
INVESTIGACIÓN

EFFECTO DE UN PROTOCOLO DE EGRESO EN PACIENTES CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS

EFFECT OF A DISCHARGE
PROTOCOL IN PATIENTS WITH
NEUROLOGICAL DISORDERS

POR **Leidi Mar Sánchez Quintero⁽¹⁾**
Alba Fernández⁽²⁾

(1) Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

(2) Profesora Titular Jubilada, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA). Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN). Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA). Investigadora acreditada

afernandezx@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: las afecciones neurológicas provocan cambios en las condiciones de vida de los pacientes, en su mayoría manifestadas por la disminución o ausencia de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria (AVD), lo que prolonga su estancia hospitalaria, aumenta la dependencia y las complicaciones. **Objetivo:** determinar el efecto de un protocolo de egreso en pacientes con afecciones neurológicas. **Metodología:** investigación de tipo descriptiva, con diseño cuasi-experimental, preprueba y postprueba, en una población muestral de 16 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se empleó un instrumento de dos partes, la primera sobre los datos sociodemográficos del paciente y del cuidador, y la segunda con el Índice de Barthel, que mide el nivel de dependencia de las personas para realizar las AVD; quedando conformado por 17 ítems. **Resultados:** el Grupo Experimental (GE) y el Grupo Control (GC) en la preprueba presentaron dependencia total de 50 %. Posterior a la aplicación del protocolo de egreso, en la postprueba, el GE reportó 62,50 % de dependencia moderada y el GC 37,50 % de dependencia total y 50 % de dependencia severa. En la preprueba, en ambos grupos la media fue de 11, ambos con dependencia total; en la postprueba, la media del GE fue 78 en dependencia moderada y del GC fue 55, manteniendo dependencia total. La diferencia de medias del GE entre la postprueba y la preprueba fue 67 y del GC fue 44. La diferencia de medias entre la preprueba y la postprueba del GE y el GC fue 23, a favor del GE. **Conclusión:** se evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas.

PALABRAS CLAVE: efecto, protocolo, afecciones neurológicas, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: neurological conditions cause changes in the living conditions of patients, mostly manifested by the decrease or absence of the capacity to carry out activities of daily living (ADL), which prolongs their hospital stay, increases the dependence and complications. **Objective:** to determine the effect of a discharge protocol in patients with neurological disorders. **Methodology:** descriptive research, with quasi-experimental design, pre-test and post-test, in a sample population of 16 patients who met the inclusion criteria. A two-part instrument was used, the first on the sociodemographic data of the patient and the caregiver, and the second with the Barthel Index, which measures the level of dependence of people to perform ADLs; being made up of 17 items. **Results:** the Experimental Group (GE) and the Control Group (GC) in the pre-test showed a total dependence of 50 %. After the application of the discharge protocol, in the post-test, the GE reported 62.50 % of moderate dependence and the GC 37.50 % of total dependence and 50 % of severe dependence. In the pre-test, in both groups the average was 11, both with total dependence; in the post-test, the mean of the GE was 78 in moderate dependence and the GC was 55, maintaining total dependence. The mean difference of the GE between the post-test and the pre-test was 67 and the GC was 44. The difference of means between the pre-test and the post-test of the GE and the GC was 23, in favor of the GE. **Conclusion:** the positive effect of the discharge protocol in the care of patients with neurological disorders was evidenced.

KEY WORDS: effect, protocol, neurological disorders, nursing.

— INTRODUCCIÓN

El manejo de personas con afecciones neurológicas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de las diferentes instituciones de salud representa un problema frecuente de discapacidad, donde el afectado pierde su autonomía, lo cual genera un cambio drástico en su vida y la de su familia. Desde la época de Florence Nightingale en 1858 la enfermería ha tenido como objetivo ubicar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él ⁽¹⁾. Se puede decir que, el personal de enfermería conforma un pilar fundamental en proveer a la persona enferma las herramientas para ejercer el dominio de su autocuidado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los trastornos neurológicos como: enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) y Periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos ⁽²⁾. Los identificables con mayor frecuencia en las instituciones hospitalarias son: Traumatismo Craneoencefálico (TCE), Trauma Raquimedular, Enfermedades Cerebrovasculares (ECV) y Lesiones Ocupantes de Espacio (LOE).

El TCE severo principalmente y las otras afecciones neurológicas, son causadas por accidentes automovilísticos y se considera la principal causa de morbimortalidad en personas menores de 40 años oscilando entre 11 a 16 por 100.000 habitantes por año en Iberoamérica. Como se puede inferir, afecta y lleva a la discapacidad a población joven económicamente activa, con una frecuencia mayor en el sexo masculino ⁽³⁾.

Según el reporte de la OMS de las Estadísticas Sanitarias Mundiales del año 2012⁴, los accidentes cerebrovasculares en adultos entre 30 y 70 años por 100.000 habitantes fue para Canadá de 82, España de 68, mientras que en Colombia fue de 152 y en Venezuela de 200. Diferencias que reflejan las condiciones sociales y políticas entre países no solo por dichas estadísticas sino también por tomar en cuenta los gastos de la seguridad social del gobierno general en salud que para el año 2010 según el mencionado reporte, para Venezuela, específicamente, fue de 31,6 % comparada con Colombia que fue de 82,9 % ⁽⁴⁾ conformando una de las más altas de las Américas.

En la actualidad no se cuenta en Venezuela con informes estadísticos sobre la incidencia de afecciones neurológicas, sin embargo es fundamental considerar en el ámbito regional del Estado Mérida al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), donde los ingresos constituyen entre 20 y 30 personas por día con diversas patologías, donde se destaca que 18 % de los pacientes que ingresaron durante el periodo diciembre 2011-octubre 2012 correspondió a trastornos neurológicos ⁽⁵⁾.

Entre otros antecedentes, se encontró una investigación realizada en el 2012 en el IAHULA, con el objetivo de determinar el nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la UCI, donde se utilizó como instrumento el Índice de Barthel (IB) el cual es usado para valorar la capacidad funcional de personas con

discapacidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD), específicamente alimentación, deambulaci3n, higiene-vestido y eliminaci3n. Los resultados reflejaron que el 36,7 % egresaron con dependencia total del cuidado de sus familiares, el 30 % con dependencia severa, el 16,7% con dependencia moderada, el 10% con dependencia escasa y tan solo el 6,7% fueron independientes para realizar AVD (5).

A partir de este diagn3stico se desarroll3 otro trabajo de investigaci3n, en el a3o 2013, donde se dise3n3 un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurol3gicas de la UCI del IAHULA. El protocolo se enfoc3 en los sistemas de autocuidado de Dorothea Orem, dividido en cuatro partes (cuidados en la alimentaci3n, deambulaci3n, higiene personal y eliminaci3n), en cada una de ellas se desglos3 el equipo, procedimiento y fundamento de cada actividad, codificado con n3meros y letras para mayor facilidad de manejo. Se integr3 en el protocolo al familiar, quien recibía las orientaciones por parte del profesional de enfermería, haciéndolo partícipe en los cuidados del paciente una vez que éste egresara de la UCI (6).

Dentro de la modalidad de dise3o del presente estudio, resalta la realizada en Colombia (7), con el objetivo de determinar el efecto de una intervenci3n educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio, para lo que se desarroll3 una investigaci3n del tipo descriptiva, con dise3o cuasi-experimental, con preprueba y postprueba, en una muestra de 240 adultos mayores hipertensos (150 para el grupo experimental, GE y 90 para el grupo control, GC). Se estructur3 y aplic3 un formato de datos sociodemogr3ficos y de salud (DSDS) que conformaron los factores b3sicos condicionantes seg3n Orem; se modific3 y emple3 la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA) y se dise3n3, aplic3 y evalu3 una intervenci3n educativa de enfermería, mediante un trabajo sistem3tico único, orientada por el marco conceptual de la teoría de Orem.

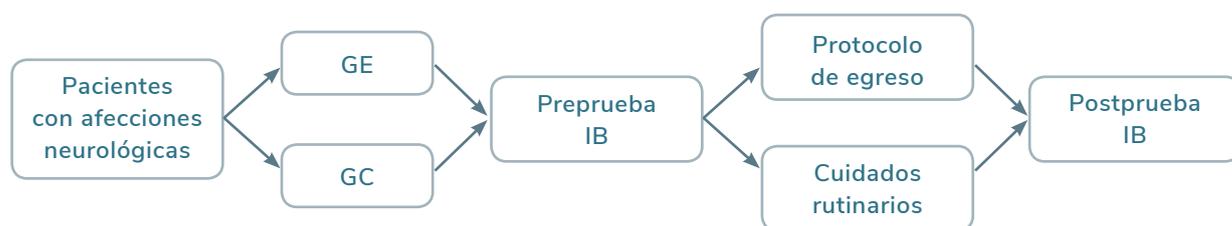
Para el an3lisis estadístico descriptivo del DSDS se us3 el SPSS versi3n 15.0 y la estadística inferencial para determinar la media de cambio de la escala ASA, usando ANOVA entre la postprueba y la preprueba para evidenciar el efecto de la intervenci3n educativa. Resultados: en la preprueba, la media en el GE fue de 48.86 y la del GC de 43.36, la diferencia de medias entre los grupos: 5.5 puntos. En la postprueba, la media del GE fue de 73.16 y del GC de 43.36, la diferencia de medias entre los grupos: 29.8 puntos. La ganancia neta de la escala ASA entre la postprueba y la preprueba fue de 24.3 puntos; se report3 un ANOVA $p < 0.05$, a los 15 días de la intervenci3n.

Se concluy3 que la ganancia obtenida entre la postprueba y la preprueba determin3 el valor y la significancia clínica de la intervenci3n educativa de enfermería “Yo sí puedo cuidarme” en el efecto sobre el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia. La escala ASA represent3 un instrumento v3lido y confiable (7). A pesar de que la poblaci3n en esta investigaci3n fue diferente en edades, no estaba recluida, ni reportaba el mismo problema de salud, los resultados ser3n de gran utilidad en el an3lisis del presente estudio cuasi-experimental.

Es oportuno hacer hincapié que el profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la identificación oportuna de la alteración funcional de los pacientes con trastornos neurológicos, de igual manera, como parte activa en la planificación y ejecución de los cuidados inmediatos y mediatos tanto para prevenir complicaciones como para orientar a los familiares durante la preparación del alta del paciente. Este trabajo se realizó con el objetivo de determinar el efecto de un protocolo de egreso en pacientes con afecciones neurológicas.

METODOLOGÍA

Se trató de un estudio tipo descriptivo, con diseño cuasi-experimental, preprueba y postprueba. Entendiendo que la investigación de tipo cuasi-experimental se compone por el término “cuasi” que significa *como si* o *casi*, de modo que cuasi-experimento denota un casi experimento verdadero ⁽⁸⁾, es decir que no es completamente experimental, porque acepta la carencia de un control total de las variables. El diseño de preprueba y postprueba incluyó dos grupos, un Grupo Control (GC) y un Grupo Experimental (GE), a los que se le aplicó la preprueba, que en este caso lo constituyó el IB, que se describe más adelante. Posteriormente, se administró el protocolo de egreso (previa solicitud por escrito a la autora del mismo) ⁽⁶⁾ solo al GE, mientras que el GC continuó con sus cuidados de rutina. Después se administró la postprueba, nuevamente con el IB, a ambos grupos. A través del siguiente esquema se identifican los elementos que componen el diseño de este estudio.



ESQUEMA 1. DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL DEL ESTUDIO. FUENTE: LAS AUTORAS. **LECTURA:** GE: GRUPO EXPERIMENTAL, GC: GRUPO CONTROL, IB: ÍNDICE DE BARTHEL

Se seleccionó una población muestral; cuando se utiliza un diseño de investigación cuasi-experimental, particularmente se maneja un muestreo no probabilístico o intencional, donde no todos los miembros de la población tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra. El investigador utiliza sujetos que están accesibles o representan ciertas características ⁽⁹⁾. También es definido como un procedimiento de muestreo cuantitativo en el que el investigador selecciona a los participantes, ya que están dis-

puestos y disponibles para ser estudiados ⁽⁹⁾. De acuerdo con lo anteriormente expuesto se plantean los criterios de inclusión relacionados con el paciente y con el familiar.

Con relación al paciente: que tuviera criterios de egreso de la UCI dados por el médico tratante y la valoración previa de enfermería con el IB, con edades a partir de los 16 años, con algunos de los trastornos neurológicos descritos (TCE, ECV, LOE), que requerían de intervenciones de enfermería para la realización de AVD (sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo) y con un nivel de dependencia de acuerdo al IB con una puntuación de 0-99 puntos.

Con relación al familiar o cuidador principal: la persona que permanecía con el paciente (sistema parcialmente compensatorio), mayor de edad, con una capacidad de comprensión que garantizara la aplicación efectiva de los cuidados.

En tal sentido, durante los meses de mayo a agosto 2014, se seleccionaron los pacientes que ingresaron a la UCI del IAHULA de Mérida-Venezuela, a través de un muestreo no probabilístico, que consiste en que el investigador toma la muestra seleccionando los elementos que a él le parecen representativos o típicos de la población, por lo que depende del criterio del mismo. Para ello, se captó un total de 16 pacientes que reunieron los criterios de inclusión nombrados anteriormente. Con el fin de facilitar el diseño del estudio, se decidió conformar al azar el GE y el GC con 8 pacientes en cada grupo.

Para la recolección de la información se utilizó un instrumento conformado por dos partes. La primera parte, constó de 7 ítems correspondientes a datos sociodemográficos tanto del paciente como de su cuidador principal y el diagnóstico médico. La segunda parte, el IB, como se ha señalado con anterioridad, en la presente investigación se empleó el modificado en el trabajo de grado para determinar el nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos (previa solicitud de autorización a la especialista) ⁽⁵⁾, que consta de 10 ítems, de 2, 3 y 4 opciones de respuesta, según la dependencia del paciente para realizar las AVD ⁽⁵⁾. En total el instrumento estuvo constituido por 17 ítems.

El IB fue diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel, con el fin de ser usado para medir la evolución de individuos con procesos neuromusculares y musculo-esqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado en 1965 ⁽¹⁰⁾. Es un instrumento ampliamente utilizado cuyo objetivo es medir la capacidad de las personas para realizar diez AVD (alimentarse, usar el retrete, contener esfínteres y actividades superiores que son asearse, vestirse, trasladarse, deambular, subir y bajar escaleras), obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto ⁽¹⁰⁾.

El IB, se caracteriza por ser un instrumento de medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, ya que consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar las AVD ya mencionadas, siendo los valores que se asignan a cada actividad dependientes del tiempo y la necesidad de ayuda para llevarlas a término, pudiéndose asignar: 0, 5, 10 ó 15 puntos. La interpretación del IB se realiza de la siguiente manera ⁽⁵⁾:

- Dependencia total: de 0-20 puntos.
- Dependencia severa: de 21-60 puntos.
- Dependencia moderada: de 61-90 puntos.
- Dependencia escasa: de 91-99 puntos.
- Independencia: 100 puntos.

La fiabilidad se define como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados dentro de las mismas condiciones ⁽¹¹⁾. La confiabilidad del ÍB fue determinada con el estudio de Loewen y Anderson (1988), para ello entrenaron a catorce terapeutas, que usando grabaciones de video de pacientes calificaron la realización de las AVD. El ÍB resultó con buena fiabilidad interobservador, Índice de Kappa entre 0,47 y 1,00 y con respecto a la fiabilidad intraobservador Índice de Kappa entre 0,84 a 0,97 y en relación a la evaluación de la consistencia interna se observó un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original ⁽¹²⁾.

La validez es la capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir ⁽¹¹⁾. El ÍB presenta una validez de constructo o de concepto, que se refiere a una medida compatible con otras medidas a las que de forma hipotética se encuentra asociada, a este respecto el ÍB demostró ser un buen predictor de la discapacidad, la que está asociada fuertemente a la mortalidad.

Con base en las afirmaciones anteriores, el ÍB es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación por su fiabilidad y validez. Su aplicación es de bajo costo, las molestias son escasas pues requiere que el paciente realice actividades que normalmente realiza todos los días o bien que se observe en su quehacer cotidiano. Se completa entre 5 y 10 minutos. De acuerdo con lo planteado anteriormente fue posible argumentar el uso de este instrumento para obtener un valor total en relación a las AVD de los pacientes en estudio, a partir del cual se implementará el protocolo de egreso. Durante el proceso investigativo, se cumplió con las consideraciones éticas de justicia, autonomía, beneficencia y consentimiento informado.

— RESULTADOS

En cuanto a los datos demográficos y de salud de los pacientes, se evidenció que el 68,75 % pertenecían al género masculino; con el mismo porcentaje (37,50 %) en dos rangos de edades, los que oscilaban entre 16-26 años y los mayores de 60 años; el diagnóstico médico más frecuente en la UCI del IAHULA, fue el TCE con un 50 %. Mientras que, en los datos sociodemográficos del cuidador, se encontró que el género femenino superó al masculino con un 81,25 %; el rango de edad más común estuvo entre 38-47 años (35,29 %); el parentesco más frecuente correspondió al hijo (a), (37,50 %); con un 56,25 % de nivel de instrucción secundario.

TABLA 1. NIVEL DE DEPENDENCIA DEL TOTAL DE LOS PACIENTES, EN LA PREPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia total de 0-20 puntos	8	50,00
Dependencia severa de 21-60 puntos	3	18,75
Dependencia moderada de 61-90 puntos	5	31,25
Total	16	100

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

De la **TABLA 1** se infiere que el nivel de dependencia de la muestra general en la preprueba fue de dependencia total para el 50 %, con una media de 10 puntos obtenidos mediante la aplicación del IB.

TABLA 2. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL GE, POSTPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia severa de 21-60 puntos	2	25,0
Dependencia moderada 61-90 puntos	5	62,50
Dependencia escasa 91-99 puntos	1	12,50
Total	8	100

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

Con relación a la **TABLA 2**, se evidencia que posterior a la aplicación del protocolo de egreso (postprueba), el nivel de dependencia fue moderada con un 62,50% y una media de 78.

TABLA 3. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DEL GC, POSTPRUEBA MEDIANTE EL ÍB.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)
Dependencia total de 0-20 puntos	3	37,50
Dependencia severa de 21-60 puntos	4	50,00
Dependencia moderada 61-90 puntos	1	12,50
Total	8	100

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

Se muestra en la **TABLA 3** los resultados obtenidos en la postprueba realizada al GC luego de proporcionar cuidados rutinarios de enfermería a los pacientes incluidos en dicho grupo, donde el 50 % presentó dependencia severa, con una media de 11.

TABLA 4. DIFERENCIA DE MEDIAS ENTRE PREPRUEBA Y POSTPRUEBA DE GE Y GC, MEDIANTE EL ÍB.

NIVEL DE DEPENDENCIA SEGÚN IB	GE PREPRUEBA	POSTPRUEBA	GC PREPRUEBA	POSTPRUEBA
Dependencia total de 0-20 puntos	11	0	11	55
Dependencia severa de 21-60 puntos	30	30	-	11
Dependencia moderada 61-90 puntos	30	78	55	-

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO.

En la **TABLA 4** se observa que en la preprueba, la media del GE y del GC fue de 11, ambos con dependencia total según el ÍB. En la postprueba, la media del GE fue 78 ubicado en dependencia moderada y del GC fue 55, reportando dependencia total. La diferencia de medias del GE entre la postprueba y la preprueba fue 67, en comparación con la diferencia de medias del GC que fue 44. Al contrastar las medias de la preprueba con la postprueba, la diferencia de medias entre el GE y el GC, fue 23, a favor del GE.

— DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la primera parte del instrumento de recolección de información, correspondiente a los datos demográficos y de salud de los pacientes, se obtuvo que el género predominante fue el masculino; resultado similar al obtenido por Marcano (2012) ⁽⁵⁾ con 53,3 %; pero diferente a Leno González, et al. (2014) ⁽¹³⁾ con un 65,6 % y Fernández (2010) ⁽⁷⁾ con 78 %, ambos con pacientes del género femenino.

En cuanto a la edad, predominó el rango de 16-26 años, conformada por una población adolescente adulto joven, estudiantil y económicamente activa, por otra parte dentro del mismo ítem en igual proporción resultó el intervalo de mayores a 60 años, es decir, el estudio comprendió a pacientes ubicados en los extremos del ciclo vital, o muy jóvenes o de la tercera edad. El resultado obtenido fue parecido al de Marcano (2012) ⁽⁵⁾, donde predominó el intervalo entre 10-20 años con un 43,3 %, correspondiente a una población infanto-juvenil; en tanto que en la investigación de Díaz Pérez, et al. (2013) ⁽¹⁴⁾, la edad de los pacientes estuvo comprendida entre 36 y 83 años con una media de 63 años. Menéndez Noboa (2010) ⁽¹⁵⁾ reportó edades que fluctuaron entre 30 y 70 años y Fernández (2010) ⁽⁷⁾ obtuvo una edad media de 72 años. Estos hallazgos guardan relación con el reporte de la OMS donde los accidentes cerebrovasculares ocurren en adultos entre 30 y 70 años por 100.000 habitantes ⁽⁴⁾.

En lo que respecta al diagnóstico médico específico de los pacientes de la UCI con trastornos neurológicos, el TCE fue el motivo de ingreso más frecuente. Siendo el mismo resultado reportado por Marcano (2012) ⁽⁵⁾, con un 50 %. Algunos autores enfatizan que principalmente el TEC severo y las otras afecciones neurológicas, son causadas por accidentes automovilísticos y se considera la principal causa de morbimortalidad en personas menores de 40 años oscilando entre 11 a 16 por 100.000 habitantes por año en Iberoamérica. Como se puede inferir, afecta y lleva a la discapacidad a población joven económicamente activa, con una frecuencia mayor en el sexo masculino ⁽³⁾.

Con relación a los datos sociodemográficos del cuidador, el género femenino fue el más frecuente; el rango sobresaliente de edad resultó ser el de adultos jóvenes; la mayoría era el hijo (a) y con un nivel de instrucción de educación secundaria. En tal sentido, en el estudio desarrollado por Marcano (2012) ⁽⁵⁾, el género que predominó fue el femenino (76,7%), entre los 27-37 años (33,3%) y el parentesco con el paciente correspondió a la madre (40 %), siendo este último dato diferente al obtenido en la presente investigación. En este mismo orden de ideas, el estudio realizado por Díaz Pérez, et al. (2013) ⁽¹⁴⁾ reflejó que el parentesco más frecuente entre el cuidador principal y el paciente era el de la pareja (59 %). Se evidencia en estos estudios, el apoyo social informal aportado por la familia a este tipo de pacientes, aspecto esencial en el fortalecimiento del autocuidado y de la salud en general.

En cuanto al diagnóstico del nivel de dependencia de todos los pacientes, en la preprueba mediante el ÍB, se reportó que la mitad de la población muestral presentaba dependencia total para llevar a cabo las AVD. Marcano (2012) ⁽⁵⁾ obtuvo unos datos diferentes en su estudio, 56,7 % fue independiente para alimentarse y el 63,3 % no necesitó ayuda para el aseo personal; sin embargo, el 36,7 % era incapaz para trasladarse de la silla a la cama; 73,3 % dependiente para el baño y 53,3 % para vestirse y desvestirse; el 56,7 % necesitó ayuda para ir al retrete y el 36,6 % reportó dependencia total de los cuidados.

Con respecto a la evaluación del nivel de dependencia de ambos grupos en la postprueba mediante el ÍB, se evidenció que el GE después de la aplicación del protocolo pasó de dependencia total a moderada; mientras que el GC, que continuó con los cuidados rutinarios de la UCI, se mantuvo en la dependencia total. Igualmente, este reporte se compara con Fernández (2010) ⁽⁷⁾, donde la media del GE fue 73.16 posterior a la intervención y del GC de 43.36.

La diferencia de medias entre la preprueba y postprueba de ambos grupos, mediante el ÍB, fue favorable para el GE, lo que significa que el protocolo de egreso aplicado a este grupo permitió que éste pasara de una dependencia total a una moderada; mientras que, el GC se mantuvo en la dependencia total. Este resultado evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas.

El hallazgo obtenido es comparable con el estudio realizado por Fernández (2010) ⁽⁷⁾ donde la diferencia de medias entre el GE y el GC fue de 29.8, concluyendo que la ganancia obtenida entre la postprueba y la preprueba, determinó el valor y la signifi-

ficancia clínica de la intervención educativa sobre el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del GE.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia de la actuación en conjunto, tanto del profesional de enfermería, como del cuidador principal y del paciente. Lo que es confirmado por Menéndez Noboa (2010) ⁽¹⁵⁾, al proponer una consejería sobre autocuidado del paciente diabético junto con la participación familiar, con el objetivo de promover la salud y educar sobre diferentes aspectos esenciales que los afectados y sus familiares deben conocer sobre la patología.

De esta manera, se cumplió en este estudio con la aplicación del protocolo, confirmandose su beneficio y eficacia en la atención de enfermería junto con el cuidador, a pacientes con afecciones neurológicas recluidos en la UCI del IAHULA de Mérida, considerando la posibilidad de que se convierta en un documento de revisión continua y se logre implementar como referencia a nivel local, regional y nacional.

Un aspecto fundamental, fueron los conceptos aportados por la Teoría de Orem ⁽¹⁶⁾ que confirman que enfermería puede dar cuidados bajo un componente teórico. Los constructos aportados por Orem poseen congruencia y utilidad en la promoción de la salud y en la práctica de enfermería, verificándose en este trabajo, que es una teoría común a todas las situaciones donde cumple funciones este profesional. Así, estos conceptos dieron concordancia al diseño del protocolo de egreso, elaborado por Rivas Rondón (2013) ⁽⁶⁾, el mismo plantea el objetivo de incluir al familiar en el cuidado de pacientes con patologías neurológicas próximos a egresar de la UCI, con el propósito de que enfermería ejerza el rol de educador en salud y el familiar a través de la intervención educativa ejerza el rol de cuidador en cuanto a la alimentación, higiene, deambulación y eliminación para así evitar complicaciones que ameriten reingresos a dicha área.

Sobre la utilidad del IB en las investigaciones, Leno González, et al. (2014) ⁽¹³⁾, concluyó que el mismo, es adecuado, en primer lugar, al ingreso donde puede ofrecer datos relevantes sobre el nivel de dependencia de los pacientes, lo que facilitaría la programación y organización de los cuidados requeridos por aquellas personas con cierto nivel de dependencia para llevar a término AVD necesarias para su autocuidado. En segundo lugar, el IB permite generar planes de alta de acuerdo a las necesidades detectadas, para así concretar las acciones de enfermería y destinarlas al alcance de la independencia del paciente y su reincorporación a la sociedad.

En tal sentido, este trabajo investigativo resultó novedoso e importante para enfermería, usando el IB en pacientes con afecciones neurológicas en la UCI del IAHULA, demostrando ser una escala de medición válida, confiable y útil en la temática estudiada y en futuras investigaciones. Igualmente, lo innovador del estudio, se enmarcó desde lo metodológico, por el hecho de ser un diseño cuasi-experimental, con una intervención (protocolo) al GE, con preprueba y postprueba usando el IB, seleccionando el muestreo por conveniencia, según ciertos criterios de inclusión.

Aunque, como todo estudio, tuvo sus limitantes, que impiden que los resultados sean generalizados, por ejemplo, el hecho de ser cuasi-experimental, donde no hay control absoluto de las variables, se encontraron factores externos que pudieron ser sesgos en la investigación, tales como la dificultad para recolectar la muestra, lo que resultó en una población muestral pequeña; el diagnóstico médico, que fue diferente entre los pacientes influyó en que el tiempo de hospitalización y la evolución clínica fueran variables, el poco tiempo disponible para la aplicación del protocolo; la poca disposición de algunos familiares en participar, la atrición (fallecimiento) de los pacientes debido a su estado crítico, entre otros. Se aclara que estos y otros factores de validación interna y externa, no representaron consecuencias para el desarrollo del proceso investigativo, cuyos resultados fueron presentados y ampliamente discutidos.

— CONCLUSIÓN

Se evidenció el efecto positivo del protocolo de egreso en el cuidado de los pacientes con afecciones neurológicas en la UCI del IAHULA de Mérida, Venezuela. Las autoras recomiendan incluir al familiar en la práctica de cuidados que impliquen el uso del protocolo en el momento del alta de la persona enferma, generando de esta manera conductas con bases científicas que permitan la recuperación de su autocuidado y prevenir complicaciones y reingresos y, por último, llevar a cabo un seguimiento en el hogar, aplicando el ÍB, con el fin de continuar la evaluación del nivel de dependencia de estos pacientes.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-López G. Historia clínica de enfermería: un instrumento de aprendizaje y mucho más. *Revista Cuidarte* [Revista en línea]. 2011 [acceso 14 de septiembre de 2013]; 2(1): 240-242. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/64/69>
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué son trastornos neurológicos? [Internet]. 2014 [acceso 30 de noviembre de 2013]. Disponible en: www.who.int/features/qa/55/es/
3. Gamal H. Trauma Craneoencefálico Severo: Parte I. *MEDICRIT Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica* [Revista en línea]. 2005 [acceso 8 de noviembre de 2013]; 2(7): 107-148. Disponible en: <http://www.medicrit.com/rev/v2n7/27107.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. [Documento en línea]. 2012 [acceso 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/

5. Marcano Oriah LI. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011-Septiembre 2012. [Trabajo de Especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico]. Mérida: Universidad de los Andes. Escuela de Enfermería; 2012.
6. Rivas Rondón R. Diseño de protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas. Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Marzo-Septiembre 2013. [Trabajo de Especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico]. Mérida: Universidad de los Andes. Escuela de Enfermería; 2013.
7. Fernández AR. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2010.
8. Campbell D, Stanley J. *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu editores; 2001.
9. Pineda E, Alvarado E. *Metodología de la investigación*. 3a ed. Washington: OPS-OMS; 2008.
10. Trigás-Ferrin M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*. [Revista en línea]. 2011 [acceso 6 de abril de 2014]; 72(1):11-16. Disponible en: www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf
11. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.
12. Barrero Solís CL, García Arrijoja S, Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol* [Revista en línea] 2005 [acceso 13 de abril de 2014]; 4(1):81-85. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
13. Leno Gonzáles D, Fernández Mateos M, Leno Gonzáles JL, Lozano Guerrero MJ. Índice de Barthel: ¿Adecuado para planificar necesidades al alta hospitalaria? *Enfermería Global*. [Revista en línea] 2008 [acceso 18 de marzo de 2014]; 14:1-9. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35901/34411>
14. Díaz Pérez A, Del Toro Rubio M, Zabaleta Torres M. Modelo integral para un programa de intervención educativa en salud: Diabetes Mellitus tipo II. *Revista Ciencia y Salud* [Revista en línea]. 2013 [acceso 12 de febrero de 2014]; 5(1). Disponible en: <http://revistas.curnvirtual.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/331>
15. Menéndez Noboa BE, Naranjo Vives HR. Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético, con problemas cardiovasculares y renales crónicos. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social “Dr. Federico Bolaños Moreira”. [Internet] 2010 [Trabajo especial de grado]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. Facultad Ciencias de la Salud. [acceso 20 de marzo de 2014]; Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/2268>
16. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. *Modelos y teorías en enfermería*. 7a ed. España: Elsevier; 2011.