

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ALTA POR ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN

JOSÉ, POPAYÁN 2017

DANIELA ARAGÓN ALEGRÍA

RENE CANDELA MAJIN

DIANA MARCELA HURTADO GARCIA

CAMILO ANDRES MENESES SOTELO

YERLIN MARLEY PRADO VILLEGAS

LAURA ALEXANDRA RAMIREZ CUEVAS

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

POPAYÁN

2017

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ALTA POR ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN

JOSÉ, POPAYÁN 2017

DANIELA ARAGÓN ALEGRÍA

RENE CANDELA MAJIN

DIANA MARCELA HURTADO GARCIA

CAMILO ANDRES MENESES SOTELO

YERLIN MARLEY PRADO VILLEGAS

LAURA ALEXANDRA RAMIREZ CUEVAS

DOCENTE ASESOR:

ENF. MG SANDRA FELISA MUÑOZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

POPAYÁN

2017

Contenido

Pág.

1.	Introducción.....	5
2.	Problema	7
3.	Justificación	9
4.	Objetivos.....	11
	4.1 Objetivo general.....	11
	4.2 Objetivo específico.....	11
5.	Marco referencial.....	12
	5.1 Marco conceptual.	12
	5.2 Marco teórico.....	24
	5.3 Marco legal.	27
6.	Metodología	30
	6.1 Tipo de estudio.	30
	6.2 Universo.....	30
	6.3 Unidad de análisis.	30
	6.4 Tipo y técnica de muestreo.....	30
	6.5 Análisis de la información.....	32
	6.6 Operacionalización de variables	33
	6.7 Técnica y procedimiento de recolección de la información.....	33
	6.8 Análisis de datos.....	34
	6.9 Consideraciones éticas y legales.	35
	6.10 Análisis del riesgo beneficio.....	38
	6.11 Mecanismos de difusión del conocimiento.	39
7.	Resultados	40

7.1 Resultados de encuesta a pacientes.	40
7.2 Resultados encuestas a enfermeros.	50
8. Discusión.....	59
9. Conclusiones y recomendaciones.....	62
10. Referencias bibliográficas	64
11. Anexos	66
11.1 Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.....	66
11.2 Instrumento de valoración de la planificación del alta para profesionales de enfermería.....	71
11.3 Consentimiento informado.....	76
11.4 Cronograma	80
11.5 Presupuesto	85

1. Introducción

El plan de alta se considera una herramienta fundamental para la continuidad de los cuidados en casa. Este consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma verbal y escrita al paciente de tal forma que sean comprensibles, por tanto se espera que el usuario, al salir de la institución de salud, además de resolver o controlar en mayor medida el problema causante de su ingreso, adquiera los conocimientos necesarios para su autocuidado. En éste, el enfermero emite recomendaciones y proporciona orientación con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, brindando información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico (López, Leonel, Córdoba y Campos, 2014, p.2).

El plan de alta debe realizarse a partir de una correcta identificación y pleno conocimiento de la situación del paciente, teniendo en cuenta tanto sus limitaciones como las de su familia. Dicha identificación la debe realizar el personal de enfermería, permitiendo establecer de manera clara y concreta los cuidados que requiere el paciente, de modo que este los pueda aplicar en el momento de su egreso, enfocado a sus necesidades, con la finalidad de prevenir complicaciones y disminuir reingresos.

Como estrategia educativa favorece la atención primaria en salud, al permitirle dar continuidad a los cuidados del paciente, prevenir complicaciones, reingresos y quejas como también disminuir costos al sistema general de salud (López, Leonel, Córdoba y Campos, 2014, p.2).

Sin embargo, se ha observado que los pacientes abandonan las instituciones hospitalarias inseguros y en algunas ocasiones sus cuidadores no tienen el conocimiento suficiente sobre los procedimientos para administrar el tratamiento a seguir, por lo tanto es importante que el plan de alta tenga un componente de reforzamiento, solución de inquietudes y supervisión de los procedimientos para aplicar el cuidado, de manera que se brinde confianza y se permita el desarrollo de la habilidad para la administración de componentes del tratamiento óptimamente (Caicedo, Gualteros y López, 2009, p.118).

El Hospital San José de Popayán, es una institución de nivel complementario, con una tasa de reingresos hospitalarios antes de 15 días por la misma causa de 0,2 reingresos por cada 100 egresos en el año 2016. A pesar de tener un bajo número de reingresos por la misma causa, en los registros hospitalarios no existen documentos que evidencien el proceso de planificación del alta por enfermería, como tampoco se conoce la percepción que tienen los pacientes de las labores educativas de la enfermera y la percepción de la enfermera con su compromiso educativo, las técnicas educativas, las estrategias institucionales de apoyo al autocuidado a los pacientes y personal de apoyo, que garanticen la comprensión del paciente y su cuidador por lo cual el objetivo de esta investigación fue evaluar la ejecución del plan de alta por los profesionales de enfermería en los servicios de medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José, Popayán 2017.

2. Problema

Al considerarse que un paciente puede ser dado de alta de un centro hospitalario no significa, desde el punto de vista de Enfermería, que dicho individuo no requiere atención para su autocuidado, sino que debe orientar el plan de atención a la etapa final del proceso hospitalario, que conlleva a la preparación de ese individuo y su familia para asumir el autocuidado sin la presencia 24 horas del personal de Enfermería (Vargas y Fernández, 2011, p.13). Como herramienta para este fin, encontramos el plan de alta. En éste, el profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico (López, Leonel, Córdoba, Campos, 2014, p.13). La ejecución del plan de alta permite garantizar la calidad del cuidado en casa, la prevención de las complicaciones en el hogar y la disminución del índice de reingresos hospitalarios. Sin embargo, se ha observado que los pacientes abandonan las instituciones hospitalarias inseguros y en algunas ocasiones sus cuidadores no tienen el conocimiento adecuado sobre los procedimientos para administrar el tratamiento a seguir. Por lo tanto, es importante que el plan de alta tenga un componente de reforzamiento, solución de inquietudes y supervisión de los procedimientos para aplicar el cuidado, de manera que se brinde confianza y se permita el desarrollo de la habilidad para la administración de componentes del tratamiento óptimamente. (Caicedo, Gualteros y López, 2009)

Este proyecto de investigación se llevará a cabo en los servicios de medicina interna y quirúrgicas de adultos, del Hospital San José de Popayán, por ser una de las unidades de atención

hospitalaria, que mayor índice de egresos presenta. Actualmente el Hospital San José, cuenta en su proceso de Acreditación institucional, con un formato de egreso, donde quedan consignadas las indicaciones médicas, que el paciente debe llevar a cabo en su domicilio; Sin embargo en los registros hospitalarios no existen documentos que evidencien el proceso de planificación del alta por enfermería, como tampoco se conoce la percepción que tienen los pacientes de las labores educativas de la enfermera y la percepción de la enfermera con su compromiso educativo, las técnicas educativas, las estrategias institucionales de apoyo al autocuidado a los pacientes y personal de apoyo, que garanticen la comprensión del paciente y su cuidador.

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo se realiza el plan de alta por parte enfermería en los servicios de Medicina interna y Quirúrgicas del HUSJ de Popayán?
- ¿Cuál es el nivel de entendimiento de los pacientes frente al plan de alta realizado por enfermería?

3. Justificación

Entre los estándares contenidos en la resolución 123 de 2012, se encuentra el estándar de salida y seguimiento, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento. Una de las formas de concretar esta actividad, es mediante el plan de alta. Para L. Carpenito, (como se citó en López et al., 2014). el plan del alta de enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente. Como estrategia educativa favorece la atención primaria en salud, al permitirle dar continuidad a los cuidados del paciente, prevenir complicaciones, reingresos y quejas como también disminuir costos al sistema general de salud.

El Hospital San José de Popayán, es una institución de tercer nivel de atención que se encuentra en proceso de acreditación de alta calidad. Con una tasa de reingresos del paciente hospitalizado antes de 15 días por la misma causa para el año 2016 de 0,2 reingresos por cada 100 egresos. Sin embargo, al investigar sobre la evaluación e impacto de este proceso, encontramos que no se encuentran registros de la realización de éste y mucho menos del seguimiento de los pacientes.

Teniendo en cuenta que el cuidado de enfermería, se basa en patrones de necesidades y diagnósticos que garantizan al paciente y su familia la finalización del proceso de atención; la presente investigación pretende, documentar las actividades que realizan los enfermeros y aportar al desarrollo de:

- Una línea de base, que permitirá realizar un acercamiento cuantitativo a las causas que generan reingresos hospitalarios.
- Un plan de mejoramiento para el Hospital San José.
- Un punto de referencia, con otras investigaciones sobre Plan de cuidados
- En la carrera de enfermería, al inicio de una línea de investigación.
- En los estudiantes investigadores, un referente investigativo y modelo para nuevas investigaciones.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general.

Evaluar la ejecución del plan de alta por los profesionales de enfermería en los servicios de medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José, Popayán 2017.

4.2 Objetivo específico.

- Caracterizar socio demográficamente al enfermero y pacientes participantes.
- Identificar la metodología para la elaboración de planes de alta que usan los enfermeros.
- Identificar las estrategias educativas que utiliza el enfermero, para la elaboración de plan de alta.
- Determinar el nivel de entendimiento del paciente respecto al plan de alta.

5. Marco referencial

5.1 Marco conceptual.

5.1.1 *Plan de alta de enfermería.*

El plan de alta es una actividad que el personal de enfermería comienza a planear desde que tiene contacto con la persona enferma y se concluye cuando ésta es dada de alta; consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma oral y escrita al paciente de tal forma que sea comprendido a cabalidad (Pinzón, 1997, p.2). una vez se ha firmado la salida por parte del médico y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta: Epicrisis, fórmula médica, entrega de rayos X si está establecido en la institución, facturación realizada, cancelación si es el caso, remisión a otra institución, otros trámites institucionales, determinación del medio de transporte y el acompañante para llevar al enfermo hasta su lugar de destino.

Constituye una herramienta fundamental gracias a la cual se espera que el enfermo, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades, sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar. Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa; Tobón y García (2004). Afirman también que:

Estas incluyen alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto, y prácticas de auto-cuidado en los procesos mórbidos. (p.33)

Cabe anotar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado.

En Colombia el Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas ha trabajado los planes de alta a partir de la mnemotecnia **MÉTODO**, que corresponde a los cuidados relacionados con: **M**edicamentos, **E**ntorno, **T**ratamientos no farmacológicos, **O**rganización ambulatoria, **D**ieta y **O**tros; Con el fin de reforzar y ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma o convaleciente, bien sea proporcionados por ella misma (auto-cuidado) o por su familia o cuidador (asistencia) y ha propuesto nuevos aspectos para incluir en el plan de alta. La Nursing outcomes classification (NOC) (como se citó en Pinzón, 2005). Incluye varios de los puntos que se enuncian a continuación, como necesarios para que la persona que asiste al enfermo pueda desempeñar de manera satisfactoria su rol. De manera análoga, puede decirse que son igualmente importantes cuando el encargado de proporcionar los cuidados es la persona misma.

Con el fin de ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma, para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, propone la palabra **CUIDARME**,

que hace alusión al objeto de la profesión y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud. Esta palabra corresponde a: **Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad.**

- **Comunicación:** Identificar la institución y la persona del equipo de salud a la cual debe recurrir la persona enferma cuando presenta molestias y complicaciones, y las personas de su familia a las cuales puede solicitar colaboración; las redes de apoyo que puede buscar según el caso (grupos de diabéticos, de hipertensos, de alcohólicos anónimos, juveniles, religiosos, de jubilados, asociaciones de padres, etc.).
- **Urgente:** Informar acerca de los signos de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, datos que la persona enferma debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan; de este punto depende, en buena medida, la calidad de vida de la persona. Incluye, además, la información sobre sitio, fecha y hora del próximo control y los documentos que debe llevar (de identificación, carné de la seguridad social, epicrisis, fórmula médica, rayos X. etc.).
- **Información:** ¿La persona conoce, y desea saber cuál es su enfermedad, tratamiento y pronóstico? Dependiendo de esto, solicitar al médico tratante que proporcione la información correspondiente. Aclarar las dudas que tenga la persona con respecto a los cuidados, e indagar acerca de si requiere alguna otra

información sobre su estado clínico; el profesional de enfermería, debido a la cercanía y conocimiento integral de aquel a quien cuida, está en una posición privilegiada que le permite identificar oportunamente esas necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad por parte de la persona. Verificar si conoce sus derechos relacionados con la salud y cómo y dónde ejercerlos y los servicios que le ofrece el sistema de salud.

- Dieta: Este aspecto incluye la información relativa a dietas especiales si las requiere, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación y otros tópicos relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico. Deben tenerse en cuenta los gustos y la capacidad económica de la persona, para sugerir alimentos que estén a su alcance y para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.
- Ambiente: Para hacer las recomendaciones acerca de este punto, es necesario haber indagado previamente sobre el ambiente doméstico, laboral y social en el que se mueve la persona y que incide en su salud y en la de su familia, para dar la educación e información correspondientes. Entre otros aspectos están: disposición y manejo de basuras, higiene del hogar, tenencia de animales domésticos y plantas (por la posibilidad de zoonosis y de que se desencadene crisis en personas con problemas alérgicos, entre otros), riesgos arquitectónicos como escalas, balcones, azoteas, uso de tapetes que puedan ocasionar caídas, ubicación de la habitación

con respecto de otras áreas a donde deba desplazarse (baño por ejemplo), en especial si la persona tiene alguna limitación para la movilización o un deterioro visual, ventilación e iluminación de la vivienda y del sitio de trabajo, uso de elementos de protección laboral. Se trata, en todo caso, de considerar aspectos del ambiente que rodea al enfermo que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sus factores de riesgo y factores protectores.

- **Recreación y uso del tiempo libre:** Tener en cuenta los datos recolectados durante la valoración por patrones acerca de cómo usa la persona su tiempo libre y, de acuerdo con ello, brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad. Comentar con ella acerca de los recursos que existen en el barrio y en el trabajo y que podrían resultar atractivos, adecuados a las condiciones de la persona y posibles, tales como clubes de caminantes, clases de culinaria, equipos deportivos, parques, entre otros. Es importante tener en cuenta la socialización a través de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.
- **Medicamentos y tratamientos no farmacológicos:** Transcribir con letra clara la fórmula médica y discutir el horario más adecuado para la persona teniendo en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos, por ejemplo que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de unos de ellos y, en cambio, para otros se

recomienda la administración con los alimentos, que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar. Tener en cuenta si la persona sabe leer, o si debe guiarse por algún indicio seguro para identificar los medicamentos. Hacer hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren medicación durante toda la vida. Informar y escribir con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato, verbigracia las náuseas y las alteraciones de la frecuencia cardíaca con los digitálicos, las hemorragias al recibir anticoagulantes. Si es el caso, tratar explícitamente los riesgos de la automedicación y la importancia de acudir a la asistencia profesional en caso de requerirse. No olvidar que, con frecuencia, las personas consumen medicamentos para patologías diferentes a lo que motivó la consulta: a menos que el médico indique lo contrario, estos medicamentos deben seguir administrándose, situación que debe ser comentada al enfermo o a su cuidador. Incluir información sobre tratamientos no farmacológicos que requiera la persona, tales como curaciones (frecuencia, sitio a donde debe acudir), cambios de sonda, administración de oxígeno, nebulizaciones, actividades recomendadas y desaconsejadas o “prohibidas”, tiempo que debe esperar antes de reiniciar su vida sexual y modificaciones sugeridas a ésta de acuerdo con la situación clínica y la evolución de la persona (vale decir, actividades que exigen un esfuerzo físico menor, por ejemplo); indicación acerca

de los períodos de reposo recomendados de acuerdo con su estado, en particular en algunos post-operatorios e, incluso, en algunas patologías médicas, técnicas para manejo del estrés, ejercicios, fisioterapia, entre otros. En ocasiones, y en especial cuando la persona debe convivir por largo tiempo con alguno de estos tratamientos, ameritaría un entrenamiento previo de tal manera que, cuando sea dada de alta, esté él o su cuidador en condiciones de manejarlo correctamente; tal es el caso de quienes requieren oxígeno domiciliario, sonda vesical o de gastrostomía a permanencia, diálisis, por ejemplo.

- Espiritualidad: Los seres humanos somos trascendentes, y las manifestaciones del espíritu son múltiples; incluyen desde las expresiones artísticas hasta la dimensión religiosa, algunos aspectos que cada quien considera fundamentales como por ejemplo el amor, la solidaridad, el cultivo de sí mismo a través de la lectura, la unión familiar, la participación en grupos de reflexión, académicos o sociales, entre otras cosas. La enfermedad, con frecuencia, constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia y que impulsan al individuo para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, y orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto.

En particular cuando se cuida a personas en estado terminal, puede observarse la importancia que adquiere la dimensión espiritual; ocurre como si se diera un vuelco a la

escala de valores de modo que aspectos a los que se había dedicado un gran esfuerzo durante la vida pasan a un segundo plano (el dinero, el estatus social, los logros profesionales, el trabajo, la apariencia física), dejando el lugar a otros: abrazar a un ser querido, recibir un sorbo de agua dado con afecto, pedir perdón y ofrecerlo, admirar la belleza de la naturaleza, escuchar la risa de un niño, percibir la cercanía de las personas amadas y, en ocasiones, orar y llorar con ellas, revisar su fe. Si se está convencido de que el cuidado de enfermería es integral, estos entonces serán también elementos para tener en cuenta en el plan de alta. (Pinzón, 2014, p.19-22)

Nava (2014) afirma que “por medio del plan de alta el profesional de enfermería lleva a cabo promoción para la salud y prevención de la enfermedad, estrategias que deben estar presentes a lo largo de todo el proceso de hospitalización que tienen aplicación a nivel individual y grupal.” (p. 143). Propone también que:

Se debe registrar si el aprendizaje del cuidador es óptimo o deficiente para reforzar las debilidades en la capacitación; esto va a garantizar que el plan de alta favorezca y proporcione cuidados y seguridad al enfermo en el hogar; además que al momento de ejecutar y evaluarlos quede asentado en un documento legal que debe estar en el expediente clínico para notificar a otras disciplinas, como a los médicos, enfermeros, nutriólogos y trabajadores sociales, que se proporcionó capacitación individualizada a cada enfermo y cuidador, presentando una visión global, rápida y clara del estado del paciente y de los cuidados enfermeros que se precisan.(p.143)

5.1.2 Alta hospitalaria.

Para el instituto Vasco de Estadística, se denomina alta hospitalaria al cierre (por curación, fallecimiento o traslado) de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico. En el alta hospitalaria se transfiere la responsabilidad entre el médico del hospital y el médico de atención primaria (Eymin, Aizman, Lopetegui y Manjarrez, 2014, p.229). El alta es un proceso complejo y multidisciplinario que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos, entre los que se encuentran pacientes dados de alta a casas de reposo; con hospitalizaciones muy breves; con hospitalización en los últimos 6 meses; en cuidados paliativos; con pobre red social de apoyo; con baja comprensión en relación a cuidados médicos; con consumo de sustancias; con limitada disponibilidad de transporte a controles; con polifarmacia; usuarios de digoxina, aspirina y clopidogrel, insulina y warfarina; adultos mayores con depresión; con cáncer, insuficiencia cardiaca o accidente cerebrovascular.(Eymin, et al., 2014, p.230). Por la evolución del paciente el facultativo responsable del mismo debe prever con cierta anticipación el alta hospitalaria. Esta información se la hará saber verbalmente al paciente o sus representantes legales al menos con 24 horas de antelación (el día previo), para permitir la organización del traslado y la preparación de la vivienda del paciente. En el Hospital Universitario Gregorio Marañón Madrid) El día del alta hospitalaria el facultativo responsable debe comprobar que se cumplen los criterios de alta y confirmar la misma, al paciente y al personal de enfermería de la sala. El personal de enfermería de la sala es responsable de preparar al paciente para

su traslado al domicilio: adecuación de la vía, administración de las últimas dosis de medicación y aplicación, en general del protocolo de continuidad de cuidados de enfermería.

5.1.3 Promoción de la salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud". Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

En términos más sencillos, la promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles”.

Es claro que en el centro de la promoción de la salud se encuentra el derecho a la participación de las comunidades en la fijación de prioridades en salud y calidad de vida, así como en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de estrategias para mejorar el nivel de salud.

Por lo anterior se reconoce que es necesario reforzar la acción comunitaria en la planificación colectiva de los procesos de salud, así como en la asunción de la propia responsabilidad por la misma y en el aumento de control sobre lo que la determina, lo cual pasa por la ampliación de las capacidades de las comunidades para su ejercicio y su real empoderamiento.

La participación es indispensable para el sostenimiento de las estrategias, proyectos, planes y políticas en salud, por lo cual se requiere también, que el Estado proponga y garantice los escenarios para su materialización, en un diálogo con la sociedad civil que permita construir verdadera gobernanza en salud. Así mismo es de capital importancia la documentación de las (buenas) prácticas participativas en el abordaje de los DSS de la salud, con el fin socializarlas y compartirlas con la comunidad internacional. (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2016, p.16)

5.1.4. Educación para la salud.

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

Educación para la salud (Concepto OMS, 1998) comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a

mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Durante el último siglo muchos autores han conceptualizado la educación para la salud, y en todas ellas se puede identificar un objetivo común el cual es: la modificación, en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades. Este cambio en el comportamiento se logra al modificar los conocimientos y las actitudes.

Al ser el primer nivel de atención el contacto inicial de los individuos con el sistema de salud, es prioritario implementar la educación para la salud, en función de la promoción y la prevención de la enfermedad, para dirigirla especialmente a la población sana.

La educación para la salud debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud. La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud. (Redondo, 2004, p.8)

5.2 Marco teórico.

Durante el proceso de alta del paciente es necesario que el enfermero identifique las necesidades de cuidado pertinentes para una óptima recuperación de la salud y con base en estas establecer un plan de intervención, por esta razón se toma como referencia el Modelo de cuidados de Virginia Henderson que parte de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo central para la actuación enfermera y que tiene como objetivo que el paciente sea independiente lo antes posible. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tienden al máximo desarrollo de su potencial. (Ibarra, 2012)

Peña (2016) ha descrito cuatro conceptos en relación con el paradigma de Virginia Henderson.

- **Salud:** La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. El objetivo es que los individuos recuperen la salud o la mantengan, si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera salud la habilidad del paciente para realizar sin ayuda las 14 necesidades básicas. Henderson equipara salud con independencia.
- **Persona:** Es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** Para Henderson un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad. El entorno incluye la relación del individuo con la familia. También incluye la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.

- **Enfermera (cuidados o rol profesional):** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere:

La enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber lo que éste necesita. Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida, para el suicida; la pierna, para el amputado; los ojos, para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la "voz" de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo, y así sucesivamente.

(p.7)

5.2.1 Necesidades básicas:

Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.

3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. (Bellido y Lendínez, 2010, p.21)

Una de las necesidades planteadas por Henderson es ayudar al usuario a adquirir conocimientos, ya que es frecuente que el individuo enferme por desconocer. En estos casos, el establecimiento o la detención de la enfermedad dependen de la reeducación que puede ser brindada por medio del plan de alta de enfermería. La misión educativa de enfermería en materia de salud es de enseñar con el ejemplo y con las respuestas que da a las preguntas que constantemente se le formulan y lo puede realizar con el sistema creativo o de repetición (Carreyo, 2011, p.25).

5.3 Marco legal.

5.3.1 Reglamentación del plan de alta.

El sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS) reglamentado por el decreto número 1011 de 2006, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados, los componentes del SOGC son los siguientes: El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Acreditación en salud (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2006). Este último reglamentado por el decreto número 903 de 2014 es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud Y Protección

Social (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2014)

El manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario del ministerio de la protección social aprobado por la Resolución 1445 de 2006 modificada por la resolución 123 de 2012, establece que las instituciones hospitalarias deben cumplir con ciertos estándares para su acreditación, esto incluye los estándares del proceso de atención al cliente asistencial y entre estos el estándar Salida y seguimiento por la que la organización debe contar con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior Seguimiento, esto incluye: -Estrategias para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso - Estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios -Para los casos en que la condición clínica, física y/o mental lo amerite, el egreso será dado en compañía de un adulto responsable, previa valoración por el médico tratante -Comunicación de toda la información relevante a la empresa promotora de salud, administradora, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento-Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento que incluyen: lugar, fecha y razones de referencia y personas que debe contactar- Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento- Existencia para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios - Información de los trámites que los usuarios deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional

tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor -Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional- Plan de cuidado escrito que incluye la explicación acorde con el nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación y signos y síntomas de alerta temprana de posibles complicaciones, si aplica - El profesional tratante debe proveer información básica al usuario y su familia como resultado de su atención. Especial importancia se le da a los cuidados y el autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.) -Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD], 2011)

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio.

Estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, transversal

6.2 Universo.

La población sujeto de estudio está conformada por:

- Profesionales de Enfermería de los servicios medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José.
- Pacientes con alta programada 24 horas o menos antes del egreso hospitalario.

6.3 Unidad de análisis.

- Pacientes atendidos en los servicios de Medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José de Popayán, con egreso hospitalario, en el periodo septiembre y octubre del año 2017
- Profesionales de enfermería en los servicios de Medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José de Popayán, que se encuentran laborando en el mes de septiembre y octubre del año 2017.

6.4 Tipo y técnica de muestreo.

6.4.1 Pacientes:

Muestreo inicial: Probabilístico estratificado

Con base en el reporte de egresos del año 2016 del Hospital San José, Se toma el total de egresos entre los meses de agosto a diciembre en los servicios de medicina interna y quirúrgicas, y se obtiene el promedio de egresos de cada servicio entre estos meses, la suma

de éste nos da el total de la población.

Medicina Interna: total de egresos: 351 en los 5 meses, obteniendo como resultado una media de 70.

Quirúrgicas: total de egresos: 911 en los 5 meses obteniendo como resultado una media de 182.

Total de población: 252; se procede a sacar la muestra por medio de la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2 * p * q}{d^2(N-1) + Z^2 * p * q}$$

N: Total de la población 252

Z: Nivel de confianza 95%: 1,96

P: Proporción esperada 0.25

q: 1-p (en este caso 1-0.25=0.75)

d: Precisión (deseamos un 5% o sea 0.05)

$$n = \frac{252 * 1,96^2 * 0,25 * 0,75}{0,05^2 * (252 - 1) + 1,96^2 * 0,25 * 0,75}$$

$$n = \frac{174,1}{1,31}$$

$$n = 133$$

La muestra para el estudio es de 133 pacientes, se realiza la estratificación de la muestra teniendo en cuenta la proporción de egresos en cada servicio, donde 96 corresponde al servicio de quirúrgicas y los 37 restantes al servicio de medicina interna.

SERVICIO	N	%	N
M.I	70	28	37
QCAS	182	72	96
TOTAL	252	100	133

Muestreo final: No probabilístico por conveniencia.

Se incluirán todos los pacientes en los servicios de medicina interna y quirúrgicas que tengan un alta programada menor a 24 horas en el periodo septiembre y octubre del año 2017, que deseen participar voluntariamente hasta completar la muestra.

6.4.2 Profesionales:

La muestra es el universo de profesionales de enfermería que laboren en los servicios de medicinas interna y quirúrgicas del Hospital San José de Popayán.

6.5 Análisis de la información.

6.5.1 Criterios de inclusión.

- Paciente mayores de 18 años, que acepten participar voluntariamente en la investigación y firme el consentimiento informado.
- Pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Medicina Interna con pre alta 24 horas o menos antes del egreso
- Profesional de enfermería que labore en los servicios de Medicina Interna y quirúrgicas, que acepte participar en el estudio, con un tiempo de vinculación mayor a 1 año.

6.5.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten alteración en el nivel de conciencia, trastornos del lenguaje, enfermedades mentales que limiten responder el cuestionario mediante evaluación médica.
- Pacientes a quienes se les suspenda el egreso durante la aplicación de los instrumentos.

6.6 Operacionalización de variables

6.6.1 Variable Dependiente: Proceso de planificación del alta, educación y satisfacción del paciente en el alta hospitalaria.

6.6.2 Variable Independiente: Datos sociodemográficas, información para el cuidado en casa, antecedentes de hospitalización, características y proceso de la planificación del alta.

6.7 Técnica y procedimiento de recolección de la información.

Previo aval del comité de ética se dará inicio a la recolección de la información, para lo cual se realizará:

1. Calibración de los investigadores para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
2. Prueba piloto del instrumento en el 10% de la muestra en el servicio de medicina interna y medico quirúrgicas.

3. La recolección de la información se realizará por todos los investigadores de este estudio. Los investigadores se organizarán en parejas y se dividen por los servicios de medicina interna y quirúrgicas.

4. Ya identificados los participantes, se abordarán personalmente, para realizar una breve presentación de la investigación, de los objetivos del estudio, el tiempo y proceso a seguir durante la encuesta y la finalización del estudio. Si la persona acepta, se procede a realizar la lectura y aceptación del consentimiento informado para iniciar la recolección de datos.

5. Se realizará la encuesta al personal de enfermería y a los pacientes bajo la orientación de los investigadores.

6. Se revisará que el formulario de la encuesta debe estar completo sin espacio en blanco para no tener errores en el análisis de la información

6.8 Análisis de datos

- A cada cuestionario, se le asignará un número consecutivo con el fin de llevar un orden en la tabulación de la información.
- Se realizará una matriz de datos por medio del software estadístico SPSS.
- Se realizará un análisis univariado mediante distribución de frecuencias y medidas de tendencia central: promedio y desviación estándar.
- La asociación de las variables cuantitativas y análisis bivariado, se realizará mediante correlación de Pearson.

6.9 Consideraciones éticas y legales.

6.9.1 Principios éticos.

- **Respeto por las personas** Es la capacidad del profesional de salud y los pacientes de decidir ser parte de la investigación, previamente serán informados sobre esta y su derecho de retirarse en cualquier momento, se solicitará el consentimiento informado de manera verbal y escrita, garantizando la confidencialidad de la información al conservar el anonimato de los participantes y al ser los investigadores los únicos con acceso a estos.
- **Autonomía** Durante el estudio se brindará respeto tanto a los pacientes como al profesional de salud quienes estarán en la capacidad de elegir su participación voluntaria previa información del estudio a realizar, su decisión será respetada por el grupo de investigadores con el fin de dar cumplimiento a este principio, respetando así los criterios que cada persona tiene y dando libertad de obrar de acuerdo a los mismos.
- **Confidencialidad** Se garantizará la privacidad de la información recolectada mediante el acceso único por parte del grupo de investigadores, esta se almacenará en un computador de propiedad del equipo de investigación y los registros en físico serán archivados durante cinco años bajo custodia de los investigadores.

Cabe resaltar que los resultados de la investigación serán socializados al Hospital San José y la información recopilada no será utilizada en otras investigaciones.

- **Beneficencia** Este proyecto de investigación procurará beneficiar a los pacientes y al HSJ, ampliando el campo de conocimiento en este tema y aportando información para que la institución fortaleciera las estrategias dirigidas a promover una cultura de una correcta planeación, realización y ejecución de un plan de alta, permitiendo que el paciente o cuidador participe de manera activa en el cuidado evitando que el individuo reingrese al hospital por complicaciones, esto optimizará la prestación de servicios y de esta manera podemos contribuir al alcance de la acreditación institucional.
- **No maleficencia** Durante la investigación no se causará ningún tipo de daño a los pacientes y al personal de salud, puesto que se empleará un cuestionario bajo estricta confidencialidad, no se realizará ningún tipo de intervención que altere de manera biológica, fisiológica, psicológica o social a los pacientes que participaron en el estudio. Se considerará suspensión de la investigación en cuanto se identifique un riesgo o daño para la salud del paciente.
- **Justicia** Todos los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y profesional de salud que laboren en el servicio de medicina interna, tendrán la posibilidad de hacer parte de la investigación, siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión previamente establecidos. No se discriminará a los pacientes por edad, sexo, raza, religión, orientación sexual, nacionalidad, razones culturales, políticas, sociales o económicas, puesto que todas las personas fueron tratadas por igual.

6.9.2 Aspectos legales.

La normatividad vigente que deberá tenerse en cuenta respecto a los aspectos éticos de la investigación son los siguientes:

- **Código de Nuremberg de 1947:** Para la participación del proyecto de investigación es de vital importancia la solicitud del Consentimiento informado. De igual manera el trabajo está diseñado para evitar todo sufrimiento físico, mental o daño innecesario.
- **Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948:** Por el hecho de ser una investigación realizada en seres humanos y a pesar de que no es un trabajo de experimentación, debe garantizarse la protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos involucrados.
- **Informe Belmont de 1978:** Por contener los principios y directrices éticos fundamentales para la investigación en seres humanos, en este caso serán utilizados: Respeto por las personas, beneficencia y justicia.
- **Min Salud Resolución 8430 de 1993:** Por establecer las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia. Para el trabajo de investigación anteriormente mencionado debe protegerse la privacidad del individuo, garantizarse el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- **Decreto 1377 de 2013:** Por la cual se reglamenta parcialmente la ley 1581 de

2012.

- **Ley estatutaria 1581 de 2012:** Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Para este trabajo de investigación es indispensable que todos los datos recolectados sean protegidos y solo utilizados para el ejercicio académico, en el cual solo los investigadores tengan acceso a ellos.
- **Código deontológico en Enfermería de 2004:** Para la investigación en enfermería deben tenerse en cuenta los principios y valores fundamentales que orientan la profesión como el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distingos de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, razón por la cual se pretende realizar el estudio en la totalidad de los enfermeros del servicio de medicina interna y los pacientes dados de egreso en un periodo de tiempo determinado.

6.10 Análisis del riesgo beneficio.

El diseño del presente estudio de tipo descriptivo, de corte trasversal y consiste en el diligenciamiento de un cuestionario, por este motivo el riesgo considerado para los participantes es mínimo. Las investigadoras consideran que una complicación que se pueda presentar durante el diligenciamiento del instrumento será la incomodidad que se pueda generar por la observación del sitio de trabajo.

Los beneficios de este estudio serán que, de acuerdo a los resultados, se podrían justificar a futuro acciones institucionales, administrativas o de investigación por parte del área de calidad y acreditación, que permitan establecer un plan de alta integro a los pacientes con egreso hospitalario y así mismo una adecuada estructura y ejecución por parte del personal de salud que está directamente relacionado con la satisfacción de los pacientes.

6.11 Mecanismos de difusión del conocimiento.

- El compromiso asumido por los investigadores con el Hospital San José es la socialización de los resultados del estudio, con el propósito de evaluar la estructura, ejecución del plan de alta por parte del personal de salud y el nivel de satisfacción de los pacientes al momento de brindarles el plan de egreso.
- Publicación del trabajo de investigación en una revista indexada como aporte al conocimiento científico sobre este tema.
- Productos de formación para recursos humanos, los investigadores tienen como propósito dar orientación a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la planificación del alta y las alternativas para su desarrollo.

7. Resultados

7.1 Resultados de encuesta a pacientes.

Durante el periodo de estudio se encuestaron 133 pacientes de los cuales el 36.9% (n=48) se encontraban en el servicio de quirúrgicas 1, el 33% (n=43) en el servicio de quirúrgicas 2 y el 32% (n=42) en el servicio de medicina interna. En cuanto a los datos sociodemográficos se encontró que el 50,3% (n=67) pertenece al género femenino y 49,5%(66) al masculino, en cuanto a la edad según el curso de vida el 8,2% (n=11) es joven, el 54,8%(n=73) adulto y el 36,8%(n=49) adulto mayor (Fig.I).

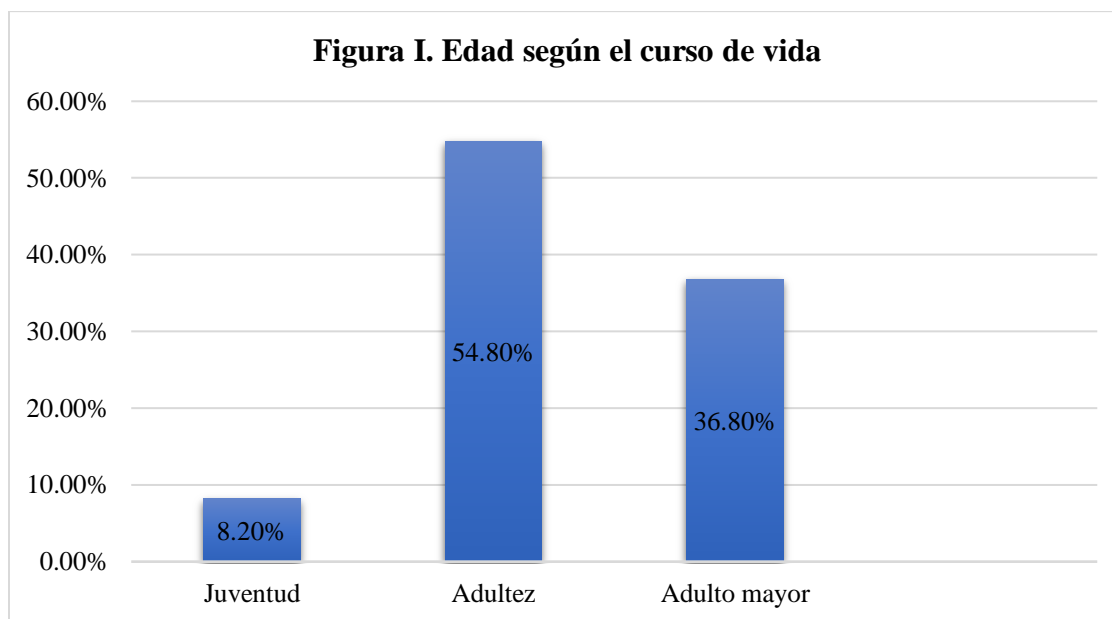


Figura I. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

En cuanto al departamento y municipio de procedencia el 88,7% (n=118) de los encuestados provienen del departamento del Cauca, el 67,7% (n=80) de la zona centro, 2,5% (n=3) de la zona

norte, 9,3% (n=11) de la zona oriente y 20,3% (n=24) de la zona sur; en cuanto al departamento y municipio de residencia, el 94,7% (n=126) residen en el departamento del Cauca, el 79,3% (n=100) en la zona centro, 1,5% (n=2) en la zona norte, 5,5% (n=7) en la zona oriente y 13,4% (n=17) en la zona sur. El 57,8% (n=77) de la vivienda es urbana y el 42,1% (n=56) rural (Fig. II).

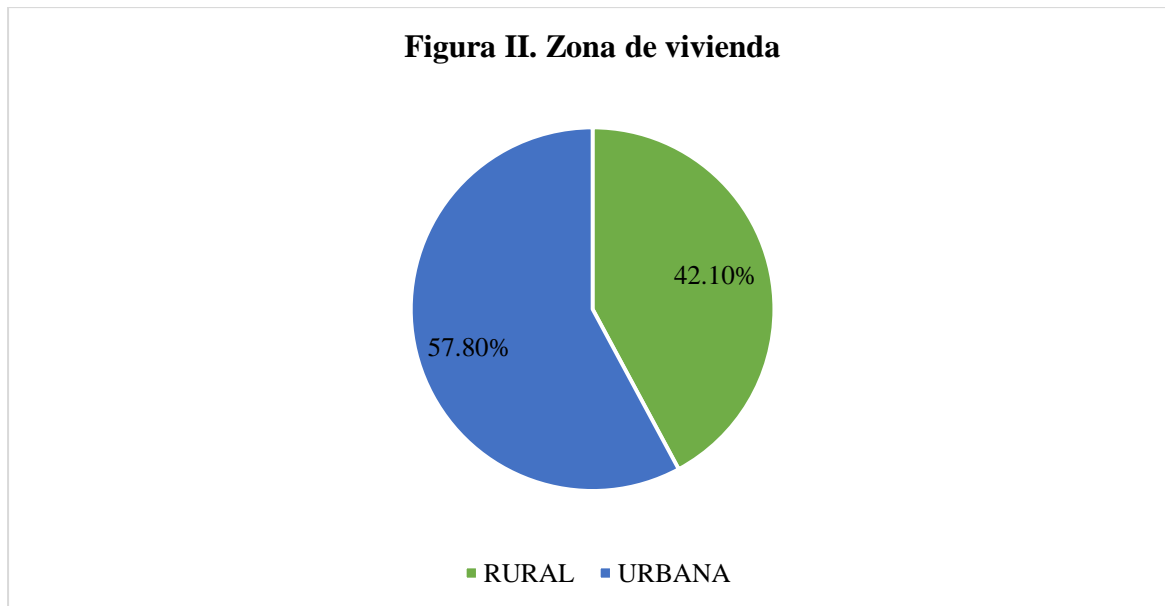


Figura II. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

Según el régimen de afiliación, el 67,6% (n=90) pertenece al régimen subsidiado, el 24,8% (n=33) al contributivo y el 7,5% (n=10) no se encuentra afiliado (Fig. III). La EPS que tiene mayores porcentajes de afiliación, es Asmet Salud con el 28,5% (n=38), Nueva Eps 20,3% (n=27), Emssanar 15,7% (n=21), Salud vida 9,75 (n=13), Asociación Indígena del Cauca 7,5% (n=10).

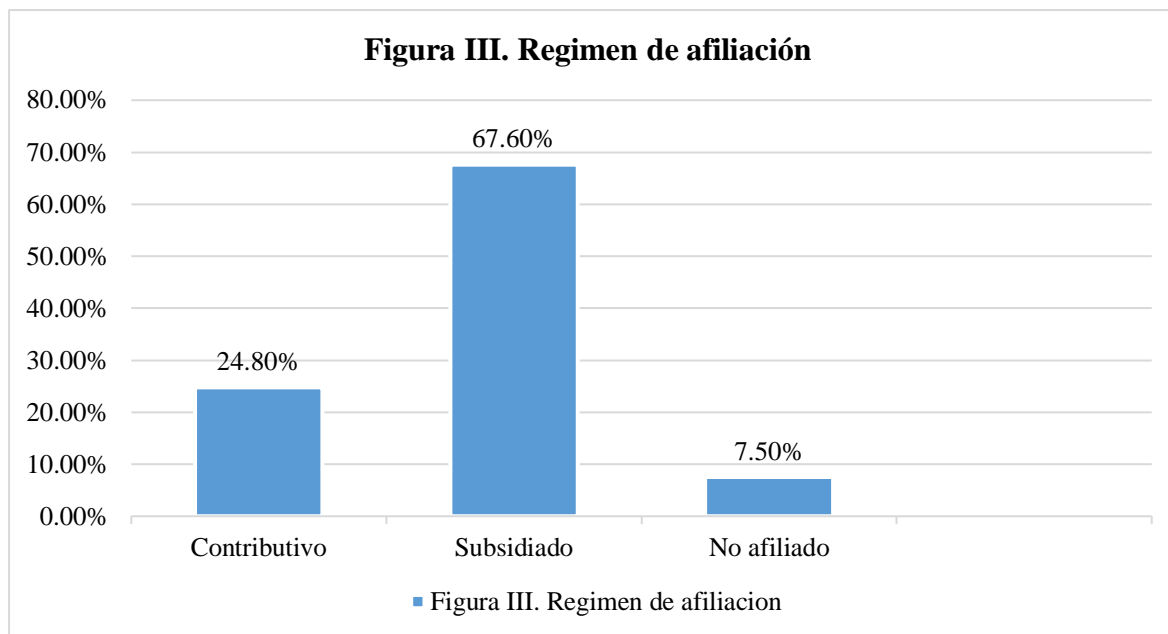


Figura III. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

Con respecto al estado civil, el 30.8% (n=41) son casados, el 29,35 (n=39) solteros, el 22,5% (n=30) se encuentran en unión libre, el 13,5% (n=18) son viudos y el 3,7%(n=5) separados. De acuerdo al estrato socioeconómico el 65,4%(n=87) pertenecen al estrato 1, el 18,7%(n=25) al estrato 2, el 9%(n=12) al estrato 3 y el 6,7%(n=9) al estrato 4. Según el nivel de escolaridad, el 9%(n=12) no ha realizado estudios, el 51,1%(n=68) termino la básica primaria, el 22,5% (n=30) la secundaria, el 9%(n=12) terminó estudios técnicos y el 8,2% (n=11) universitarios (Fig. IV)

En cuanto a la ocupación el 29,3%(n=39) trabaja independiente, el 25,5%(n=34) es ama de casa, el 17,2%(n=23) se encuentra desempleado, el 15%(n=20) son empleados y el 12,7% (n=17) realizan otras actividades.

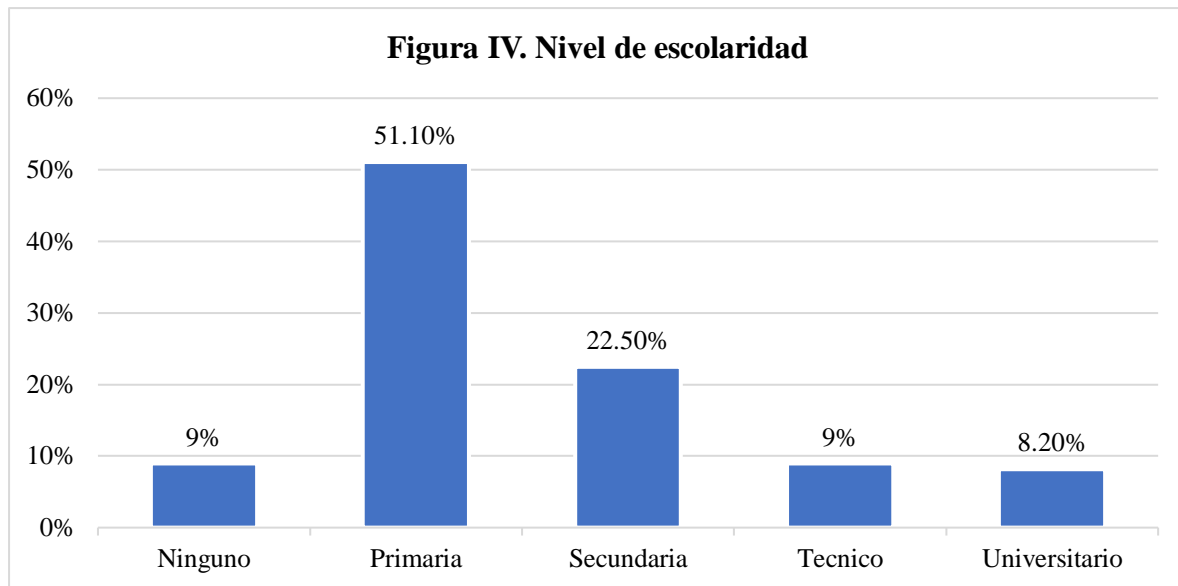


Figura IV Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

Respecto a las causas de hospitalización el 37,5% (n=50) se encuentran en postoperatorio, el 21,8% (n=29) por enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas, el 16,5% (n=22) por otras enfermedades, el 12% (n=16) por trauma, el 8,2% (n=11) por infecciones, el 3,7% (n=5) por eventos cardiovasculares agudos (Fig.V).

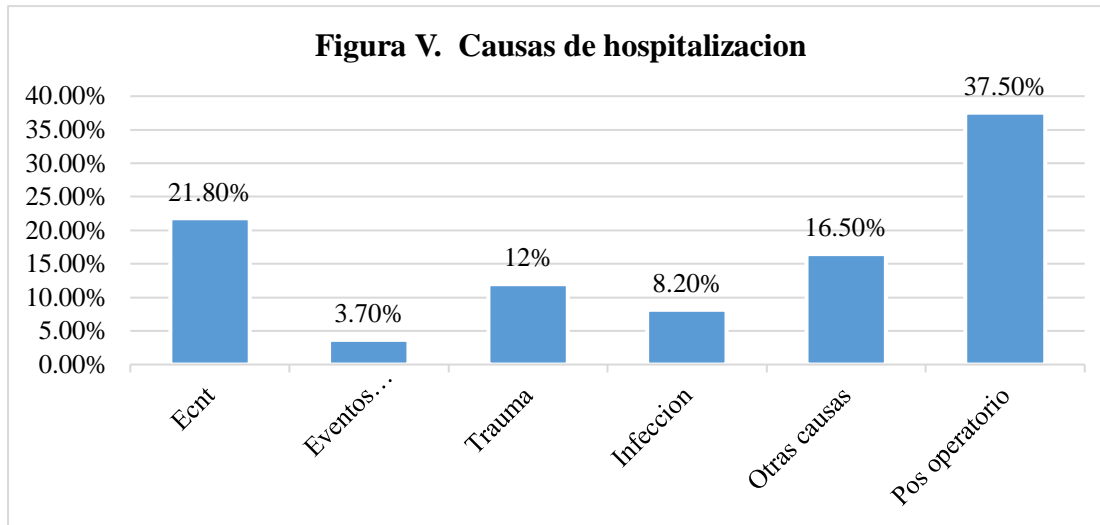


Figura V. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

Durante la entrevista, los pacientes refieren que se encontraban con egreso programado en un 94,7% (n=126) y el 5,3% (n=7) refieren no haberles informado. De los pacientes informados, el 58,6% (n=78) había recibido indicaciones en las últimas 48 horas sobre los cuidados en casa (Fig. VI). El mayor porcentaje de educación, fue dado por el enfermero en un 67,9% (n=53) y el 32,1% (n=25) lo dio otro miembro del equipo de salud (Fig. VII).

Figura VI. ¿ Le han indicado en las últimas 48 horas sobre los cuidados que debe tener en cuenta en casa?

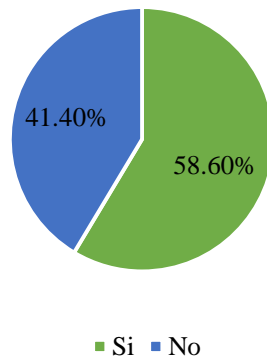


Figura VI. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

Figura VII. ¿Fue el enfermero quien indicó los cuidados?

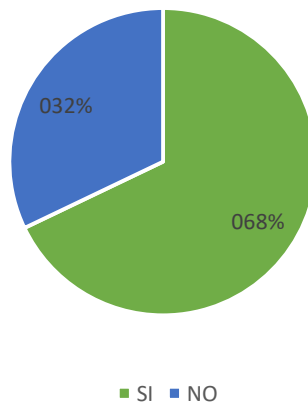


Figura VII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes

De las 53 personas que manifestaron que fue el enfermero quien indicó los cuidados, el 96,2% (n=51) refirió que recibió la información en la habitación del paciente y el 3,6% (n=2) en la

estación de enfermería. El 62,3% (n=33) considera que el lugar donde recibieron la información no interfirió en la comprensión de la educación, y el 37,7% (n=20) cree que si interfiere. En cuanto a las técnicas educativas utilizadas por el enfermero, el 86,8% (n=46) relatan que se realizó mediante charla, el 7,5% (n=4) solo recibieron documentos y el 5,7% (n=3) manifestaron que ambas (Fig. VIII).

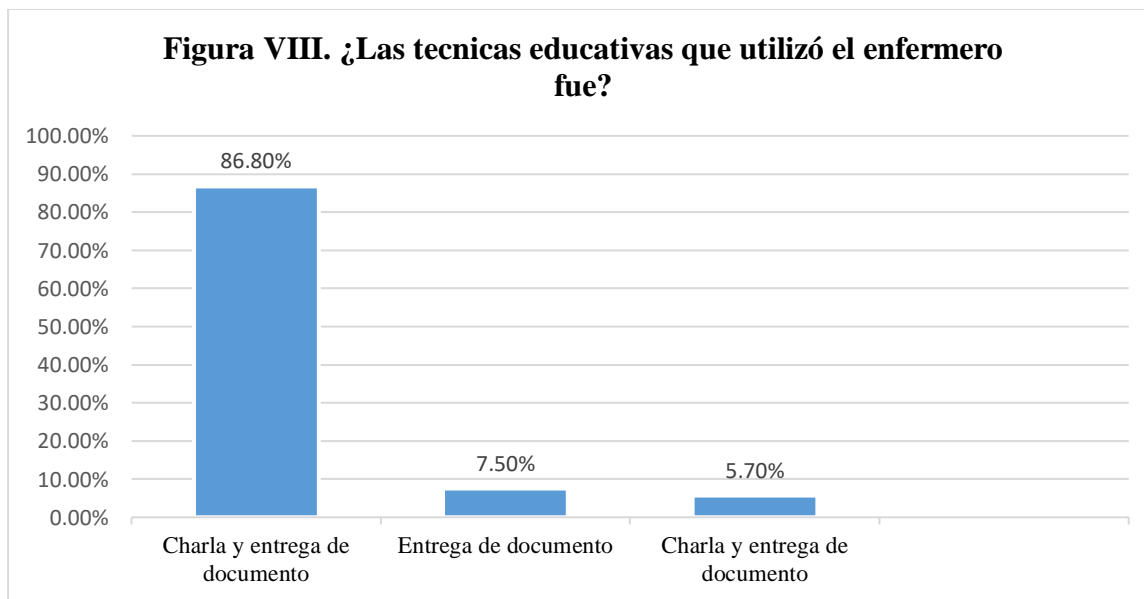


Figura VIII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

En cuanto a la educación que habían recibido los pacientes, se encontró que de 52 personas que requerían educación sobre el horario de medicamentos el 73,1% (n=38) la recibió, de 41 personas que requerían educación sobre los cuidados con heridas el 75,6% (n=31) la recibió, de 4 personas que requerían educación sobre medición de la glucosa el 25% (n=1) la recibió, de 7

personas que requerían educación sobre toma de presión arterial el 5,7%(n=3) la recibió, de 2 personas que requerían educación sobre los cuidados con sonda vesical el 100%(n=2) la recibió, de 8 personas que requerían educación sobre los cuidados con tubos, drenes y catéteres el 75%(n=6) la recibió, de 12 personas que requerían educación sobre cuidados con paciente en cama el 91,7%(n=11) la recibió, de 53 personas que requerían educación sobre los signos de alarma para regresar por urgencias solo el 60,4%(n=32) la recibió, de 51 personas que requerían educación sobre la dieta el 76,5%(n=39) la recibió, de 7 personas que requerían educación sobre los cuidados con nutrición enteral el 85,7%(n=6) la recibió y de 50 personas sobre la fecha del control con médico el 72%(n=36) (Fig. IX).

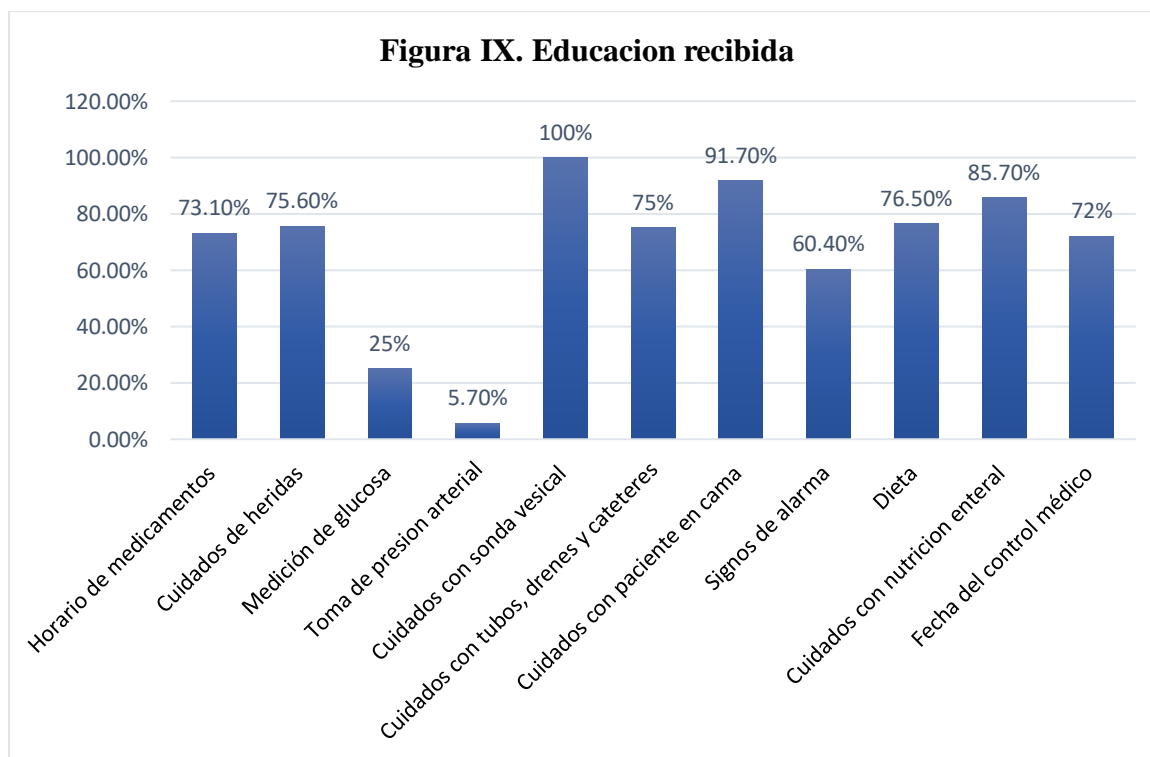


Figura IX. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes

El 98,1% (n=52) de los pacientes refirieron que el enfermero se comunicó de manera respetuosa y empática mientras brindaba la educación y que despejó sus dudas en un 92,5% (n=49) de los casos, el 100% (n=53) de las personas manifestaron entender las recomendaciones y calificaron la educación recibida como buena en el 90,6% (n=48) de los casos y regular el 9,4% (n=5) restante, (Fig. X).

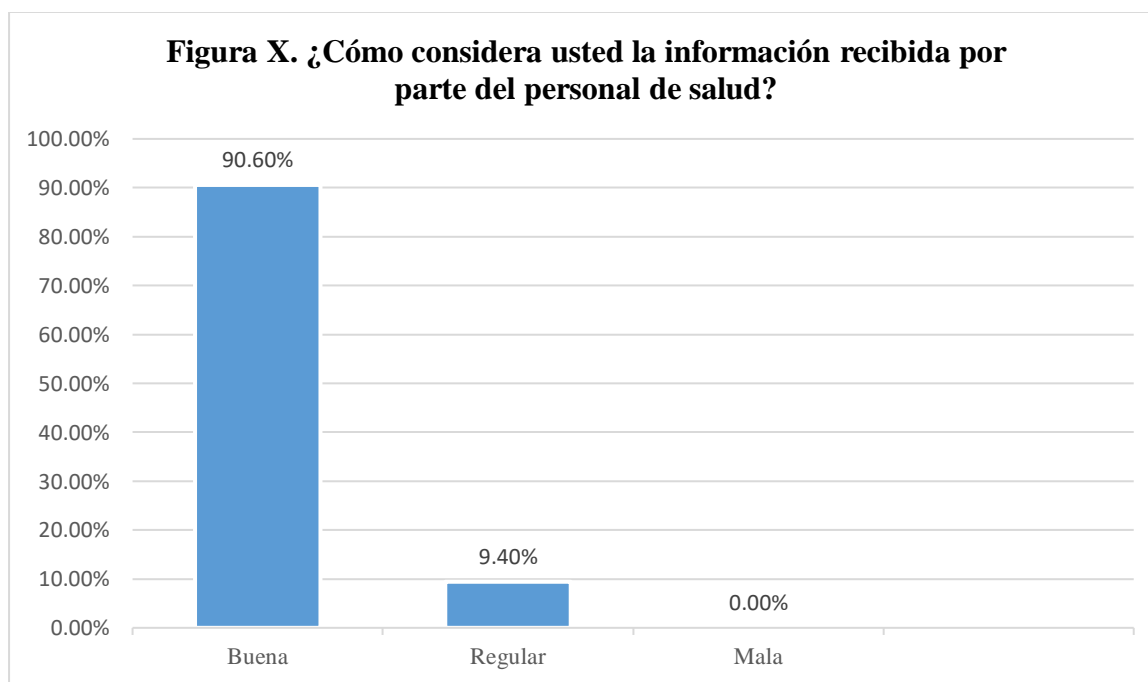


Figura X. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes

De los pacientes encuestados el 32,1% (n=17) refirieron haber estado hospitalizados en el último año, de éstos el 58,8% (n=10) manifestaron que fue por la misma causa de la hospitalización actual y de éstos el 30% (n=3) refirieron que no cumplieron con los cuidados indicados

anteriormente (Fig. XI). Entre las causas de incumplimiento se encuentran, no tomar los medicamentos en los horarios establecidos, no cuidarse en la alimentación, factores culturales y una persona refirió como causa no recibir ninguna indicación.

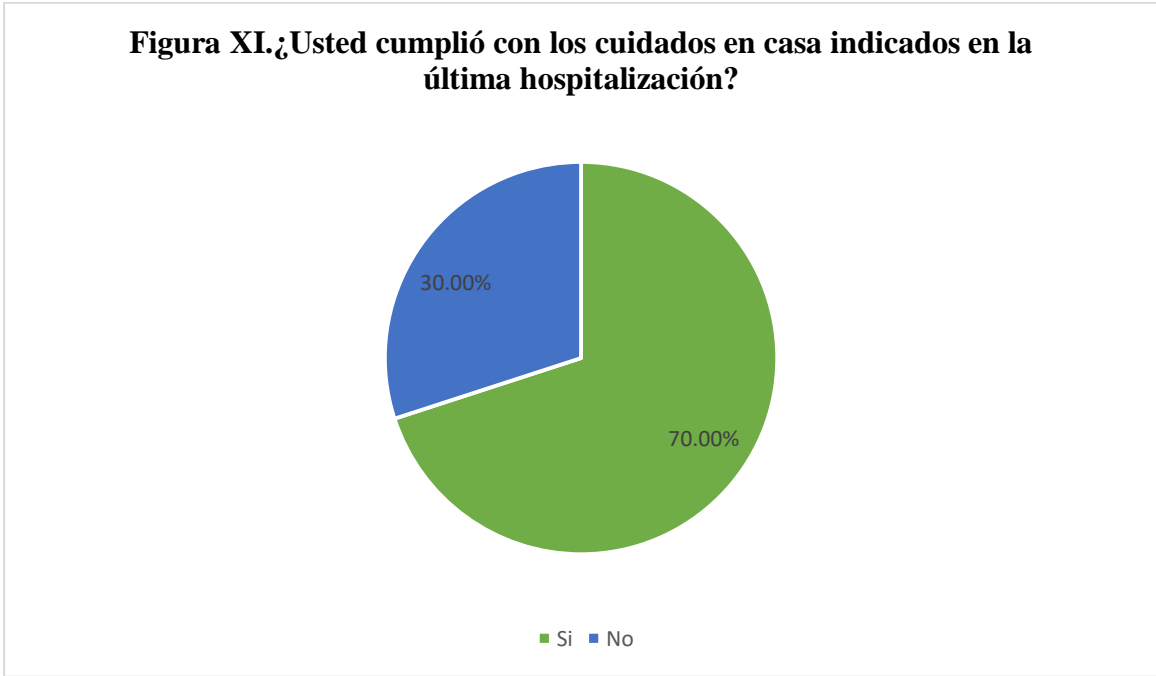


Figura XI. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes

7.2 Resultados encuestas a enfermeros.

De los 10 enfermeros encuestados, el 90% (n=9) pertenecen al género femenino y el 10% (n=1) al género masculino; Según el curso de vida el 90% (n=9) son adultas y el 10% (n=1) (Fig. XII). Laboran en el servicio de medicina interna y Quirúrgicas I en un 40% (n=4) cada una y el 20% (n=2) en Quirúrgicas 2.

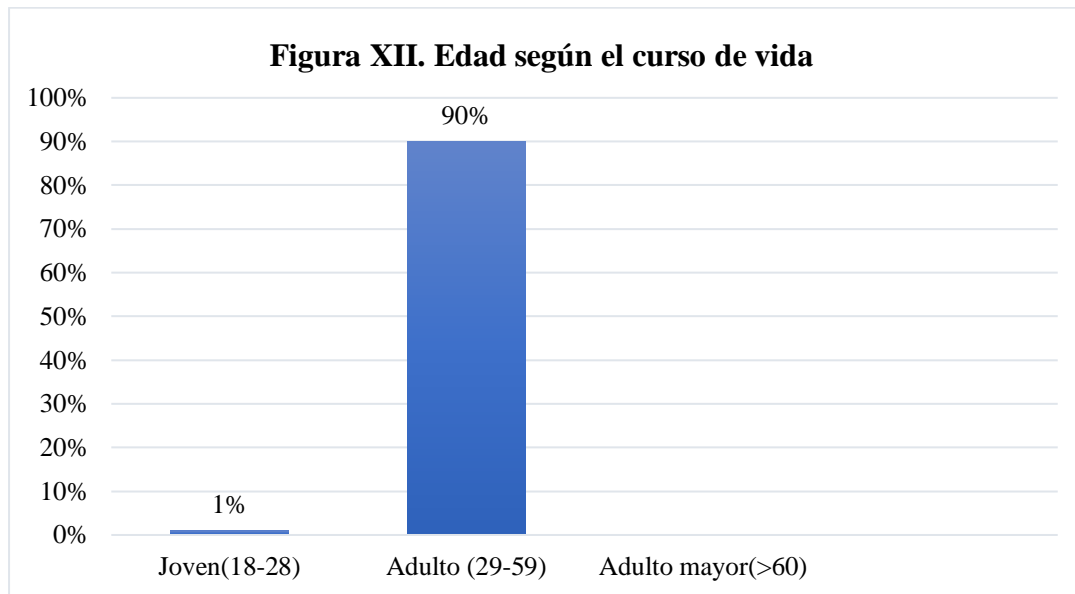


Figura XII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

Con respecto al estado civil, el 50% (n=5) de las enfermeros, son casadas, el 30% (n=3) solteras y el 20% (n=2) se encuentra en unión libre; Según su procedencia, el 60% son del departamento del Cauca y de éstos el 83,3% (n=5) son de Popayán; acerca del departamento y municipio de residencia el 100% (n=10) residen en Popayán, en la zona urbana en un 90% (n=9) urbana y el 10% (n=1) rural; Según estratificación, el 10% (n=1) residen en el estrato 1, el 50% (n=5) en el estrato 3, el 30% (n=3) en el estrato 4 y 10% (n=1) en el estrato 5. En cuanto al nivel de estudios,

el 50% (n=5) de los enfermeros, tienen estudios de posgrado; con una experiencia laboral de más de 10 años en un 70% (n=7), de 7 a 9 años el 10% (n=1) y de 4 a 6 años el 20% (n=2) (Fig, XIII); Según el tiempo de experiencia en el servicio, el 20% (n=2) llevan más de 10 años, el 10% (n=1) 7 a 9 años y 4 a 6 años cada uno y de 1 a 3 años el 60% (n=6).

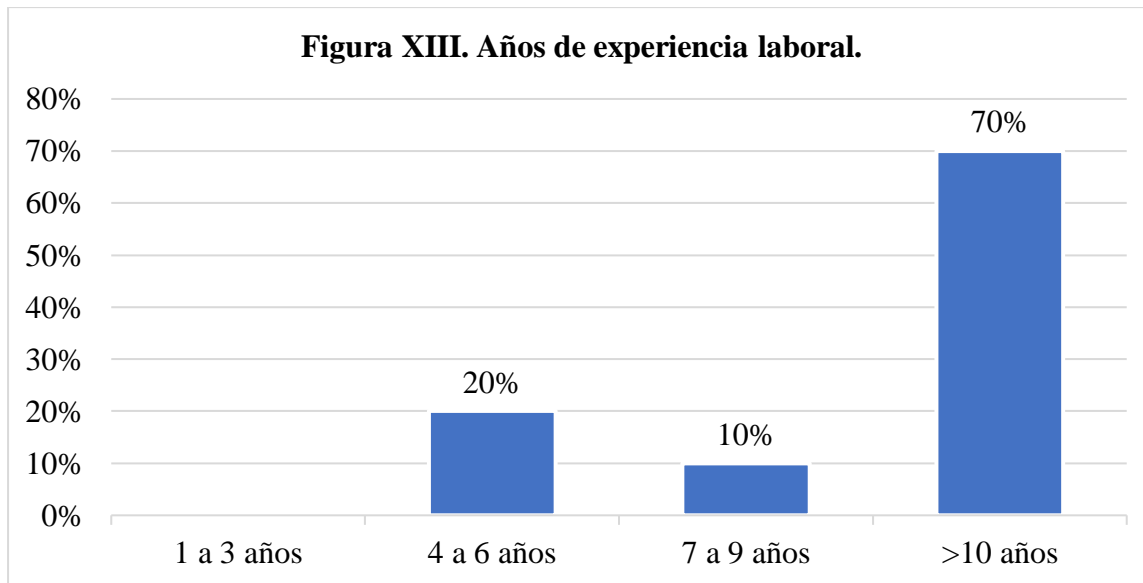


Figura XIII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros.

Según la normalización del procedimiento de alta, el 70% (n=7) de los enfermeros consideran que los responsables de entregar la información o educación para el plan de alta son los médicos y enfermeros, frente al 30% (n=3) que considera que solo está encargado el personal de enfermería; el 70% (n=7) refiere brindar educación a los pacientes con alta hospitalaria durante sus horas de turno y el 30% (n=3) no lo realiza (Fig. XIV); de ese 30% (n=3) que no lo realiza, el 100% (n=3) refiere que es por falta de tiempo en los horarios de turno.

Figura XIV. ¿Brinda educación a los pacientes con alta hospitalaria durante sus horas de turno?

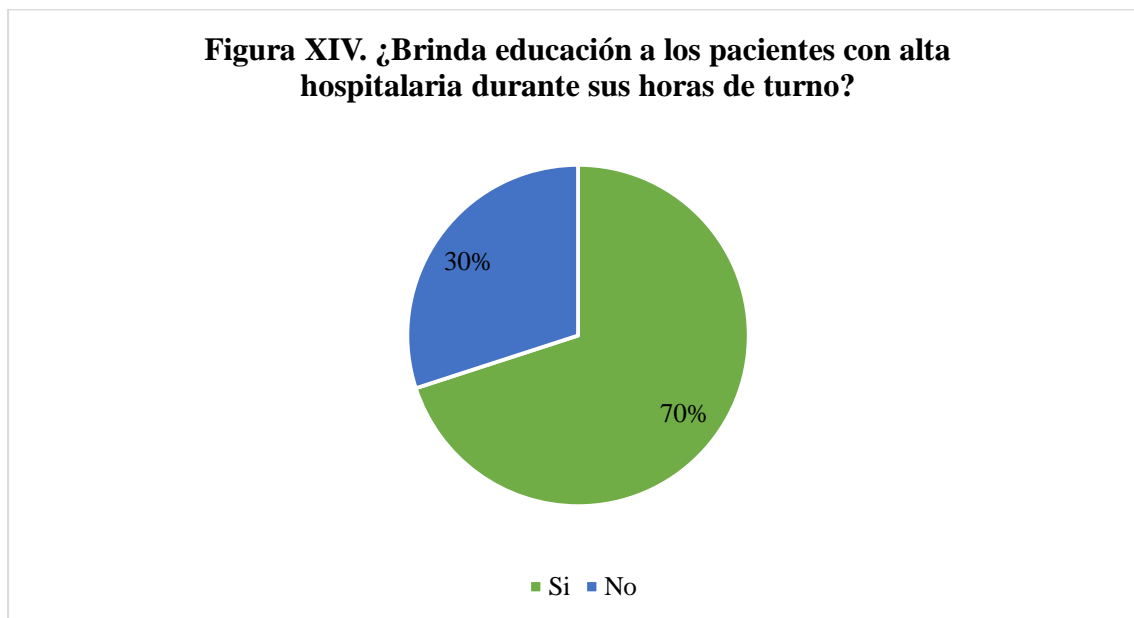


Figura XIV. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

El 100% (n=10) de los enfermeros refiere no conocer alguna metodología para elaborar el plan de alta por enfermería y consideran que éste debe contener información acerca de medicación con su respectivo horario y efectos adversos, curación de heridas, medición de glucosa, toma de presión arterial, signos de alarma, dieta y próxima fecha de control médico, el 90% (n=9) además de lo anterior consideró que debe incluir información de cuidados con sonda vesical, cuidados con tubos, drenes y catéteres, cuidados con paciente en cama y cuidado con nutrición parenteral (Fig. XV); además sugirieron la educación en aplicación de insulina y actividad física.

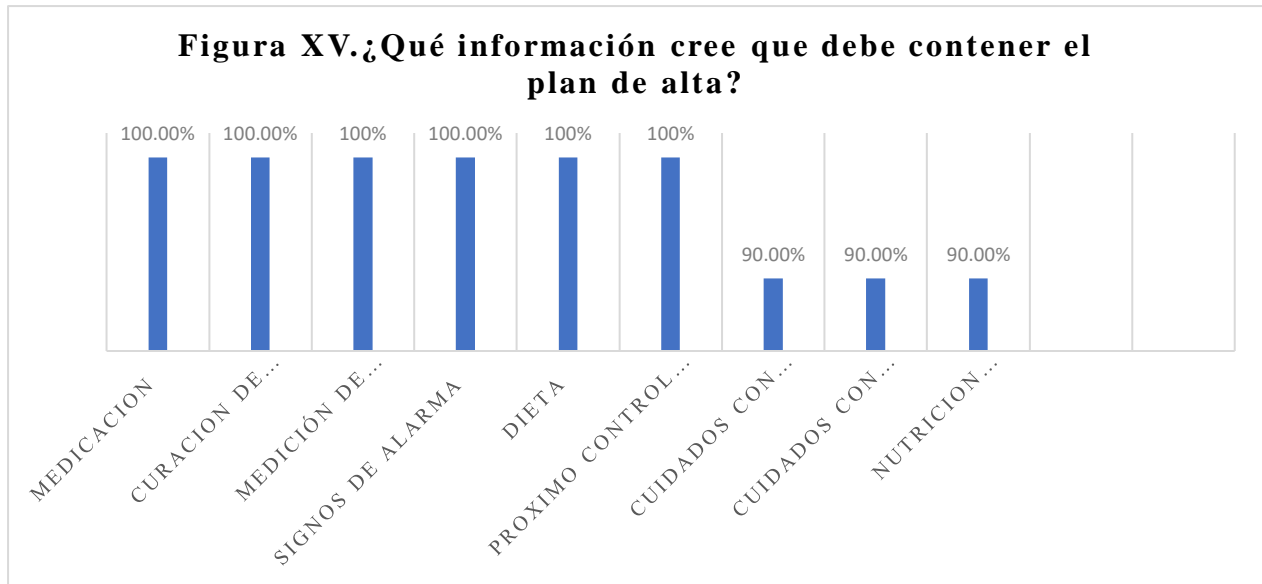


Figura XV. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

El 80% (n=8) de los enfermeros no conoce si en la institución existe un procedimiento de egreso y seguimiento al paciente, mientras el 20% (n=20) refiere si conocerlo (Fig. XVI); el 100% (n=10) de los enfermeros no realiza seguimiento de los pacientes después de su alta hospitalaria.

Figura XVI. ¿Conoce si existen procedimientos de egreso y seguimiento en el hospital?

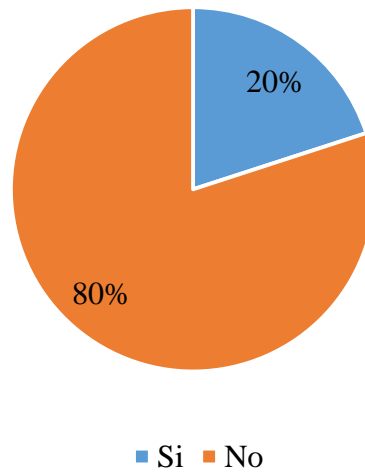


Figura XVI. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

De los 7 enfermeros que refieren brindar educación a los pacientes durante el alta, el 42,8%(n=3) utiliza como técnica educativa la charla y la entrega de documentos, el 28,5%(n=2) utiliza solo la charla, el 14,2%(n=1) solo la entrega del documento y el 14,2% (n=1) utiliza charla, entrega de documento y otra técnica educativa para brindar educación (Fig. XVII). En cuanto el lugar donde brindan la educación el 71,4%(n=5) de los enfermeros lo realiza en la habitación del paciente y el 28,5%(n=2) en la habitación del paciente y en la estación de enfermería.

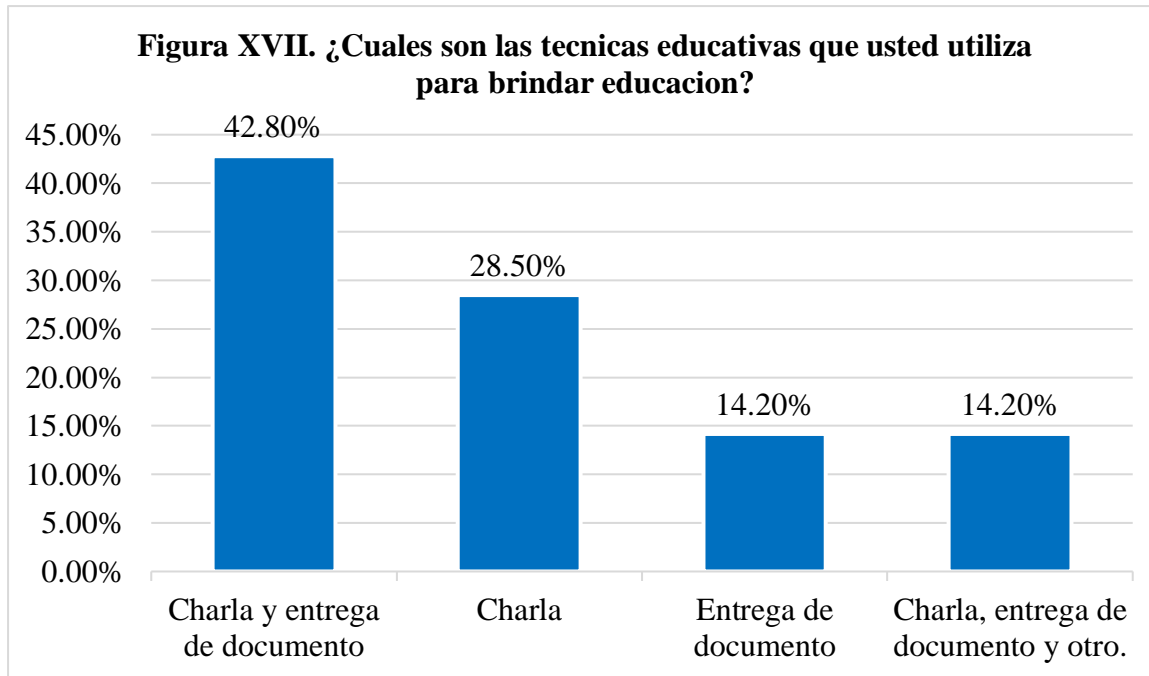


Figura XVII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

El 71,4% (n=5) de los enfermeros que brinda educación no considera que el lugar donde la hace interfiere en la comprensión por parte del paciente, mientras que el 28,5% (n=2) piensa que si interfiere en la comprensión de la información brindada (Fig. XVIII). El 100% (n=7) de los enfermeros que brinda educación verifica que el paciente comprenda la información brindada, el 57,1%(n=4) lo realiza por medio de preguntas y el 42,8% (n=3) además de preguntas pide al paciente que repita los aspectos importantes.

Figura XVIII. ¿Considera que el lugar donde brinda la información interfiere en la comprensión de esta por parte del paciente?

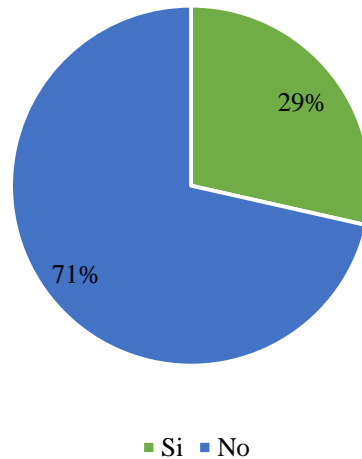


Figura XVIII. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

En cuanto a las dificultades referidas en el proceso de brindar educación el 42,8%(n=3) no encontró alguna dificultad, el 28,4%(n=2) mencionó como dificultad el nivel socioeducativo del paciente y el alto porcentaje de población indígena del cauca, el 14,2%(n=1) refirió que por falta de material estandarizado para patologías y procedimientos y el 14,2%(n=1) por falta de tiempo al brindar la educación (Fig. XIX).

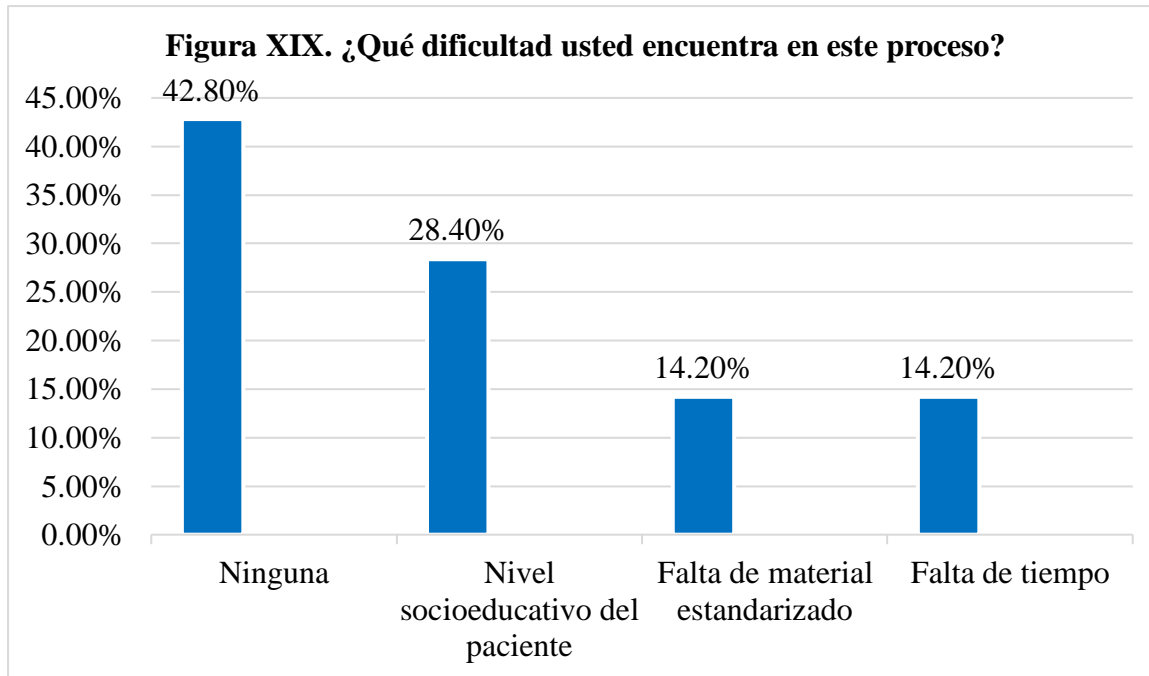


Figura XIX. Fuente: Instrumento de valoración de la planificación del alta para enfermeros

Se realizó el análisis bivariado mediante correlación de Pearson al instrumento de pacientes y enfermeros sin encontrar asociación entre las variables estudiadas, por ejemplo se cruzó el nivel educativo de los enfermeros (pregrado/ posgrado) con brindar educación a los pacientes con alta programada, el resultado arrojó un nivel de significancia de 0.545 por lo que no se rechaza la hipótesis nula.

Correlaciones

		NIVEL EDUCATIVO	BRINDA EDUCACION A LOS PACIENTES CON ALTA HOSPITALARIA DURANTE SUS HORAS DE TURNO?
NIVEL EDUCATIVO	Correlación de Pearson	1	-,218
	Sig. (bilateral)		,545
	N	10	10
BRINDA EDUCACION A LOS PACIENTES CON ALTA HOSPITALARIA DURANTE SUS HORAS DE TURNO?	Correlación de Pearson	-,218	1
	Sig. (bilateral)	,545	
	N	10	10

Figura XX. Fuente: programa estadístico spss.

8. Discusión

El Hospital San José como institución del estado de nivel complementario, presta sus servicios a toda la población del sur occidente colombiano, quienes en su gran mayoría llegan desde áreas rurales dispersas, lo cual explica el nivel educativo de básica primaria completa y un estrato socioeconómico entre 1 y 2. No obstante, las personas encuestadas refirieron entender y estar a gusto con todas las recomendaciones brindadas por el personal de enfermería, evidenciándose esto con una tasa de reingresos para el año 2016 de 0,2 por cada 100 egresos hospitalarios por la misma causa. En complemento con lo anterior, Gee, et al. (2010) dan a conocer que los planes de egreso son un factor clave para prevenir reingresos, es decir, que al poner en práctica el plan de egreso de Enfermería disminuye la tasa de reingresos hospitalarios.

El objetivo principal del trabajo educativo con el paciente y su familia, es garantizar por medio de la educación e información una participación activa dentro del proceso de recuperación y rehabilitación del paciente, a fin de garantizar procesos seguros de atención para prevenir complicaciones. En este sentido, la política de seguridad del paciente establece que el cuidado integral debe ser planeado y administrado por el equipo multidisciplinario en salud, por lo tanto, se puede decir que durante su estancia en la Institución y posteriormente en su hogar, se facilita la adherencia al tratamiento prescrito, así como la adaptación al medio ambiente y a su vida

familiar. Teniendo en cuenta lo anterior, Collier y Harrington (como se citó en Sánchez, et al., 2014) encontraron que la falta de preparación o conocimientos en los responsables del plan de egreso y el poco uso de la tecnología no favorece el proceso educativo de éste y limita el rol de los responsables del mismo.

Los resultados evidencian que la mayoría de los profesionales no conocen o no utilizan ningún método o nemotecnia para realizar el plan de alta de enfermería. Para Pinzón (2005) los dos métodos existentes a nivel nacional fundamentales del plan de alta, hacen referencia en primer lugar a MÉTODO, que corresponde a los cuidados relacionados con: Medicamentos, Entorno, Tratamientos no farmacológicos, Organización ambulatoria, Dieta y Otros; y en segundo lugar, la nemotecnia CUIDARME que corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos/tratamientos y Espiritualidad.

El personal de enfermería desconoce el procedimiento de egreso y seguimiento institucional, donde se consignan las actividades a realizar por el equipo multidisciplinario en salud. Rhudy, Holand y Bowles (2010) refieren que las enfermeras deben identificar las necesidades particulares de los pacientes desde el ingreso; no obstante, ésta competencia está relacionada con sus habilidades comunicativas y su capacidad de toma de decisiones. Un ejemplo de esto es el programa de alta hospitalaria programada implementado en el área de cirugía del Hospital Rafael Ángel Calderón como lo exponen Vargas y Fernández (2011), en el que se realiza una valoración de las necesidades del paciente tanto al momento del ingreso como las condiciones de egreso y se realiza por enfermería un plan de intervención para el usuario y su familia.

Por otro lado, se encuentra que tanto pacientes como enfermeros consideran que el lugar donde se brinda la educación, en este caso, la habitación del paciente, no interfiere con la comprensión de la misma. Mogollón (2012) afirma que:

El entorno afecta la capacidad para aprender, dado que una de las principales tareas del profesional de enfermería es adecuar el ambiente con el fin de facilitar el aprendizaje, realizando actividades como buscar un área tranquila libre de ruidos para la enseñanza, teniendo en cuenta la comodidad de la habitación, lo cual incluye temperatura, ventilación, iluminación y mobiliario (p.19).

McDonald's (2012) propone que el plan de egreso se debe fundamentar en brindar un cuidado seguro durante la transición al hogar, con la inclusión activa de los pacientes y sus familiares. No obstante, en áreas de hospitalización, al enfermero se le asignan actividades no sólo de cuidado directo, sino también administrativas que generan turnos con altas cargas laborales, lo que deja entrever la falta de tiempo y uso de estrategias educativas innovadoras, por lo que se encuentra que la totalidad del personal de enfermería no realiza el plan de alta; se ha limitado a informar verbalmente las recomendaciones médicas consignadas en la epicrisis. Canales, Valenzuela y Paravic (2016) determinan las condiciones de trabajo de los enfermeros y encuentran que, entre los principales causantes de malestar en los profesionales de enfermería, se evidencia el malestar psicofisiológico producto de la sobrecarga laboral, la insuficiente cantidad de personal para cubrir adecuadamente el trabajo en las unidades y la falta de tiempo para realizar las labores de enfermería.

9. Conclusiones y recomendaciones.

En conclusión, el plan de alta es un proceso que no se encuentra estandarizado y por lo tanto no es evaluado en la institución; en consecuencia, no se incentiva al personal de Enfermería para su ejecución y éste no lo elabora, se limita a brindar educación sobre las indicaciones médicas de egreso y no sobre un plan de alta propio de Enfermería. Así mismo, el personal de enfermería tiene las competencias necesarias, pero no cuenta con los conocimientos sobre las metodologías existentes para elaborar un plan de alta. Estas metodologías permiten abarcar al paciente de manera integral y a brindar una educación individualizada, utilizando nemotecnias fáciles de memorizar.

Por otro lado, se encuentra buena aceptabilidad por parte de los pacientes con la educación que reciben de los enfermeros y consideran que esta es buena; sin embargo, se encontró que algunas personas que requieren indicaciones específicas de acuerdo a su condición no las reciben y no las exigen por la falta de conocimiento sobre este proceso.

Se recomienda estandarizar y evaluar en la institución el proceso de la planificación del alta en donde se incluya el papel educativo del personal de enfermería al momento del egreso del paciente por medio del plan de alta de Enfermería aplicando una de las metodologías expuestas anteriormente e implementar estrategias innovadoras que contribuyan al entendimiento del paciente y su cuidador como la adecuación de un consultorio de enfermería en el cual se brinde

una educación individualizada basada en las necesidades del paciente al momento de su egreso.

Para finalizar, al no encontrar suficiente evidencia frente a este tema, se recomienda realizar futuras investigaciones donde se muestre el impacto que tiene el plan de alta de Enfermería en el aumento de los conocimientos del paciente y su familia frente a los cuidados que debe tener en cuenta.

10. Referencias bibliográficas

- Alba, M., Bellido, J., Cárdenas, V., Muñoz, J., Márquez, A., Millán.,... Rodríguez, M. (enero de 2010). Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén* (42)1.21.
- Caicedo, M., Gualteros, D.M., y López, M.A. (2009). Propuesta de plan de egreso para pacientes con enfermedad crónica y sus cuidadores tratados en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (Trabajo de grado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.
- Canales, M., Valenzuela, S., Pravic, T. (2016) Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. *Enfermería Universitaria*. 12(3), 178-186.
- Carreyo, H. (2011) *Desempeño del profesional de enfermería enfocado en la teoría de Virginia Henderson para la satisfacción integral del usuario geriátrico con demencia senil tipo Alzheimer, en la casa hogar Hermana Estefanía del estado de Miranda, Venezuela*. (tesis de pregrado). Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela.
- Collier, E.; Harrington, C. (2005). Discharge planning, nursing home placement, and the Internet. *Nurse Outlook*, 53, 95-103.
- Escalante, P. (2004) Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención, Quinta Unidad Modular, Introducción a la Educación para la Salud. Recuperado de: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- Euskal Estatistika Erakundea Instituto Vasco de Estadística. Alta Hospitalaria. Recuperado de http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_17/elem_1491/definicion.html.
- Gee, J., Laforest, S., Pugacz, A., Guthrie, A., Salem, W., Sabatka, C.,... Hoover, D. (2010) Getting serious about transition: a medication reconciliation model of care in the management of heart failure. *Heart & Lung*, 39(4), 366-375.
- Henderson, v. (diciembre de 1961). CIE principios básicos de los cuidados de enfermería. *Organización Panamericana de la Salud*. Publicación científica N° 57. 59-7.
- Gonzalo, E., Aizman, A., Lopetegui, M., y Manjarrez, E. (2014). Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Revista médica. De Chile*, 142(2), 229-237.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Alta. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142398887237&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_contenidoFinal
- Ibarra, C. (2012). *Evaluación de los programas de salud del adulto mayor el personal de enfermería de la comunidad en la ciudad Nueva Vitoria, México*. (Tesis doctoral).

- Universidad de Alicante, Alicante, España.
- López, E.T., Leonel, A.A., Córdoba, M.A., y Campos, E.M. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol (Mex)*, 13(1), 12-18.
 - McDonald, S. (2012) Discharge readiness: an opportunity for change in the transition from hospital to home. *Canad. J. Cardiol*, 28(5), 443-451.
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto número 1011 de 2006. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Decreto número 903 de 2014. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>.
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>.
 - Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Proceso de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción y Prevención. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/participacion-promocion-salud-prevencion-enfermedad.pdf>.
 - Mogollón, F. (2013) *Estrategias educativas que utiliza el profesional de enfermería en la promoción de la lactancia materna*. (Tesis de Maestría) Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
 - Organización panamericana de la salud. (2017) Educación para la salud con enfoque integral. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>
 - Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es
 - Peña, A. (2016). Propuesta de implantación de plan de cuidados estandarizado en las amenazas de parto pre término. *Académica Uninavarra*. Recuperado de: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/7808/Master%20Gestion%20Cuidados%20Enfermeria%20Ana%20Mart%C3%ADnez%20Pe%C3%B1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 - Rhudy, L.; Holland, D.; Bowles, K. 2010. Illuminating hospital discharge planning: staff nurse decision making. *Appl. Nurs. Res*, 23(4):198-206.

11. Anexos

11.1 Anexo 1. Instrumento de valoración de la planificación del alta para pacientes.

DIA:	MES:	AÑO
------	------	-----

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

ED	SEXO:	Procedencia	Lugar de residencia
AD:	F__ M__	Municipio: _____ _____ Departamento: _____	Municipio: _____ Departamento: _____
Zona:		Escolaridad:	
Rural__Urba na__		Ninguno__Primaria__Secundaria__Técnico__Tecnólogo__Universitario__	
EPS:		Estado civil:	Estrato
_____ Contributivo: Subsidiado		C__S__UL__V__ Otro: _____	socioeconómico: 1__2__3__4__ 5__6__

Ocupación:

Empleado___ Desempleado___ Independiente___ Ama de casa___ otro: _____

SERVICIO: _____

DIAGNOSTICO ACTUAL: _____

Marque con una X la respuesta que considere adecuada:

1. CARACTERÍSTICAS DEL EGRESO HOSPITALARIO

<p>1.1 ¿Había sido informado con anterioridad que tenía salida? SI___ NO___</p>	<p>1.2 Hace cuantas horas fue informado? Menos de 24 h___ Más de 24 h___</p>
<p>1.3 ¿Le ha indicado en las últimas 48 horas sobre los cuidados que debe tener en cuenta en casa? SI___ NO___</p>	<p>1.4 ¿Fue el enfermero quien indicó los cuidados? SI___ NO___ Si la respuesta es no, se finaliza la entrevista.</p>

<p>1.5 ¿En qué lugar del hospital recibió la información?</p> <p>Habitación____ Estación de enfermería____</p> <p>Sala de espera____ Pasillo ____</p> <p>Otro____. ¿Cual?_____</p>	<p>1.6. ¿Considera que el lugar en el que recibió la información interfiere en la comprensión de esta?</p> <p>SI____ NO____</p>
<p>1.7 Para la educación sobre los cuidados, las técnicas educativas que utilizo el profesional fue:</p> <p>Charla____ Entrega de documento____ Otros____ ¿Cuál? _____</p>	

2. INFORMACIÓN PARA EL CUIDADO EN CASA:

2.1. Recibió información acerca de:

CUIDADOS	SI	NO	NO APLICA
Medicación con su respectivo horario y efectos adversos			
Curación de heridas			
Medición de glucosa			
Toma de Presión arterial			

cuidados con sonda vesical			
Cuidados con tubos, drenes y catéteres.			
cuidados con paciente en cama(baño en cama, cuidados de la piel, movilidad)			
Signos de alarma			
Dieta			
cuidados con nutrición enteral			
Fecha del control médico			

<p>2.2 ¿El enfermero se comunicó de manera respetuosa y mostró empatía?</p> <p>SI___ NO___</p>	<p>2.3. ¿El enfermero despejó sus dudas respecto a los cuidados?</p> <p>SI___ NO___</p>
<p>2.4. ¿Entendió las recomendaciones que se le brindó sobre los cuidados?</p>	<p>2.5. ¿Cómo considera usted la información recibida por parte del personal de salud?</p>

SI__ NO__	Buena__ Regular __ malo __
-----------	----------------------------

3. ANTECEDENTES:

<p>3.1. ¿Usted ha estado hospitalizado en el último año?</p> <p>SI__ NO__</p>	<p>3.2. Basado en lo anterior, ¿ha tenido reingresos hospitalarios por la misma causa?</p> <p>SI__ NO__</p>								
<p>3.3. ¿Usted cumplió con los cuidados en casa indicados en la última hospitalización?</p> <p>SI__ NO__</p>									
<p>3.2. Si no cumplió, ¿cuáles fueron las razones?</p> <table border="1" data-bbox="337 1291 1237 1701"> <tr> <td>Porque no entiendo las indicaciones recibidas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por no tomar la medicación en los horarios establecidos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por problemas económicos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Por no cuidarse en la alimentación</td> <td></td> </tr> </table>		Porque no entiendo las indicaciones recibidas		Por no tomar la medicación en los horarios establecidos		Por problemas económicos		Por no cuidarse en la alimentación	
Porque no entiendo las indicaciones recibidas									
Por no tomar la medicación en los horarios establecidos									
Por problemas económicos									
Por no cuidarse en la alimentación									

Otros		
Especificar otros: _____		

11.2 Anexo 2. instrumento de valoración de la planificación del alta para profesionales de enfermería.

DIA:	MES:	AÑO
------	------	-----

SERVICIO: _____

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

EDAD:	SEXO: F__ M__	Procedencia Departamento: _____ Municipio: _____	Lugar de residencia Departamento: _____ Municipio: _____
Zona: Rural__ Urbana__		Estado civil: Soltero__ Casado__ Unión Libre__ viudo__ Otro: _____	
Estrato socioeconómico: 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__		Nivel educativo: Técnico__ Universitario__ Esp__ Mg__ Doctorado__ Diplomados__ Otro__ ¿Cuál? _____	

<p>Años de experiencia laboral:</p> <table border="1" data-bbox="293 333 570 848"> <thead> <tr> <th>AÑOS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7-9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AÑOS		1-3		4-6		7-9		>10		<p>Tiempo que lleva laborando en el servicio:</p> <table border="1" data-bbox="774 407 1050 921"> <thead> <tr> <th>AÑOS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1-3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4-6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7-9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>>10</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AÑOS		1-3		4-6		7-9		>10		<p>Cuantos profesionales laboran por turno:</p> <table border="1" data-bbox="1167 407 1498 921"> <thead> <tr> <th>DIA</th> <th>NOCHE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DIA	NOCHE	1		2		3		4	
AÑOS																																
1-3																																
4-6																																
7-9																																
>10																																
AÑOS																																
1-3																																
4-6																																
7-9																																
>10																																
DIA	NOCHE																															
1																																
2																																
3																																
4																																

1. CARACTERISTICAS DEL PLAN DE ALTA:

<p>1.1 Según el procedimiento normalizado, ¿quiénes son los responsables de entregar la información /o educación para el plan de alta?</p> <table border="1" data-bbox="181 1610 649 1709"> <tr> <td>Personal médico</td> <td></td> </tr> </table>	Personal médico		<p>1.2.¿Brinda educación a los pacientes con alta hospitalaria durante sus horas de turno?</p> <p>SI___ NO___</p> <p>En caso de no, ¿Por qué?</p> <table border="1" data-bbox="821 1610 1289 1709"> <tr> <td>Falta de tiempo</td> <td></td> </tr> </table>	Falta de tiempo	
Personal médico					
Falta de tiempo					

Personal de enfermería			No corresponde a su labor	
Personal de fisioterapia			No recuerda realizarlo	
Personal de psicología			No conoce el procedimiento	
Otro ¿Cual? _____			Otro	

¿Conoce alguna metodología para elaborar planes de alta por enfermería?

SI ___ NO ___

Si conoce, ¿cuál? _____

1.4 ¿Qué información cree que debe contener el plan de alta?

CUIDADOS	SI	NO
Medicación con su respectivo horario y efectos adversos		
Curación de heridas		
Medición de glucosa		
Toma de Presión arterial		
cuidados con sonda vesical		

Cuidados con tubos, drenes y catéteres.		
cuidados con paciente en cama(baño en cama, cuidados de la piel, movilidad)		
Signos de alarma		
Dieta		
cuidados con nutrición enteral		
Fecha del control médico		

Otro. ¿Cual? _____

<p>1.5 ¿Conoce si existen Procedimientos de Egreso y Seguimiento en el hospital?</p> <p>SI___ NO___</p>	<p>1.6. ¿Realiza seguimiento del paciente después de su alta hospitalaria?</p> <p>SI___ NO___</p> <p>Si lo realiza, ¿cómo lo hace?</p> <p>_____</p>
---	---

En caso de no brindar educación a los pacientes con alta hospitalaria durante sus horas de turno se cierra la entrevista.

2. PROCESO DEL PLAN DE ALTA:

2.1. ¿Cuáles son las técnicas educativas que usted utiliza para brindar la educación?

Charla	
Entrega de documento	
Otros	

Especificar "Otros": _____

2.2. ¿En qué lugar del hospital brinda la información?

Habitación del paciente	
Estación de enfermería	
Sala de espera	
Pasillo del servicio	
Otro	

Especificar "Otros": _____

2.3. ¿Considera que el lugar donde brinda la información interfiere en la comprensión de esta por parte del paciente?

SI___ NO___

2.4. ¿Verifica que el paciente comprenda la educación brindada?

SI___ NO___

Si lo verifica, ¿cómo lo hace

Realiza preguntas	
Pide al paciente que repita los aspectos importantes.	

	Otro. ¿Cual?		
2.5. ¿Qué dificultad usted encuentra en este proceso, que quisiera mencionar? _____			

11.3 Anexo 3. consentimiento informado

Evaluación de la planificación del alta por enfermería en el hospital san José, Popayán 2017

Investigadores: Daniela Aragón, Rene Candela Majin, Diana Marcela Hurtado, Camilo Andrés Meneses Sotelo, Yerlin Marley Prado Villegas, Laura Alexandra Ramírez Cuevas.

Entidad donde se desarrolla la Investigación: Escenario de Práctica del Hospital San José. Cra 6 N° 9-142 Barrio Bolívar.

Naturaleza y Objetivo del Estudio: Esta investigación tiene como objetivo, Evaluar la planificación del alta por enfermería en los servicio de medicina interna y quirúrgicas del Hospital San José, Popayán 2017.

Propósito: Solicitar su autorización para participar en la investigación “Evaluación de la planificación del alta por enfermería en el Hospital San José, Popayán 2017”.

Procedimiento: Si usted acepta participar, los encuestadores, realizaran una Evaluar la calidad del plan de alta en el servicio de medicina interna del Hospital San José, Popayán 2017.

Riesgos asociados a su participación en el estudio: Participar en este estudio tiene para usted

no conlleva riesgo alguno, ni atenta contra su integridad moral, debido a que no se realizara ningún tipo de examen clínico o procedimiento médico. Como parte de los beneficios que tiene el desarrollo de esta investigación es generar una evaluación del procedimiento de egreso y seguimiento a pacientes en el Hospital San José, en el área de Medicina Interna.

Voluntariedad: Su participación es voluntaria; si usted decide no participar ó retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación del estudio puede hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

Confidencialidad: Si usted decide participar, garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos. Cabe mencionar que tendremos en cuenta la ley estatutaria 1581 del 2012 donde se dan las disposiciones generales para la protección de datos personales, por lo tanto todos los datos recolectados serán protegidos y solo utilizados para el ejercicio académico, en el cual solo los investigadores tendrán acceso a ellos.

Compartir los resultados: El compromiso asumido por los investigadores con la Universidad del Cauca y el Hospital San José, es la socialización de los resultados del estudio, con el propósito calificar la evaluación del plan de alta por parte del personal de salud y la satisfacción de este por parte de los pacientes egresados.

-Publicación del trabajo de investigación en una revista indexada como aporte al conocimiento científico sobre este tema

Conflicto de interés del investigador Los investigadoras, expresan que no tiene conflicto de interés con los participantes.

Desde ya agradecemos su participación YO: _____, Acepto participar voluntariamente en esta investigación, y sé que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. He sido informado de que la investigación no tiene riesgos algunos.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y que puedo pedir

información sobre los resultados de este estudio, cuando esta haya concluido. Para esto puedo contactar a las investigadoras al teléfono número: 3104320998

Confirmando que el estudiante, ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

11.4 ANEXO 4. Cronograma

ACTIVIDAD/ MES	SEPTIMO SEMESTRE I PERIODO 2017					OCTAVO SEMESTRE II PERIODO 2017						DECIMO SEMESTRE I PERIODO 2018			
	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	07	08	09	12
Selección del tema y elaboración del anteproyecto															
Revisión bibliográfica															

Título y formulación de pregunta																	
Objetivos y marco referencial																	
Primera plenaria (evaluación avance del anteproyecto																	

Realizar inspección de áreas de prácticas																		
Metodología elaboración del instrumento y consentimiento informado																		
Segunda plenaria (anteproyecto)																		

Asesorías															
Prueba piloto															
Recolección de la información															
Tabulación y análisis de la información															
Entrega de resultados															
Elaboración informe final															

ANEXO 5. Presupuesto

Presupuesto evaluación de la planificación del alta por enfermería en el hospital san José, Popayán 2017				
Concepto	Cantidad	Contrapartida Unicauca	Recursos Propios	Valor Total
Recursos humanos				
Investigador principal (Enfermera)	1	\$ 2.112.500		\$ 2.112.500
Estudiantes de enfermería	6		\$11.220.678	\$11.220.678
Total		\$ 2.112.500	\$11.220.678	13.333.178
Equipos				
Computador Portátil	3		\$ 390.000	\$ 390.000

Video Beam	1	\$120.000		\$120.000
Celular	1		\$15.000	\$15.000
Total		\$120.000	\$ 405.000	\$525.000
Software				
Spss	1		\$130.000	\$130.000
Microsoft Office	3		\$54.000	\$54.000
Total			\$184.000	\$184.000
Materiales E Insumos				
Tablas De Apoyo	6		\$42.000	\$42.000
Lapiceros	6		\$6.000	\$6.000
Folder	2		\$10.000	\$10.000

Grapadora	1		\$3.000	\$3.000
Total			\$61.000	\$61.000
Impresos				
Cuestionario	142		\$42.600	\$42.600
Consentimiento Informado	142		\$28.400	\$28.400
Anteproyecto Para Solicitud De Aval Del Hospital	1		\$10.000	\$12.000
Anteproyecto Para Solicitud Aval VRI	1		\$10.000	\$10.000
Total			\$91.000	\$91.000
	Total Final	\$2.232.500	\$11.961.678	14.194.178

