

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

**ALTA HOSPITALARIA DE LACTANTES: COMPRENSIÓN DE INDICACIONES Y
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL HOGAR EN NIÑOS EGRESADOS DE LA
UNIDAD DE LACTANTES DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL VALDIVIA.**

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciada de Enfermería.

KATHERINE DOMKE MERA.
CAROLINA TRONCOSO VIVANCO.

**VALDIVIA – CHILE
2009**

Profesor patrocinante:

Nombre : R. Mauricio Barría P.
Profesión : Enfermero.
Grados : Magíster en Epidemiología Clínica.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Gema Santander M.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Salud Pública mención Epidemiología.
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Nombre : Tatiana Victoriano R.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Desarrollo Humano (c)
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.

Firma :

Fecha Examen de Grado: 07 de mayo de 2009

INDICE

	Página
RESUMEN	ii
SUMMARY	iii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	3
3. OBJETIVOS	12
4. MATERIAL Y MÉTODO	13
5. RESULTADOS	15
6. DISCUSIÓN	22
7. CONCLUSIONES	26
8. BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	30

RESUMEN

Introducción. Los profesionales de enfermería proporcionan educación e indicaciones al momento del alta. Esto es de particular importancia cuando se trata de lactantes, individuos incapaces de proporcionarse cuidados por sí mismos, siendo dependientes de sus madres y/o cuidadores. Por ello, las enfermeras deben asegurar que las indicaciones sean de calidad, procurando entregar las herramientas necesarias que permitan una continuidad de éstos en el hogar, facilitando el pronto reestablecimiento de la salud de los menores.

Objetivo. El estudio tuvo por objetivo principal comparar el nivel de comprensión de indicaciones (verbales y/o escritas) por parte de las madres y/o cuidadores durante el proceso de alta de niños hospitalizados en la Unidad de Lactantes del HCRV y 48-72 horas posterior al alta, en el domicilio.

Material y Métodos. Estudio observacional, descriptivo, correlacional. Se estudió 50 madres cuyos hijos se encontraban hospitalizados en la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico Regional Valdivia, cuya residencia se encontró en límites urbanos de la ciudad, egresados entre el 30 de Junio de 2008 y el 05 de Septiembre de 2008. Se aplicó tres pautas: una pauta de observación del procedimiento de alta, un cuestionario de comprensión de indicaciones a la madre, y posteriormente se aplicó en el domicilio un protocolo de seguimiento para evaluación del cumplimiento terapéutico post alta.

Resultados. El proceso de alta, el lenguaje y la actitud de la enfermera fueron evaluadas con altas calificaciones por las madres. Este proceso de instrucción tuvo una duración mediana de seis minutos, siendo el lugar más frecuente para su desarrollo la Estación de Enfermería. En relación al tratamiento farmacológico, 95,9% de las madres respondió correctamente sobre los medicamentos indicados a su hijo, y frecuencia de administración. El 10,2% respondió incorrectamente la dosis, 12,2% no respondió la forma de administración y 20,4% no conocía la duración del tratamiento. El 81,6% reconoce haber entendido la totalidad de estas indicaciones. Respecto de las indicaciones de alimentación, todas las madres conocían el tipo y frecuencia de administración, mientras que para la asistencia a control el 100% respondió correctamente el lugar de atención, 95,9% la fecha y 96,5% el horario. La evaluación post alta en el domicilio mostró que todas las madres respondieron correctamente los medicamentos a administrar, 97,9% la cantidad, frecuencia y horario, y forma de administración, y 91,8% la duración del tratamiento. Sobre alimentación 100% respondió correctamente por el tipo de alimentación y 94% sobre la frecuencia.

Conclusiones. El cumplimiento terapéutico en el hogar se ve directamente influenciado por el grado de comprensión de las indicaciones de alta. Por lo tanto, el mantenimiento de un ambiente adecuado para la entrega de indicaciones, libre de factores distractores, con un tiempo propicio, considerando además la utilización de un correcto lenguaje y una actitud empática por parte del profesional, favorece la adquisición de los conocimientos entregados.

SUMMARY

Introduction. Nursing's professionals provide education and instructions when the patient is discharged. This is particularly important in the case of infant patients who are under the care of their mothers and/or keepers. Nurses must assure the quality of the indications, providing the necessary tools to allow a continuity of them at home thus, facilitating the earlier health recovery.

Objectives. The aim of the study was to compare the level of instructions' understanding (verbal and/or written) of the mothers during the process of discharging hospitalized children at the Pediatric Unit of the Hospital Clinico Regional Valdivia, and also at home 48-72 hours following discharge,

Material and Methods. This is an observational, descriptive and co relational study. Fifty mothers whose children were hospitalized in the Lactating Unit of the Clinical Hospital, Valdivia, were included in this study. Their homes were within the urban limits of the city and their children discharged between June 30th, 2008 until September 05th, 2008. Data collection was done by using three different tools: the first, was an observation of the discharge procedure given by the nurse, the second was an indications' comprehension questionnaire applied to the mothers; and finally a monitoring protocol for assessing the fulfilment of the therapeutic indications at home.

Results. The process of discharging, the language and the attitude of the nurse were highly rated by the mothers. This process of instruction lasted 6 minutes average and it took place in the Nursing Station.

In relation to the pharmacological treatment, 95,9% of the mothers answered correctly about the medicines prescribed to their children and the administration frequency; 10,2% did not know the dose; 12,2% did not answer the administration route, and 20,4% did not know the duration of the treatment, 81,6% recognized to have full understanding of the instructions.

In relation to feeding instructions, all mothers knew the type and frequency of administration. In relation to the post discharged consultation attendance, 100% answered the place of consultation correctly, 95,9% the date and 96,5% the time.

The home evaluation post discharge, in relation to the pharmacological indications showed that 100% answered the prescribed medicines correctly, 97,9% the quantity, frequency, schedule and route of administration, and 91,8% the duration of the treatment. In relation to feeding, 100% answered correctly the type of food and 94% the feeding schedule.

Conclusions. The degree of therapeutic indications accomplished at home is directly influenced by the degree of understanding of the discharge indications. Therefore, maintaining a proper environment for the delivery of information, without distracting factors, with an adequate time, also considering the use of proper language and an empathic attitude by the professionals, promote the acquisition of knowledge.

1. INTRODUCCIÓN

En teoría, el individuo es el único y principal responsable de velar por su salud, y en los casos necesarios, tomar las medidas pertinentes para restablecerla. Frente a la enfermedad, además de la necesidad de requerir evaluación y obtener prescripciones y recomendaciones de los facultativos, el ejercicio del autocuidado se orienta a asumir y poner en práctica estas indicaciones.

En casos de trastornos específicos y enfermedad más severa, las personas pueden requerir de internación hospitalaria, momento en el cual, son los profesionales y equipo de salud en general, quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado del paciente. No obstante, al momento del alta se requiere continuidad de estos cuidados a través del cumplimiento de variadas indicaciones. En esta tarea, los profesionales de Enfermería entregan las herramientas necesarias para que los pacientes continúen con un adecuado cumplimiento de indicaciones y tratamientos en su domicilio, ejecutando sus cuidados de forma adecuada, y buscando obtener un pronto reestablecimiento de su salud. Dentro de este proceso, la educación del paciente, familiares o cuidadores se transforma en la responsabilidad principal del profesional enfermero (Hogstel, 1992 citado en Potter & Perry, 1996).

Cuando el paciente es dependiente de cuidados por terceros (como en el caso de niños pequeños, pacientes postrados o discapacitados, entre otros), la responsabilidad recae en alguien ajeno quien es el encargado de continuar y aplicar todas las medidas necesarias para la recuperación de la salud, evitar daño mayor o incluso facilitar un buen morir. Esto pone de manifiesto la necesidad de que todas las recomendaciones, indicaciones de cuidados y tratamientos deban ser efectivamente comprendidas por el cuidador, de manera de asegurar que estas prácticas se ejecuten de forma correcta.

En la mayoría de las hospitalizaciones pediátricas se requiere de una preparación para el alta que implica la capacitación de la familia para la continuidad de la atención y seguimiento en el hogar (Whaley & Wong, 1995). En los niños, la principal proveedora de los cuidados en el hogar es la madre, y será ella quien deba comprender todas las indicaciones y consejos que se requieren. La planificación del alta comienza desde la admisión del paciente empleándose el tiempo de hospitalización para iniciar la instrucción y no esperar solo el momento del egreso para ello (Schulte, Price & Gwin, 2002). No obstante, la práctica muestra que en virtud de variados factores, entre ellos, la sobrecarga asistencial, el momento del alta es casi el único instante donde se entregan las indicaciones y donde se evalúa su comprensión.

Sin duda los aspectos relacionados con la entrega efectiva de todas las indicaciones y la evaluación de su correcta comprensión constituyen elementos primordiales en el cumplimiento terapéutico.

Al respecto, son escasos los estudios relacionados con la comprensión de indicaciones y la mayoría en escenarios de unidades de urgencia o en contextos médico quirúrgicos. Igualmente, pocos estudios vinculan este resultado con el posterior cumplimiento terapéutico.

Una aproximación local al problema fue previamente realizado por Hitschfeld (2004), investigación que evaluó la comprensión de indicaciones de alta entregada a las madres por el profesional de enfermería de los menores egresados en la Unidad de Lactantes del Hospital Clínico Regional Valdivia.

En este trabajo el énfasis fue puesto en la comprensión de las madres a través de la comparación al momento del alta y días después en el domicilio, evaluando la aplicación de las indicaciones terapéuticas, tal como lo recomendara Barría, Santander & Hitschfeld (2006).

De esta manera, las preguntas de investigación que sustentaron esta tesis fueron:

¿Existen diferencias entre el grado de comprensión de indicaciones inmediatamente después del procedimiento de alta y dos o tres días luego del egreso hospitalario? y, ¿cuál es la correlación existente entre grado de comprensión de indicaciones y grado de cumplimiento terapéutico en el hogar?

2. MARCO TEORICO

2.1. ALTA – PLANIFICACION DEL ALTA

El alta es una de las tantas actividades desarrolladas por los profesionales de Enfermería que involucran principalmente acciones de educación y administración. Debe considerarse un proceso continuo y no meramente como la entrega de indicaciones en instantes previos al egreso hospitalario. Como tal, constituye una actividad que debe ser planificada para poder alcanzar sus objetivos inherentes. Varios autores han definido este proceso.

Según Carpenito (2005) “La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general.”

Johnson et al., (2006) la definen la preparación para transferir un paciente desde un nivel de cuidados a otro, dentro o fuera de la actual agencia de cuidados de salud. La planificación del alta es un proceso por el cual el profesional de Enfermería y el resto del equipo interdisciplinario, se coordinan para establecer que el cliente reciba los servicios necesarios tras el alta, para conseguir los objetivos que se pretenden con ella (O’Hara & Ferry, 1988 citado en Gracia, 2001). Por último, se considera que el objetivo de planificar el alta es la continuidad de la asistencia. La asistencia continuada se refiere al mecanismo por el cual el cliente es remitido desde un marco asistencial a otro, con el objetivo final de su reincorporación a la sociedad (Beare & Myers, 1995, citado en Gracia, 2001).

La planificación del alta comienza al ingreso del paciente y consiste en un proceso sistemático de evaluación, preparación y coordinación para facilitar la provisión de cuidados sanitarios y servicios sociales antes y después del alta. Ésta puede clasificarse como estándar o adicional. La primera puede dirigir la información que debe ser enseñada bajo dos diagnósticos de Enfermería: Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico y Riesgo de dificultades para el mantenimiento en el hogar. Este tipo de planificación es responsabilidad del profesional de Enfermería. La segunda, requiere coordinación y acción en colaboración entre los profesionales sanitarios y la comunidad, pueden estar indicadas acciones multidisciplinares y es un coordinador del alta o gestor de casos quien la debe coordinar. El profesional de Enfermería debe estudiar los datos para identificar si el paciente o su familia necesitan una planificación de alta adicional y la derivación a otros especialistas (Carpenito, 2005).

El objetivo de la planificación del alta es identificar las necesidades para mantener o alcanzar una función máxima después del alta. Las necesidades de alta de los pacientes y sus familias pueden generar dos tipos de acciones: a) instruir al paciente o su familia sobre la

forma de manejar la situación en el hogar, y b) derivar al paciente o a su familia a los servicios de apoyo para ayudar en el tratamiento en el hogar (Carpenito, 2005).

Para Potter & Perry (1996) el plan de alta del paciente debe evaluar una serie de resultados, por ejemplo: a) si el paciente y la familia son capaces de explicar el diagnóstico, el nivel de funcionalidad previsto, la utilización segura y eficaz de las medicaciones del alta y el seguimiento médico; b) el tipo de instrucción o preparación especializada que necesitan el paciente y la familia para ser capaces de proporcionar una asistencia correcta tras el alta; c) el tipo de apoyo comunitario que será necesario coordinar para permitir que el paciente vuelva a su domicilio; d) la capacidad del paciente y la familia de hacer frente al estado de salud del paciente; e) si es necesario un cambio de domicilio del paciente, una coordinación de los sistemas de apoyo o un traslado a otra institución de asistencia sanitaria. A menudo los enfermeros tienen oportunidad de estar el tiempo suficiente con el paciente para tener una perspectiva clara del enfoque holístico necesario para su asistencia. Además, serán quienes determinen los recursos requeridos para asegurar una transición bien coordinada durante la hospitalización y después del alta.

Comúnmente, el profesional de enfermería se enfrenta al desafío de impartir una educación eficaz en un periodo de tiempo muy limitado. Antes de empezar a enseñar, el profesional debe determinar la información que se ha entregado por parte del médico u otros miembros del equipo. De igual forma, es muy difícil proporcionar la información requerida la tarde antes o la mañana del mismo día del alta. Lo ideal es que la educación del paciente se divida en segmentos de fácil asimilación y que se refuerce durante la hospitalización. De esta manera se da a los pacientes la oportunidad de practicar y pensar sobre las técnicas de autocuidado sanitario y resolver las dudas que se vayan generando. El aprendizaje mejora reforzando instrucciones orales con materiales escritos y utilizando diversas formas de presentación, como cintas de video, folletos, discusiones y otros (Potter y Perry, 1996).

La entrega de indicaciones verbales y/o escritas de alta hospitalaria por parte del profesional de Enfermería, tiene como principal objetivo la continuidad de los cuidados terapéuticos en el hogar, siendo parte de esta entrega también, la promoción de la salud que consiste en “proveer a la gente de los medios necesarios para mejorar su salud y aportar un estilo de vida sano” (Gracia, 2001). Así, la responsabilidad del profesional es proporcionar a los pacientes y las familias el conocimiento y las técnicas precisas para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria existentes. (JCAHO, 1994 citado en Potter & Perry, 1996).

En general, el profesional de enfermería es responsable de toda o parte de la enseñanza. El plan de instrucción para los cuidadores incluye niveles de aprendizaje como observar, participar en la atención y por último actuar sin ayuda ni orientación. Antes de abandonar el hospital todas las familias necesitan recibir instrucciones detalladas y por escrito sobre la atención en casa. En la mayoría de los casos los padres solo necesitan simples instrucciones y conocimientos de la atención de seguimiento, pero a veces, los cuidados requeridos son abrumadores y la familia necesita apoyo profesional continuado después del alta (Whaley et al., 1995).

En gran parte de los hospitales el formato de alta considera que los familiares reciben instrucciones respecto a medicamentos, dieta, actividades o cualquier otra precaución especial o procedimiento que el niño necesite. La instrucción del paciente por parte del profesional de enfermería se realiza mientras el paciente está hospitalizado, no cuando ya va a egresar (Schulte et al., 2002).

El papel que cumple el profesional de enfermería en la asesoría y consejería hacia la familia es particularmente importante con los lactantes, pacientes que son necesariamente dependientes del cuidado de un adulto. Las indicaciones y recomendaciones impartidas durante la hospitalización y reforzadas en el momento del alta, son de vital importancia, dado que si son bien percibidas por los familiares de los menores, servirán para realizar cambios de estilos de vida que puedan constituir factores de riesgo modificables. Sumado a esto, muchos padres atribuyen la no reincidencia de patología en sus hijos, a los nuevos conocimientos sobre cuidados en el hogar aprendidos durante la hospitalización tras el proceso de educación de las enfermeras (Santander et al., 2001).

Grande & Hernández (1996) en una revisión de la forma que entienden las enfermeras el alta de enfermería, concluyen que la planificación de alta es fundamental para el paciente y para la familia, ya que se dota de conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado del enfermo. Con todo esto se fomenta la autonomía y se consigue que el paciente y la familia se involucren y responsabilicen en la prestación de estos cuidados, lo cual permitirá una percepción de control adecuado de su situación y de su bienestar.

Al aumentar la participación de los padres en el cuidado de sus hijos durante la hospitalización se facilita el proceso de entrega de indicaciones de alta. Así los padres pueden terminar el proceso de hospitalización de sus hijos con experiencia y un aumento de competencias y confianza en los cuidados infantiles. La separación de los padres de sus hijos, la incapacidad para funcionar en un papel normal de crianza, la falta de participación en el cuidado y la toma de decisiones se consideran particularmente estresantes; las familias perciben a las enfermeras como el guardián de su bebé y su fuente clave de información acerca de sus infantes, por ello es fundamental que éstas incluyan a los padres en la toma de decisiones durante la hospitalización de su hijo. El objetivo de la entrega de indicaciones de alta es proporcionar a los padres la información y capacitación necesarias para la atención del niño en casa. Para lograr esto, los padres deben participar en la identificación de sus necesidades de aprendizaje y, a continuación, se ofrecerá la oportunidad de practicar, demostrar las aptitudes y confianza en los cuidados (Griffin & Abraham, 2006).

2.2. COMUNICACION

Así como en la mayoría de las actividades de Enfermería, la comunicación juega un rol fundamental en este proceso. Doval & González (1997) definen la comunicación entre enfermera – paciente como el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales o no verbales con intención de influir de algún modo en la conducta del otro. Para comunicarse de forma efectiva es necesario tener una actitud empática y comunicar esto, usando un lenguaje acomodado a los sentimientos, entendimiento

y cultura del paciente. Otro componente para la comunicación, es el respeto y autenticidad, que significa estar en actitud de ayuda y escucha a los pacientes, no adoptando actitudes defensivas. Existen dos tipos de comunicación, la verbal, se realiza a través de la palabra, y constituye el instrumento más importante que la enfermera/o tiene para recabar información; y la comunicación no verbal, que consiste en el tono de voz y los gestos con que se acompañan las palabras, que, en ocasiones pueden transmitir intenciones más profundas y significativas para el paciente. Existen barreras en la comunicación con el paciente que pueden deberse a múltiples causas, como por ejemplo, uso de lenguaje técnico, información previa inadecuada, insatisfacción (el paciente se siente incomprendido y no tiene posibilidad de pedir explicaciones), disconformidad con el tratamiento que se le está dando, baja calidad de los resultados médicos y de enfermería, en donde el paciente no colabora en algo de lo que no se siente responsable.

La presentación verbal y por escrito de las indicaciones de alta no garantiza que el paciente cumpla con las recomendaciones posthospitalización. El paciente debe comprender las instrucciones, darse cuenta de su objetivo, y tener motivación y medios para su cumplimiento. La entrega de indicaciones de alta por escrito debe considerarse como un complemento, y no un sustituto de instrucciones verbales. Estas últimas son un componente fundamental, donde se presenta la oportunidad de garantizar que el paciente entienda las instrucciones y tenga la oportunidad de hacer preguntas y aclarar vínculos inciertos (Taylor & Cameron, 2000). De esta manera, la capacidad del profesional para lograr en el paciente o familia un grado óptimo de comprensión de estas instrucciones constituye un pilar fundamental hacia el adecuado cumplimiento terapéutico, y con ello, alcanzar el restablecimiento de la salud, evitar complicaciones y recidivas.

Se ha observado una repercusión de la alfabetización de los padres en el conocimiento y la comprensión de las prácticas de cuidado de salud de sus hijos. Así, se evidencia que los materiales existentes relacionados con información educativa para el alta hospitalaria, están muy por encima de las habilidades de adultos para la lectura y por lo tanto muchas veces no son los más apropiados para ellos, determinando la incapacidad de seguir correctamente las instrucciones, lo que conduce a la pérdida del buen cuidado del niño. Si bien no se ha confirmado una correlación entre la alfabetización de los padres y la comprensión de la información médica, sí existe falta de conocimiento sobre la salud de los niños en todos los niveles de alfabetización, incluso entre las familias con alta alfabetización (Moon, Cheng, Partel, Baumhaft, & Scheidt, 1998).

Un estudio sobre la comprensión de las instrucciones de alta en pacientes que acudieron a un departamento de emergencia, concluyó la tasa de comprensión global era buena, pero una gran limitación de este estudio fue que los pacientes se entrevistaron inmediatamente después de la entrega de indicaciones de alta. La comprensión de los pacientes, horas o días después de la visita a la sala de emergencia, no fue medida (Spandorfer, 1995).

En este mismo sentido, Logan, Schwab, Salomone, & Watson (1998) reportaron que la mayoría de los pacientes entrevistados inmediatamente después de la entrega de

indicaciones de un servicio de urgencias, no recordaron por completo aspectos sobre su condición de salud, el diagnóstico o el plan de tratamiento. Al ser consultados, solo 37% fueron capaces de contestar completamente la encuesta. Los resultados dieron cuenta de que la mayoría de los pacientes entrevistados eran capaces de leer las instrucciones escritas previstas en el Departamento de Urgencias, pero que la mayoría no fue capaz de relatar verbalmente su estado, diagnóstico, plan de tratamiento, y seguimiento de instrucciones. Se concluyó entonces que la mala comunicación es frecuente al momento del alta y que la alfabetización de los pacientes pareciera no afectar importantemente el grado de recuerdo de las indicaciones (Citado en Lee & Bokovoy, 2005).

2.3. CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO

Según La Real Academia Española (2001) *cumplimiento* se define como “la acción y efecto de cumplir o cumplirse; perfección en el modo de obrar o de hacer algo”. Definiendo así también *cumplir* como: “ejecutar, llevar a efecto; hacer aquello que debe o a lo que está obligado”.

Desde la perspectiva de la salud - enfermedad, el cumplimiento se define como “el comportamiento de la persona en cuanto a administración de medicamentos, dieta o cambio de estilo de vida, que coincide con lo aconsejado por un profesional de la salud”. Otro término usado como sinónimo para cumplimiento es el de adherencia el cual se entiende como la decisión de la persona de cumplir con las instrucciones de los profesionales de la salud.- Este término es preferido pues implica participación y compromiso del paciente en su cuidado (Jirón, 2003).

Haynes (citado en Márquez, 2001) define el cumplimiento como "el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir dietas o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias". Por consiguiente el término incumplimiento se refiere a la falta de cumplimiento por parte de los pacientes.

Para medir el nivel de cumplimiento fármaco-terapéutico, se cuenta con métodos directos e indirectos. Los métodos directos cuantifican el fármaco, alguno de sus metabolitos o marcador incorporado a ellos en alguno de los fluidos orgánicos, y el nivel indica la ingestión o no del medicamento; la principal desventaja de este tipo de medición es su escasa aplicabilidad en la práctica clínica diaria. Por otro lado, los métodos indirectos están basados principalmente en el recuento de comprimidos y en la entrevista clínica (test del cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett y el Test de Morinsky-Green), que si bien son más sencillos y baratos pueden sobreestimar el cumplimiento (Márquez, 2001).

Referente a los tipos de incumplimiento, Márquez (2001) señala lo siguiente:

Formas de Incumplimiento

- El paciente no se lleva la receta de la prescripción médica tras la consulta.
- El paciente no adquiere la medicación en la farmacia por diferentes motivos.
- El paciente no vuelve a la consulta para la adquisición de nuevas recetas.
- La omisión de dosis diarias.
- La toma del medicamento a una dosis no recomendada aumentando o disminuyendo el número de dosis diaria que debería tomar.
- La toma del medicamento en horas diferentes de las prescritas por su médico.
- La modificación o sustitución del medicamento prescrito, por otros diferentes.

Patrones de incumplimiento:

- Incumplimiento parcial. Se da en personas que incumplen de forma esporádica algunas de las formas descritas, siendo la causa más frecuente la omisión de dosis por olvido.
- Incumplimiento absoluto: Se produce cuando en la persona se da algunas de las formas de incumplimiento descritas de forma permanente.
- Vacaciones farmacológicas. Son personas que incumplen por varios días seguidos.
- Cumplimiento de bata blanca. Se trata de personas incumplidoras, que los días siguientes tras la consulta o los días previos a la cita son buenos cumplidores, incumpliendo durante el resto de los días.

Por su parte Jirón (2003) se refiere a los tipos de incumplimiento de los pacientes:

Tipos de incumplimiento:

- Según componente del tratamiento
- Dieta.
- Ejercicios.
- Hábitos.
- Medicamentos.
- Genéticas.

Tipos de incumplimiento del tratamiento con medicamentos:

- No dispensación de la prescripción
- Administración de dosis diferentes
- Administración en horas incorrectas
- Omisión de la administración de una o más dosis
- Suspensión precoz del tratamiento
- Alteración intencional de la forma farmacéutica
- Administración con líquido diferente al recomendado

Factores asociados al incumplimiento:

Después de vistos todos estos tipos y formas de incumplimiento terapéutico cabe preguntarse ¿Qué hace a una persona más o menos susceptible al incumplimiento?, la respuesta está dada por las características propias de cada paciente y/o cuidador y que contribuirán a la presencia de barreras que dificultan el cumplimiento. Estas características fueron definidas por Emilio Marqués Contreras en su artículo referente a estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial y son las siguientes: a) Variables relacionadas con las características propias del paciente, siendo las de mayor importancia las actitudes y creencias del paciente respecto a la enfermedad padecida y al tratamiento prescrito. Si el paciente realmente cree que el tratamiento le mejorará la salud y que se sentará bien, será mejor cumplidor, b) Variables relacionadas con las características del personal de salud, éstas se refieren a la actitud que el personal proyecta al paciente, influyendo de manera positiva mientras más confianza se tiene de los conocimientos a transmitir y si se es considerado como cálido, atento e interesado en el paciente, c) Variables relacionadas con las características de la relación médico-paciente, siendo un factor determinante dentro de ésta relación la calidad de la comunicación para el óptimo entendimiento, d) variables relacionadas con las características situacionales, estas se relacionan con los factores del entorno donde interviene el soporte social que de ser amplio mejoraría el cumplimiento, e) Variables relacionadas con las características de la enfermedad, lo relevante para el cumplimiento es la percepción subjetiva del enfermo sobre la gravedad de la enfermedad, f) Variables relacionadas con las características del tipo de tratamiento, influyendo dentro de estas variables la aparición de efectos secundarios al uso de fármacos, la duración del tratamiento y la complejidad de este se correlacionan de forma directa con el incumplimiento (Jirón, 2003).

Santander, Riquelme y Saldivia (2001) describieron los problemas o dificultades que los padres de lactantes tuvieron al momento de la administración del medicamento en sus hogares: incumplimiento de horarios nocturnos e intolerancia al sabor del medicamento. Sobre el lugar físico en el que se entregaron las indicaciones, destacó que los padres prefieren un sitio de mayor privacidad donde se den las condiciones necesarias para expresar dudas y no interfieran los ruidos ambientales propios de un ambiente hospitalario.

Riesgos asociados al incumplimiento del tratamiento con medicamentos:

Las consecuencias sanitarias derivadas del incumplimiento son importantes y entre otras da lugar a:

- Aumento del número de consultas
- Disfunción familiar.
- Aumento de la dosis de los fármacos con el riesgo consecutivo de adición de nuevos.
- Atención en urgencias y reingresos hospitalarios por nuevos eventos.
- Aumento secundario de los costos del tratamiento
- Nunca se alcancen los efectos deseados del tratamiento.
- Si se usan en dosis más bajas que las indicadas, puede no producirse el efecto esperado.
- Si se usan en dosis más altas, se pueden producir efectos indeseados o tóxicos.

- Si se emplean por más tiempo que el indicado, puede producirse dependencia y también efectos adversos o tóxicos.

En consecuencia el incumplimiento da lugar a una disminución de la eficacia y de la efectividad de las medidas terapéuticas.

Dentro de la ayuda proporcionada por el profesional de enfermería para facilitar el cumplimiento terapéutico frente a un paciente que ha incumplido, es necesario conocer sus formas de incumplimiento. Posteriormente debe investigar cuáles son sus posibles causas y detectarlas mediante una entrevista clínica pormenorizada, además de asesorar respecto a medicamentos de efectos de larga duración, que causen pocos efectos adversos, que se presentan en formas farmacéuticas aceptables para el paciente y de costo razonable; crear, adaptar o emplear instrumentos que ayuden al paciente a recordar los horarios de administración, ya sean estos calendarios, organizadores de medicamentos, entregar folletos informativos que permitan aclarar dudas (Jirón, 2003).

Dentro de las acciones para mejorar el cumplimiento de las indicaciones tenemos:

- Informar sobre enfermedad, importancia y duración del tratamiento
- Modo y hora de administración de los medicamentos
- Efectos adversos que pueden desarrollarse durante el tratamiento y qué hacer si así ocurre.
- Qué hacer si se omite una dosis.

Sin embargo la mejor estrategia es realizar una combinación de todas las acciones nombradas, de forma que actúen sobre diferentes barreras.

En los pacientes se espera desarrollar mayor compromiso con su tratamiento en cuanto a:

- Mayor cumplimiento de las instrucciones dadas por los profesionales.
- No cambiar sus medicamentos o suspender los tratamientos antes de lo indicado.
- No usar medicamentos sin la debida prescripción, o por recomendación de otras personas.

Percepciones y creencias de los pacientes:

- Importancia de cuidar su salud.
- Poca credibilidad en los profesionales que lo atienden.
- Poca credibilidad en los beneficios del tratamiento.
- Temor o mala comprensión de los efectos adversos de la terapia.
- Lenta desaparición de los síntomas.
- Inexistencia de síntomas de la enfermedad y beneficios tardíos del tratamiento.

2.4. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez., se enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos (OPS, 2005).

Esta estrategia incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud, de esta forma se contribuye a mejorar el conocimiento y las practicas de cuidado y atención en el hogar, entregando información y habilidades a los cuidadores de los menores para que sean éstos quienes puedan detectar problemas frecuentes en salud. La estrategia también contiene las indicaciones para controlar la evolución del tratamiento, para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y aplicarlas, y para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

AIEPI busca educar a todas las personas que tienen contacto con niños: Personal de salud (Pediatras, médicos generales, enfermeras, auxiliares, promotores de salud), profesores de guarderías y jardines infantiles, madres, voluntarios etc. en como detectar y tratar las enfermedades que son prevalentes en la infancia y como prevenirlas, promoviendo la lactancia, adecuada nutrición, vacunaciones y afecto. Dentro de esta estrategia se implementan una serie de protocolos que tienen como objetivo fundamental, reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable durante los primeros cinco años de vida, uno de los cuales hace referencia a comprensión y cumplimiento de los tratamientos indicados por el personal de salud, que tiene como objetivo evaluar los cambios que se producen en la comprensión de las indicaciones de tratamiento y el cumplimiento de las mismas por parte de los responsables del cuidado del niño. En suma, se incluyen en esta estrategia, un conjunto de medidas y procedimientos dirigidos a la atención, diagnóstico, tratamiento, promoción y prevención en relación a enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de 5 años (OPS, 2005).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

3.1.1. Comparar el nivel de comprensión de indicaciones (verbales y/o escritas) de las madres y/o cuidadores durante el proceso de alta de lactantes hospitalizados en la Unidad de Lactantes del HCRV y 48 - 72 horas posterior al alta.

3.2. OBJETIVOS ESECÍFICOS:

3.2.1. Caracterizar la población de estudio (madre/cuidador) en base a características sociodemográficas.

3.2.2. Caracterizar el perfil de morbilidad de los lactantes hospitalizados en base a variables demográficas y clínicas.

3.2.3. Evaluar la influencia de factores comunicacionales (lenguaje, actitud) en la comprensión de indicaciones.

3.2.4. Estimar el efecto de factores ambientales (entorno físico) sobre la comprensión de indicaciones al momento de alta.

3.2.5. Identificar el grado de cumplimiento terapéutico alcanzado por las madres de los lactantes post alta hospitalaria.

3.2.6. Correlacionar el grado de comprensión de indicaciones y nivel de cumplimiento terapéutico en el hogar.

3.2.7. Describir la valoración de la madre hacia la enfermera durante el procedimiento de alta.

3.2.8. Identificar los factores vinculados a la comprensión de indicaciones al momento de alta y post alta.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, correlacional.

4.2. POBLACION OBJETIVO Y MUESTRA

La población estudiada correspondió a madres de niños hospitalizados en la Unidad de Lactantes del HCRV que cumplieron los siguientes criterios de elegibilidad.

Criterios de Inclusión.

- Madres de niños hospitalizados en la Unidad de Lactantes del HCRV.
- Madres domiciliadas dentro de los límites urbanos de la ciudad de Valdivia
- Consentimiento libre, informado y por escrito para participar.

Criterios de exclusión.

- Madres cuyas capacidades físicas y/o mentales no fueran aptas para una comunicación efectiva.

El muestreo se basó en la incorporación consecutiva de las madres una vez internado el lactante en la unidad hospitalaria. De esta forma, se incorporó a 50 madres dentro del periodo comprendido entre el 30 de Junio y el 5 de Septiembre de 2008 (10 semanas).

4.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de recolección de datos consideraron: aplicación de pauta de observación del procedimiento de alta, aplicación de cuestionario de comprensión de indicaciones y protocolo de seguimiento para evaluación del cumplimiento terapéutico post alta. De esta manera, la recogida de información se situó en tres fases:

- La primera consistió en la aplicación de una pauta observacional donde se registraron los aspectos relativos al procedimiento de alta propiamente tal, en términos del entorno donde se realiza, duración y desempeño de la enfermera respecto de la entrega de indicaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico, alimentación y visitas a controles post enfermedad. Considerando que la aplicación de este instrumento contó con la aprobación de las profesionales de enfermería de dicha Unidad.
- La segunda correspondió a la aplicación de un cuestionario a la madre inmediatamente después de entregadas las indicaciones de alta por parte de la enfermera, en donde se

conoció los datos generales de la madre, si recibió información durante la hospitalización del lactante en relación a su patología, condición y evolución. Para determinar el nivel de comprensión materna relacionada con las indicaciones de alta dadas por las enfermeras, las madres debieron responder preguntas relacionadas con el tratamiento farmacológico del niño, alimentación y asistencia a control. Finalmente la madre evaluó a la enfermera en relación a actitud, lenguaje utilizado por ésta durante el alta, y la consideración de factores que pudieron haber obstaculizado dicho procedimiento.

- La tercera fase consistió en contactar a las madres de los lactantes, 48 a 72 horas post alta, a través de la visita domiciliaria o el contacto telefónico según su preferencia, momento en el cual se aplicó un protocolo de cumplimiento de indicaciones. Para esto, las madres respondieron preguntas relacionadas con el tratamiento farmacológico, la alimentación y cuidados generales que estaban dando a sus hijos durante ese periodo.

4.4. ADMINISTRACION Y ANALISIS DE DATOS

Los datos provenientes de los tres instrumentos, previamente codificados, fueron transferidos y almacenados en planillas de datos usando el programa Microsoft® Office Excel 2003 (MS Office 2003, Microsoft Corporation, USA, 2003). El análisis se planteó desde una perspectiva descriptiva y otra de correlación. Primero se llevó a efecto un análisis exploratorio de los datos para evaluar el comportamiento de ellos y el ajuste a la normalidad (test de Shapiro Wilk). La descripción se efectuó en base a medidas de resumen, distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la naturaleza de las variables. Se comparó variables en base a test para diferencia de proporciones. Se empleó para el análisis el programa Stata versión 8.1.

4.5. ASPECTOS ETICOS

El estudio no anticipó conflictos éticos en su desarrollo. Si bien se consideró como una investigación en seres humanos (madres y sus hijos), se trató de un diseño observacional que evaluó el comportamiento de una variable sin realizar intervención alguna. Aún así se evaluaron las implicancias bioéticas de este estudio. Atendiendo al principio de *beneficencia*, la investigación proporcionó conocimientos válidos y generalizables de un área fundamental en la recuperación de la salud como es el cumplimiento terapéutico. Desde la perspectiva de la *no maleficencia* este trabajo no significó ningún riesgo para los participantes. En cuanto a la *justicia*, el estudio se hizo de manera equitativa y fue presentado a todas las madres que potencialmente podían ingresar sin incurrir en factores discriminatorios de ningún tipo. Para salvaguardar el derecho a la *autonomía*, se solicitó la participación de las madres una vez explicado detalladamente en forma oral cada fase del estudio y las implicancias de su participación. Además, se aplicó a cada madre un formulario de consentimiento informado, que explicitó por escrito: descripción del objetivo del estudio, condiciones de la participación, riesgos relacionados, participación voluntaria y confidencialidad de toda información obtenida.

5. RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo constituida por 50 madres de lactantes hospitalizados, quienes se caracterizaron por tener una edad mediana de 24 años, una escolaridad mediana de 12 años, mayor proporción de “convivientes” (34%), y mayoritariamente de actividad dueña de casa 64% (32/50). Desde el punto de vista de la seguridad social, principalmente correspondieron a beneficiarias del sistema público de salud incorporadas en su mayoría en los grupos grupo A y B de FONASA (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas maternas.

Variable	Mediana	Media \pmDE	Rango
<i>Edad Materna</i> (años)	24	25,2 \pm 6,6	17 – 39
<i>Escolaridad</i> (años)	12	11,1 \pm 3,4	4 – 24
	N		%
<i>Estado Civil - conyugal</i>			
Soltera	15		30
Conviviente	17		34
Casada	16		32
Separada	2		4
<i>Ocupación</i>			
Dueña de casa	32		64
Estudiante	4		8
Otra	14		28
<i>Previsión</i>			
Fonasa A	25		50
Fonasa B	11		22
Fonasa C	4		8
Fonasa D	4		8
Otra	6		12

DE: desviación estándar

En el 70% de los casos, sólo una de las personas del grupo familiar disponía de ingreso económico. El 20% contaba con 2 personas con trabajo remunerado, mientras solo una familia no contaba con ingresos dado que los sostenedores se encontraban cesantes al momento del estudio. El ingreso económico familiar predominante se concentró en el tramo de \$111.000 a \$177.000 pesos, observándose además que 64% (32/50) disponían de un ingreso familiar mensual inferior a \$221.000 (figura 1).

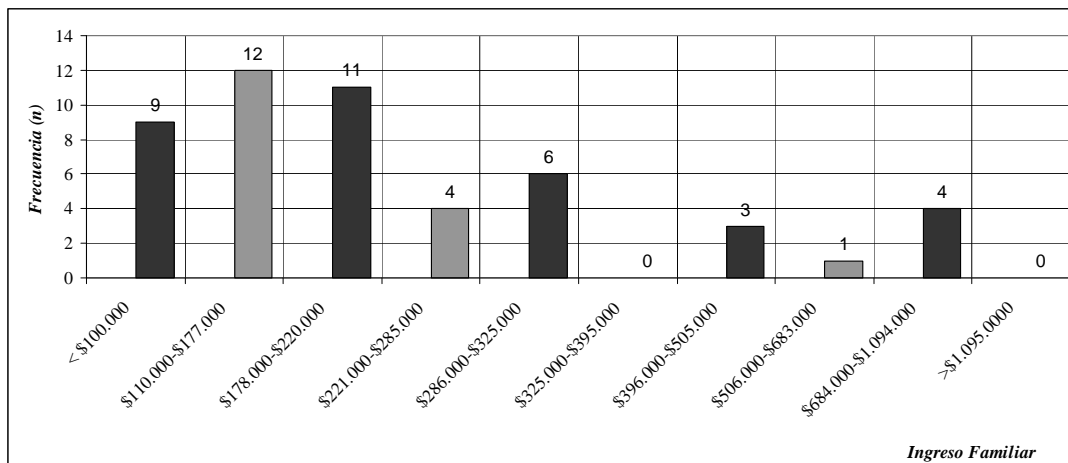


Figura 1. Distribución numérica de madres según ingreso económico familiar.

En el contexto familiar, destacó que en 17 casos (34%), el padre del menor no vivía en el hogar. Se consideraron 9 niños en abandono parcial, dado que existía mensualmente apoyo económico, mientras que los 8 casos restantes se clasificaron como abandono total, no existiendo ni vínculo afectivo ni económico.

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS LACTANTES

Los hijos de las madres estudiadas se caracterizaron por una edad mediana a la hospitalización de 3,6 meses, concentrándose el 50% central de la muestra (p25 – p75) entre 2 y 8,2 meses. En su mayoría eran varones (58%) y en 19 casos con antecedentes de hospitalización previa. Se calculó un tiempo mediano entre la última hospitalización y la actual de 64 días extendiéndose entre 4 y 450 días (tabla 2).

Tabla 2. Características de los lactantes hospitalizados.

Variable	Mediana	Media \pm DE	Rango
<i>Edad (meses)</i>	3,6	5,7 \pm 4,7	1 – 21
<i>Tiempo de hospitalización (d)</i>	4,5	5 \pm 2,3	2 – 13
<i>Lapso entre hospitalizaciones* (d)</i>	64	108 \pm 119	4 – 450
		N	%
Sexo			
▪ Hombre		29	58
▪ Mujer		21	42
Hospitalización previa			
▪ 0		31	62
▪ 1		14	28
▪ 2		4	8
▪ 3		1	2

* Corresponde a 19 lactantes que presentaron hospitalizaciones previas
DE: desviación estándar

Entre los motivos de hospitalización destacaron principalmente las patologías respiratorias (40) siendo las más frecuentes neumonía y bronquitis con 28 y 20% respectivamente (figura 2).

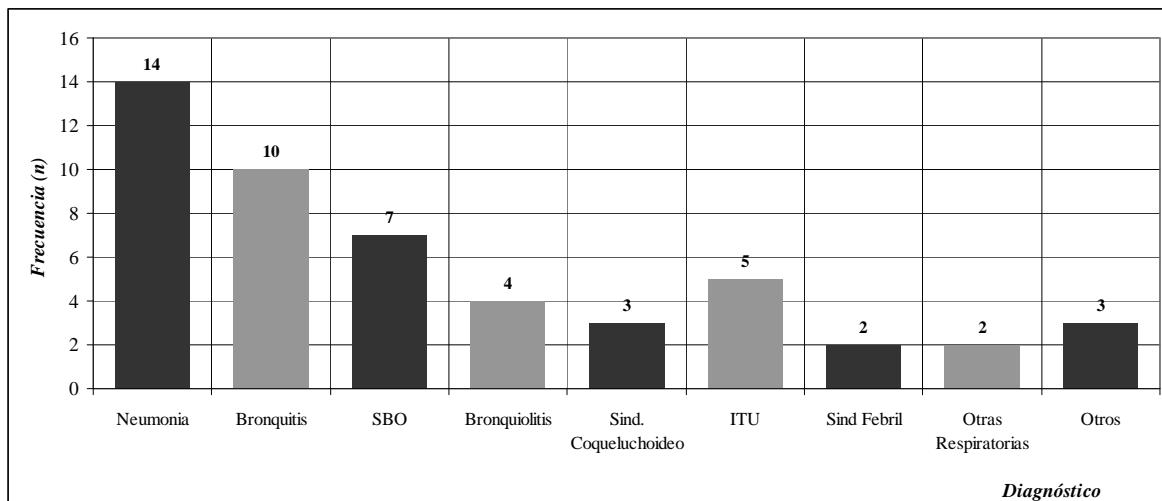


Figura 2. Distribución de lactantes por diagnóstico de egreso.

5.2. PROCESO DE ALTA

En relación al procedimiento de alta, la mediana de duración fue de 6 minutos (rango: 3-21 minutos). Existieron 3 lugares en los que se desarrolló la entrega de instrucciones, siendo la más frecuentemente utilizada la “estación de Enfermería” con 40% (figura 3).

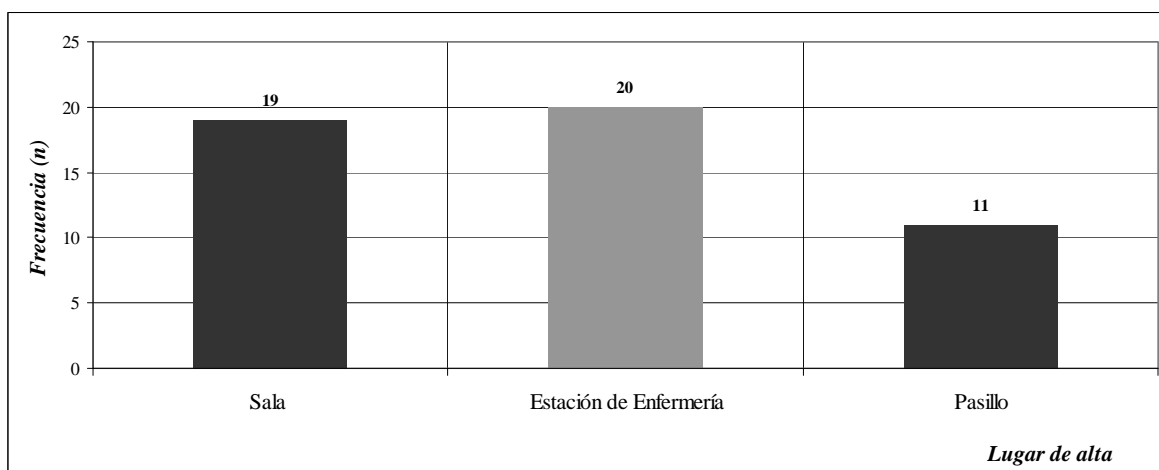


Figura 3. Lugar de entrega de indicaciones.

5.3. ENTREGA DE INDICACIONES

5.3.1. Indicaciones farmacológicas

El 98% de los niños/as (49/50) requerían de indicaciones sobre tratamiento farmacológico. De los 49 niños con plan de tratamiento farmacológico a continuar en el hogar, 37 requerían instrucciones sobre la forma de preparación del medicamento. Aquí se determinó que en 3 casos (8,1%) no se le instruyó al respecto. La falta de indicaciones sobre la cantidad, frecuencia de administración y extensión del tratamiento fue de 2%, 4,1% y 14,3% respectivamente. Destacó además que en 29 casos (59,2%) la madre no fue consultada sobre posibles dudas referentes a las indicaciones entregadas. En todos los casos las indicaciones entregadas fueron hechas de manera oral y escrita.

La verificación de comprensión de las indicaciones farmacológicas por parte de la enfermera durante el proceso de alta ocurrió en 26 casos (53,1%). Por último en 5 oportunidades (10,2%) se consultó sobre posibles dificultades para dar el tratamiento.

5.3.2. Indicaciones de alimentación

Todas las madres requerían indicaciones sobre alimentación, de las cuales 18 otorgaban lactancia materna exclusiva. En estos casos, en el 38,9% (7/18) se preguntó sobre la forma de amamantamiento habitual, en el 11,1% (2/18) se reforzó la técnica, al 44,4% (8/18) se reforzaron horarios de alimentación y en ningún caso se consultó sobre alguna dificultad para dar pecho.

En relación a otro tipo de alimentación, 32 madres requerían indicación sobre lactancia artificial o comidas. Se consultó sobre la forma de preparación de biberones o comidas en 18,7% (6/32). Se instruyó sobre la correcta técnica de preparación de alimentos o biberones en 4 ocasiones (12,5%), en 7 oportunidades (21,9%) la enfermera constató los horarios de alimentación. La evaluación sobre posibles dificultades para alimentar ocurrió en solo una ocasión. Adicionalmente se estableció que en 6% de las altas (3/50) se entregaron indicaciones o recomendaciones sobre cuidados posteriores a la alimentación (eliminación de gases, posición, observación de la tolerancia alimenticia, etc.).

Por último, se determinó que en 33 procedimientos de alta (66%) se entregó las indicaciones de alimentación de manera oral y escrita, mientras en 17 (34%) fueron solo escritas.

5.3.3. Indicaciones sobre asistencia a control

Los 50 casos requirieron de indicaciones sobre asistencia a control luego de la hospitalización. La fecha de control del lactante se detalló en 94%, y el horario y lugar con un 91,8% (45/49). Se preguntó por posibles dificultades para llevar al niño a control en 34% y se verificó la comprensión de estas indicaciones en 58%. Estas indicaciones fueron entregadas en 98% de los casos de manera verbal y escritas.

5.4. EVALUACIÓN DE COMPRENSIÓN Y CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES

5.4.1. Información de seguimiento post alta.

Un 98% (49 casos) de los lactantes requerían indicaciones de tratamiento farmacológico, un 95,9% de las madres respondió de forma correcta los medicamentos indicados, el 10,2% no conocía la cantidad de medicamento a administrar, un 95,9% respondió correctamente la frecuencia de administración, un 12,2% no conocía la forma de administración, el 20,4% no supo responder de forma correcta la duración del tratamiento.

Un 81,6% de las madres (40 casos) consideran haber entendido todo, un 14,3% la mayoría y un 4,1% solo algunas cosas de las indicaciones de tratamiento farmacológico.

Los 50 casos requerían indicaciones de alimentación, de éstos, el 100% las recibió. Para las preguntas relacionadas con tipo y frecuencia de alimentación, el 100% (33/33) respondió de forma correcta. Cabe destacar que estas preguntas solo se realizaron a aquellas madres que recibieron indicaciones de tipo oral y escrita, excluyendo a las que recibieron de forma escrita, dado que en ese instante aun no eran leídas por la madre (tabla 3).

El 100% (49/49) de las madres respondió en forma correcta el lugar de asistencia a control, el 95,9% (47/49) conocía la fecha. Por razones administrativas solo 29 madres recibieron horario para el control, de éstas el 96,5% (28/29) respondió correctamente. Un 58% de las madres recibió indicaciones verbales relacionadas con cuidados generales del niño en el hogar, para tales indicaciones un porcentaje mayor al 94% demostró conocer dichos cuidados.

5.4.2. Información de seguimiento en el hogar.

Un 98% de los casos recibieron indicaciones sobre tratamiento farmacológico, de éstos el 100% respondió de forma correcta los medicamentos a administrar, 98% demostró conocer la cantidad, frecuencia, horario y forma de administración, 91,8% sabía la duración del tratamiento. Al 90% de las madres el hospital hizo entrega de los medicamentos al momento del alta, el 10% restante consiguió éstos por sus propios medios. Un 4% de las madres no suministró en una oportunidad el fármaco a su hijo.

El 100% (50/50) de los casos recibió indicaciones sobre alimentación, mismo porcentaje respondió de forma correcta el tipo de alimentación y el 94% respondió correctamente la frecuencia, cabe destacar que sólo 3 madres recibieron indicaciones sobre cuidados posteriores a la alimentación, de éstas, 2 respondieron correctamente (66,7%).

El 100% de los casos recibió indicaciones de asistencia a control, en donde todos demostraron conocer el lugar (50/50) y horario (34/34), y el 95,9% (47/49) la fecha. En relación a los cuidados generales el 76% demostró conocimientos de éstos.

Se observó una significativa mayor comprensión y conocimiento respecto de la extensión del tratamiento farmacológico en el seguimiento en el hogar que inmediatamente post alta. Similarmente, y al límite de la significancia estadística ($p= 0,0523$), se observó mayor comprensión en el hogar respecto de la forma de administrar el tratamiento farmacológico (tabla 3).

Tabla 3. Comprensión de indicaciones según momento de evaluación y tipo de indicación.

Tipo de indicaciones	Momento de la evaluación				P
	Luego del alta		En el hogar		
	proporción	%	proporción	%	
Farmacológicas					
<i>Medicamento indicado</i>	47/49	95,9	49/49	100	0,1129
<i>Cantidad</i>	44/49	89,8	48/49	97,9	0,0952
<i>Fraccionamiento</i>	47/49	95,9	48/49	97,9	0,5679
<i>Forma de administrar</i>	43/49	87,8	48/49	97,9	0,0523
<i>Extensión del tratamiento</i>	39/49	79,6	45/49	91,8	0,0041
Alimentación					
<i>Tipo de alimentación</i>	33/33*	100	50/50	100	1
<i>Frecuencia</i>	33/33*	100	47/50	94	0,1518
Asistencia a control					
<i>Lugar de control</i>	49/49	100	50/50	100	1
<i>Fecha</i>	47/49	95,9	47/49	95,9	1
<i>Hora</i>	28/29 [†]	96,5	34/34 [†]	100	0,2715

*Se excluyen las madres que recibieron indicaciones de forma escrita, dado que en ese instante aun no eran leídas por ella. [†]Se excluyen los casos en que las madres no recibieron indicación de lugar, fecha y hora.

5.4.3. Evaluación materna sobre el profesional de enfermería.

El proceso de entrega de indicaciones realizado por la enfermera fue evaluado por las madres con nota media de 6,5 ($\pm 0,76$). La actitud de la enfermera se evaluó con una nota media de 6,4 ($\pm 1,07$), y el lenguaje utilizado por las enfermeras con una nota media de 6,7 ($\pm 1,09$). El 96% de las madres consideró el tiempo destinado al alta como suficiente, el 24% señaló como factor interferente en la comprensión los ruidos ambientales, un 2% señaló las personas presentes en el lugar y a un 74% no le pareció que existieran factores que hayan interferido en su comprensión.

6. DISCUSIÓN

Hemos constatado que en la totalidad de los casos egresados de la unidad hospitalaria incorporados al estudio, se requirió de alguna instrucción para el cumplimiento del tratamiento y seguimiento en el hogar. La dependencia del lactante de los cuidados brindados por su madre hace que, esta tarea, deba ser enfrentada con rigurosidad de manera que este proveedor de cuidados ejecute las tareas apropiadamente.

El proceso de alta tuvo una mediana de duración de 6 minutos, tiempo estimado insuficiente considerando que es el momento en que el profesional de enfermería debe impartir una serie de instrucciones y una educación efectiva a la madre para asegurar la comprensión y posterior cumplimiento de los cuidados del lactante en el hogar. Potter y Perry (1996) exponen que comúnmente, la enfermera se enfrenta al desafío de impartir una educación eficaz en un periodo de tiempo muy limitado. Lo mismo ha sido expuesto por Ruchala (2000), indicando que la cantidad de información entregada al alta en el caso de madres postparto, es extensa y el tiempo limitado; con ello, el nivel de instrucción en los distintos temas es sólo superficial.

Las indicaciones farmacológicas, de asistencia a control y de alimentación fueron impartidas en forma oral en proporción variable. No obstante, la mayoría fueron entregadas de manera escrita, a través del carné de alta y epicrisis médica. Esto constituye un apoyo para la madre en el hogar, concordando con los hallazgos de otros estudios en que se ha demostrado que la entrega conjunta de indicaciones orales y escritas mejora significativamente la comprensión de ellas (Johnson, Sandford y Tyndall, 2009).

Whaley et al. (1995) proponen que antes de abandonar el hospital todas las familias necesitan recibir instrucciones detalladas y por escrito sobre la atención en casa. Taylor y Cameron (2000), por su parte, establecen que la entrega de indicaciones de alta por escrito debe considerarse como un complemento, y no un sustituto de instrucciones verbales.

El estudio evaluó tres aspectos fundamentales del alta hospitalaria; indicaciones farmacológicas, de asistencia a control y de alimentación, además de conocer el manejo que tenía la madre en estas áreas. En este sentido, el plan de alta del paciente debe evaluar una serie de resultados, tales como, la utilización segura y eficaz de las medicaciones del alta y el seguimiento médico, entre otros (Potter y Perry, 1996).

JCAHO (1994) citado por Potter & Perry (1996) hace referencia a que el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar a los pacientes y las familias el conocimiento y las técnicas precisas para cubrir las necesidades de asistencia sanitaria existentes. Esto contrasta con algunos de nuestros hallazgos en que se evidenció falta de instrucciones y de reforzamiento en aspectos de la alimentación.

Las enfermeras pediátricas deben desarrollar habilidades educativas y comunicacionales para la entrega de conocimientos a los padres de niños hospitalizados, generando espacios propicios para la expresión de sentimientos, a fin de lograr una correcta preparación para la transición de la atención del niño en el hogar (Weiss, Johnson, Malin, Jerofke, Lang y Scherburne, 2008).

Durante el proceso de alta, la enfermera entrega a la madre del lactante y a otros familiares que se encuentran presentes, la totalidad de instrucciones para el cuidado del niño, abarcando temas relacionados con el tratamiento farmacológico, la asistencia a control, la alimentación y otros cuidados que el lactante requiera en el hogar. Es en este momento donde la madre recibe todos los contenidos educativos por parte de la enfermera. Schulte (2002) describe un proceso similar en la gran mayoría de los hospitales donde el formato de alta implica que los familiares reciben instrucciones respecto a medicamentos, dieta, actividades o cualquier otra precaución especial o procedimiento que el niño necesite. Adicionalmente, expone que la instrucción del paciente por parte del profesional de Enfermería debe ser realizada mientras el paciente está hospitalizado, no cuando ya va a salir. Según esto, se sugiere que la educación a la madre respecto de los cuidados del lactante comience durante la hospitalización y que el momento del alta sea la instancia para reforzar conocimientos, modificar conductas y resolver dudas, preparando el alta desde el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria (Carpenito, 2005). Además señala que la planificación del alta es un proceso que facilita la administración de cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta, esto se relaciona de forma directa con los cuidados que las madres debieron entregar a sus hijos en el hogar, sumado a la asistencia a controles de salud, en donde el equipo sanitario extrahospitalario juega un papel fundamental en la recuperación total del paciente. Al respecto, O'Hara y Ferry (1988) y Beare y Myers (1995), ambos citados en Gracia (2001) exponen la necesidad de asistencia sanitaria tras el alta del paciente para lograr la reincorporación del individuo a la sociedad.

La comunicación entre enfermera – paciente es definida como el proceso interpersonal en el que los participantes expresan algo de sí mismos a través de signos verbales o no verbales con intención de lograr influir de algún modo en la conducta del otro. Para lograr esta comunicación efectiva es necesario tener una actitud empática, usando un lenguaje acomodado a los sentimientos, entendimiento y cultura del paciente (Doval y González, 1997). Similar a lo encontrado por Barría et al. (2006), fue positivo establecer la elevada valoración entregada por las madres, en relación al lenguaje y actitud de las enfermeras en el proceso de alta, reflejando así una apropiada vinculación entre ambas. Resultados similares han mostrado las calificaciones más altas otorgadas por los padres a las competencias de la enfermera al momento de la entrega de instrucciones de alta (Weiss et al., 2008).

Taylor y Cameron (2000) proponen que la presentación verbal y por escrito de las indicaciones de alta no garantiza que el paciente cumpla con las recomendaciones fuera del hospital. El paciente debe comprender las instrucciones, y poseer medios para su cumplimiento. Bajo este criterio, la entrega de medicamentos por parte del sistema de salud da cuenta de una preocupación al respecto, con lo que reduce la posibilidad de incumplimiento terapéutico. Aún así, se requiere de una efectiva instrucción por parte de la enfermera hacia la

madre permitiendo el espacio para hacer preguntas y resolver dudas respecto de las indicaciones dadas. Este punto, fue débil en nuestro estudio, y contrasta con la recomendación que durante la instrucción verbal es donde se presenta la oportunidad de garantizar que el paciente entienda las instrucciones y tenga la oportunidad de hacer preguntas y aclarar vínculos inciertos (Taylor y Cameron, 2000).

En un estudio realizado por Moon, Cheng, Partel, Baumhaft, y Scheidt (1998) se observó una repercusión de la alfabetización de los padres en el conocimiento y la comprensión de las prácticas de cuidado de salud de sus hijos, esto contrasta con los resultados obtenidos en este estudio que muestran un alto nivel de comprensión y cumplimiento por parte de las madres quienes tenían una educación con una mediana de 12 años lo que equivale a enseñanza media completa.

Spandorfer (1995) concluyó que la comprensión global de indicaciones era buena, pero una gran limitante fue que los pacientes se entrevistaron inmediatamente después de la entrega de indicaciones de alta, siendo desconocida la comprensión horas o días después de la visita a la sala de emergencia. Caso similar fue reconocido por Barría et al. (2006), quienes recomendaron estudios de seguimiento post alta.

Santander et al. (2001) en relación al lugar físico del alta, observaron que los padres prefieren un sitio de mayor privacidad donde se den las condiciones necesarias para expresar dudas y no interfieran los ruidos ambientales propios de un ambiente hospitalario. Algo similar ocurrió en nuestro estudio, detectándose que 24% señaló como factor interferente en la comprensión los ruidos ambientales y 2% señaló las personas presentes en el lugar.

La educación sanitaria relativa a medicación, dieta y cuidados domiciliarios debe realizarse durante la hospitalización y continuarse en el hogar por parte de la atención primaria, con el objetivo de evitar complicaciones y reingresos hospitalarios (Grande et al., 1996). Nuestro estudio evaluó aspectos similares y constató la comprensión de indicaciones de asistencia a control que en su mayoría constituían controles en atención primaria estableciéndose una continuidad de los cuidados post hospitalización.

Johnson y Sandford (2005), en una revisión sistemática determinaron el nivel de eficacia de proporcionar indicaciones escritas y verbales versus únicamente verbales en padres de menores dados de alta, obtuvo como resultado que la entrega de instrucciones de alta realizada en forma oral y escrita es significativamente más eficaz en la adquisición de conocimientos y proporciona mayor grado de satisfacción respecto a la información recibida, en comparación a la entrega de indicaciones solo de tipo verbal, esto se ve reflejado en el estudio dado que la mayoría de las indicaciones en los tres aspectos evaluados se dieron en forma oral y escrita, presentándose altos niveles de comprensión por los padres.

En el Manual Clínico AIEPI Neonatal (OPS, 2005) se describen una serie de recomendaciones para la entrega de indicaciones farmacológicas, a fin de asegurar la adquisición de estos contenidos para el cuidado del niño en el hogar. Entre éstas se describen: enseñar la forma, frecuencia, técnica y dosis de administración de tratamiento oral. Respecto

de la alimentación del menor, se enfatiza el adiestramiento materno en las técnicas de alimentación. En relación a la asistencia a control, señala las situaciones en que la madre debe acudir a control o por necesidad. Finalmente, recomienda la realización de preguntas abiertas a la madre y/o cuidador para verificar la comprensión de los contenidos; es precisamente en este punto donde éste estudio detectó la mayor falencia, ya que una proporción mayor del 47% no se les realizó este tipo de preguntas.

Por último, es necesario recordar que la entrega de indicaciones al alta para los pacientes, o en este caso madres, es un componente esencial de la provisión de cuidados de calidad y constituye un derecho fundamental de todos los pacientes que son enviados al hogar (Johnson y Sandford, 2005).

7. CONCLUSIONES

Garantizar la continuidad de los cuidados posterior a la hospitalización, una vez que el paciente se encuentra el hogar, en todos los niveles de asistencia, es una responsabilidad que debe ser asumida por la enfermera, especialmente cuando se trata de pacientes que dependen de terceros para su cuidado y rehabilitación (Gracia 2001).

Dentro de la función educativa del rol profesional de enfermería un punto importante es la resolución de dudas, ya que a través de esto se asegura una correcta comprensión de los contenidos entregados. Cabe destacar que tal acción fue escasamente realizada por las enfermeras clínicas que entregaban las indicaciones de alta.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el nivel de comprensión y cumplimiento de las indicaciones al alta por parte de las madres de los lactantes es buena, lo que habla de una efectiva labor de educación por parte de las enfermeras. Sin embargo, hay temas específicos que son necesarios mejorar para garantizar una óptima comprensión y cumplimiento de estas indicaciones.

El nivel de comprensión en el domicilio fue significativamente mayor al obtenido inmediatamente después del alta, lo que se traduce en un efectivo cumplimiento de las indicaciones en el hogar. Asimismo se observa que el grado de comprensión de indicaciones se correlaciona directamente con el grado de cumplimiento terapéutico.

El mantenimiento de un ambiente adecuado para la entrega de indicaciones, libre de factores distractores, con un tiempo propicio, considerando además la utilización de un correcto lenguaje y una actitud empática por parte del profesional genera sin duda una respuesta favorable por parte de la madre, lo que se traduce en un entendimiento de las instrucciones y su posterior cumplimiento, en donde el mayor beneficiado es el lactante.

Se propone dar un mayor énfasis en aspectos relevantes del cuidado del lactante en el hogar, a través de la implementación de un documento que focalice en indicaciones relativas a los tratamientos y además en aspectos preventivos, ya que el material entregado durante el proceso de alta consta solo de la epicrisis médica. Con ello es posible mejorar el cumplimiento y prevenir nuevos episodios de enfermedad, considerando que un número significativo de lactantes estudiados ya presentaban hospitalizaciones previas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barría, R.M., Santander, G. & Hitschfeld, P. (2006). Factores relacionados con la comprensión materna de indicaciones al alta de lactantes hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 16, 327-331.

Carpenito, L. (2005). Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. *Diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración*, 4, 24-25.

Doval-Parga, M. & González-Yañez, M.B. (1997). Comunicación del personal de enfermería con el paciente en las U.U. de Reanimación. *Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor*, 5, 17-19.

Gracia, F. (2001). El Alta de Enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Cáceres 2, 3 y 4 de Mayo de 2001.

Grande, M. & Hernández, M. (1996). Como entienden las enfermeras el alta de enfermería. *Enfermería Clínica*, 6, 119-121.

Griffin, T. & Abraham, M. (2006). Transition to home from the newborn intensive care unit. Applying the principles of family-centered care to the discharge process. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20, 243-249.

Hitschfeld, P. (2004). Comprensión de los padres o cuidadores de niños hospitalizados de las indicaciones dadas al alta. Unidad de Lactantes, Hospital Clínico Regional Valdivia. [Tesis]. Universidad Austral de Chile.

Jirón, M. (2003). Estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos. Obtenido el 20 Abril de 2008, desde:
http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/_2003/medicam/modulo3/clase3/doc/clase_03.doc

Johnson, A., Sandford, J. (2005). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education Research*, 20, 423-429.

Johnson, A., Sandford, J. y Tyndall, J. (2009). Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home (review). *Health Education Research*, 1, 1-19.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey, J. Maas, M., Morread, S et al. (2006). NANDA, NOC, and NIC linkages: Nurses diagnosis, outcomes & interventions. 2th Edition. Mosby, Inc. St.Louis. pág. 647.

Lee, T., & Bokovoy, J. (2005). Understanding discharge instructions after vascular surgery: An observational study. *Journal of Vascular Nursing*, 23, 25-29.

Logan, P.D., Schwab, R.A., Salomone, J.A. & Watson, W.A. (1996). Patient understanding of emergency department discharge instructions. *Southern Medical Journal*, 89, 770-4.

Márquez, E. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Centro de Salud la Orden, Huelva, España. Obtenido el 20 de abril de 2008, desde: www.academia.cat/societats/farmcl/jornades/12jornada/tallers/lmengual.pdf

Moon, R., Cheng, T., Partel, K., Baumhaft, K. & Scheidt, P. (1998). Parental Literacy Level and Understanding of Medical Information. *Pediatrics*, 102, e25. Obtenido el 25 de abril de 2008, desde: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/2/e25>.

Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Obtenido el 20 de abril de 2008, desde: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>

Organización Panamericana de la Salud (2005). Manual Clínico AIEPI Neonatal. Págs. 215-234.

Potter, P. & Perry, A.G. (1996). Fundamentos de Enfermería: Teoría y Práctica. 3ª Edición. Mosby/Doyma Libros S.A., Madrid. Pág. 50 – 53.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española. 22º edición.

Riquelme, M.L., Santander, G. & Saldivia, J. (2001). Epicrisis de Enfermería en Unidad de Lactantes. *Revista Enfermería*, 116, 1-3.

Ruchala, P.L. (2000). Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 29, 265-273.

Schulte, E., Price, D. & Gwin, J. (2002). Enfermería Pediátrica de Thompson. 8º Edición. Mc Graw Hill – Interamericana Editores, México D.F. Págs. 44-45.

Spandorfer, J.M., Karras, D.J., Hughes, L.A. & Caputo, C. (1995). Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 71-74.

Taylor, D. & Cameron, P. (2000). Discharge instructions for emergency department patients: what should we provide?. *Journal Accid Emergency Medicine*, 17, 86-90.

Tobo, N., Marínez, G., Mosquera, M., Peña, G., Paz, J. (1995). Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Colombia Médica*, 26, 141-145.

Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23, 282-295.

Whaley, L.E. & Wong, D.L. (1995). *Enfermería Pediátrica*. 4ª Edición. Mosby/Doyma Libros S.A., Madrid. Págs. 584-589.

ANEXOS

ANEXO 1. DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Denominación	Definición Nominal	Definición Operacional
Cumplimiento terapéutico	Comportamiento de las madres relacionados con la administración de medicamentos, cuidados generales, dieta y/o cambio de estilo de vida para el lactante en el hogar, y que coincide con las indicaciones entregadas por el profesional de enfermería durante el alta hospitalaria.	Variable Categórica Ordinal 0: cumplimiento nulo; 1: cumplimiento mínimo; 2: cumplimiento parcial; 3: cumplimiento total.
Nivel de comprensión	Capacidad de entendimiento por parte de la madres en relación a las indicaciones de alta hospitalaria entregadas por la enfermera, ya sean éstas de tipo alimenticias, farmacológicas o de asistencia a control.	Variable Categórica Ordinal 0: comprensión nula; 1: comprensión mínima; 2: comprensión parcial; 3: comprensión total
Lenguaje	Apreciación de la madre en relación al vocabulario y lenguaje utilizado por la enfermera durante la entrega de indicaciones al alta hospitalaria.	Variable Categórica Ordinal Escala de 1 a 7 1 Confuso 7 Muy claro
Actitud	Apreciación de la madre en relación a la disposición anímica y emocional de la enfermera durante el procedimiento de alta.	Variable Categórica Ordinal Escala de 1 a 7 1 Indiferente 7 Cordial
Duración del alta	Tiempo (en minutos) utilizados por la enfermera para entregar las indicaciones de alta a la madre.	Variable Numérica Continua. Unidades expresadas en minutos, Ej: 7 minutos.
Lugar donde se entregan indicaciones	Ubicación física en donde la enfermera hace entrega de indicaciones de alta escritas y/o verbales a la madre del lactante	Variable Nominal: 1: Pasillo; 2: Sala; 3: Estación de Enfermería.
Técnica para la entrega de indicaciones	Método utilizado por la enfermera para realizar la entrega de indicaciones de alta a la madre.	Variable Nominal 1: Verbal; 2: Escrita; 3: Ambas

Denominación	Definición Nominal	Definición Operacional
Factores interferentes	Situaciones o agentes del lugar o personal que interfieren negativamente durante la entrega de indicaciones, incidiendo en la comprensión de la madre.	Variable nominal. 0: ninguno; 1: ruidos; 2: personas; 3: luz; 4: otro (especificar).
Edad materna	Años de vida cumplidos por la madre al momento de la entrevista.	Variable Numérica Discreta. Unidades expresadas en años. Ej: 25 años.
Nivel educacional materno	Último año de escolaridad aprobado en la educación formal por parte de la madre del lactante.	Variable Numérica Discreta. Unidades expresadas en años. Ej: 4 medio = 12 años.
Ingreso familiar	Cifra de ingreso económico declarado por la madre como recurso monetario (en pesos, \$) de uso familiar.	Variable categórica ordinal: < 50.000; 50.000 - 99.000; 100.000 - 149.000; 150.000 - 199.000; 200.000 - 249.000; etc.
Información de evolución durante la hospitalización	Información recibida por las madres durante la hospitalización entregada por el equipo de salud en relación a la evolución, condición y tratamiento aplicado a los lactantes.	Variable Categórica Ordinal 0: Nula; 1: mínima; 2: parcial; 3: completa.
Edad del lactante	Tiempo de vida transcurrido hasta el momento del estudio.	Variable Numérica Continua. Unidades expresadas en meses. Ej.: 2,5 meses.
Motivo de hospitalización	Diagnóstico médico de egreso del lactante.	Variable Numérica Discreta. Unidades expresadas en días. Ej: 10 días.
Días de hospitalización	Tiempo total transcurrido desde la admisión a la unidad hospitalaria hasta el momento del egreso de ella.	Variable Numérica Discreta. Unidades expresadas en días. Ej.: 10 días.
Hospitalización previa	Total de hospitalizaciones anteriores a la actual que ha tenido el lactante desde su nacimiento.	Variable Numérica Discreta. Unidades expresadas en números. Ej.: 1

ANEXO 2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: *Alta hospitalaria de lactantes: comprensión de indicaciones y cumplimiento terapéutico en el hogar. Hospital Clínico Regional Valdivia, 2008.*

He sido informada sobre una investigación de Enfermería que se está desarrollando en la unidad de Lactantes donde se encuentra internado/a mi hijo/a y se me ha invitado a participar. Este estudio pretende evaluar la comprensión por parte de las madres de las indicaciones recibidas al momento del alta hospitalaria, y el cumplimiento de estas indicaciones posteriormente en el domicilio.

Mi incorporación es **voluntaria**, y al acceder a ello mi participación consistirá en responder un cuestionario posterior al momento del alta, y otro 48 a 72 horas después en mi domicilio para lo cual seré visitada por las encargadas del estudio. Eventualmente el contacto puede ser realizado por teléfono.

Los datos e informaciones entregadas para efectos del estudio, serán utilizados con extrema reserva y confidencialidad y serán manejados sólo para fines de esta investigación. Además, se me aseguró que al participar en el estudio no existe ningún tipo de riesgo para mí o mi hijo/a como tampoco ningún costo monetario.

Si rechazo participar esto no implica modificación alguna en la atención que recibo actualmente ni en futuras oportunidades.

Yo....., madre del
lactante, he decidido

Participar del estudio

NO participar del estudio

Firma de la madre

Firma Tesistas

Fecha:

PAUTA DE OBSERVACIÓN PARA AL ALTA (OAH) HOSPITALARIA

Nombre Lactante:	<input type="text"/>	ID:	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text"/> <input type="text"/> 2008	🕒 Inicio	<input type="text"/> <input type="text"/>
		🕒 Término	<input type="text"/> <input type="text"/>
		Durac.	<input type="text"/> min.
		Lugar	<input type="text"/>

1. ¿El lactante requiere de indicaciones de tratamiento farmacológico?

0 No → PASE A ITEM 14
1 Si

2. Explica a la madre qué medicamentos debe darle al niño
0 No 1 Si

3. Explica cómo prepararlos.
0 No 1 Si

4. Explica a la madre la cantidad de medicamento a dar al niño
0 No 1 Si

5. Explica a la madre cómo/cuándo debe dar el medicamento al niño
0 No 1 Si

6. Explica cuántas veces al día debe darle el medicamento
0 No 1 Si

7. Explica durante cuántos días debe darle medicamento al niño
0 No 1 Si

8. Pregunta a la madre por posible dudas
0 No 1 Si

9. Verifica que la madre haya comprendido con preguntas abiertas
0 No 1 Si

10. Pregunta a la madre por posibles dificultades para dar el medicamento al niño
0 No 1 Si

11. Ayuda a la madre a resolver dificultades
0 No 1 Si

12. Puede la madre expresarse con comodidad
0 No 1 Si

13. Las indicaciones farmacológicas son entregadas de forma:

1 : oral
2 : escrita
12 : oral y escrita

OAH

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14. ¿El lactante requiere de indicaciones de alimentación?

0 No → PASE A ITEM 27
1 Si

15. ¿El lactante recibe *sólo LM* y requiere de indicaciones al respecto?

0 No → PASE A ITEM 20
1 Si

16. Pregunta a la madre cómo amamanta habitualmente al niño.

0 No 1 Si

17. Refuerza a la madre la técnica correcta de amamantamiento.

0 No 1 Si

18. Orienta a la madre sobre los horarios de lactancia.

0 No 1 Si

19. Pregunta a la madre por posibles problemas para amamantar.

0 No 1 Si

20. ¿El lactante recibe *lactancia artificial o comidas* y requiere de indicaciones al respecto?

0 No → PASE A ITEM 25
1 Si

21. Pregunta a la madre cómo prepara biberones y/o comida para el lactante.

0 No 1 Si

22. Instruye a la madre en cómo preparar biberones y/o comida para el lactante.

0 No 1 Si

23. Pregunta a la madre sobre los horarios de alimentación.

0 No 1 Si

24. Pregunta a la madre por posibles dificultades para preparar el biberón o comida.

0 No 1 Si

25. Realiza indicaciones sobre cuidados posteriores a la alimentación (eliminación de flatos, posición, obs. tolerancia, etc.)

0 No 1 Si

26. Las indicaciones de alimentación son entregadas de forma:

1 : oral
2 : escrita
12 : oral y escrita

OAH

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>27. El lactante requiere asistir a visitas a control luego del alta hospitalaria: 0 No → PASE A ITEM 33 1 Sí</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>28. Explica a la madre cuándo debe el niño asistir a control. 0 No 1 Si</p> <p>29. Explica a la madre el horario y lugar donde debe acudir 0 No 1 Si</p> <p>30. Pregunta a la madre por posibles dificultades para llevar al niño a control 0 No 1 Si</p> <p>31. Verifica que la madre haya entendido con preguntas abiertas 0 No 1 Si</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>32. Las indicaciones de control son entregadas de forma: 1 : oral 2 : escrita 12 : oral y escrita</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> <p>33. Finalización del alta: pregunta a la madre por cualquier posible duda durante el alta o respecto del cuidado del menor. 0 No 1 Si</p> </div>	<p style="text-align: center;">OAH</p> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="27"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="28"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="29"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="30"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="31"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="32"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="33"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
--	---

RESUMEN DE INDICACIONES ENTREGADAS A LA MADRE.			
(USADAS PARA LAS ETAPAS SIGUIENTES)			
Ind. Farmacológicas	Ind. Alimentación	Ind. Asist. a control	Otras

PAUTA DE EVALUACION POST ALTA (EpA) HOSPITALARIA

1. Durante la hospitalización del niño ¿fue informada sobre su diagnóstico o problema de salud?
 0 No 1 Si

2. Durante la hospitalización del niño a Ud. se le informó sobre la evolución de su salud:

0 Nunca	1 Solo a veces	2 Habitualmente	3 Siempre
---------	----------------	-----------------	-----------

3. Podría decir ¿Quién(es) le entregó(aron) la información del estado de salud del lactante?

0 Medico	1 Enfermera	2 Técnico PM	3 Otro (especificar)
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			

EpA

1

2

3

4. ¿La madre del lactante recibió indicaciones de tratamiento farmacológico?
 0 No → PASE A ITEM 11
 1 Sí

CONTRASTAR CON INDICACIONES REGISTRADAS DURANTE EL PROC. DE ALTA

5. ¿Qué medicamentos le indicaron?
 0 Incorrecto 1 Correcto

6. ¿Qué cantidad de medicamento tiene que darle?
 0 Incorrecto 1 Correcto

7. ¿Cuántas veces al día tiene que darle cada medicamento?
 0 Incorrecto 1 Correcto

8. ¿Cómo tiene que darle cada medicamento? (horario, forma de dárselo, etc.)
 0 Incorrecto 1 Correcto

9. ¿Durante cuántos días tiene que darle los medicamentos?
 0 Incorrecto 1 Correcto

10. Sobre las indicaciones que le dieron respecto de los medicamentos, Ud. Cree haber comprendió:

Nada	Solo algunas cosas	La mayoría	Todo
------	--------------------	------------	------

11. ¿La madre del lactante recibió indicaciones de alimentación?
 0 No → PASE A ITEM 15
 1 Sí

CONTRASTAR CON INDICACIONES REGISTRADAS DURANTE EL PROC. DE ALTA

12. ¿Responde correctamente sobre el tipo de alimentación a dar al lactante?
 0 No 1 Si

13. ¿Responde correctamente sobre la frecuencia de alimentación a dar al lactante?
 0 No 1 Si

14. ¿Responde correctamente sobre cuidados luego de la alimentación?
 0 No 1 Si

EpA

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15. ¿La madre del lactante recibió indicaciones de asistencia a control?

0 No → PASE A ITEM 11
1 Sí

EpA

15

CONTRASTAR CON INDICACIONES REGISTRADAS DURANTE EL PROC. DE ALTA

16. Responde correctamente respecto del lugar o centro donde debe llevar al lactante?
0 No 1 Si

16

17. ¿Responde correctamente respecto del fecha en que debe concurrir a control?
0 No 1 Si

17

18. ¿Responde correctamente respecto del horario en que debe concurrir a control?
0 No 1 Si

18

19. ¿La madre recibió otras indicaciones (cuidados en el hogar sobre la enfermedad, cuidados generales, etc.) ?

0 No → EV_MAT 1
1 Sí

19

CONTRASTAR CON INDICACIONES REGISTRADAS DURANTE EL PROC. DE ALTA

Especificar.

Categoría de respuesta: 0 No 1 Si

Evaluación de la madre (Ev_mat)

1. Evalúe con nota de 1 a 7 el proceso de entrega de indicaciones al alta realizado por la enfermera, siendo:

1 muy malo ----- 7 muy bueno.

2. Evalúe la actitud de la enfermera al momento de entrega de indicaciones, con nota del 1 al 7, siendo:

1 apática/indiferente ----- 7 muy cordial.

3. Evalúe el lenguaje utilizado por la enfermera al darle las indicaciones durante el alta, siendo

1 confuso ----- 7 muy claro.

4. Usted considera que el tiempo (duración) destinado a darle las indicaciones fue:

1 Insuficiente

2 Suficiente

3 Excesivo

5. ¿Qué factores a su parecer, interfirieron en la comprensión de las indicaciones?

0 Ninguno.

1 Personas en el lugar.

2 Ruidos ambientales.

3 Iluminación

4 Otro ¿Cuáles? _____

Ev_mat

1

2

3

4

5

CUESTIONARIO SEGUIMIENTO POST ALTA

Nombre Lactante:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	ID:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fecha Alta:	<input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> 2008	Fecha Seguimiento	<input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> 2008
F. Clínica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Horas transcurridas post Alta	<input style="width: 100%;" type="text"/> hrs.

Nombre de Madre/cuidador: _____

Dirección: _____

FONO DE CONTACTO: _____ FONO ADICIONAL: _____

CENTRO DE SALUD: _____

Hosp. Previas	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Lapso ult. hosp	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Días Hosp. Actual	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Dg: _____	

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS (ASD)

1. ¿Cuál es relación con el niño?

1 Madre
 2 Cuidadora permanente familiar (especificar lazo familiar) _____
 3 Cuidadora permanente no familiar
 4 Otra (Postergar entrevista)

2. ¿Cuál es su edad? años

Escolaridad

3. ¿Cuál fue el último año de estudios que cursó y aprobó?

Años	Básica	Media	Técnicos	Universitarios	otros
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Estado civil / conyugal

4. ¿Cuál es su estado civil?

Código: Soltera = 1
 Separada = 2
 Conviviente = 3
 Casada = 4
 Viuda = 5

ASD

1

2

3

4

5. ¿Cuál es su ocupación?

6. ¿Qué tipo de previsión posee?

- 1 Fonasa A
- 2 Fonasa B
- 3 Fonasa C
- 4 Fonasa D
- 5 Otro (Especificar) _____

7. ¿Cuántas personas del hogar poseen trabajo remunerado?

8. ¿Cual rango de ingreso económico familiar de los que se le muestran, refleja mejor su situación?

9. (Código: REGISTRAR LA LETRA DE LA TARJETA SELECCIONADA POR LA MADRE)

9. ¿El padre del bebé está en el hogar?

- 1 Si
- 0 No

10. ¿Cuál condición refleja mejor la situación del padre del lactante con su hijo/a:

- 0. Abandono parcial c/ayuda mensual
- 1. Abandono parcial c/ayuda esporádica
- 2. Abandono parcial sin ayuda
- 3. Abandono total
- 4. Otra _____
- 99. No responde

11. ¿Cuál es la ocupación/actividad del padre?

5

6

7

8

9

10

11

CONTRASTAR CON INDICACIONES REGISTRADAS DURANTE EL PROC. DE ALTA

12. ¿La madre del lactante recibió indicaciones de tratamiento farmacológico?

0 No → PASE A ITEM 21
1 Sí

13. ¿Qué medicamentos le indicaron?

0 Incorrecto 1 Correcto

14. ¿Qué cantidad de medicamento tiene que darle?

0 Incorrecto 1 Correcto

15. ¿Cuántas veces al día tiene que darle cada medicamento?

0 Incorrecto 1 Correcto

16. ¿Cómo tiene que darle cada medicamento? (horario, forma de dárselo, etc.)

0 Incorrecto 1 Correcto

17. ¿Durante cuántos días tiene que darle los medicamentos?

0 Incorrecto 1 Correcto

18. ¿El Hospital le entregó la totalidad de medicamentos para su hijo/a?

0 No 1 Sí

19. Si la respuesta es No, ¿pudo adquirir por sus medios los medicamentos faltantes?

0 No 1 Sí

20. Recuerda en cuántas veces no le ha podido dar el o los medicamentos a su hijo/a.

21. ¿El lactante recibió indicaciones de alimentación?

0 No → PASE A ITEM 25
1 Sí

22. ¿Responde correctamente sobre el tipo de alimentación a dar al lactante?

0 No 1 Sí

23. ¿Responde correctamente sobre la frecuencia de alimentación a dar al lactante?

0 No 1 Sí

24. ¿Responde correctamente sobre cuidados luego de la alimentación?

0 No 1 Sí

25. ¿La madre del lactante recibió indicaciones de asistencia a control?

0 No → PASE A ITEM 29
1 Sí

26. Responde correctamente respecto del lugar o centro donde debe llevar al lactante?

0 No 1 Sí

27. ¿Responde correctamente respecto del fecha en que debe concurrir a control?

0 No 1 Sí

28. ¿Responde correctamente respecto del horario en que debe concurrir a control?

0 No 1 Sí

29. ¿La madre responde correctamente respecto de otras indicaciones recibidas (cuidados en el hogar sobre la enfermedad, cuidados generales, etc.) ?

0 No 1 Sí 2 No recibió

seg_if

12

13

14

15

16

17

18

19

20

seg_ia

21

22

23

24

seg_ic

25

26

27

28

seg_oi

29