

Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz

Selfcare deficits in elderly 75 and more years old patient's after discharge from hospital, gone into medical surgical units from University Hospital La Paz

Autor: M^a Luisa Martínez Martín (1), M^a del Coro Canalejas Pérez (1), Manuel Luis Vera Cortés (1), M^a Luisa Cid Galán (1) Carmen Martín Salinas (1), Ángel Otero Puime (2).

Correo electrónico mmartinez_hulp@salud.madrid.org

Cómo citar este artículo: *Martínez Martín ML, Canalejas Pérez MC, Vera Corte ML, Cid Galán ML, Martín Salinas C, Otero Puime A. Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Jul- Ago. [fecha de acceso]; 7(47): [aprox. 14 pant].*

Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/proyectomayores75_47.pdf

Fecha recepción: 29/06/2009

Aceptado para su publicación: 22/07/2009

Resumen:

Objetivo Principal: Estimar el déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz.

Objetivos Secundarios: Identificar los factores que se relacionan con el déficit de autocuidado que presentan los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria.

Establecer los diagnósticos de enfermería que determinan el déficit de autocuidado que presentan los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria; Señalar los requisitos de autocuidado afectados con mayor frecuencia en los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria; Determinar la evolución del déficit de autocuidado en los pacientes con 75 y más años a los dos meses del alta hospitalaria. **Diseño:** Estudio observacional, analítico y longitudinal. **Sujetos de estudio:** 400 pacientes de 75 y más años dados de alta en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz.

Variables: Factores condicionantes básicos de la agencia de autocuidado, Factores que afectan a la regulación de los requisitos de autocuidado y Diagnósticos enfermeros que determinan el déficit de autocuidado.

Instrumento: cuestionarios de valoración enfermera, Índice de Barthel y cuestionario de Pfeiffer.

Trabajo de campo: primera entrevista al alta hospitalaria, segunda entrevista a los dos meses del alta.

Análisis de los datos: análisis descriptivo de las variables definitorias de la muestra y análisis de las posibles diferencias en el déficit de autocuidado en las dos fases del estudio y su posible relación con otros factores.

Palabras clave: Anciano, Autocuidado, Diagnóstico de enfermería, Alta hospitalaria, Cuidados de transición.

Abstract:

General objective: Consider the selfcare deficit in elderly 75 and more years old after discharge from hospital's medicalsurgical unit.

Secondary objectives: Identify factors related with selfcare deficit in 75 and more years old patient's at the moment hospital discharge; Establish nursing diagnosis that determine selfcare deficits in 75 and more years old patient's at the moment hospital discharge; Mark selfcare requirements affected higher in 75 and more years old patient's at the moment hospital discharge; Determine selfcare deficit evolution's in 75 and more years old patient's at the moment hospital discharge.

Design: Observational, analytic and longitudinal study. **Subjects of study:** 400 elderly patients 75 and more years old after medicalsurgical units discharge from de University Hospital La Paz.

Variables: Basic conditional factors of selfcare agency. Factors to affect selfcare requirements regulation. **Diagnosis nursing that determine selfcare deficit.**

Instrument: Nursing appraisal document, Barthel's scale and Pfeiffer questionnaire

Field work: First interview at the moment hospital discharge, second interview two months after hospital discharge. **Data analysis:** Descriptive analysis sample's variables and possible differences in selfcare deficit in two phases of study anyway possible relations with other factors.

Key words: Elderly, Self care, Nursing diagnosis, Discharge, Transitional care.

Centro de Trabajo: (1) Profesores de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, adscrita a la Universidad Autónoma de Madrid. (2) Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid (Madrid, España).

INTRODUCCIÓN

Una de las características de los países desarrollados es el envejecimiento de su población, como consecuencia de la transformación demográfica que se está experimentando desde la segunda mitad del siglo XX. Los datos del Informe 2006 "Las Personas Mayores en España" (1) indican que la población de 65 y más años era en 2005 el 16,6% de la población total y que la nueva realidad demográfica se caracteriza por una mayor longevidad entre las personas de edad y una mejora de la esperanza de vida al nacer, tanto en hombres como en mujeres: 76,6 y 83,4 años respectivamente. Siendo destacable que la cifra de mayores podría llegar a ser incluso más elevada, ya que la esperanza de vida a los 65 años está aumentando más incluso que la esperanza de vida al nacer, de forma que en 2050 la longevidad de las mujeres podría ser de 86,9 años y de 80,9 en los hombres. La población de octogenarios es el grupo etario que más ha crecido en la última década; actualmente representa algo más del 4% de la población, porcentaje que se habrá incrementado hasta el 11,1%, más de 6 millones, en 2050.

Hace cuatro décadas, las cohortes ganaban años de vida sobre todo gracias al descenso de la mortalidad infantil, mientras que en los últimos quince años se ha producido un descenso mayor de la mortalidad entre las personas de 70-80 años, provocando un envejecimiento mayor entre los ya viejos. Es cierto que gran parte de las personas mayores se adaptan satisfactoriamente a los cambios que conlleva el proceso de envejecer y gozan de un relativo buen estado de salud que les permite afrontar, de manera independiente, las actividades cotidianas de la vida diaria. Sin embargo, la afirmación de que con la edad se incrementan los riesgos de enfermedad, de discapacidad y de mortalidad no ofrece ninguna duda. En la vejez aumentan las enfermedades crónicas y degenerativas y muchas de ellas conllevan problemas funcionales y generan dependencia. Por tanto, lo que parece de mayor interés es saber si esta mayor esperanza de vida se disfruta con un buen estado de salud o por el contrario se están ganando años para la discapacidad y la dependencia.

La Encuesta Nacional de Salud de 2006 (2) permite conocer los datos sobre el grado de dificultad de las personas mayores para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), tanto básicas como instrumentales; destacando que a partir de los 80 años seis de cada 10 mayores tienen problemas para la realización de actividades habituales.

Las enfermedades y dolencias comunes son el origen más frecuente de estas situaciones, destacando procesos como artrosis, reuma y dorsalgia o bien accidentes domésticos. En consonancia con esto, la mayoría de las dificultades declaradas se relacionan con la movilidad, por lo que los mayores van reduciendo progresivamente su espacio vital a su propia casa. Según la citada Encuesta, un 25,6% de hombres y un 41% de mujeres requieren ayuda para el cuidado personal. Entre los factores determinantes de las situaciones de dependencia destacan, además de la edad y el género, la soledad, y, el nivel educativo, los ingresos económicos y el estatus social bajo.

En lo relativo a los servicios de salud, las personas mayores son un importante colectivo demandante de cuidados de salud en cualquiera de los niveles de atención, destacando el incremento del porcentaje de altas hospitalarias a personas mayores. Según datos del citado Informe 2006 (3), el 38,6% de todas las altas hospitalarias correspondieron a personas mayores. Es posible que este incremento se deba a una mayor morbilidad, bien debido al envejecimiento de los ya viejos, a una mayor fragilidad o a que actualmente se realizan tratamientos hospitalarios a personas mayores a las que antes no se les realizaban. En definitiva, los hospitales están sufriendo un proceso progresivo de geriatrización, que implica la necesidad de un cambio de mentalidad de los profesionales de la salud a la hora de enfocar la atención a estos pacientes.

Las personas de 75 y más años, que ingresan en el hospital, tienen mayor vulnerabilidad a presentar complicaciones, derivadas tanto de su situación de salud como de la propia hospitalización, lo que va a dar como resultado una prolongación de su estancia hospitalaria y una mayor demanda de cuidados tanto médicos como de enfermería. Diversos estudios (4,5,6,7,8) coinciden en el impacto negativo de la hospitalización en las personas mayores, considerándolo un importante factor de riesgo para el deterioro de la capacidad funcional y la disminución en la calidad de vida, incluyendo la imposibilidad de volver a su domicilio. La situación funcional del paciente va a determinar el riesgo de desarrollo de dependencia, institucionalización, consumo de recursos sociosanitarios y mortalidad, por ello es un parámetro prioritario en la evaluación del estado de salud, de la calidad de vida y de los cuidados que van a requerir las personas mayores en el momento del alta hospitalaria (9).

La tendencia actual de las políticas hospitalarias de alta precoz, centradas principalmente en la resolución del proceso agudo que provocó el ingreso, conlleva en muchas ocasiones que las personas mayores sean remitidas a su domicilio con problemas de dependencia, que favorecen los reingresos, la institucionalización o la necesidad de cuidadores. Por tanto, es importante en la preparación del alta hospitalaria llevar a cabo unos cuidados de transición (10,11) que faciliten la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación de salud. Los cuidados transicionales generalmente se refieren a cuidados y servicios que promueven la seguridad y la transferencia temporal de los pacientes hospitalizados de un nivel de cuidado a otro -agudo a subagudo- o de un nivel de atención a otro -hospital a domicilio-.

En esta línea se están llevando a cabo distintas iniciativas encaminadas a garantizar los cuidados de transición, como la hospitalización domiciliaria, que aunque en sentido estricto debería reservarse a la atención de pacientes con problemas agudos, como una alternativa al ingreso hospitalario, en la práctica se emplea también para favorecer un alta hospitalaria temprana en pacientes crónicos, que requieren cuidados de enfermería y/o de rehabilitación. Asimismo, la implantación en estos últimos años del informe de enfermería al alta está teniendo como propósito asegurar la continuidad de los cuidados en los distintos niveles de atención. Muchos autores

consideran que la planificación del alta es fundamental para dotar de conocimientos y habilidades al paciente y la familia (12), de esta forma se fomenta la autonomía en los cuidados y la percepción de un control adecuado de su situación de salud (13). Los resultados de una revisión bibliográfica realizada sobre el informe de enfermería al alta hospitalaria reflejan la utilidad de este instrumento para garantizar una mayor calidad de la asistencia, pero también evidencian la falta de unanimidad de criterios respecto a los elementos que éste tiene que contener y la necesidad de adoptar un modelo teórico de referencia (14). Otros autores mencionan la escasa información en este informe sobre el proceso de cuidados del paciente al alta (15).

La planificación al alta, según Kozier (16), el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral de salud. Por este motivo, la valoración de las necesidades potenciales de cuidados, de la capacidad funcional y de los recursos con los que cuenta el paciente, así como de la disponibilidad y capacidad de su red de apoyo resulta imprescindible si se quiere ofrecer continuidad en la atención. La coordinación entre la asistencia especializada y la primaria se muestra como un elemento indispensable para garantizar esta continuidad. La figura de la enfermera de enlace que ha surgido en estos últimos tiempos intenta ser un nexo de unión entre los distintos niveles de atención, procurando la coordinación del plan asistencial durante la estancia hospitalaria y apoyando a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido, especialmente en las intervenciones educativas dirigidas a manejar la situación en el domicilio (17).

En el ámbito de los cuidados geriátricos, no es una novedad la valoración integral de los pacientes y actualmente se considera una herramienta metodológica imprescindible, siendo necesario destacar su carácter multidisciplinar. La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico global diseñado para identificar los problemas clínicos y sociales que presenta el paciente geriátrico, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de los recursos para afrontarlos (18). Sin embargo, no a todas las personas ancianas se les puede considerar como pacientes geriátricos, ya que como tales se contemplan a aquellos que cumplen tres o más de los siguientes criterios: edad mayor de 75 años, pluripatología, enfermedad de carácter invalidante, enfermedad mental, problemática social, etc. Éste es un grupo de pacientes que plantea problemas especiales y que requiere una asistencia geriátrica integral y especializada (19). Hay otro grupo de pacientes, que no cumple totalmente estos requisitos, que son los ancianos con manifestaciones de fragilidad y a los que habría que prestar una atención especial dentro de la estructura tradicional del Sistema de Salud. En este sentido una valoración de enfermería realizada al alta hospitalaria podría ser el instrumento idóneo para detectar el déficit de autocuidado que presentan estos pacientes, con la finalidad de elaborar recomendaciones de autocuidado para el domicilio.

En este estudio, a partir de una valoración de enfermería, se pretende estimar el déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz, entendiendo que se trata de personas especialmente vulnerables y dónde la continuidad de los cuidados juega un papel prioritario. Los resultados obtenidos permitirán elaborar recomendaciones de cuidados que contemplen no sólo la recuperación clínica del paciente sino también su recuperación funcional e incorporación a su entorno habitual.

La valoración de enfermería que se propone para detectar el déficit de autocuidado de los pacientes, tiene como marco teórico de referencia la Teoría General del Autocuidado de Orem (20). Para esta autora, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar; es una acción que cuando se realiza efectivamente contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos. El autocuidado es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de comprender su estado de salud y desarrollar habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado²¹. La estructura del proceso de autocuidado contiene tres secuencias: investigación, definición y expresión de los requerimientos regulatorios de la persona; formulación de juicios sobre el curso de acción que debe ser llevado a cabo para regular los requisitos de autocuidado; y realización de las acciones de autocuidado de mayor eficacia para satisfacer los requisitos (22,23).

Según este enfoque teórico, las personas presentan déficit de autocuidado²⁴ cuando están sujetas a limitaciones derivadas de su situación de salud que las incapacita para autocuidarse, es decir, cuando la persona no tiene los conocimientos y/o la capacidad y/o la motivación para emprender las acciones de autocuidado requeridas.

El análisis de los factores personales y del entorno que condicionan la capacidad para el autocuidado de los pacientes permitirá identificar los diagnósticos enfermeros, formulados según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (25,26), a partir de los cuales se podrá determinar la necesidad de intervención enfermera.

Por otra parte, interesa también en esta investigación cómo el paciente y su familia están afrontando la nueva situación de salud y cómo perciben los cuidados de transición, entendiendo que la continuidad de los cuidados es, tal y como menciona Reid (27), el grado de percepción del paciente de la coherencia y unión del cuidado a lo largo del tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrio E, Abellán A. Indicadores demográficos. En: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2006. Las personas mayores en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
2. INE. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2006.
3. Castejón P, Abellán A. Estado de Salud. En: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Informe 2006. Las personas mayores en España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
4. Formiga F, Maiques J, Salazar A, Mascaro J, Novelli A, Rivera A, Verdiell J, Pujol R. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una unidad de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34:331-5.
5. Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin* 2000; 115:695-6.
6. Cangas A, Narvaiza MJ. Intervención de enfermería para disminuir las complicaciones derivadas de la hospitalización de los ancianos. *Gerokomos (Madr)* 2006; 17(1):24-31.
7. De Pedro J, Gallo J, Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. *Gerokomos (Madr)* 2001; 12(1):29-32.
8. Gutiérrez J, Galeano R, Reig C, Solano JJ. Deterioro funcional relacionado con la hospitalización en el anciano. *Mapfre Medicina* 1996; 7(4):275-282.
9. Baztán JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:704-717.
10. Parsons P, Gifford C. Characteristics and outcomes of elderly patients receiving transitional care. *Outcomes manag.* 2002; 6 (4).
11. Naylor M. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14 (3):1-14.
12. González Rodríguez A. El informe de alta hospitalaria por enfermería, una necesidad para los cuidados enfermeros interniveles. *Enferm Cient* 2001; 234-235.
13. Grande Gascón ML, Hernández Padilla M. Cómo entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enferm Clin* 1996; 6(3):119-121.
14. Ballesteros M, Jiménez L, Ruiz MC. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta. *Gerokomos (Madr)* 2004; 15(4):209-216.
15. Vallejo de la Gala MP. Informe conjunto de altas de enfermería. Programa de mejora de calidad en cuidados a pacientes posthospitalizados. *Rev ROL Enf* 2003; 26(3):393-396.
16. Kozier B. *Fundamentos de Enfermería*. 7^a ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2005.
17. Ramos Alfonso, MR. La enfermera de enlace: perfil hospitalario. Continuidad de cuidados en el paciente adulto con problemas medicoquirúrgicos. II Congreso de Enfermería del Mediterráneo. Cuidados del adulto: humanización e innovación. Departamento de Enfermería de la Universidad de Almería. Noviembre 2005.

18. Salgado A, Ruipérez I, Sepúlveda D. Valoración geriátrica integral. Conceptos generales. Beneficios de la intervención. Grupos de riesgo. En Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatria Salgado Alba. 3^a ed. Barcelona: Masson; 2002. pp 223-230.
19. Salgado A, González JI. Geriatria. Especialidad médica. Historia, conceptos, enseñanza de la Geriatria. En Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatria Salgado Alba. 3^a ed. Barcelona: Masson; 2002. pp 127-142.
20. Orem DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson - Salvat; 1993.
21. Cavanagh S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson - Salvat; 1993.
22. Denyes MJ, Orem DE, SozWiss GB. Self-care: a foundational science. Nurs sci q 2001; 14(1):48-54.
23. Johnson JD, Relationship between resiliency, self-care agency and self-care in the community-dwelling older adult. • Dissertation• Toledo: Medical College of Ohio; 2002.
24. Francisco C, Benavent MA, Ferrer E. El modelo teórico de Dorothea E. Orem. En Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. Madrid: DAE; 2001.
25. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2008.
26. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7^a ed. Barcelona: Masson-Elsevier; 2006.
27. Reid R, Haggerty J, McKendry H. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Canadian Health Services Research Foundation, 2001.

HIPÓTESIS

Los pacientes de 75 y más años, en el momento del alta hospitalaria, presentan un déficit de autocuidado que dificulta su adaptación y la de sus familias a la nueva situación de salud y requieren de una intervención enfermera para la planificación de cuidados de transición.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar el déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores que se relacionan con el déficit de autocuidado que presentan los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria.
- Establecer los diagnósticos de enfermería que determinan el déficit de autocuidado que presentan los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria.
- Señalar los requisitos de autocuidado afectados con mayor frecuencia en los pacientes con 75 y más años en el momento del alta hospitalaria.
- Determinar la evolución del déficit de autocuidado en los pacientes con 75 y más años a los dos meses del alta hospitalaria.

OBJETIVOS EXPLORATORIOS

- Valorar los cuidados de transición recibidos por los pacientes con 75 y más años después del alta hospitalaria.
- Relacionar la adaptación del paciente y su familia a las nuevas demandas autocuidado con los cuidados de transición recibidos.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio: Estudio observacional, analítico y longitudinal.

Ámbito de estudio:

1^a Fase: unidades de hospitalización medicoquirúrgica del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

2^a Fase: domicilio de los pacientes.

Sujetos de estudio

Población: pacientes de 75 y más años ingresados en unidades de hospitalización medicoquirúrgica del Hospital Universitario La Paz.

Muestra: 400 pacientes.

Cálculo del tamaño muestral: para conocer el porcentaje de pacientes con déficit de autocuidado en nuestro centro se realizó en 2007 un estudio piloto con 60 pacientes, en el que se encontró que el déficit de autocuidado más prevalente se acercaba a un 50%. Teniendo en cuenta estos resultados, y sobre la base de un tamaño de población de 8.000 pacientes con estas características dados de alta en 2007 en el Hospital Universitario La Paz, con un mínimo de 367 pacientes y con un nivel de confianza del 95%, se estimaría esa prevalencia con una precisión de $\pm 5\%$. Para un déficit

de autocuidado con una prevalencia del 10% la precisión de la estimación sería de $\pm 3\%$ y para prevalencias del 20% de $\pm 4\%$. Por este motivo, se estudiarán 400 pacientes.

Según la citada experiencia, se prevé una pérdida de casos del 20% para valorar la evolución del déficit de autocuidado a los 2 meses, por lo que la muestra para la segunda fase del estudio sería alrededor de 320 pacientes.

Selección de la muestra: la muestra se estratificará en unidades médicas y unidades quirúrgicas. Con el fin de evitar la dispersión en la selección de los sujetos de la muestra, y considerando los resultados obtenidos en el estudio piloto, se han seleccionado 3 unidades de hospitalización quirúrgica y 2 de hospitalización médica por tener un mayor número de altas de pacientes de 75 y más años. La selección de los sujetos será proporcional al número de altas producidas en cada unidad seleccionada, según los datos de 2007 aportados por la Unidad de Control de Gestión:

- Unidades Quirúrgicas (60% altas): 240 pacientes.
- Unidades Médicas (40% altas): 160 pacientes.

Unidades seleccionadas:

- Cirugía General (30%): 120 pacientes
- Cirugía Traumatológica (20%): 80 pacientes
- Cirugía Urológica (10%): 40 pacientes
- Medicina Interna (30%): 120 pacientes
- Neurología (10%): 40 pacientes.

Tipo de muestro: accidental no probabilístico.

Criterios de inclusión: pacientes de 75 y más años, ingresados en unidades medicoquirúrgicas, con alta prevista en un tiempo no superior a 24 horas y que acepten la realización de la entrevista en su domicilio a los dos meses del alta hospitalaria.

Criterios de exclusión:

1^a Fase: dado que entre los objetivos del estudio está la valoración de la evolución del déficit de autocuidado a los dos meses del alta hospitalaria, se considera que no se podrá llevar a cabo en los pacientes con:

- Situación clínica terminal.
- Deterioro cognitivo anterior al ingreso hospitalario.

2^a Fase: asimismo, tampoco será posible la realización de la entrevista en el domicilio a aquellos pacientes que hayan tenido nuevos ingresos en el hospital durante los dos meses siguientes al alta hospitalaria.

Variables de estudio:

Variables Independientes:

1. Factores condicionantes básicos de la agencia de autocuidado

- Descriptivos de la persona:
 - o Género (hombre, mujer).
 - o Edad.
 - o Procedencia (domicilio, residencia, otros).
 - o Ámbito (rural, urbano).
 - o Destino (domicilio, residencia, centro de rehabilitación, otros).

- Situación de salud al ingreso:
 - o Diagnóstico (médico, quirúrgico).
 - o Otros problemas de salud (hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiacos, problemas respiratorios, problemas osteoarticulares, obesidad, insomnio, estreñimiento, incontinencia urinaria, dolor crónico, otros).

- Situación de salud al alta:
 - o Días de estancia hospitalaria.
 - o Nuevos problemas de salud (insomnio, estreñimiento, incontinencia urinaria, dolor, úlceras por presión, confusión mental, otros).
 - o Capacidad funcional (índice de Barthel).
 - o Capacidad cognitiva (cuestionario de Pfeiffer).
 - o Número de fármacos prescritos.
 - o Dieta (normal, sin sal, diabética, triturada, otras).
 - o Otras medidas terapéuticas (oxígeno, anticoagulantes, insulina, cuidado de la herida, rehabilitación, otros).

- Cuidados de transición:
 - o Seguimiento en el Centro de Salud (enfermera, médico, ambos).
 - o Seguimiento en el domicilio (enfermera, médico, ambos).

- Red de apoyo social:
 - o Cuidador primario (pareja, hijos, cuidador profesional, otros).
 - o Apoyo informal (familia, vecinos/amigos, otros).
 - o Apoyo formal (teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día, otros).

2. Factores que afectan a la regulación de los requisitos de autocuidado

- Factores que afectan al aporte de aire (dolor, debilidad muscular, disnea, sequedad de mucosas, no quiere o no sabe toser, otros).
 - o Factores que afectan al aporte de agua (falta de sed, deterioro de la deglución, falta de conocimientos, falta de motivación, otros).
 - o Factores que afectan al aporte de alimentos (falta de apetito, deterioro de la deglución, falta de motivación, rechazo alimentos, otros).
 - o Factores que afectan a los cuidados asociados con la eliminación (hospitalización, otros).
 - o Factores que afectan la actividad (malestar/dolor, debilidad muscular, fatiga, falta de motivación, hospitalización, otros).
 - o Factores que afectan el descanso (malestar/dolor, preocupación/ansiedad, factores ambientales, otros).
 - o Factores que afectan a la interacción social (dificultad para hablar, alteraciones emocionales, carencias afectivas, aislamiento físico, otros).
 - o Factores que afectan a la seguridad y el bienestar de la persona (desorientación, inmovilidad, alteración del estado nutricional, alteración de la hidratación de la piel, incontinencia, deterioro de la deglución, deterioro musculoesquelético, deterioro de la sensopercepción, barreras arquitectónicas, otros).
 - o Factores que afectan al desarrollo personal (autopercepción negativa, sentimientos de rechazo, alteración de la imagen corporal, amenaza de cambio, falta de información, interpretación inadecuada de la información, falta de motivación, desorientación, otros)

Variables Dependientes:

- Diagnósticos enfermeros que determinan el déficit de autocuidado:
 - o Déficit de autocuidado en el aporte de aire (limpieza ineficaz de la vía aérea, intolerancia a la actividad).
 - o Déficit de autocuidado en el aporte de agua (déficit en el volumen de líquidos).
 - o Déficit de autocuidado en el aporte de alimentos (desequilibrio nutricional por defecto).
 - o Déficit de autocuidado en la eliminación (estreñimiento, incontinencia urinaria).
 - o Déficit de autocuidado en la actividad (deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado en el vestido, déficit de autocuidado en el baño/higiene, déficit de autocuidado en la alimentación, déficit de autocuidado en el uso del WC).
 - o Déficit de autocuidado en el descanso (deterioro del patrón de sueño).
 - o Déficit de autocuidado en la interacción social (riesgo de soledad, deterioro de la comunicación verbal).
 - o Déficit de autocuidado en la seguridad y el bienestar de la persona (riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de lesión, riesgo de aspiración).

- Déficit de autocuidado en la promoción del desarrollo personal (baja autoestima situacional, ansiedad/temor, conocimientos deficientes en el manejo de la medicación, conocimientos deficientes de la dieta, conocimientos deficientes en el cuidado de la herida, conocimientos deficientes en el cuidado del estoma, conocimientos deficientes en el uso de dispositivos de apoyo, conocimientos deficientes en el cuidado de las actividades básicas de la vida diaria, manejo ineficaz del régimen terapéutico, afrontamiento familiar ineficaz).

Instrumento para la recogida de datos:

Cuestionarios para la valoración del paciente al alta hospitalaria (1^a fase del estudio) y en el domicilio (2^a fase del estudio). Ambos cuestionarios han sido elaborados por el equipo investigador a partir de la experiencia obtenida en el estudio piloto, realizado con 60 pacientes durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2007, en el que participaron como encuestadores 11 enfermeras, por lo que se considera que cumplen los requisitos exigidos para su validación.

En ambos cuestionarios se han incluido el índice de Barthel, para la valoración de la capacidad funcional del paciente, y el cuestionario de Pfeiffer, para la valoración de la capacidad cognitiva del paciente. (Anexo I)

Trabajo de campo

El trabajo de campo consistirá en la realización de dos entrevistas al paciente:

- Primera entrevista: se realizará en la unidad de hospitalización correspondiente una vez formalizada el alta hospitalaria. Cinco miembros del equipo investigador se harán cargo de la realización de esta entrevista.
- Segunda entrevista: se realizará en el domicilio del paciente, aproximadamente a los dos meses del alta hospitalaria, tras concertar con cita telefónica previa. Para la realización de la misma se considera necesario contar con encuestadores especializados, enfermeras o estudiantes de enfermería, a los que se les adiestrará en la metodología a seguir en la realización de las entrevistas y la cumplimentación de los cuestionarios.

Análisis de los datos

Inicialmente está previsto realizar un análisis descriptivo de las variables definitorias de la muestra y un análisis de las posibles diferencias en el déficit de autocuidado en las dos fases del estudio y su posible relación con otros factores. El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS vs. 15.

Consideraciones éticas

- El proyecto recibió un informe favorable de la Comisión de Investigación y el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario La Paz con fecha 24 de abril de 2008.
- Información formal del estudio a los participantes mediante una nota informativa y solicitud para firmar el consentimiento informado (Anexo II). Asimismo, se solicitará el permiso para realizar una nueva entrevista en el domicilio, transcurrido un plazo aproximado de 2 meses desde el alta hospitalaria.
- Información formal sobre el propósito de la investigación a los responsables médicos y de enfermería de las unidades medicoquirúrgicas seleccionadas para llevar a cabo el trabajo de campo.
- Durante la realización de la entrevista al participante se respetará la intimidad y se garantizará la confidencialidad de los datos en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999).
- Tanto para la realización de las entrevistas como para la recogida de información de las historias clínicas el equipo de investigación evitará interferir en la actividad asistencial, buscando el momento más idóneo.

PLAN DE TRABAJO

Enero – Febrero 2009

- Elaboración de un manual de orientación dirigido a los entrevistadores.
- Preparación del equipo de encuestadores que participaran en el trabajo de campo.

Marzo – Diciembre 2009

- Trabajo de campo en la 1^a y 2^a fases.
- Creación de la base de datos.
- Procesamiento de datos.

Enero- Junio 2010

- Desarrollo en profundidad del marco teórico.
- Trabajo de campo en la 1^a y 2^a fases.
- Procesamiento de datos.
- Análisis estadístico.

Julio – Diciembre 2010

- Discusión de resultados.
- Elaboración del informe final.
- Difusión del estudio.

EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

M^a Luisa Martínez Martín. Enfermera. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Desarrolla su actividad docente en el campo de los cuidados geriátricos y medicoquirúrgicos. Actualmente trabaja en su tesis doctoral en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid.

M^a del Coro Canalejas Pérez. Enfermera. Licenciada en Ciencias de la Educación. Profesora de Enfermería Medicoquirúrgica y coordinadora del Área de Enfermería Clínica. Ha dirigido distintos proyectos de metodología educativa e innovación docente. En la actualidad realiza estudios de Tercer Ciclo.

Manuel Luis Vera Cortés. Enfermero. Posgrado en Investigación en Cuidados. Master en Gestión Medioambiental y Experto Universitario en Educación para la Salud. Profesor coordinador del Área de Enfermería Comunitaria.

M^a Luisa Cid Galán. Enfermera. Profesora de Enfermería Medicoquirúrgica con amplia experiencia en el área clínica, donde ha sido supervisora de la unidad de ORL. Ha participado en distintos proyectos de investigación en metodología educativa e innovación docente.

Carmen Martín Salinas. Enfermera. Profesora de Enfermería Medicoquirúrgica y Nutrición y Dietética Clínica. Es la coordinadora del Área de Ciencias Básicas y tiene una dilatada experiencia en el campo de la nutrición, donde participó en la puesta en marcha de la Unidad de Nutrición Clínica del Hospital Universitario La Paz, de la que fue también supervisora. Ha colaborado en distintos proyectos de investigación en metodología educativa e innovación docente.

Pilar Parrilla Novo. Enfermera. Supervisora de la Unidad de Neurología del Hospital Universitario la Paz. Ha participado en distintos estudios y en la publicación de trabajos relacionados con el cuidado del paciente neurológico. Es vocal de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE).

Marina Arce Maurín. Enfermera. Supervisora de la Unidad de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz. Responsable de la puesta en marcha de la Unidad de la Piel, tiene amplia experiencia en la atención a pacientes geriátricos y ha participado en diversos estudios relacionados con el cuidado de las úlceras por presión.

M^a Ángeles Carballo Carrillo. Enfermera. Supervisora de la Unidad de Cirugía Urológica y Cirugía Torácica. Con amplia experiencia y formación en investigación, actualmente realizando un posgrado de Investigación en Cuidados. Ha participado en diferentes estudios relacionados con las

M^a Luisa Martínez Martín et al.

terapias de diálisis y hemodiálisis, donde ha sido investigadora principal y coordinadora nacional de registros de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).

M^a Teresa Valverde Pérez. Enfermera. Supervisora de la Unidad de Cirugía Traumatológica y Ortopédica del Hospital Universitario La Paz. Tiene experiencia en el campo de los cuidados críticos y en medicina preventiva, donde ha participado en distintas investigaciones. Ha colaborado también en un ensayo clínico sobre la prevención del tromboembolismo en pacientes intervenidos de artroplastia de cadera.

Ana Isabel Martínez Escandell. Enfermera de la Unidad de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario La Paz. Su trayectoria como enfermera clínica se ha desarrollado principalmente en el área quirúrgica, donde ha participado en la elaboración de distintos protocolos y vías clínicas relacionadas con la atención al paciente quirúrgico.

Ángel Otero Puime. Doctor en Medicina. Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública con plaza vinculada al Hospital Universitario la Paz. Investigador principal o colaborador en numerosos proyectos de investigación financiados. Tiene una amplia experiencia en la dirección de tesis doctorales.

RELEVANCIA CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

En la bibliografía revisada se han encontrado numerosos trabajos sobre los problemas que presentan los pacientes mayores derivados de la hospitalización, detectados en su mayoría a través de la valoración geriátrica integral. Con este trabajo se pretende ofrecer una perspectiva complementaria, utilizando una valoración enfermera orientada en la Teoría General del Autocuidado de Dorotea Orem. El conocimiento del déficit de autocuidado en las personas de 75 y más años, que son dadas de alta hospitalaria, permitirá determinar qué tipo de intervenciones de cuidado requieren estos pacientes y sus familias cuando llegan a su domicilio. Asimismo, la modificación de dicho déficit y la percepción, que tanto los pacientes como sus familias tengan, transcurrido un periodo de tiempo aproximado de dos meses, sobre las dificultades que están teniendo para afrontar su nueva situación de salud, podría ayudar a orientar mejor los cuidados de transición.

Por otra parte, ya que los cuestionarios utilizados se han elaborado sobre el referente teórico del modelo de autocuidado, y actualmente no se ha encontrado en la bibliografía ningún estudio similar, los resultados obtenidos podrían constituir el punto de partida de una línea de investigación sobre la utilidad de este modelo en la práctica asistencial en nuestro país.



RECURSOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO

Para el desarrollo del proyecto se cuenta con el apoyo de la Direcciones del Hospital Universitario La Paz y de la Escuela Universitaria de Enfermería La Paz, centros en los que trabaja el equipo investigador. Asimismo, se cuenta con la colaboración de las unidades de Investigación y Bioestadística y de los responsables médicos y de enfermería de las diferentes unidades medicoquirúrgicas donde se va a realizar el estudio, lo que garantiza la captación de los pacientes.

Por otra parte el proyecto ha sido aprobado en la convocatoria 2008 de Acción Estratégica en Salud, en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2008-2011, correspondiente al Subprograma de Proyectos de Investigación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud. (Expediente nº: PI08/90204), habiéndosele adjudicado un presupuesto de 25.652 euros.

ANEXOS

Anexo I: Cuestionarios para la valoración del paciente al alta hospitalaria (1^a fase del estudio) y en el domicilio (2^a fase del estudio).

CUESTIONARIO AL ALTA HOSPITALARIA				Nº identificación	A
Fecha ingreso:		Fecha alta:			
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
Unidad	Médica	Quirúrgica		Etiqueta de identificación	
Género	Hombre	Mujer			
Ámbito geográfico	Rural	Urbano			
Procedencia	Domicilio	Residencia	Otros		
DIAGNÓSTICO MÉDICO					
Problemas respiratorios	EPOC	Neumonía	IRA	Tumores	Otros
Problemas cardíacos	I. cardíaca	C. isquémica	Arritmias	Otros	
Problemas digestivos	Infección intest.	Tumor	Otros		
Problemas nefrourológicos	Infección urinaria	Ins. renal	Otros		
Problemas neurológicos	ICTUS	P. degenerativ.	P. extrapiramid.	Tumores	Otros
Problemas endocrinos	Diabetes	Tumores	Otros		
DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO					
Cirugía general	Gastroesofágica	Hepatobiliar	Colorrectal	Otros	
Cirugía urológica	Hipert. próstata	Tumor próstata	Tumor vesical	Tumor renal	Otros
Cirugía traumatológica	Prótesis cadera	Cirugía rodilla	Fractura de cadera	Otros	
PROBLEMAS ASOCIADOS AL INGRESO					
Hipertensión					
Diabetes					
Problemas cardíacos					
Problemas respiratorios					
Problemas osteoarticulares					
Obesidad					
Insomnio	En tratamiento	Sin tratar			
Estreñimiento	En tratamiento	Sin tratar			
Incontinencia urinaria					
Dolor crónico					
Otros					

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS					
DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
Destino al alta	Domicilio	Residencia	Centro rehabilit.	Otros	
PROBLEMAS NUEVOS AL ALTA					
Insomnio	En tratamiento	Sin tratar			
Estreñimiento	En tratamiento	Sin tratar			
Incontinencia urinaria					
Dolor					
Úlceras por presión					
Confusión					
Otros					
MEDIDAS TERAPÉUTICAS AL ALTA					
Nº de fármacos					
Dieta	Normal	Sin sal	Diabética	Triturada	Otras
Otras medidas terapéuticas	Oxígeno	Anticoagulante	Insulina	Rehabilitación	Cuidado herida
OBSERVACIONES					

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO					
APORTE DE AIRE					
Limpieza ineficaz vía aérea	Dolor	Sequedad mucosas	Debilidad muscular	No quiere/ no sabe toser	Otros
Intolerancia a la actividad	Debilidad muscular	Disnea	Otros		
APORTE DE AGUA					
Déficit volumen líquidos	Falta de sed	Det. deglución	Falta de conoc.	Falta de motivación	Otros
APORTE DE ALIMENTOS					
Desequilibrio nutr. por defecto	Falta apetito	Det. deglución	Falta de motivación	Rechazo alimentos	Otros
ELIMINACIÓN					
Estreñimiento	Hospitalización	Otros			
Incontinencia urinaria	Hospitalización	Otros			
DACTIVIDAD Y DESCANSO					
Deterioro patrón sueño	Malestar / dolor	Preocup./ansiedad	F. ambientales	Otros	
Deterioro de la movilidad física	Malestar / dolor	Debilidad muscular	Fatiga	Falta de motivación	Otros
Déficit de autocuidado vestido	Malestar / dolor	Debilidad muscular	Fatiga	Falta de motivación	Otros
Déficit autocuidado baño / higiene	Malestar / dolor	Debilidad muscular	Fatiga	Falta de motivación	Otros
Déficit autocuidado alimentación	Malestar / dolor	Debilidad muscular	Fatiga	Falta de motivación	Otros
Déficit autocuidado uso WC	Malestar / dolor	Debilidad muscular	Fatiga	Falta de motivación	Otros
INTERACCIÓN SOCIAL					
Riesgo de soledad	Carencias afectivas	Aislamiento físico	Otros		
Deterioro comunicación verbal	Dificultad hablar	Alt. emocionales	Otros		
SEGURIDAD Y EL BIENESTAR					
Riesgo de deterioro int. cutánea	Inmovilidad	Alt. est. nutricional	Alt. hidratación piel	Incontinencia	Otros
Riesgo de lesión	Desorientación	D. Musculosq.	D. sensopercepción	Barreras arqu.	Otros
Riesgo de aspiración	Det. deglución	Desorientación	Otros		
PROMOCIÓN DEL DESARROLLO					
Conoc. deficientes manejo medic.	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Conoc. deficientes dieta	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Conoc. deficientes cuidado herida	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Conoc. deficientes cuidado estoma	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Conoc. deficientes uso disp. Apoyo	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Conoc. deficientes cuidados ABVD	Falta información	Falta motivación	Interpretación inad.	Desorientación	Otros
Baja autoestima situacional	Autopercepción neg.	Sent. rechazo	Alt. imagen corporal	Otros	
Ansiedad/Temor	Amenaza cambio	Otros			

CUESTIONARIO EN EL DOMICILIO						
Nombre y apellidos del paciente					Nº identificación	A
FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS						
EVOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DESDE EL ALTA						
Insomnio	En tratamiento	Sin tratar				
Estreñimiento	En tratamiento	Sin tratar				
Incontinencia urinaria						
Dolor						
Úlceras por presión						
Confusión						
Otros						
NUEVOS PROBLEMAS						
Problemas cardiacos						
Problemas respiratorios						
Insomnio	En tratamiento	Sin tratar				
Estreñimiento	En tratamiento	Sin tratar				
Incontinencia urinaria						
Dolor						
Úlceras por presión						
Confusión						
Otros						
MEDIDAS TERAPEÚTICAS						
Nº de fármacos						
Dieta	Normal	Sin sal	Diabética	Triturada	Otros	
Otras medidas terapéuticas	Oxígeno	Anticoagulantes	Insulina	Rehabilitación	Cuidado herida Otros	
RED DE APOYO SOCIAL						
Cuidador primario	Pareja	Hijos	Cuidador profesional	Otros		
Apoyo informal	Familia	Vecinos/amigos	Otros			
Apoyo formal	Teleasistencia	Ayuda a domicilio	Centro de día	Otros		
CUIDADOS DE TRANSICIÓN						
Seguimiento centro de salud	Enfermera	Médico	Ambos			
Seguimiento en el domicilio	Enfermera	Médico	Ambos			

Anexo II: Nota informativa del estudio y solicitud para firmar el consentimiento informado del participante.



ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años después del alta hospitalaria en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz

Responsable del estudio

María Luisa Martínez Martín
Profesora de la E.U. de Enfermería La Paz

HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE

Estimado paciente:

Un grupo de enfermeras del Hospital Universitario La Paz, estamos realizando un estudio para conocer las necesidades de cuidados de las personas de 75 y más años en el momento del alta hospitalaria.

Solicitamos su colaboración para realizarle en su habitación una entrevista, de 30 a 60 minutos, durante la cual, si lo desea, puede permanecer acompañado por algún familiar o persona cercana. Esta entrevista consiste en formularle preguntas sobre los cambios que usted va a tener que afrontar en su estilo de vida cuando regrese a su domicilio habitual.

Si usted no considera oportuno responder a alguna de las cuestiones, o simplemente no desea proseguir con la entrevista, puede manifestarlo en cualquier momento sin tener que darnos ninguna explicación, ya que su participación es voluntaria y ello no repercutirá en la atención que reciba hasta su salida del hospital.

Algunos de los datos que nos interesan para el estudio los consultaremos en su historia clínica, si bien le garantizamos la confidencialidad de los mismos en cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999).

Finalmente, comunicarle que tenemos previsto dar continuidad a este estudio, por lo que en un plazo de 2 meses nos pondríamos nuevamente en contacto con usted para solicitarle una entrevista en su domicilio, destinada en este caso a valorar cómo se ha adaptado a su vida cotidiana después de su enfermedad.

Muchas gracias por dedicarnos su tiempo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Título del Proyecto de Investigación:

Déficit de autocuidado de los pacientes con 75 y más años, después del alta hospitalaria, en unidades medicoquirúrgicas del Hospital Universitario La Paz.

Promotor: María Luisa Martínez Martín

Yo (nombre y apellidos)

.....

.....



He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA:

FECHA: