general deficiente.

En el estudio descriptivo realizado por Barrera Ortiz y col., midieron el nivel de habilidades y conocimientos en 3 grupos siendo en el primero deficiente en las habilidades en un 73.3% y los conocimientos deficientes en un 71.1%, en el segundo grupo habilidades deficientes en un 67.7% y conocimientos deficientes en un 70%, en el tercer grupo habilidades deficientes en un 71.1% y conocimientos deficientes en un 66.6%; por lo tanto se observa un

comportamiento similar tanto en estos 3 grupos como en los resultados obtenidos en esta investigación, por lo que se demuestra que los cuidadores informales no tienen las condiciones óptimas para prestar los cuidados.⁵⁴

De esta manera también se observa en este estudio que posterior a implantar el plan de alta de enfermería mejoran notablemente las habilidades encontrándose en general como buenas en un 79.9%, no se encuentran investigaciones al respecto que demuestren con resultados una mejoría de habilidades posterior a una intervención.

De manera específica la evaluación de los conocimientos y las habilidades por indicadores previo a implantar el plan de alta de enfermería fueron deficientes, en los indicadores que evaluaron los conocimientos se destaca mayor deficiencia en los relacionados a los cuidados en la piel, seguido de los de bienestar y confort, en cuanto a los cuidados en la nutrición se encuentran entre bueno y regular, en los indicadores que evalúan las habilidades de cuidado previo a implantar el plan de alta de enfermería, se encontró mayor deficiencia en los cuidados en la piel, seguidos de los de Bienestar y Confort, a pesar de que son actividades que generalmente realizan los cuidadores desde el domicilio, tal vez una de las razones es la expresada por algunos autores, donde las cuidadoras consideran que los cuidados que han de dispensar requieren una absoluta dedicación, las actividades relacionadas con la alimentación e higiene son las que menos esfuerzos les generan, sin embargo las que requieren de mayor competencia técnica como aspiración de secreciones, curaciones, baño en cama, les genera temor y ansiedad.⁴⁹

La evaluación de los conocimientos y habilidades de acuerdo a indicadores posterior a implantar el plan de alta de enfermería mejoró notablemente tanto de manera cuantitativa como cualitativa y fue estadísticamente significativo, lo que demuestra que el plan de alta de enfermería tiene un efecto positivo en los

conocimientos y habilidades del cuidador informal, por lo tanto comparando con la literatura internacional se puede afirmar que los cuidadores dedican mucho de su tiempo y energía al cuidado, sufren de ansiedad y estrés al no tener los conocimientos y habilidades para cuidar, se esfuerzan cada día a mejorar su cuidado diario, pero si son apoyados por las instituciones en la capacitación del cuidado que se transfiere del hospital al domicilio mejora notablemente la calidad del cuidado ofertado y a la larga se reflejará en la disminución de estancias hospitalarias, disminución de costos y reingresos.

IX. CONCLUSIONES

En este estudio se implanto un programa de plan de alta de enfermería que permitió capacitar al cuidador informal sobre los cuidados básicos, ayudo a mejorar los conocimientos y desarrollar las habilidades necesarias para transferir los cuidados del hospital al domicilio; estos cuidados se encaminaron a mejorar la nutrición, piel, eliminación, respiración, bienestar y confort del receptor del cuidado.

De acuerdo a la metodología, no se obtuvieron problemas en la implementación; en relación a los instrumentos, es necesario trabajar con mayor profundidad los cuidados específicos y reestructurar el plan de acuerdo a las necesidades específicas de los pacientes.

Este estudio coincidió con el perfil del cuidador informal descrito por una variedad de autores en donde hacen hincapié que la mujer es la que hace frente a los cuidados dentro del hogar y del hospital, es ama de casa, generalmente la hija es la que cuida a los padres que padecen alguna enfermedad crónica o degenerativa que causa dependencia, el nivel de escolaridad es básico, por lo que los conocimientos y habilidades se encontraron deficientes previo a ser capacitados.

Se considera a la enfermera la principal responsable de enseñar y capacitar al cuidador por ser el profesional de la salud encargado de brindar cuidados pero desafortunadamente por diversas razones no se lleva a cabo. De esta manera se están buscando las estrategias para ser enfermería la profesión que acabe con estos problemas pues la mayoría de los cuidados son ofertados por los cuidadores informales, de esta manera se implanto el plan de alta de enfermería con la finalidad de mejorar el nivel de conocimientos y habilidades y a largo plazo disminuir complicaciones, reingresos y disminuir el costo en salud.

En esta investigación solo se evaluó el nivel de conocimientos y habilidades previo y posterior en el cual se observó mejoría y fue estadísticamente significativo, no se encontró bibliografía con respecto a este tema, es un tema poco explorado por lo que también requiere de ser perfeccionado tanto el programa como los instrumentos, además de que el plan de alta debe de ser multidisciplinar para mayor efectividad del mismo donde la enfermera sea la que dirija a este grupo con la finalidad de no solo mejorar el estado de salud del paciente sino también tomar en cuenta todos los factores externos que se ven inmersos como es el nivel social, los recursos económicos, la red social, las instalaciones a las que tienen acceso, entre otros.

También es importante trabajar arduamente en los indicadores que se encontró mayor problema, en este caso fue el indicador piel y el de bienestar y confort e identificar con mayor especificidad donde está el problema, si es en la movilidad del paciente, curación de heridas, manejo de úlceras por presión o bien si es la técnica de baño en cama o en las actividades de entretenimiento, por lo cual se sugiere seguir investigando.

Finalmente tomar en cuenta al cuidador como la persona principal que oferta cuidado no solo en el hogar sino también dentro del hospital, por lo tanto se sugiere el apoyo de las instituciones para fortalecer los conocimientos y habilidades del cuidador informal.

X. RECOMENDACIONES

1. Elaborar programas de alta y sus respectivos instrumentos para personas analfabetas.
2. De acuerdo a cada patología elaborar programas de alta específicos.
3. Realizar programas de alta dirigidos a pacientes de urgencias que se egresan del servicio al domicilio.
4. Elaboración de programas de alta para pacientes pediátricos.
5. Implementar la hoja de enfermería del alta donde se lleve el registro de la capacitación y necesidades de enseñanza desde el ingreso hasta el egreso del paciente.
6. Implementar el informe del alta de enfermería.
7. Realizar seguimiento de los pacientes que egresan del hospital al domicilio.
8. Realizar la investigación: Plan de Alta como estrategia administrativa de enfermería.
9. Implementar el plan de alta multidisciplinar

XI. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Fue complicado determinar el horario de capacitación por los diversos roles que desempeña el cuidador informal; en algunas ocasiones coincidía el horario de capacitación de un cuidador con otro.

El material de cuidado fue deficiente por parte del hospital, por lo que se opto por llevar el material necesario.

No se tomo en cuenta la escolaridad de los cuidadores como criterio de inclusión, pero al trabajar con una persona analfabeta se tuvo que excluir de la investigación, porque los instrumentos requieren de conocimientos básicos como leer y escribir para poder contestarlos y no producir sesgo.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Zúñiga E, Vega D. Envejecimiento de la Población de México reto del siglo XXI CONAPO. 2004
- ² Fontana C, Estany J, Pujol J, et al. Concordancia Entre Índices de Dependencia en las Actividades de la Vida Diaria. Experiencia de Aplicación en Población Geriátrica de Ámbito Rural. *Enfermería Clínica*; 2001. 12 (2): 47 – 53.
- ³ Robles S. La invisibilidad de cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. 2007. Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara
- ⁴ Robles L. ¿Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo?. Recuperado. 23,2005 <http://www.debate.iteso.mx.12/articulos/Nec.htm>
- ⁵ Pardo M. Familia y Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Bogota, Colombia.1998. 125 – 133
- ⁶ Molina M. Cuidar y ser cuidado: una experiencia individual. *Universidad de Antioquia*: 2002. pp.142 – 144.
- ⁷ De la cuesta. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador en Águilas Norte. Estudio fundamentado en D. Orem. *Enfermería Clínica*. 2004; 266-267
- ⁸ Carrillo J. Aspectos de sobrecarga en el cuidador detectados en la Unidad de asistencia sanitaria post hospitalización.
- ⁹ Celma V. Cuidadores Informales y enfermeras relaciones dentro del hospital. *Rev Rol Enf*. 2003; 26(3):22-30
- ¹⁰ Quero A. "Los Cuidadores no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*.2003;13(6):348 –356
- ¹¹ Jenkins A. Early Discharge: Give it the push. *Nursing Standard*. 2005; 19(44): 33.,
- ¹² Cole C, Williams E, Williams R. Assessment y Discharge planning for Hospitalized Older Adults with delirium. *Medsurg Nursing*. 2006. 15(2):71-76
- ¹³ Collier. 1993. Cuidados y Cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Escuela Andaluza de Salud Pública1999.

-
- ¹⁴ Pinto A. Hacia un modelo de cuidado en el hogar. Cuidado y práctica en enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2000; C1 (pte6): 57-72.
- ¹⁵ Ungerson C. "Why do women care", en J. Finch y D. Groves (eds). Londres. 1983.
- ¹⁶ Kittay E. Love's labor. Essays on women, equality and dependency. Nueva York. 1993.
- ¹⁷ Maldonado G, Medrano M, Mendiola I, Nieto L, Flores R. El Cuidado del Adulto mayor. Desarrollo Científ Enferm (México) 2005; 13(6): 169-173.
- ¹⁸ Cárdenas V, Salazar G. El Adulto mayor y su calidad de vida. Desarrollo Científ Enferm (México) 2001; 9 (2): 35-40.
- ¹⁹ Yáñez C, Sarriá S, García L. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? Aten Primaria. 2006; 37 (4): 221-230
- ²⁰ Molina M. Cuidar y ser cuidado, una experiencia individual. Universidad de Antioquia; 2002
- ²¹ Muñoz RL. El apoyo social y el cuidado de la salud humana. Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2000; 13(pte10): 99-105.
- ²² Flores M. La calidad de vida de los acompañantes de los pacientes hospitalizados de media y larga estancia. Index de enfermería 2002.
- ²³ Barrera O. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. Cuidado y práctica en enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2000; C3 (pte8): 233-237
- ²⁴ Pinto A. El reto de los cuidadores: familiares de personas en situación crónica de enfermedad. Cuidado y práctica en enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. 2000; C3 (pte1): 172-183.
- ²⁵ Camos L, Casa T, Rovira F. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. Enfermería Clínica. 2005; 15(5):251
- ²⁶ Vázquez S, Casals S, Aguilar T. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol del cuidador. Enfermería Clínica. 2005; 15(2): 63- 70

-
- ²⁷ Guimaraes A, Partezani R. La familia, el bastón del anciano con accidente cerebro-vascular. *Rev. Rol Enf.* 2005; 28(12): 849-858
- ²⁸ García C, Pérez F. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. *Nure Investigación (España)* 2005; julio-Agosto(17): 2-15
- ²⁹ Sánchez B. La experiencia de ser cuidador: un estudio fenomenológico. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia (Bogota) 2000.
- ³⁰ Ruiz G, Muñoz T, Maza M, Martínez I. Educación Para la salud a cuidadores informales. *Enfermería Clínica*; 8 (4): 171-177
- ³¹ Barrera O, Galvis L, Moreno F, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad cónica. *Investigación y educación en enfermería (Medellín)* 2006; 26. (1)
- ³² Kozier B, Glenora Erb G, Blais K, Wilkinson J. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica.* 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1999.
- ³³ Alfambra M, Alonso D, Rodríguez M, Ramos C. Informe de Alta de Enfermería. Un instrumento para la continuidad de los cuidados. *Desarrollo Científ Enferm.* 1999. 5(15): 39-43.
- ³⁴ Carpenito L. *Planes de Cuidados y Documentación de Enfermería.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- ³⁵ Potter P, Griffin P. *Fundamentos de Enfermería.* 5ª ed. Edición Harcourt 2002.
- ³⁶ Fuentelsaz Gallego C, Ubeda Bonet I, Roca Roer M, Faura Vendrell T, et al. Características y calidad de vida de los cuidadores informales de enfermos de sida. *Enfermería Clínica.* 2006; 16(3): 137-43
- ³⁷ Ubierno U, Regoyos R, Vico G. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enfermería Clínica* 2005; 15(4): 199-205
- ³⁸ Andrade C, Pérez B, Méndez B. Perfil de los cuidadores informales de adultos mayores hospitalizados. *Desarrollo Científ Enferm.* 2005; 13 (10): 301-303
- ³⁹ Lorenzo G, Lencina J. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador en Águilas Norte. Estudio fundamentado en D. Orem. *Enfermería Clínica.* 2004; 266-267

-
- ⁴⁰ Andrade C. Planeación del Alta: una intervención de enfermería. *Desarrollo Científico Enferm. (México)* 2005; 13(5): 147-149
- ⁴¹ Lerzundi M, Mandujano O, Riquelme L, Soto I. El Alta del Paciente: Agrado y Preocupación. *Continuidad de los cuidados de Enfermería al alta del enfermo adulto. OPS-OMS. La salud de las Américas.* 1998.
- ⁴² Vidal M, Cifuentes M, Aranda C. Informe de enfermería al alta hospitalaria. *Enfermería Clínica.* 9(2): 49-54
- ⁴³ González R. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros inter niveles. *Enfermería Clínica* 2001. 234-235
- ⁴⁴ Ubé P, Urzanqui R, Rodríguez H, Blasco R, Ascarza R, Musitu P. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación (España)* 2006; 5(24)
- ⁴⁵ Smith L. Documenting discharge planning. *Nursing.* 2006; 36(5):18.
- ⁴⁶ García C, Mateo R, Gutiérrez C. Cuidados y Cuidadores en el sistema informal de salud. *Investigación cuantitativa. Escuela Andaluza de Salud Pública* 1999.
- ⁴⁷ Andrade C, Pérez B, Méndez B. Perfil de los cuidadores informales de Adultos mayores hospitalizados. *Desarrollo Cientif. Enferm.* 2005; 13(10): 301-303.
- ⁴⁸ Nigenda G, Matarazzo C, Lopez M. Los cuidados a la Salud en el Hogar: Tendencias e inequidades. *Análisis desde una perspectiva de Género. Fundación mexicana para la salud.* 2005.
- ⁴⁹ Robles S, La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. *Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos. Universidad de Guadalajara.* 2007.
- ⁵⁰ García H. La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales. *Gerokomos.* 2000; 12(2): 67-70
- ⁵¹ Gil G, Escudero C, Prieto R, Antonio F. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica.* 2005; 15(4): 220-6.
- ⁵² Quero, cansancio y el estrés del cuidador
- ⁵³ Megret C, Naranjo A, Fong G. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. *Cielo. Sud.cu*

⁵⁴ Barrera O, Galvis L, Moreno F, Pinto A, Pinzón R, Romero G, Sánchez H. La Habilidad de Cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm.* 2006; 24(1):36-46.

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**ANEXO 1. PROGRAMA
PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA**

San Luis Potosí, 2008

ÍNDICE

I.	PRESENTACIÓN	1
II.	OBJETIVOS	4
III.	ORGANIZACIÓN	5
IV.	ACTIVIDADES	6
V.	METODOLOGÍA	7
VI.	EVALUACIÓN	9
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10

I. PRESENTACIÓN.

La transición epidemiológica y el incremento en la esperanza de vida han influido en la aparición de padecimientos crónicos degenerativos altamente dependientes de servicios de salud, situación que impacta de manera importante, por las estancias prolongadas y por el uso de material, equipo, entre otros.

La vejez y la enfermedad crónica producen una discapacidad paulatina, irreversible y a largo plazo por lo tanto, necesita cuidados a largo plazo cuyo objetivo es asegurar la mejor calidad de vida con el mayor grado de independencia¹, este tipo de cuidado es considerado como responsabilidad de la familia, aun durante los periodos de hospitalización y constituye el principal punto de apoyo. Al miembro de la familia a cargo del cuidado del enfermo se le denomina "cuidador informal o primario.

En este ámbito el cuidador informal es considerado como una figura necesaria que actúa con humanismo, la literatura alude a que dicha característica repercute de manera favorable, debido a que al tener a su lado a la persona aceptada por el enfermo le hace sentir más seguro, protegido y le permite satisfacer la necesidad de afecto².

Por otro lado se convierte en el principal canal de comunicación entre el equipo de salud, paciente y los integrantes de la familia, quien además realiza actividades tendientes a satisfacer las necesidades básicas y de seguridad, colaboración en las medidas terapéuticas de acuerdo al nivel de dependencia, es importante destacar que estas actividades las hace sin conocimientos, situación que se torna importante porque al egreso del enfermo no se le prepara para continuar el cuidado en casa y puede ser causa del incremento de complicaciones y con ello los reingresos,^{3,4}

En este sentido se requiere de la participación de enfermería para preparar e integrar activamente a los cuidadores y/ o enfermo para dar continuidad al cuidado tras el egreso hospitalario a través de la incorporación de la **planeación del alta**, la cual es considerada una intervención.

Referida en la literatura como la preparación para trasladar a un paciente de un nivel de cuidados del hospital al domicilio para ayudar a equilibrar la satisfacción de las necesidades de los pacientes y los recursos familiares, 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.^{5,6,7}

La planeación del alta es diferente al egreso hospitalario; dicha planeación es vista como un proceso sistemático de coordinación multidisciplinar que facilita la administración del cuidado y asistencia social antes y después del egreso hospitalario, con la finalidad de capacitar al paciente o la familia en prácticas de autocuidado.

Por lo antes expuesto se diseña este programa de planeación del alta, modelo innovador en el estado de San Luis Potosí, el cual pretende integrar a los cuidadores de pacientes hospitalizados, a la estructura institucional y hacer visible su participación en el cuidado y transformarse en el objeto de atención de enfermería al considerarlo como:

1. Recurso para el cuidado
2. Coadyuvante para el cuidado
3. Productor de bienestar
4. Ahorro para el sistema de salud

Por otra parte este programa es un área de oportunidad para contribuir a mejorar la calidad de la atención de enfermería en lo referente a la información, aspecto contemplado en el indicador trato digno⁸, así como favorecer el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico específicamente en lo referente al punto 8 de las notas medicas en hospitalización: 8.8.Nota de Egreso; 8.8.6 Problemas clínicos pendientes; 8.8.7 Plan de manejo y tratamiento; 8.8.8 Recomendaciones para vigilancia ambulatoria⁹.

II. OBJETIVOS

General:

Modificar los conocimientos y habilidades de forma positiva del cuidador informal del paciente dependiente del servicio de Medicina interna del HGZ C/MF N° 2 "Dr. Francisco Padrón Puyou"

Específicos

1. Capacitar al cuidador informal del paciente dependiente en aspectos teóricos sobre los cuidados relacionados a la satisfacción de las actividades de la vida diaria.
2. Capacitar al cuidador informal del paciente dependiente en relación a las habilidades necesarias para satisfacer las actividades de la vida diaria y potenciar el desarrollo de las mismas
3. Evaluar los conocimientos y habilidades de cuidado que adquirió el cuidador informal

III- ORGANIZACIÓN

Universo

Pacientes y cuidadores informales del servicio de Medicina Interna del HGZ C/MF N° 2 “Dr. Francisco Padrón Puyou” del Estado de San Luis Potosí.

Limites de Tiempo.

Se iniciará a partir de abril del 2007

Requerimientos

1. Recursos materiales

Material de apoyo:

Trípticos

Material para ofertar el cuidado

1. Caja de guantes desechables
2. Tela de Toalla de Baño
3. Toallitas húmedas
4. Shampoo
5. Jabón
6. Crema
7. Bolsa de pañales
8. Pasta dental
9. Cepillos dentales
10. Peines

IV. ACTIVIDADES

Responsable

Enfermería

Actividad

1. Presentación
2. Selección de los cuidadores informales a través del índice de Katz que se aplicará al paciente para determinar si es moderadamente dependiente y totalmente dependiente
3. Aceptación y firma del consentimiento informado
4. explicación de las fases
5. programación

Fases:

- observación
- demostración
- corrección

Cuidados que satisfacen Actividades de la Vida diaria:

- Cuidados en la piel (Movilización, mecánica corporal, prevención de úlceras por presión, hidratación de la piel)
- Cuidados en la respiración (fisioterapia pulmonar, aspiración de secreciones, cuidados a traqueostomía)
- Cuidados en la eliminación, cuidados a sonda urinaria y colostomía
- Cuidados en el bienestar y confort (baño e higiene, técnicas de distracción, ambiente favorable)
- Cuidados en la nutrición, cuidados a sonda de gastrostomía y nasogástrica.

V. METODOLOGÍA

Este programa se desarrollará en forma progresiva, desde el momento de la hospitalización del enfermo hasta el egreso.

El cual se implementará en 3 fases:

- Observación: La enfermera explica en teoría los cuidados que tendrá el paciente del cuidador informal y realiza el procedimiento. El cuidador informal solo observa.
- Demostración: La enfermera reafirma en teoría los cuidados que tendrá el paciente del cuidador informal y realiza el procedimiento en colaboración con el cuidador informal. El cuidador informal resuelve dudas.
- Corrección: El cuidador explica y realiza el procedimiento. La enfermera observa y corrige en caso necesario.

El contenido que se enseñara al cuidador informal esta relacionado con los cuidados básicos que se requieren para brindar cuidado en el domicilio, en este estudio llamados cuidados que satisfacen las actividades de la vida diaria. Los cuales se conformaron en los siguientes indicadores:

- Cuidados en la piel (Movilización, mecánica corporal, prevención de úlceras por presión, hidratación de la piel)
- Cuidados en la respiración (fisioterapia pulmonar)
- Cuidados en la eliminación
- Cuidados en el bienestar y confort (baño e higiene, técnicas de distracción, ambiente favorable)
- Cuidados en la nutrición

El tiempo que se implementara en cada una de las fases y de los contenidos es el siguiente:

1er. Día: Selección del cuidador informal del paciente dependiente a través del índice de Katz, presentación, aceptación de su participación en el estudio y firma del consentimiento informado, explicación sobre las fases y programación.

2do. día: En la fase de observación se dará todo el contenido de los cuidados de manera teórica a través del dialogo y al mismo tiempo se realizara el cuidado de manera practica

3er. Día: Fase de demostración, se trabajara en conjunto con el cuidador sobre los cuidados ya explicados y se retroalimentará

4to día: Fase de corrección, en esta fase se evaluará el nivel de conocimientos y habilidades y al finalizar se corregirá en caso necesario.

VI. EVALUACIÓN

La evaluación se realizará en la tercer fase, la cual es la de corrección, donde al mismo tiempo se harán correcciones finales en caso de ser necesario

Para ello se elaboraron los instrumentos pertinentes donde se evaluaran solo los cuidados básicos:

- Cuidados en la piel
- Cuidados en la respiración
- Cuidados en la eliminación
- Cuidados en el bienestar y confort
- Cuidados en la nutrición

VII. BIBLIOGRAFIA

-
- 1Robles, L. ¿Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo? Consultado 23 de junio 2005 de la World Wide Web: www.debate.iteso.mx/Numero12/Atrticulos/Nec.htm
 - 2 Molina, M. E. "Cuidar y Ser Cuidado: Una Experiencia Individual". *Universidad de Antioquia*, 2002: 2. pp.142 – 144).
 - 3 Flores, M. L. "La calidad de Vida de los Acompañantes de Pacientes Hospitalizados de Media y Larga Estancia". *Index de Enfermería*. 2002;11(38):18 – 22
 - 4 Andrade, G. Y Pérez, I.; "Apoyo De Enfermería en las Actividades que Realizan los Cuidadores Informales en el Ámbito Hospitalario".
 - 5 Alfambra, I ., Alonso, M. Informe del Alta de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm.* 1999; 7 (6): 175 – 178
 6. García, N., Pérez, D. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. *Nure Investigación*. 2005;17(6):2- 12.
 7. 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
 - 8.Comisión Interistitucional de Enfermería. Evaluación De La Calidad De Los Servicios De Enfermería. tres indicadores de aplicación hospitalaria.
 9. Norma Oficial Mexicana NOM–168–SSA1–1988, del Expediente Clínico. Consultado: 23 de mayo 2005. Disponible. www.salud.gob.mx/nom/168ssa18.html



FOLIO

INSTRUMENTO N° 1: CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR INFORMAL (CCI)

Objetivo del instrumento: El presente cuestionario permite identificar los conocimientos que tiene el cuidador informal acerca de como participar en el cuidado de su familiar que se encuentra hospitalizado.

Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Diagnostico Medico: _____ Ind. Katz: _____
Nombre del cuidador informal: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Edo. Civil: _____ Parentesco: _____ Horas de cuidado al día: _____
Primera vez que cuida: si no

Instrucciones:

En el recuadro de la derecha **escriba** la letra de la respuesta que corresponda.

Nota: Las preguntas que se marcaron con el NA (No aplica) en el recuadro de la derecha no serán contestadas por usted, debido a que su familiar no requiere de ese cuidado, se dejará sin contestar, sin afectar la puntuación final del cuestionario.

1. ¿Cuales son las zonas del cuerpo que se deben proteger cuando el paciente se encuentra boca arriba?
 - a) Codos, talones, cóccix, cabeza posterior
 - b) cabeza posterior, talones, cóccix
 - c) Cabeza, talones, cadera
 - d) Codos y talones
 - e) No se
 - f) NA

2. ¿Cual es el tiempo recomendado para cambiar de posición al paciente?
 - a) 1 hora
 - b) treinta minutos
 - c) 2 horas
 - d) 4 horas
 - e) No se
 - f) NA

3. ¿Que actividades debe realizar para prevenir úlceras por presión o llagas?
 - a) Cambiar continuamente de posición al paciente.

- b) Revisar cambios de coloración en la piel como enrojecimiento.
- c) Mantener la piel limpia y seca, realizar cambios de posición, proteger zonas de presión
- d) Movilizar y realizar cambio de pañal continuo
- e) No se
- f) NA

4. ¿Cuál es la posición correcta que debe adoptar su cuerpo cuando va a movilizar a su paciente?

- a) Mantener los pies planos sobre el suelo y juntos.
- b) Acercarse al paciente con brazos extendidos.
- c) Flexionar la espalda 30cm. y acercarse al paciente con brazos extendidos
- d) Separar los pies 30cm. aproximadamente uno del otro, mantener la espalda recta, acercarse al paciente y colocar manos y dedos extendidos sobre el mismo
- e) No se
- f) NA

5. ¿Cuáles son los pasos que debe realizar para girar al paciente encamado que se encuentra boca arriba hacia el lado derecho?

- a) Se flexiona el brazo derecho y pierna derecha del paciente, se colocan las manos del cuidador sobre la cadera del paciente y se gira hacia el lado derecho
- b) El cuidador se coloca sobre el lado derecho de la cama, flexiona el brazo izquierdo y pierna izquierda del paciente, coloca una mano extendida del por debajo del hombro izquierdo y la otra por debajo de la cadera izquierda y se gira hacia el lado derecho
- c) El cuidador se coloca sobre el lado derecho del paciente, flexiona el brazo izquierdo, coloca una mano sobre el hombro y la otra sobre la cadera, finalmente gira hacia el lado derecho
- d) Flexiona ambas piernas y lo gira hacia el lado derecho
- e) No se
- f) NA

6. ¿Cuál es la posición que favorece la respiración?

- a) Totalmente acostado
- b) De lado
- c) Boca abajo
- d) Semisentado, boca arriba
- e) No se
- f) NA

7. ¿Que medidas puede utilizar para favorecer la eliminación de flemas?

- a) Colocarlo en posición semisentado, de lado y dar palmadas en la espalda y en el pecho para ayudar a despegar las flemas

- b) Dar palmadas en la espalda y en el pecho para ayudar a despegar las flemas
- c) Estimular la tos para ayudar a eliminar las flemas
- d) Enseñarle a realizar ejercicios de respiración
- e) No se
- f) NA

8. ¿Cómo identifica la presencia de dificultad respiratoria?

- a) Respira con mayor rapidez
- b) Respira con mayor rapidez, presenta esfuerzo al respirar, fatiga y cambios en la coloración de la piel
- c) Esfuerzo al respirar
- d) Presenta fatiga y cambios en la coloración de la piel
- e) No se
- f) NA

9. ¿Cuál es el material necesario que requiere para aspirar secreciones?

- a) Agua o solución estéril, sonda de aspiración, gasas, Toma de aspiración, tubo de succión, toma de oxígeno
- b) Sonda de aspiración y oxígeno
- c) Toma de aspiración y sonda de aspiración
- d) Toma de aspiración, toma de oxígeno, sonda de aspiración, tubo de succión, agua o solución estéril, guantes estériles desechables, cubrebocas
- e) No se
- f) NA

10. ¿Qué cuidado principal requiere la traqueostomía?

- a) Limpieza diaria
- b) Vigilancia continua en busca de infección
- c) Cambio de Gasas y curación diaria
- d) Aspiración continúa de secreciones
- e) No se.
- f) NA

11. ¿Cómo puede prevenir el estreñimiento?

- a) Realizando cambio de posición continuo, ofreciendo dieta rica en fibra, y estimulando la ingesta de agua
- b) Ofreciendo una dieta rica en fibra
- c) Estimulando la ingesta de agua.
- d) Ofreciéndole laxantes.
- e) No se
- f) NA

12. Cual es la posición que permite disminuir el riesgo de ahogamiento con alimentos ,saliva, vomito o flema, cuando el paciente es totalmente dependiente de usted

- a) Semisentado, ligeramente de lado
- b) Semisentado, boca arriba
- c) En cualquier posición, solo estar al pendiente
- d) Acostado
- e) No se
- f) NA

13. ¿Cuál es la importancia de cambiar el pañal, colocar el orinal (pato) o cómodo?

- a) Permite identificar alguna anomalía en las evacuaciones.
- b) Brinda bienestar al paciente
- c) Aumenta la autoestima.
- d) Disminuye el riesgo de ulcera por presión y permite valorar el numero y características de la orina y evacuaciones.
- e) No se
- f) NA

14. ¿Qué cuidados debe tener la sonda urinaria para evitar el riesgo de una infección?

- a) Realizar cambio de Sonda urinaria cada tercer día.
- b) Limpiar la sonda mínimo cada tercer día
- c) Mantener los genitales del paciente (pene o vagina) limpios y secos, evitar acodamientos y mantener la bolsa recolectora por debajo del nivel de la cintura del paciente.
- d) Tirar continuamente la orina de la bolsa recolectora.
- e) No se.
- f) NA

15. ¿Cuál es el tiempo recomendado para realizar el cambio de la bolsa de colostomía?

- a) Diario
- b) 4 a 6 días
- c) 2 días
- d) 10 días
- e) No se
- f) NA

16. ¿Cuál es la importancia de mantener las sabanas de la cama restiradas?

- a) Le ofrece mayor bienestar al paciente
- b) Disminuye el riesgo de ulcera por presión y ofrece bienestar al paciente
- c) Es una actividad reglamentaria del hospital

- d) Favorece el medio ambiente
- e) No se
- f) NA

17. El orden correcto a seguir para el baño en cama es:
- a) cabeza, cara, pecho, abdomen, piernas, genitales, brazos.
 - b) cabeza, genitales, pecho, piernas.
 - c) cabeza, cara, cuello, pecho, abdomen, brazos, manos, piernas, pies, espalda, genitales
 - d) cabeza, cara, cuello, pecho, abdomen, genitales, brazos, manos, piernas, pies, espalda.
 - e) No se
 - f) NA

18. ¿Por qué es importante mantener el bienestar psicológico del paciente?
- a) Es fácil caer en un estado de depresión, que origina lentitud o deterioro de la salud
 - b) Mejora el autoestima y estado de salud del paciente
 - c) Disminuye el riesgo de ulcera por presión
 - d) Mejora la apariencia física.
 - e) No se
 - f) NA

19. ¿Cuándo le da de comer al paciente en la cama en que posición debe acomodarlo para evitar riesgos de ahogamiento?
- a) completamente sentado
 - b) casi sentado
 - c) acostado
 - d) de lado
 - e) No se
 - f) NA

20. Usted decide no darle de comer cuando:
- a) Esta somnoliento
 - b) No acepta la dieta
 - c) La comida tiene mal aspecto
 - d) No es de su preferencia
 - e) No se
 - f) NA

21. ¿Cómo se realiza el lavado de la sonda de gastrostomía o yeyunostomía?
- a) Con solución fisiológica en la piel que se encuentra alrededor de la sonda
 - b) Limpiar la sonda con 30 ml de agua antes y después de la alimentación
 - c) Se realiza el lavado de la sonda con agua y jabón diariamente.

- d) Se limpia la sonda con 30 ml de solución fisiológica antes y después de la alimentación
- e) No se
- f) NA

22. ¿Qué medidas debe tomar en cuenta para evitar que la sonda nasogastrica irrite los orificios de la nariz?

- a) Limpiar la sonda continuamente a nivel de los orificios de la nariz
- b) Limpiar ambos orificios nasales continuamente.
- c) Fijar la sonda a nivel de la nariz y en la ropa del paciente a nivel del pecho permitiendo el movimiento de la cabeza, manteniendo limpias los orificios nasales.
- d) Fijar la sonda a nivel de la nariz
- e) No se.
- f) NA

¡Gracias por participar!



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
ANEXO 3.**



**INST. N° 2: LISTA DE VERIFICACIÓN
HABILIDADES DE CUIDADO (HC)**

FOLIO _____

Hora de inicio de la observación: _____ Hora de término: _____

Fecha: _____

- 0= No realizada
- 1= Parcialmente realizada
- 2= Realizada

Actividad	0	1	2	NA	Observaciones
1.Cuidados en la piel					
Movilización. Realiza cambio de posición cada dos horas.					
Asiste movilización fuera de cama					
Programa por escrito la movilización del paciente					
Realiza ejercicios de rehabilitación en miembros inferiores y superiores					
Programa por escrito los ejercicios de rehabilitación del paciente					
Mecánica Corporal. Separa los pies.					
Mantiene pies planos sobre el piso					
Espalda recta					
Manos y dedos extendidos sobre el paciente.					
Prevención de Ulceras por Presión Examina el estado de la piel					
Avisa al medico o enfermera cualquier anomalía identificada en la piel					
Mantiene la piel limpia y seca					

Utiliza jabones o sustancias limpiadoras poco irritantes para la piel				
Limpia y seca meticulosamente la piel y sin fricción				
Mantiene la alineación corporal y distribución de peso en forma adecuada.				
Protege las zonas de presión				
Hidratación de la piel. Aplica cremas hidratantes				
Estimula la ingesta de líquidos				
Curación de Heridas y Ulceras por presión: Reúne el material necesario para curación: Gasas				
Guantes				
Sol. Salina				
Sol. Yodada en heridas				
Cubre bocas				
Micropore				
Realiza el procedimiento sin contaminar				
Realiza el procedimiento en los tres tiempos requeridos (sol yodada, sol salina, secar)				
La curación es circular del centro a la periferia				
Al finalizar curación cubre la herida				
Mantiene limpios y secos apósitos				
Examina el estado de la herida o ulcera a diario.				
Avisa al medico o enfermera cualquier anomalía identificada en la herida, estoma o ulcera por presión.				
2.Cuidados en la Respiración				
Fisioterapia pulmonar Coloca al paciente en posición semifowler				
Realiza palmo percusión en				

Tórax anterior				
Tórax lateral				
Espalda				
Realiza palmopercusión con ambas manos.				
Colocación correcta de ambas manos (en forma de cuña).				
Fuerza suficiente para permitir el desprendimiento de flemas.				
Realiza palmopercusión posterior a la administración de medicamentos inhalados				
Al término de la palmopercusión coloca al paciente en semifowler, ligeramente de lado.				
Repite la palmo percusión en caso necesario.				
Le acerca el pañuelo o limpia secreciones				
Detecta cuando el paciente presenta dificultad respiratoria.				
Informa al medico o a enfermería cuando el paciente presenta dificultad respiratoria Le acerca el oxigeno por puntas nasales o mascarilla cuando lo requiere.				
Cuidado a Traqueostomia. Reúne al material necesario: Gasas				
Guantes				
Cubre bocas				
Agua estéril				
Realiza el procedimiento sin contaminar.				
Limpia la cánula con agua estéril				
Coloca la cánula				
Seca la piel del paciente y las pestañas del tubo				
Cambia apositos de traqueostomia				
Cambia las cintas de traqueostomía				

Mantiene limpios y secos apositos de traqueostomía.				
Mantiene permeable la cánula endotraqueal				
Aspiración de secreciones. Reúne el material necesario: Agua estéril				
Sonda de aspiración				
Gasas				
Guantes				
Cubrebocas				
Tubo de succión				
Toma de oxigeno				
Toma de aspiración				
Recipiente desechable para líquidos				
Realiza lavado de manos				
Ofrece privacidad al paciente				
Coloca al paciente en posición semifowler lateral.				
Oxigena al paciente previo a aspiración				
Mide la profundidad de introducción de la sonda, con la distancia entre la punta de la nariz, el lóbulo de la oreja (10 a 15cm)				
Realiza el procedimiento sin contaminar la sonda				
Lubrica e introduce el catéter				
Introduce la sonda pinzada por fosa nasal o boca.				
Aplica la aspiración durante 5-10 seg.				
Saca la sonda suavemente con movimientos rotatorios en un lapso de cada aspiración de 5-10 seg. Aprox.				
Lava la sonda con agua estéril				
Repite el procedimiento cada que sea necesario.				
Deja intervalos de 20 a 30 seg. Entre cada aspiración.				

Limita la aspiración a 5 minutos en total.				
Retira el equipo al terminar el procedimiento.				
3.Cuidados en la Eliminación				
Lo acompaña al baño				
Le acerca el cómodo u orinal				
Realiza cambio de pañal				
Realiza la técnica correcta para colocar cómodo o pañal según el caso				
Mantiene limpia la cama (es decir sin excremento u orines)				
Mantiene limpia la ropa del paciente, sin excremento u orines				
Demuestra interés por cualquier cambio en el patrón de eliminación e urinario				
Informa a la enfermera las características de las evacuaciones y orina.				
Limpia correctamente a su familiar después de cada evacuación				
Cuidado a colostomia				
Reúne el material necesario: Guantes				
Cubre bocas				
Material de limpieza (agua, jabón, toallas)				
Bolsa de ostomia limpia				
Se lava las manos				
Proporciona intimidad al paciente				
Coloca al paciente en posición cómoda				
Vacía el contenido de la bolsa a través de la abertura inferior				
Despega la bolsa lentamente mientras mantiene tensa la piel del paciente				
Limpia y seca el estoma y la piel que lo rodea.				
Utiliza el material de limpieza para limpiar la piel y el estoma				

Coloca la bolsa de colostomia				
Cuidados sonda urinaria				
Mantiene genitales limpios y secos del paciente				
Se asegura de que los tubos no están acodados				
Mantiene la bolsa de drenaje urinario por debajo del nivel de la vejiga				
Vacia regularmente la bolsa de drenaje				
Se asegura de una ingesta adecuada de líquidos				
4.Cuidados en el Bienestar y confort				
Mantiene la privacidad de su familiar				
Reúne el material necesario para asistir el baño: Jabón				
Agua				
Shampoo				
Estropajo				
Toalla				
Ropa limpia				
Asiste al paciente en el baño en regadera				
Realiza el baño en cama de acuerdo al orden de la técnica: cabeza, cara, cuello, tórax, abdomen, miembros superiores, miembros inferiores, espalda y genitales.				
Mantiene la higiene bucal				
Peina al paciente				
Realiza el cambio de ropa posterior al baño				
Lava las manos frecuentemente				
Realiza técnicas para mantener distraído al paciente, ejemplo; leer libros, periódico, revistas, platica con el paciente.				

Mantiene un ambiente favorable para su descanso, le acerca una almohada, una cobija, entre otras				
Mantiene tendida su cama				
5.Cuidados en la Nutrición Ayuda al paciente al lavado de manos antes de la comida				
Coloca al paciente en posición cómoda de acuerdo a la situación particular de salud.				
Le acerca la mesa de forma que pueda ver o alcanzar los alimentos.				
Comprueba que la dieta sea la correcta de acuerdo a las necesidades y características del paciente				
Ayuda al paciente de acuerdo a las necesidades, por ejemplo a quitar la tapa de los alimentos, untar la mantequilla en el pan, cortar la carne, etc.				
Comprueba la temperatura de la dieta.				
Muestra interés en su familiar para que se termine la comida proporcionada.				
Después de que el paciente ha terminado la comida, observa cuanto ha comido o bebido.				
Realiza lavado bucal posterior a la alimentación				
Coloca al paciente en decúbito lateral derecho cuando ha terminado la dieta.				
Informa al medico o enfermera sobre cualquier síntoma de dolor, fatiga o nauseas que haya experimentado durante la comida o posterior a su ingesta.				
Informa al medico o enfermera cuando el paciente no aceptó la comida.				

Cuidados a sonda nasogastrica				
Inspecciona el orificio nasal buscando la existencia de exudado o irritación				
Limpia el orificio nasal y la sonda con aplicadores de punta de algodón humedecidos.				
Mantiene la fijación de la sonda que se encuentra sobre el puente de la nariz limpia y seca.				
Mantiene fija la sonda a la ropa del paciente.				
Reúne el material necesario para administrar la alimentación por sonda: Cantidad correcta de solución de alimentación.				
Jeringa de 20ml.				
Bolsa de alimentación				
Agua				
Guantes				
Se lava las manos				
Proporciona intimidad al paciente				
Verifica el mantenimiento de la permeabilidad de la sonda al realizar aspiración previo a administrar alimentación				
Mide la cantidad del contenido gástrico antes de administrar el alimento.				
Comprueba que la alimentación este a temperatura ambiente				
Coloca la bolsa 30cm por encima del punto de penetración de la sonda en el paciente.				
Pinza el sistema y añade la formula a la bolsa				
Retira la pinza, purga el sistema y vuelve a pinzar				
Conecta la bolsa o jeringa a la sonda				
Regula el goteo a la velocidad				

especificada, en caso de jeringa permite que el alimento fluya lentamente				
Al terminar la alimentación pinza la sonda y el equipo de la bolsa				
Lava la sonda con 30ml con agua posterior a la alimentación				
Coloca al paciente en posición semifowler de lado derecho por 30 minutos.				
Cuidados a gastrostomía o yeyunostomía				
Reúne el material necesario para la administración de nutrición por sonda: Cantidad correcta de solución de alimentación:				
Jeringa de 20ml.				
Bolsa de alimentación				
Agua				
Guantes				
Se lava las manos				
Proporciona intimidad al paciente				
Verifica el mantenimiento de la permeabilidad de la sonda al realizar aspiración previo a administrar alimentación				
Mide la cantidad del contenido gástrico antes de administrar el alimento.				
Comprueba que la alimentación este a temperatura ambiente				
Coloca la bolsa de 7 a 15cm por encima de la abertura de la ostomía.				
Pinza el sistema y añade la formula a la bolsa				
Retira la pinza, purga el sistema y vuelve a pinzar				
Conecta la bolsa o jeringa a la sonda				
Regula el goteo a la velocidad				

especificada, en caso de jeringa permite que el alimento fluya lentamente al interior de la sonda por gravedad.					
Al terminar la alimentación pinza la sonda y el equipo de la bolsa					
Lava la sonda con 30ml con agua posterior a la alimentación					
Coloca al paciente en posición semifowler de lado derecho por 30 minutos.					
Reúne el material necesario para la limpieza del estoma: Jabón					
Agua					
Guantes					
Pomada protectora cutánea					
Gasas					
Apósitos					
Venda elástica					
Valora la piel alrededor del estoma					
Informa al medico o enfermera sobre la presencia de cualquier enrojecimiento de la piel					
Lava la piel alrededor del estoma una vez al día con agua y jabón					
Coloca pomada alrededor de la piel del estoma					
Cubre el estoma con gasas y apósito					
Asegura la sonda con un vendaje abdominal					
Mantiene limpias las gasas y el apósito del estoma					

La autora **Irma Pérez Barcenás** concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“Efecto del plan de alta de enfermería en los conocimientos y habilidades del cuidador informal”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial o total.



Nombre y firma del autor

Abril 2008. San Luis Potosí.