

**Programa educativo de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos
antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía.**

Lorena Coronado
Andrea Nieves Pinzón
Adriana Ramos Jutinico
Emma Ramos Jutinico
Johana Rincón Garnica

Director:

Universidad del Bosque.
Facultad de Educación.
Especialización en Docencia Universitaria

Octubre 2020.

Bogotá D.C.

Copyright © 2020 por Lorena Coronado, Emma Ramos, Johana Rincón, Andrea Nieves, Adriana Ramos. Todos los derechos reservados.

Agradecimientos

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados, por habernos dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A nuestras familias, amigos y seres queridos que nos han ayudado en este nuevo logro siempre apoyándonos y creyendo en nosotras.

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a la directora de esta tesis, Sindey Carolina Bernal, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a nuestras sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.

Nuestra gratitud a la Clínica Chía quienes nos apoyaron en este proceso de aprendizaje y ayudaron a construir una base fundamental para nuestra vida profesional.

Resumen.....	1
Capítulo 1 Planteamiento de la Investigación.....	2
Descripción del problema	2
Falencias en la educación en el egreso hospitalario.	2
Red de Apoyo	3
Nivel Socioeconómico	4
Creencias y religión	4
Conocimiento sobre la enfermedad	5
Barreras de acceso.	6
Infecciones asociadas al cuidado de la salud.	6
Preguntas de investigación.....	7
Pregunta Principal.	7
Preguntas secundarias.	7
Objetivos	7
Objetivo General.	7
Objetivos específicos.	7
Justificación	8
Capítulo 2 Estado del arte	16
Capítulo 3 Marco Referencial.....	28
Marco Teórico.....	28
Marco Legal.....	36
Capítulo 4 Metodología	39
Diseño Metodológico.....	39
Fases del Diseño	40
Consideraciones éticas.	41
Recolección de la información.	42
Identificación de la muestra.....	44
Población y muestra.	44
Selección y técnicas de instrumentos.....	44
Métodos de recolección de datos primarios.	45
Métodos y técnicas de recolección de datos secundarios.	45
Formulación del plan de análisis.....	46
Propuesta para implementación del programa de educación de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía	47
Anexos	47
Anexo 1.....	48
Formato de Entrevista	48
Anexo 2.....	51
Lista de referencias	52

Resumen

La propuesta para el programa educativo se realizó bajo el análisis de las prácticas asistenciales desarrolladas por los profesionales de la salud en el servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía, su objetivo busca diseñar un programa educativo de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía, para ello se realizó una investigación de enfoque cualitativo y multimetódico, buscando la recolección de datos e información a través de entrevistas, experiencia del personal de salud, historias de vida, rutinas dadas a los pacientes en los diferentes servicios de la institución. Los resultados de esta propuesta son, la estructura de la entrevista bajo la determinación de las categorías, su definición, las subcategorías y las preguntas, posterior a esto se diseñó el instrumento de entrevista narrativa, ya que sus preguntas son de tipo abierto; al igual se diseñó el consentimiento informado para la entrevista grabada y por último se establece la propuesta para la implementación del programa de educación de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía.

Abstract

The proposal for the educational program was made under the analysis of the assistance practices developed by the health professionals in the IPS Chia Clinic's emergency service. Its objective is to design an educational program for the post-admission care of patients in order to reduce the number of re-admissions to the IPS Chia Clinic's emergency service before 72 hours, For this purpose, a qualitative and multimethodic research was carried out, seeking to collect data and information through interviews, experience of the health personnel, life histories, and routines given to the patients in the different services of the institution. The results of this proposal are, the structure of the interview under the determination of the categories, its definition, the subcategories and the questions, after this the instrument of narrative interview was

designed, since its questions are of open type; likewise the informed consent for the recorded interview was designed and finally the proposal for the implementation of the program of education of post discharge care of patients to diminish the readmissions before the 72 hours to the service of urgencies of the IPS Chia Clinic is established.

Capítulo 1

Planteamiento de la Investigación

Descripción del problema

A través de la práctica asistencial desarrollada por los profesionales de la salud en la IPS Clínica Chía S.A, se logró evidenciar que se presentan reingresos de pacientes atendidos en los diferentes servicios de salud a lo largo de los turnos establecidos en la jornada de 24 horas de atención ininterrumpida, lo cual genera riesgos para la institución, como riesgo financiero, riesgos por sobreocupación de los servicios y riesgos a la salud por infecciones asociadas al cuidado de esta.

Frente a estos riesgos se puede evidenciar que influyen diferentes factores para que se presente este evento, tales como, las falencias en la educación, la red de apoyo, el nivel socioeconómico, las creencias y religión, los conocimientos en la enfermedad, las barreras de acceso y las infecciones asociadas al cuidado de la enfermedad:

Falencias en la educación en el egreso hospitalario.

Desde el área de enfermería se identifican falencias en la educación que se le brinda a los pacientes al egreso hospitalario, para una adecuada adherencia al tratamiento médico en casa, el cual ha sido estipulado en su estancia hospitalaria, dicha educación debe ser entregada al paciente y cuidador/familia antes del egreso, esta educación es responsabilidad de todo el personal de salud en cada servicio. Teniendo en cuenta las vivencias en cada servicio de Clínica Chía, se evidencio que no se utiliza el tiempo necesario ni los canales de comunicación idóneos para brindar dicha educación, de igual forma no se cuenta con estrategias de educación efectivas para lograr una comunicación asertiva.

Actualmente la educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud, como lo nombra Paz, Masalan y Barrios (2018) la educación al paciente es un “proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria, recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los pacientes” (párr.5), lo cual permite que el paciente se haga partícipe del tratamiento de su enfermedad, teniendo conocimiento de su proceso para lograr mayor adherencia al tratamiento, tener un resultado óptimo y recuperación de su salud.

Red de Apoyo.

Ponce y Cols., (2007), como se cito en Vega Angarita y González Escobar (2009) En el artículo Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica hablan de los aspectos principales que relacionan la familia con la enfermedad crónica, establece que,

[...] entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

De igual forma en la frecuencia de presencia de reingresos a los diferentes servicios se encuentra que un factor importante es la red de apoyo de los pacientes, la gran mayoría de ellos cuentan con cuidadores o familiares que asumen un compromiso y una responsabilidad sobre el cuidado de la enfermedad y así mismo asumen su cuidado en casa con el tratamiento con el cual egresan de la institución, generalmente estos

cuidadores o familiares son educados por el personal de salud sobre la enfermedad, sus posibles complicaciones y el manejo que se le puede dar en casa. Pero no todos los usuarios o pacientes cuentan con una red de apoyo adecuada y algunos no cuentan con un cuidador o familiar cercano que asuma una responsabilidad de cuidado de la salud, por lo tanto, basados en los indicadores de reingreso de IPS Clínica Chía, se ha evidenciado que algunos de los reingresos se deben a la falta de cuidado en casa, y la falta de la red de apoyo a los usuarios.

Cuando son pacientes con enfermedades crónicas, tienen mayor vulnerabilidad de sufrir complicaciones y este riesgo aumenta al no tener un buen cuidado en casa o no tener una adecuada red de apoyo, lo que disminuye la adherencia al tratamiento instaurado al momento del egreso generando aumento en el reingreso.

Nivel Socioeconómico.

El nivel socio cultural y económico de los usuarios de IPS Clínica Chía, es un factor importante a tener en cuenta en el indicador de reingresos en los diferentes servicios, el contexto social el cual abarca todos los factores culturales, económicos y habitacionales que forman parte de la población, impactan en las posibilidades de acceder a la educación las cuales interfieren y determinan el éxito de la comprensión del tratamiento y cuidados en casa, como lo mencionan Sacchi, Hausberger, Pereyra (2007) “la construcción del concepto salud- enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad” (p.), es importante resaltar que desde la vivencia de cada persona se debe trabajar de manera distinta el proceso de enfermedad para lograr un resultado exitoso en el tratamiento.

Creencias y religión.

Muy de la mano con el factor anterior, las creencias y religión influyen en el proceso de salud-enfermedad de los pacientes de la institución; la concepción de salud depende de las definiciones y creencias que tenga el común de la población y de estas

creencias culturales y religiosas también dependen los tratamientos a seguir, se logra evidenciar desde la práctica diaria, que estas creencias influyen al continuar adecuadamente con los tratamientos médicos, ya que estas pueden interferir. Hoy en día el profesional de la salud debe aceptar el hecho de la ausencia o presencia de las creencias religiosas de los pacientes y familiares, a quienes se les brindan la atención en salud, pues mientras más conocimientos se tenga sobre éstas y otras cogniciones que la acompañan, mayor colaboración y resultados se obtendrá en cualquier nivel de atención en el que se trabaje. (Valdés, Teresa L. González. 2004 p. 1)

Conocimiento sobre la enfermedad.

Otro factor que influye directamente sobre los reingresos de los pacientes es el conocimiento que tiene cada paciente sobre su enfermedad y el manejo que puede tener en casa para evitar una nueva hospitalización. Generalmente sucede con pacientes con enfermedades crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) las enfermedades crónicas son definidas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo.

Esto conlleva a que el desconocimiento de la enfermedad sea un problema de salud pública ya que la responsabilidad del manejo y del cuidado de la enfermedad es del paciente, de su familia y del prestador de salud.

En el tratamiento de cualquier enfermedad, es importante que el paciente se involucre y adquiera conocimientos que le ayuden a su manejo y le haga participe de su terapia, Grady y Gough (2015) hablan sobre el automanejo, como una de las intervenciones para llevar una buena vida y que aquellos programas con esta orientación, fomentan la responsabilidad del individuo y ofrecen herramientas que los pacientes pueden usar para cuidarse frente a las enfermedades crónicas, evidenciado que al tener un

automanejo de su enfermedad se pueden evitar complicaciones a futuro y reingresos a las instituciones de salud hospitalarias. (párr. 6)

Barreras de acceso.

Por otro lado desde la experiencia vivida en el día a día en los diferentes servicios de IPS Clínica Chía, se puede identificar un factor que no depende del paciente, pero que contribuye a que se presenten reingresos, dicho factor, son las barreras de acceso a diferentes tratamientos y apoyos diagnósticos por parte de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud EPS, factor que frena la continuidad de la terapia instaurada, generando demoras en la recuperación de los pacientes, lo que puede generar progresión de la enfermedad. Como bien lo mencionan Hernández Rodríguez y Corrales Barona, J. (2013), en su artículo “Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, “los problemas asociados a la negación y accesibilidad de los Servicios de Salud se emplean como mecanismos de contención de costos, desencadenando consecuencias funestas para el bienestar de muchas personas y sus familias. Los problemas asociados al acceso y utilización de los servicios de salud generan situaciones que incrementan la inequidad sanitaria”. (p. 2)

Infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Un último factor importante, son las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según la OMS (2010) “son denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso”, este factor de riesgo es uno de los que más contribuye para generar reingresos o complicaciones en casa, es un tipo de reingreso que no es controlable, dado que algunas personas están más susceptibles que otras para adquirir una infección asociada al cuidado de la salud, generalmente se cuenta con las barreras de seguridad, pero esto no garantiza que alguna persona lo pueda presentar y así generar aumento en los casos de reingreso por este factor.

Preguntas de investigación

Pregunta Principal.

¿Cuáles son las características de un programa educativo que permita disminuir el reingreso antes de las 72 horas de los pacientes que egresan del servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía?

Preguntas secundarias.

1. ¿Cuáles son los factores que determinan los reingresos de los pacientes antes de las 72 horas del servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía del servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía?
2. ¿Cómo afectan los reingresos antes de las 72 horas en los procesos administrativos y asistenciales de la IPS Clínica Chía?
3. ¿Cuáles son los pasos para implementar un programa de educación con alto impacto en la población de IPS Clínica Chía que disminuya los reingresos hospitalarios?

Objetivos

Objetivo General.

Diseñar un programa educativo de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía.

Objetivos específicos.

1. Identificar los factores que determinan los reingresos de los pacientes antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía.
2. Determinar cómo afecta los reingresos antes de las 72 horas en los procesos administrativos de la IPS Clínica Chía.
3. Plantear un programa de educación con alto impacto en la población de la IPS Clínica Chía, que disminuya los reingresos hospitalarios.

Justificación

El diseño del programa de educación dirigido al paciente con egreso de la IPS Clínica Chía, es importante, ya que permite generar estrategias que responden de manera efectiva al cuidado y mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes, promoviendo una patología estable, gracias a la adherencia de los tratamientos instaurados y el conocimiento y manejo de su patología o de su actual condición de salud, facilitando de esta forma, la convivencia con la enfermedad, evitando reingresos por causas prevenibles y propiciando la reincorporación y adaptación al rol normal del paciente.

La frecuencia de los reingresos hospitalarios, está ligada directamente a un impacto económico notable, ya que aborda el consumo de estancias y recursos de los que no podrán beneficiarse otros pacientes que los precisen en ese mismo período, generan gastos de insumos, sobreocupación de los servicios, escalonamiento de tratamiento y glosas médicas, adicional a esto la tasa de reingresos es considerada como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales en salud, por tal razón el programa de educación genera un impacto positivo no solo en el paciente sino también a nivel institucional.

Por otra parte, el diseño del programa de educación aporta a la clínica un valor agregado de calidad en el cuidado de la salud, promoviendo la seguridad del paciente, la transformación cultural institucional, la política de humanización y la comunicación efectiva con el paciente y su cuidador.

La familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en los periodos de independencia como en los de dependencia (niñez, enfermedad, desempleo, etc.). Hay estados que muestran que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida. Los enfermos crónicos con algún grado de discapacidad reciben la mayor parte de los cuidados del entorno familiar. Dentro de la familia suele haber un miembro

que asume la responsabilidad, organización y dedica más tiempo. A esta persona se la denomina Persona de Apoyo Principal (PAP).

Para elaborar un buen plan de cuidados la enfermera debe obtener los siguientes datos de valoración de la familia del enfermo crónico:

- Identificar la persona de apoyo principal (PAP): puede ser la que dedique más tiempo o la que tenga mayor influencia en el grupo familiar, esta persona puede ayudar a planificar los cambios en la vida cotidiana del enfermo crónico.
- Valorar las ideas sobre la enfermedad de la familia: es muy importante cuando el enfermo crónico es varón, ya que la mujer va a ser responsable de la mayoría de los cuidados, y hay que contar con su colaboración.
- Conocer si hay limitaciones de tiempo de la PAP, por cuestiones de trabajo o familiares. De ser así, conocer si hay apoyo sustitutorio o hay que conseguirlo. Es importante para proporcionar periodos de descanso necesarios para el cuidador es de gran importancia.
- Las necesidades más importantes del cuidador son:
- Información: el cuidador necesita aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad, sus cuidados, complicaciones, etc.
- Formación: desarrollo de habilidades de comunicación, afrontamiento de estrés, cuidados al paciente.
- Apoyo emocional: el cuidador desea recibir afecto, comprensión y apoyo de otras personas de su círculo social. El apoyo puede llegar de grupos de apoyo constituidos por personas que han vivido situaciones similares y por tanto hablar el mismo lenguaje que los "cuidadores".
- Periodos de descanso- hay que buscar fórmulas que permitan al cuidador momentos de descanso (mañanas, vacaciones, fines de semana). Se puede recurrir a centros de día, ONGS, voluntariado, asociaciones de familiares, cuidadores profesionales, etc.

- Otras: económicas, ayuda en el cuidado físico, ayuda en funciones domésticas, etc.

Es importante también tener en cuenta si los pacientes o usuarios cuentan con una afiliación a los servicios de salud, la base de datos única de afiliados del Ministerio de Salud aporta datos sobre el régimen de afiliación, muestra inequidades en el acceso entre regiones de Colombia y en el interior de ellas. Solo para citar un ejemplo, en la Región Pacífica del país, a abril del 2014, en el régimen subsidiado (para personas en situación de pobreza) había aproximadamente 88% de la población en el Chocó, 78% en el Cauca, 81% en Nariño y 44% en el Valle del Cauca; y en el régimen contributivo (para personas con capacidad de pago) 11% en el Chocó, 21% en el Cauca, 18% en Nariño y 55% en el Valle del Cauca (7). Al revisar los datos para los cuatro departamentos del Pacífico, se encuentran cifras preocupantes, particularmente en el Cauca, comparado con el resto de Colombia.

Al hablar de la salud de las personas se deben tener en cuenta varios aspectos que pueden influir tanto positiva como negativamente, uno de esos aspectos relevantes evaluados en la actualidad es el nivel socioeconómico, ya que se ha evidenciado que entre más bajo es el nivel socio económico de la persona mayor probabilidad de complicaciones y dificultades para tener una adherencia al tratamiento adecuada donde se haga de manera continua permitiendo la mejoría en el estado de salud.

Desde el nivel socioeconómico de las personas se puede evaluar la calidad de vida que llevan, y se puede evaluar las condiciones y los determinantes sociales de salud con los que cuentan las personas ya que a lo largo del tiempo se ha visto que las condiciones socio económicas de las personas influyen en la continuidad del tratamiento instaurado en los servicios de salud y tener una adherencia acorde para mejorar su estado de salud y mantener una prevención de la enfermedad junto con la promoción de la salud.

En la actualidad no se puede evaluar al usuario o paciente sin tener en cuenta todos los aspectos de su entorno ya que todos influyen en la salud de los mismos, el nivel educativo ya que de este dependerá la facilidad de entender y seguir las instrucciones dadas por el personal de salud y junto con este el trabajo con el que cuentan los pacientes ya que algunos trabajos permiten con mayor facilidad una continuidad en los tratamientos y en el seguimiento continuo que se debe realizar cuando se padece de una patología crónica, de la mano del trabajo o puesto esta la remuneración la cual es de vital importancia ya que para asistir de manera permanente a los controles se requiere de gastos adicionales, se tiene que tener en cuenta la red de apoyo con la que cuenta el paciente, las creencias culturales y religiosas que tienen los pacientes y sus familias en cuanto a tratamientos médicos y el acceso a los servicios de salud y como estos aportan tanto positivamente como negativa en el proceso de salud enfermedad.

Como se mencionó anteriormente la educación es de vital importancia tanto al evaluar el nivel socioeconómico de las personas como la gran influencia que tiene sobre la salud de los pacientes, la educación en la salud constituye hoy un instrumento imprescindible y es una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida tanto del paciente como de la familia; la educación a los pacientes es una herramienta que hay que incorporar en la atención integral a los problemas de salud.

Para ello es necesario el diseño de protocolos adheridos a un plan de cuidados dirigidos a los pacientes en las instituciones de salud y adicional el consecuente arrastre de políticas y recursos que apuesten realmente por esta opción. Pero ello tiene que ir seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que haga posible la promoción de la salud de los individuos, la familia, los colectivos sociales y por último las comunidades, para que sean estos actores por ellos mismos y se responsabilicen en la solución de los problemas de salud, juntamente con las organizaciones, instituciones y el mismo personal.

Los aspectos por considerar en la educación de paciente con alguna patología determinada y su cuidador se relacionan con el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado. La educación continua y personalizada debe hacerse desde el primer contacto con el paciente y corre a cargo del grupo tratante, y de la enfermera quien debería ser propia de esta área ya que de esta forma las actividades educativas realizadas constituyen una pieza clave en el logro de los objetivos educativos.

La educación al paciente incluye la enfermedad, sus causas, signos y síntomas, cómo reconocerlos y cómo identificar descompensaciones; los tratamientos instaurados, el propósito esperado y los posibles efectos colaterales, así como el autocuidado en las medidas higiénico-dietéticas (peso diario, ejercicio, restricción de la ingesta de sal y de líquidos) también y no menos importante son los cuidados en casa, el manejo seguro de medicamentos, adherencia al tratamiento, entre otros, lo que va a impactar directamente en su recuperación y lo que evitara reingresos a las instituciones de salud.

El proceso educativo recae sobre el personal sanitario, pero indudablemente la enfermera encargada del programa es el eje educativo predominante. El refuerzo de los conceptos de autocuidado está a cargo del médico, la nutricionista, el psicólogo y los demás actores del proceso de atención.

La educación debe ser continua y personalizada e inicia desde el momento de la hospitalización y debe persistir durante el seguimiento ambulatorio de modo que se refuercen cada uno de los puntos relevantes en los que se detecte falta de adherencia. La manera de impartir la educación al paciente, a su cuidador y al personal a cargo es variada y diversa, y debe adaptarse a los recursos y la disponibilidad de cada clínica por eso se resalta la importancia de la creación de programas de educación dirigidos específicamente tanto a pacientes como a familiares y o cuidadores principales, además de registrar y verificar las acciones realizadas para futuros análisis y auditorías. Puede ser individual o grupal durante el seguimiento telefónico o la utilización de herramientas vía

Internet. De igual forma debe disponer de material escrito didáctico, simple y de fácil comprensión teniendo en cuenta el nivel socio económico de los pacientes y cuidadores.

Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en las instituciones de salud, es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida, mayor independencia, el paciente podría realizar sus actividades diarias dentro de lo que su patología lo permita, la alteración en el rol se vería menos afectada, la sobreocupación de los servicios de salud disminuiría, por la misma razón las glosas médicas por reingresos que son prevenibles.

Los profesionales de enfermería en los servicios tienen múltiples responsabilidades pueden limitar esta actividad; por lo que a veces les es difícil disponer de tiempo para realizar esta labor que implica contacto directo y dedicación, por lo que se hace necesario un programa estructurado con una persona a cargo del mismo ya gran parte de las responsabilidades que limitan la experiencia educativa se derivan de la cantidad y la complejidad de los pacientes, adicional a esto las múltiples responsabilidades también están relacionadas con la gestión administrativa del servicio y las derivadas de las exigencias institucionales.

El significado que tiene la educación para los participantes constituye el primer punto de interés, puesto que, en gran medida, se concibe como transmisión de conocimientos o de información. Esta concepción de educación se posiciona en el paradigma de la educación en salud, en el cual el objeto de conocimiento es objetivo, se explica a partir de leyes universales de causa-efecto y se centra en tratar de modificar las variables que inciden en los comportamientos relacionados con la salud.

Este paradigma acoge dos enfoques educativos: el primero, que se centra en transmisión de conocimientos que va desde la persona que tiene el conocimiento a la que no lo tiene; el segundo, cuyo objetivo es conseguir comportamientos saludables. Por ello

se requiere el análisis de los factores sociales y culturales, así como las motivaciones y resistencias de las personas. Es un enfoque que incorpora lo subjetivo; además, concibe que la información es importante pero no suficiente para una acción duradera.

Por otro lado, la educación contribuye con la seguridad del paciente. En la actualidad hay un gran interés en las instituciones de salud por garantizar la calidad y la seguridad en la atención, y para lograrlo es esencial la educación.

Adicional a todo lo mencionado es importante recalcar que la calidad de la información que los pacientes reciben incide en su satisfacción, sobre todo la relacionada con su enfermedad, diagnóstico, tratamiento e instrucciones tras el alta. De igual manera, la educación en el contexto clínico promueve el autocuidado.

Diferentes teóricos de enfermería respaldan este fin educativo en donde consideran que la acción de informar al paciente genera en la responsabilidad sobre su salud y logre mejorar su autocuidado que finalmente es lo más importante para obtener los objetivos deseados con los programas educativos en el egreso hospitalario.

De igual forma la red de apoyo es un punto de suprema importancia para el paciente crónico, en el cual la familia debe ser el soporte en momentos de independencia y dependencia, al tener buena red de apoyo el paciente con estas características soporta aún más las circunstancias de su enfermedad.

La familia debe verse desde diferentes aspectos: social, grupo primario y como institución, desde cualquiera de estas diferencias aportan un valor agregado al soporte emocional del paciente. Al momento de identificar ese paciente que debe ser educado sobre su enfermedad y que requiera de unas atenciones especiales la enfermera debe identificar el cuidador principal y por lo general es un familiar o en otros casos es un amigo o conocido que asume esta responsabilidad; cuando se selecciona esta persona se

debe iniciar un proceso de introyección de conceptos, riesgos y pautas que hacen que se maneje estos pacientes en casa y se de calidad de vida.

Siempre se debe tener en cuenta la opinión y los conocimientos previos que tengan el paciente y su cuidador sobre lo que está sucediendo, también se debe tener un plan b y es que el cuidador principal va a tener disponibilidad las 24 horas o si requiere de un apoyo que lo cubrirá en el momento que necesite un descanso y mantener una adecuada salud mental para que el proceso sea más llevadero.

Capítulo 2

Estado del arte

El personal de enfermería es el responsable de la gestión del cuidado de enfermería sustentada en su disciplina y en el acto de cuidar. Se tiene en cuenta un juicio profesional en la planificación, organización y control de los cuidados oportunos e integrales donde aseguran la calidad en la atención además de estar ligados a brindar una educación frente a la salud y la enfermedad favoreciendo el desarrollo de capacidades de autocuidado tanto para los pacientes como para su familia.

El Consejo Internacional de Enfermeras en Estados Unidos (CIE, 2003), describe que el rol de la profesión “abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”. Se tiene en cuenta la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, dejando bases sólidas para generar un adecuado autocuidado.

El cuidado que se da por parte del profesional de enfermería es un cuidado integral y completo que proporciona un entorno seguro y busca generar una enseñanza de cuidado de la salud para el paciente y su familia, además de conocer sobre su patología, las posibles complicaciones y el adecuado tratamiento generando así un paciente responsable del cuidado de su salud. El profesional de la salud busca que el paciente logre tener la capacidad de realizar acciones de autocuidado y adopte un estilo de vida saludable facilitando la recuperación y la estabilidad de su enfermedad.

El profesional de enfermería tiene habilidades para instruir sobre la salud y la enfermedad de diferentes pacientes, tiene la capacidad de aplicar los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje con los pacientes, su cuidador principal y su familia, además tiene la competencia para realizar evaluación constante del aprendizaje y la comprensión de los cuidados básicos en casa de los pacientes.

La educación del paciente y su familia es el aspecto más importante y fundamental en el egreso hospitalario ya que es la base y el momento indicado para generar estilos de vida saludable y evitar futuras complicaciones y incluso evitar la muerte, este debe ser un proceso fundamental de la práctica como profesionales de la salud debe ser un momento de aprendizaje de manera dinámica y creativa donde se incentive el autocuidado, se despejen dudas del tratamiento a seguir tanto de paciente como su familia, se den recomendaciones específicas sobre el cuidado en casa.

En la actualidad en el mundo hay diversas enfermedades que deben ser manejadas por el paciente y su cuidador en casa al ser diagnosticado, por no requerir su manejo de manera intrahospitalaria, lo que hace necesario que tanto paciente como cuidador y familia cuenten con un plan o programa de educación que les brinde las bases para tener cuidados adecuados en casa, según Duarte, Mantilla y Martínez (2015), “durante el proceso de la enfermedad crónica se puede evidenciar el deterioro progresivo y el aumento de dependencia del paciente para suplir sus cuidados diarios”, por lo cual se ha visto necesario en diferentes Hospitales y Clínicas la implementación estrategias como el plan de egreso.

Dando lugar a no solo la creación e implementación de planes de egreso que faciliten la educación y el aprendizaje significativo de los pacientes como de sus familiar y redes de apoyo, sino a la verificación del nivel socioeconómico de los pacientes ya que esto puede influir en la culminación adecuada de su tratamiento en el estudio realizado por Castro, Pablo, Verdejo, Hugo, Garcés, Eduardo, Concepción, Roberto, Sepúlveda, Luis, Lanas, Fernando, Rossel, Víctor, Llevaneras, Silvana, & Vukasovic, José Luis. (2009), influencia de factores socioculturales en la evolución alejada de pacientes con Insuficiencia cardíaca se logra evidenciar “diferencias entre ambos grupos en la terapia de ingreso, particularmente con las medicinas de mayor costo, favoreciendo a los de un nivel socioeconómico más alto”.

El plan de egreso facilita el cuidado en casa ya que se brinda una educación de manera oral y escrita lo que permite al cuidador conocer los cuidados y el acompañamiento adecuado que debe proporcionar al paciente y por medio de la educación suministrada facilita el afrontamiento de la situación, además de mejorar el cuidado en casa y el saber qué hacer en todo momento.

Dado que la educación es uno de los patrones fundamentales como profesionales de enfermería, se busca que todos implementen ese rol en el quehacer diario, se busca que los profesionales tengan la posibilidad de vivir la experiencia educativa en cada ámbito laboral y uno de ellos, por no decir que el más importante, es el momento del egreso hospitalario, ya que es el momento crucial para implementar el autocuidado tanto en el paciente como en su familia.

La educación es una herramienta indispensable en el contexto de la asistencia y su forma escrita es ampliamente utilizada en las actividades educativas en salud, ya que es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios,

sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Según Springett (1998) “los requisitos para realizar una intervención de calidad en promoción de salud son: disponer de recursos apropiados, la formación del personal y una cultura de mejora de la calidad en la organización promotora de la iniciativa”.

Así mismo Evans y Speller (1997) “han identificado seis funciones del trabajo de promoción y educación para la salud: planificación estratégica, gestión del programa, seguimiento y evaluación, educación y formación, recursos e información, ayuda y orientación metodológica. Uno de los principios de buena práctica considerados para desarrollar una iniciativa de calidad es disponer de un equipo de trabajo competente y motivado”.

Marriner A. (2007 p. 54), pretende que la enseñanza sea de una manera que transforme la mentalidad, y las actitudes y las acciones de esos seres humanos que uno está cuidando... seguimos pensando que la atención en salud es atender la enfermedad porque estamos en un hospital que atendemos la enfermedad, pero ¿cuál es la idea que tenemos?, es que no atendamos solamente la enfermedad, sino que empecemos a promover ese montón de estilos de vida, para que esas personas cuando salgan, mejoren su calidad de vida... estamos acostumbrados a algo distinto, a trabajar sobre la enfermedad, no a trabajar sobre la promoción de la salud ni la prevención de las enfermedades.

Durante la ejecución de las actividades educativas el profesional debe tener en cuenta no solo el plan establecido, sino los aspectos que condicionan su efectividad, como búsqueda del momento óptimo, creación de un entorno propicio, utilización de un lenguaje afín a los pacientes, observación atenta de la respuesta del paciente a la actividad y utilización de ayudas o material de apoyo. La flexibilidad es una condición

que debe tenerse presente durante esta etapa, dado que las condiciones y necesidades de los pacientes son cambiantes.

La evaluación del aprendizaje debe ser transversal a todo el proceso educativo para facilitar su monitorización constante y determinar los logros alcanzados. No solo debe evaluarse el aprendizaje alcanzado por el paciente, sino también el proceso de enseñanza llevado a cabo. Además de esto, Zanetti ML, Miyar L, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães F. (2007) en su investigación: Satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación en diabetes “recomiendan que al evaluar las

actividades de enseñanza-aprendizaje, se mida la satisfacción del paciente, ya que esta acción constituye una retroalimentación importante del proceso, sobre las estrategias utilizadas y contenidos brindados; además, permite modular la dinámica de trabajo y orientar la educación permanente del equipo multiprofesional”.

Basado en una revisión de la literatura acerca de la influencia que tienen las creencias y la religión sobre la enfermedad y el proceso de ella, se encontró que en el estudio de Silva C y Agudelo D (2011), “Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular”, se identificaron las creencias que tiene los pacientes sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento predictoras de la calidad de vida con la salud, en 80 pacientes del programa de rehabilitación cardiovascular de la Fundación Cardiovascular de Colombia, la influencia que tiene el emplear estrategias de afrontamiento pasivas, además identificaron que la religión es una estrategia protectora en el afrontamiento de la enfermedad. Estudios como este permite entender que las creencias y la religión juegan un papel fundamental en el proceso de enfermedad de un paciente, ya que por las creencias se puede asimilar de una mejor manera un tratamiento o generar esperanzas de vida en un paciente, facilitando el trabajo de los cuidadores o profesionales de la salud que en el momento del egreso se generan estrategias de educación las cuales serán

fácilmente adoptadas por los pacientes por sus ganas de tener una vida con salud y con calidad.

Así mismo en el artículo de Moreno, Emilio, & Ybarra, José Luis (2007). "Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión" se evidencio el impacto que generan las creencias en síntomas relacionados con la elevación de la tensión arterial, fue un estudio con 163 pacientes hipertensos crónicos en manejo con tratamiento farmacológico, en este estudio indicaron que las creencias y la religión hace parte de la adherencia pero no son parte fundamental sobre la enfermedad, es decir no intervienen de forma directa en el tratamiento de pacientes crónicos y tampoco interfiere en la presencia de los síntomas.

Las creencias están relacionadas con el comportamiento de los pacientes en su proceso de enfermedad y un tema muy importante son los hábitos saludables, es así como Gómez de Brítez, E, & Samudio, M. (2014). En su artículo "Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social" realizaron un estudio en el Hospital Central del instituto de previsión Social de Paraguay a 195 paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, los resultados evidencian que tener creencias favorece la relación de salud – Bienestar y genera buenos hábitos y calidad de vida, además se evidencio que los buenos hábitos fortalecen la salud así mismo evitan la enfermedad y las posibles complicaciones.

En el artículo de Granados Gámez, Genoveva, & Gil Roales-Nieto, Jesús (2007). "Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento" en el cual se estudiaron diferentes pacientes con hipertensión arterial como enfermedad crónica, querían explorar la adherencia y las dificultades para el cumplimiento del tratamiento, también querían identificar la relación entre información recibida y creencias informadas sobre las consecuencias que tiene la enfermedad y el concepto que los paciente tenían y sus estilos de vida posterior al diagnóstico. Los

resultados indicaron que un pequeño porcentaje no tenía problemas con la adherencia al tratamiento y la mayoría de los inconvenientes era la adherencia con la dieta y con el plan de ejercicio es decir el autocuidado, otro punto importante de sus resultados fue que para la mayoría de los pacientes no era claro su diagnóstico y algunos seguían recomendaciones según sus creencias mas no las recomendaciones médicas.

Se puede concluir que las creencias tienen gran importancia en la vida de los pacientes, algunas pueden influir positivamente como otras no generan impacto o en su defecto provocan más problemas relacionados con su adherencia al tratamiento, generando así inconvenientes en su calidad de vida.

Por otro lado, Ángel Jiménez, Gloria, & López Herrera, Francy Edith, & Restrepo Múnera, Diana María (2013), en su investigación *La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico*, han centrado su atención en el rol educativo dan cuenta de la importancia que tiene la educación en el contexto del cuidado, ya que al cuidar se está educando permanentemente, consideran que esta acción aumenta la participación de los pacientes en su cuidado y tratamiento, y que esto favorece su recuperación y ayuda a prevenir complicaciones; señalan también que la educación a los pacientes contribuye a la satisfacción, la seguridad y, por consiguiente, a la calidad de la atención. Además, refieren que esta actividad puede generar una reducción importante de costos.

Los motivos que pueden afectar la práctica educativa en el ámbito clínico pueden ser de orden personal, ya que en ocasiones existen profesionales que no poseen las competencias necesarias para desempeñar adecuadamente esta práctica. Por otro lado, pueden existir factores externos propios del contexto institucional o del puesto de trabajo, que también pueden interferir en el ejercicio del rol educativo. Cuando la experiencia educativa no se logra dar plenamente, puede limitarse el ejercicio del liderazgo y la gestión de los servicios; además, puede afectarse el cuidado a los pacientes, en la medida en que estos no tendrán los elementos conceptuales y actitudinales que se adquieren a

través del proceso educativo y que son necesarios para alcanzar los objetivos de cuidado y autocuidado propuestos.

Se describen barreras en la educación a pacientes, siendo la más frecuente la relacionada con factores de la gestión de los recursos para la implementación de los programas educativos, lo que tiene implicancias en la motivación para que las enfermeras en su práctica realicen educación, se debe crear un ambiente de apoyo y utilizar estrategias eficaces con el fin de garantizar resultados óptimos en los pacientes. Los facilitadores más percibidos se relacionan con la selección y formación de enfermeras especializadas en educación de pacientes y contar con instalaciones adecuadas para ello.

Lo anterior implica el desarrollo programas educativos en salud que incluyan conocimientos, destrezas, habilidades y motivación para promover y mantener la salud. Asimismo, evaluar la eficacia de los programas educativos y la investigación en educación es lo que justifica la atingencia, efectividad y eficiencia para responder a las necesidades educativas de los pacientes en el contexto de su propia realidad.

Paz Soto, Patricia Masalan, Silvia Barrios (2018). En su artículo “La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería”, citan las recomendaciones de escritas por Eduardo Calvo Corbella en su “investigación en educación a pacientes asmáticos: la cuadratura del círculo”

[...] Calvo. E (2014) recomienda algunas características que se deberían observar al momento de considerar como efectiva una intervención educativa en estudios sobre educación a pacientes. Entre ellas cabe destacar los aspectos relacionados con el programa educativo, en sí mismo, como diagnóstico de necesidades educativas, objetivos, metas, actividades grupales o individuales, recogida de datos y métodos de evaluación. El programa educativo debe estar soportado en un buen diseño pedagógico y se deben considerar los costos de la intervención ya que según el tipo de intervención y el método pedagógico usado aumenta la complejidad y el costo.

La Joint Commission International (JCI 2013), lo ratifica al contemplar en su misión la educación a los pacientes y sus familias como un estándar de calidad y seguridad. El análisis de la educación en el contexto de la calidad también muestra que esta es un factor que influye en la satisfacción de los pacientes.

Según Silva JL y Valdéz (2014) Centran la atención en el rol educativo por parte de los enfermeros profesionales y dan a conocer la importancia que tiene dar educación a los usuarios sobre el cuidado y la educación permanente, además consideran que la participación de los pacientes y sus cuidadores favorecen la recuperación y previenen las posibles complicaciones contribuyendo en la calidad de la atención y la satisfacción de los mismos.

Desde otro punto de vista la agencia de noticias de la Universidad Nacional de Colombia UN (2018) informo que en el Hospital Universitario Nacional de Colombia – HUNC, se creó un programa de plan de egreso basándose en una estrategia que responde a las necesidades del paciente y su familia, contribuyendo a la atención de calidad, este plan de egreso se desarrolló bajo un estudio descriptivo que se desarrolló en 4 Fases:

1. Estructuración del programa a partir de revisión de literatura y referenciación en instituciones acreditadas.
2. Conformación del equipo de atención liderado por enfermería: personal de Apoyo terapéutico, Nutricionista, Químico Farmacéutico, Psicólogo, Trabajadora Social, Médico General.
3. Prueba piloto de implementación en unidad de cuidado intensivo.
4. Ajuste interdisciplinar del programa mediante el aporte de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia.

Vargas Bermúdez, Zeidy, & Fernández Coto, Rebeca (2011). Desarrollaron el Programa de Alta Hospitalaria – PAH, Programada para preparar el egreso del paciente y familia. del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia – HCG, en Costa Rica, se diseñó un

plan de egreso en respuesta a las necesidades detectadas por profesionales de Enfermería, que se desempeñan como coordinadores y jefes de área. Ellos observaban en pacientes que egresaban de los servicios de medicina, un alto grado de dependencia para su autocuidado por su estado de salud, consecuente a patologías crónicas y complicaciones asociados a la permanencia en cama, como lo son las úlceras por presión. Estas situaciones producían angustia o temor en los familiares cuando se les comunicaba que el usuario tenía egreso y no eran incluidos en los programas de visita domiciliar que ofrecía el hospital.

La estructura y desarrollo del PAH, está sustentado en el modelo conceptual de D. Orem, en donde el profesional de enfermería desempeña el papel de apoyo sustentador. Sus acciones están basadas en los metaparadigmas: persona, salud, entorno, cuidado y rol del profesional. Los beneficios que se evidencian en la implementación del APH redundan en una preparación oportuna del paciente para su egreso según su condición de salud, así como reubicación temprana de pacientes con problemas sociales, utilización de redes de apoyo y respuesta más efectiva de servicios institucionales complementarios para el traslado hacia el destino de egreso. El programa disminuye los reingresos y las complicaciones asociadas a estos, lo cual significa un ahorro de recursos muy importante para la institución. (Prado Liana, González Maricela, Paz Noelvis, & Romero Karelia. 2014).

El programa ha sido enriquecido al vincular la red interna del hospital, mediante el sistema de interconsultas para la preparación del egreso, con la participación de profesionales en Trabajo Social, Nutrición, programas de Enfermería, entre otros, según sean las características físicas, patológicas, socioeconómicas y de dependencia de los usuarios en su autocuidado.

Los usuarios que requirieron dicha intervención cumplieron con las siguientes características.

- Egreso por traslado a otras instituciones.

- Orientación e instrucción en la aplicación de tratamientos especiales (quimioterapia, anticoagulantes, insulina, entre otros).
- Instrucción en procedimientos como: curaciones, cambio de posición, pañales, nutrición, entre otros
- Baño asistido.
- Síndromes de inmovilizaciones leve o severa.
- Inmovilizaciones terapéuticas (yesos, férula)
- Evidencia de problemas familiares o sociales
- Presencia o riesgo de úlceras por presión
- Heridas abiertas o infectadas.
- Presenta ostomía
- Egresos con algún tipo de dispositivo invasivo como: sondas vesicales, sonda nasogástrica, tutores, drenes, sonda en T, VAC, entre otros.
- Necesidades nutricionales especiales.
- Instrucción especial sobre su condición de salud o procedimiento quirúrgico.
- Algún grado de dependencia para su autocuidado.
- Suministro de material para realizar procedimientos en el hogar.

A partir de la efectividad del plan de egreso y la transición hospitalaria para el cuidado continuo, se pudo llegar a la conclusión, que existe una literatura variada sobre el plan de transición y egreso hospitalario, que refleja un nivel heterogéneo frente a directrices concretas, para adelantar dichos planes, aunque se recomienda esta gestión en beneficio de los usuarios. La evidencia sobre la efectividad del desarrollo de planes de cuidado, como parte fundamental del cuidado continuo, seguro e integral de los pacientes y sus familias es limitada.

La compilación de estudios primarios realizada por MJ Tormo, G Sánchez Nanclares y B Martínez Lozano- Aranaga para la Coalición EIP AHA de Murcia en

2013, publico un estudio realizado por La organización Educación para el autocuidado de pacientes crónicos en la Región de Murcia, en el cual

[...] Cadelli P & Tormo MJ, (2013), realizaron un estudio con aproximadamente 500.000 personas con alguna enfermedad crónica (30%), la mayoría por encima de los 55 años, consumiendo más del 70% del presupuesto público en Sanidad y Política Social. La Educación Terapéutica de Pacientes (ETP) es la educación, organizada por los servicios sanitarios e impartida por sus profesionales previamente formados, que capacita a los pacientes, a los grupos de pacientes y a sus familiares, a cuidar mejor su problema de salud y prevenir complicaciones evitables mientras mantienen o mejoran su calidad de vida.

La ETP produce un efecto terapéutico adicional al de otras intervenciones (farmacológicas, fisioterapia, etc. OMS 1998). El objetivo de esta investigación es evaluar la percepción por parte de la población mayor y sus familiares de la necesidad de ETP.

[...] Cadelli et al (2013), La actividad de ETP más valorada fue aliviar por sí mismos los síntomas menores de sus enfermedades y resolverlos en su propio hogar (80%) seguida de llevar a cabo las modificaciones del estilo de vida (dieta equilibrada, programa de actividad física, relaciones con otras personas, reducción del peso, etc.) (62%) y reunirse con frecuencia con otros pacientes y un moderador para hablar de cómo cada uno consigue ayudarse a controlar su enfermedad crónica. La menos frecuente fue implicar más a su entorno (familiares, allegados) en el control de su enfermedad crónica (32%). Más de la mitad percibió como muy necesaria la promoción de la eficacia personal junto a pacientes crónicos como ellos mismos (60%). El formato de las sesiones de ETP preferido fue el que combina sesiones grupales e individuales (61%) y la frecuencia más señalada, la semanal (35%).

Capítulo 3

Marco Referencial

Marco Teórico

A través del análisis bibliográfico se pudo establecer el marco teórico, bajo las postulaciones de distintos autores que aportan al sustento de proyecto desde las categorías enunciadas en la descripción del problema, las cuales centran el desarrollo de la propuesta del programa de educación para la reducción de reingresos en la IPS Clínica Chía.

Según Rivera LN, Triana A. (2007, p. 25) “Educar también es mucho de informar, informar asertivamente lo que el otro va a necesitar, para poder también brindar el cuidado”. La educación como transmisión de información es otra mirada frecuente y se aplica, en ocasiones, en momentos específicos de la relación enfermera paciente, por ejemplo, al ingreso o egreso hospitalario.

Ferraz F, Santana L, Anacleto L, Schimidt K, Schubert V. (2005) en su artículo “cuidar educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúe”, define que

[...] Educar también se concibe como un proceso orientado a transformar. Así lo expresó un participante: “tendría que decir que la labor educativa es un proceso de transformación... no es fácil... no es momentáneo, y busca transformar la mentalidad, las actitudes y las acciones de esos seres humanos que uno está cuidando” (p. 58)

La educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza. Diversos teóricos de enfermería resaltan la razón de ser de la educación en este contexto

profesional. Por ejemplo, Virginia Henderson la identifica como una necesidad de los pacientes que debe satisfacerse, Dorothea Orem muestra que la educación es fundamental en el contexto del autocuidado y Jean Watson hace hincapié en la necesidad de promover la enseñanza-aprendizaje transpersonal y la trabaja como uno de los factores en los cuales debe centrarse el cuidado. La educación que ofrece enfermería no solo es un elemento central de cuidado, sino también de su gestión. Esta actividad favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, así como la recuperación y rehabilitación de las personas, objetivos del cuidado.

El Consejo Internacional de Enfermeras en Estados Unidos (CIE, 2014), describe que el rol de la profesión “abarca el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, y en todos los entornos”. Esto incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y moribundas. En este contexto, considera “la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de los sistemas de salud y los pacientes, y la educación” como funciones clave de enfermería.

Las creencias según George Allen & Unwin (1960), se pueden definir como el producto de un acto judicial, de un razonamiento sobre la realidad. A partir de esta corta definición las creencias que tiene una persona sobre un tema específico es basado en su razón y sus ideas o pensamientos; las creencias relacionadas con las enfermedades son un tema común que se presenta en los diferentes ámbitos de la salud pero que para algunas personas es de suma importancia y de esto depende la recuperación y la adherencia al tratamiento médico.

Las creencias pueden influir de manera tanto positiva como negativa; si lo observamos de manera positiva, un paciente a partir de sus creencias puede llegar a generar esperanza de vida y de mejor calidad de vida, esto se ve reflejado cuando se aferra a creencias que promueven el autocuidado, los hábitos saludables, la adherencia a

los tratamientos médicos; cuando un paciente genera todo esto en su vida la enfermedad se vuelve parte de ella de manera positiva, ya que genera esperanza de vida y de recuperación de su enfermedad, dando apoyo moral y emocional tanto para el paciente como para su familia.

Pero si las creencias se toman negativamente el paciente y su familia tomaran malas decisiones se encontrará falta de adherencia y de creencia en el tratamiento médico, esto conllevará al aumento de síntomas y complicaciones relacionados con su enfermedad. Pondrá en peligro su calidad de vida debido a que no existirá un manejo adecuado de la enfermedad y por el contrario generará malos hábitos que no darán un final adecuado al proceso de la enfermedad.

Cuando se empieza a evaluar al apoyo del paciente se identifican diferentes conceptos es así como la Dra. Poveda (2001), en su artículo "Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Crónica", determina:

[...] el simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc. Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa.

Así mismo afirma que:

El primer recurso es el propio enfermo. En las situaciones en que esto no es suficiente hay que disponer de otro tipo de recursos externos que son los denominados "sistemas de apoyo social". En el paciente crónico estos sistemas de apoyo tienen una gran importancia.

La familia como sistema de apoyo: La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor de la cual se mueven todos los individuos. Es un elemento que la enfermera deberá tener en cuenta en el proceso de cuidados, la familia tiene unas características que ayudan a su definición:

- La familia como sistema social universal: en todas las sociedades, el grupo familiar es el primero que entra en contacto con el individuo y el que más influencia ejerce sobre él.
- La familia como macrocosmos social: en la familia se reproducen las relaciones sociales con una diferenciación de los roles en función de la edad, sexo, etc.
- La familia como sistema abierto: un sistema es un conjunto de partes o unidades que conforman un todo complejo y estructurado. En la familia, los miembros constituyen las unidades que forman subsistemas (subsistema conyugal, subsistema hermanos, subsistema abuelos) que configuran el sistema familiar.
- La familia como agente socializador: la familia transmite conocimientos, modelos y valores propios de la sociedad, que el individuo asume como propios.
- La familia como grupo primario: en los primeros años de nuestra vida establecemos contacto e intensos lazos con un grupo reducido de personas, nuestra familia. Es una relación primaria sin la cual sería imposible sobrevivir. La pertenencia a dicho grupo viene determinada de manera involuntario, por el hecho de haber nacido en el seno de una familia u otra.
- La familia como institución: la familia junto con la religión son las únicas instituciones desarrolladas universalmente en todas las sociedades.

De igual manera que el desarrollo de habilidades de comunicación, el afrontamiento de estrés, cuidados al paciente, también debe conocer que hay otro tipo de ayuda que se conoce como apoyo social como amigos, apoyo de culto, asociaciones de autoayuda, voluntariados y apoyos gubernamentales que muchas veces solventan ayudas

económicas como bonos entre otros, ya que estos son otros factores que hacen difícil la situación para los cuidadores y pacientes.

También se generan herramientas como folletos, carnet de medicamentos, ayudas audiovisuales donde se refuerza puntos importantes sobre el cuidado y como adecuar mi hogar o vivienda para dar un adecuado espacio a mi paciente, dependiendo el tipo de enfermedad que tenga también las EPS generan apoyo terapéutico domiciliario que complementan el entrenamiento y dan seguridad para que no reingresen a las entidades hospitalarias.

Teniendo en cuenta lo evaluado anteriormente sobre el paciente crónico, el tratamiento, las redes de apoyo involucradas y el bienestar de este; se hace necesario generar estrategias para que el paciente se desenvuelva de una manera más sencilla en el mundo hoy. Esto, por medio de herramientas que favorezcan el desarrollo de diferentes competencias y/o habilidades que a su vez permiten al paciente y cuidador afrontar las barreras que surjan en el Sistema de Salud y en el día a día en su hogar.

Cabe aclarar que esta es una transición es difícil para el paciente donde su parte emocional juega un papel importante que si es fuerte puede afrontar y adecuarse a cualquier circunstancia que se presente; Esto facilitado la toma de decisiones y modificaciones sobre costumbres y condiciones de vida sana, haciendo que se genere un entorno de armonía y felicidad a pesar de la adversidad. Si estas acciones garantizan cambios positivos, hacen que se reduzcan los reingresos y genere un ahorro significativo para el sistema de salud y menos visitas a las IPS.

Es importante recordar que son diversos los factores que pueden afectar la continuidad en los tratamientos que son instaurados por el personal de salud y por eso se hace énfasis en el acceso a los servicios de salud que es el funcionamiento en la puerta de entrada a los sistemas de salud, sea cual fuere su naturaleza (pública, privada o mixta), así como la relación entre pacientes que demandan atención en salud y diferentes servicios

que componen tales estructuras sanitarias. En cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud (SS) desde las Empresas Administradoras de Beneficios (EAPB), son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados.

Es cierto que la cobertura del régimen contributivo, como del subsidiado, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se ha incrementado, no obstante, también es innegable que las barreras, han generado que día a día se interpongan miles de acciones legales para garantizar el derecho a la salud. Los sistemas de salud tienen la obligación de ser asequibles, equitativos, sostenibles y de calidad; no obstante, existen evidencias que indican que están debilitados en sus principales funciones de promover, restablecer y mejorar la salud individual y colectiva. Esto se ve reflejado en el descontento de las personas ante la incapacidad de éstos para satisfacer sus necesidades, con el agravante de incrementar los gastos de bolsillo.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no transmisible (ECNT), en especial, en los países en desarrollo. Estas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado; quizá por ello, día a día se ha enfatizado más en la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral (Barrera et al. 2006a; Sánchez, 2011)

En Colombia, la información institucional oficial sobre acceso a servicios de salud es limitada y se restringe a cifras de cobertura de aseguramiento y a los indicadores de camas hospitalarias esto hace que haya un porcentaje de personas que enfrentan barreras de acceso a servicios de salud y barreras de acceso a los servicios de salud según causa.

Persiste la presencia de población sin cobertura en salud (concepto que difiere de acceso real), se mantiene una inadecuada e insuficiente distribución de los servicios tanto

en las zonas rurales como en las urbanas, se han denunciado innumerables hechos de corrupción asociados a la apropiación de recursos públicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, y cada vez son más evidentes las fallas en materia de salud pública.

Barreras de acceso a los servicios de salud: En general, la mayor parte de las investigaciones reportan barreras de acceso a los servicios de salud y existe consenso entre ellas en que las principales barreras que enfrenta la población colombiana son económicas, geográficas, administrativas, culturales, normativas, de oferta, relacionadas con la falta de confianza en el médico y discriminación.

Así mismo en el trabajo de grado “Frecuencia y factores relacionados con las infecciones asociadas a dispositivos médicos en Colombia para el segundo semestre del 2016” las autoras Aldas D, Castro M, Garcia M, Vergel M y Zapateiro M (2019), en su marco teórico citan a Friedman en su apartado de eventos adversos:

[...] Friedman, en el año 2002, describió que los pacientes no hospitalizados, pero que hubieran estado en contacto con el sistema sanitario y que presentaban bacteriemia, tenían una etiología y manifestaciones parecidas a los pacientes hospitalizados, contrariamente a aquellos pacientes que tenían infecciones adquiridas en la comunidad sin contacto con medios hospitalarios. Por lo tanto, las denominó “infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria” y describió algunos criterios que aún se encuentran vigentes.

Al igual Aldas D, et al (2019): La resolución 1446 del 2006 de Colombia, definió que la tasa de Infecciones asociadas a la atención en salud se obtiene dividiendo el número de pacientes con IAAS sobre el número total de pacientes hospitalizados, en este orden de ideas el Ministerio de Salud y Protección Social ha reportado en los últimos años una disminución de este indicador, sobre todo en el año 2014 con una tasa de 0,83%. Sin embargo, en relación con las tasas de IAAS en países

desarrollados, la tasa de Colombia continúa indicando deficiencias en la seguridad en cuanto a la atención en salud.

Definición de IAAS, según el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés): Todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debido a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso.

Las infecciones asociadas a la atención de la salud - IAAS son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal sanitario y a los sistemas de salud.

Las IAAS son consideradas un problema de salud pública ya que afectan tanto a los pacientes como al sistema de salud. Existen factores de riesgo que influyen en el desarrollo de las IAAS ya que aumentan el riesgo endógeno del paciente; entre estos se encuentran la edad, las enfermedades por las cuáles se encuentra recibiendo atención médica y comorbilidades, y factores extrínsecos dados por las hospitalizaciones, las maniobras diagnósticas terapéuticas realizadas, o los dispositivos médicos utilizados, a partir de los cuáles se pueden desarrollar las infecciones asociadas a dispositivos. Son consideradas el evento adverso.

Definición de evento adverso según la Organización Mundial de la Salud:
También llamado incidente con daños es una circunstancia que causa un daño innecesario al paciente. Puede ser de tipo prevenible o no prevenible

Existen factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos que predisponen a las personas a contraer una IAAS. Los factores de riesgo no modificables son: la edad, las enfermedades de base del paciente, algunas comorbilidades de tipo crónico y todo lo que

lleve a un deterioro del sistema inmune; es importante tener conocimiento de ellos para actuar de forma preventiva. Por otro lado, los factores de riesgo modificables son aquellos derivados de las hospitalizaciones, e incluyen maniobras diagnósticas, maniobras terapéuticas, el ambiente que los rodea, entre otros. Es importante tener en cuenta a los profesionales de la salud dentro de este grupo, ya que pueden ser un reservorio o fuente de microorganismos patógenos. Dentro de este gran grupo de infecciones, las más frecuentes son aquellas relacionadas con dispositivos médicos, como la ventilación mecánica, los catéteres vasculares o sondas urinarias y las relacionadas con los procedimientos quirúrgicos.

Las principales consecuencias de las infecciones asociadas a la atención en salud, relacionadas con los pacientes, son el deterioro de la calidad de vida, aumento en la estancia hospitalaria, necesidad de otros tratamientos incluyendo antibioticoterapia. (GRUVECO) en 2009.

Marco Legal

Dada la situación de déficit en la cantidad, la calidad y la disponibilidad de información sobre acceso a servicios de salud en el país, en el contexto de la crisis estructural de un sistema altamente fragmentado que ocasiona barreras se identifica tres parámetros principales para el análisis: del problema ingreso a los servicios de salud 1) equidad y acceso a los servicios de salud, 2) efectos de la Ley 100 de 1993 en el acceso a servicios de salud 3) barreras de acceso a los servicios de salud.

Equidad y acceso a los servicios de salud: sobre equidad en el acceso a los servicios de salud defienden la tesis de que como resultado de la Ley 100 de 1993 puede considerarse que hay mayor equidad debido a la ampliación de la cobertura, en especial de la población más pobre. Sin embargo, estudios para regiones o ciudades específicas como Bogotá y Antioquia señalan la existencia de inequidades en el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos entre la población afiliada y la no afiliada al

sistema de salud; otro estudio enfatiza en las barreras financieras como el principal obstáculo para el acceso de la población más pobre, incluso estando afiliada.

Efectos de la Ley 100 de 1993 en el acceso a servicios de salud: Se encuentran efectos positivos tales como el aumento en la cobertura, la disminución del gasto de bolsillo, el aumento de la equidad en el aseguramiento mediante la disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo, la mejor focalización de los subsidios a la población pobre y el aumento del acceso a los servicios de salud entre los asegurados. Por otro lado, se presentan limitaciones importantes como diferencias estructurales existentes entre los paquetes de servicios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo, o no se tuvo en cuenta que estar afiliado como indicador de cobertura, no implica necesariamente tener acceso real a los servicios.

Ley 911 de 2004

[...] Capítulo 2: Del acto de cuidado de enfermería:

Artículo 3. El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnología, conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

Título III.: responsabilidades del profesional de enfermería en la práctica.

Capítulo I: De las responsabilidades del profesional de enfermería con los sujetos de cuidado.

Artículo 14. La actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

Capítulo IV: De la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia.

Artículo 29. En los procesos de investigación en que el profesional de enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de enfermeras nacionales e internacionales.

El Ministerio de Salud en el año 2012, mediante la circular 045 de 2012, inició el sistema de vigilancia de las IAAS, resistencia y consumo antimicrobiano. La notificación de estos eventos al INS está a cargo del Sivigila, a través de la ficha de notificación 357 de IAD en UCI. Además, en el 2016 el INS publicó el protocolo de vigilancia en salud pública para los eventos de infecciones asociadas a dispositivos, como una de las estrategias de prevención y control de las IAAS. Se implementó la resolución 256 de 2016, en donde se reglamenta el seguimiento de las IAD, tanto del tracto urinario como del tracto sanguíneo, así como la NAV, tiene como objetivo el monitoreo de la calidad en salud.

Capítulo 4

Metodología

Es importante hacer claridad que nuestra investigación se basa en el paradigma interpretativo ya que este se basa en el proceso de conocimientos, en el cual se da una interpretación entre el sujeto y el objeto, adicional a esto su finalidad es profundizar nuestro conocimiento en comprender la conducta de las personas estudiadas en este caso puntual los pacientes con reingreso hospitalarios antes de las 72 horas lo cual se logra cuando se interpretan los significados, actos y pensamientos de los pacientes. De esta manera la investigación cualitativa su objeto es el desarrollo de conceptos que ayuden a comprender los fenómenos sociales en medios naturales dando la importancia necesaria a las intenciones, experiencias y opiniones de todos los pacientes con reingreso hospitalarios antes de las 72 horas.

Nuestra investigación es cualitativa y multimetódica pues recoge datos (Datos básicos, nivel educativo, estrato, ubicación geográfica, instituciones y grupos de apoyo, núcleo familiar, religión y creencias, aseguramiento al sistema) e información a través de entrevistas, experiencia del personal de salud, historias de vida, rutinas dadas por los pacientes que asisten a IPS Clínica Chía en los diferentes servicios de nuestra institución. Por otra parte, lo que buscamos es comprender e interpretar fenómenos observados dados por los reingresos hospitalarios en nuestra institución.

Diseño Metodológico

En la presente investigación se utilizará una metodología descriptiva, a través de la identificación de las percepciones de los pacientes mediante la aplicación de una entrevista estructurada, la cual permitirá obtener narraciones y cuyo análisis implica un método cualitativo, el cual describe sistemáticamente las características de las variables y fenómenos generando categorías conceptuales, descubriendo y validando asociaciones entre diversos fenómenos o generando una comparación en los existentes (Quecedo y Castaño, 2002). La investigación descriptiva busca dar respuesta a preguntas como:

quién, qué, cuándo, dónde, sin importar el por qué, en esta investigación se hace necesario una observación del objeto a estudiar que permita obtención de datos para ser categorizados y analizados.

En este estudio descriptivo se utilizará algunas variables y generar la medición en cada una de ellas independientemente de las otra para describirlas. En estas investigaciones se busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno, para implementar un programa de educación que impacte positivamente en los tratamientos propuestos en la instancia hospitalaria.

El uso de datos personales será consentido previo a la entrevista que se le realizará de tal forma que tendrá conocimiento del fin del uso de dichos datos. También se informará que la información obtenida no será compartida con personas ajenas al proyecto, todo esto será descrito previamente en el consentimiento.

Fases del Diseño.

En este diseño metodológico se utilizarán 6 fases para realizar la investigación descriptiva y realizar un análisis que permita instaurar el programa educativo en la institución.

1. Identificación y delimitación del problema: El problema a abordar son las características de un programa educativo que permita disminuir el reingreso antes de las 72 horas de los pacientes que egresan del servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía
2. Elaboración y construcción de los instrumentos: El instrumento a desarrollar será una entrevista estructurada.
3. Observación y registro de datos: los datos serán obtenidos de las narraciones hechas a las preguntas de la entrevista estructurada y las apreciaciones no verbales de los entrevistados
4. Decodificación y categorización de la información: transcripción e identificación de variables obtenidas de la entrevista. (Datos básicos, nivel educativo, estrato,

- ubicación geográfica, instituciones y grupos de apoyo, núcleo familiar, religión y creencias, aseguramiento al sistema y patología de base.)
5. Análisis: al tener los datos catalogados y organizados, permiten realizar una interpretación y análisis con referencia al objeto de estudio.
 6. Propuestas: bajo los resultados obtenidos de las entrevistas y las variables identificadas establecer la propuesta del programa de educación dirigido al paciente y familia para la adherencia y cuidados en casa, según su condición clínica.

La población objeto esta conformada por el total de egresos registrados en el alta programada, por la IPS Clínica Chía. Se determinará una muestra de pacientes, dentro de los cuales requieren intervención directa del profesional de Enfermería responsable del programa, se tendrá en cuenta el grado de dependencia que muestre el paciente para el logro de su autocuidado, asociado a su problema de salud, el apoyo familiar y de la comunidad, así como las necesidades para realizar algún procedimiento en el hogar.

De esta población se tomará como muestra para la aplicación del instrumento cualitativo de entrevista, a los pacientes que reingresan, mayores de 65 años, hombres y mujeres con patologías de base en enfermedades crónicas.

Ya que durante los dos turnos de 12 horas en los servicios de urgencias de IPS Clínica Chía, se reciben en promedio 100 pacientes de los cuales, 10 de ellos se quedan en observación y 90 egresan, los profesionales a cargo del programa determinarán los criterios de inclusión de la población, para establecer su grado de intervención directa en el proceso, tomando en cuenta la complejidad de este. La intervención directa se define, como el momento en el que el profesional de enfermería realiza toda la preparación del paciente y familia para su egreso, tomando en cuenta las necesidades de autocuidado y trámites administrativos requeridos.

Consideraciones éticas.

Para la presente investigación la población de estudio está conformada por los pacientes de IPS Clínica Chía que reingresen al servicio de Urgencias antes de las 72 horas por una misma causa en el mes de diciembre de 2020.

La población objeto estará conformada por pacientes que egresan y reingresan al servicio de urgencias y que se encuentran en la base de datos de la Clínica.

La entrevista se llevará a cabo en las instalaciones de IPS Clínica Chía en el servicio de urgencias, la muestra para seleccionar son los pacientes mayores de 65 años, hombres y mujeres con patologías de base como enfermedades crónicas.

Debe garantizar que el paciente ha expresado voluntariamente su intención de participar en una investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos de esta, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. Esto se hace a través del consentimiento informado. (Ver Anexo 2)

El consentimiento informado cumple con estas características:

- Capacidad: Los pacientes deben tener la habilidad de tomar decisiones.
- Voluntariedad: Los pacientes a investigar deben decidir libremente su participación en el estudio sin manipulación ni coerción.
- Información: Debe tener conceptos comprensibles para todos los pacientes y su familia dando a conocer los beneficios de participar en la investigación, ya que se encontrarán los aspectos más relevantes por los cuales la paciente reingresan antes de las 72 horas.
- Comprensión: Es la capacidad del paciente de comprender la información relevante.

Recolección de la información.

Tabla 1.

Estructura de la entrevista.

<i>Categorías</i>	<i>Definición</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>Preguntas</i>
Nivel socioeconómico y demográfico	Indaga sobre nivel educativo y los conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo. • Conocimiento sobre su enfermedad. • Estrato. • Ubicación geográfica. • Condición económica. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué grado de escolaridad tiene? Explique • ¿Qué sabe sobre su enfermedad? Explique • ¿Conoce la importancia de tener un tratamiento adecuado? Explique • ¿Su lugar de vivienda pertenece a una zona rural o urbana? Explique • ¿Usted devenga algún salario o ingreso? Explique • ¿Usted recibe ayuda económica de algún ente territorial? Explique • ¿Cree usted que cuenta con solvencia económica? Explique
Red de apoyo	Busca identificar las redes de apoyo con las que cuenta el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Núcleo familiar • Instituciones y grupos de apoyo. • Comunidad a la que pertenece. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Con quién vive? Explique • ¿Quién es la persona que lo apoya en la casa? Explique • ¿Cuenta con el apoyo de alguna institución? Explique • ¿Tiene un cuidador externo a su familia que le brinde apoyo? Explique
Creencias	Indaga sobre las creencias que poseen los pacientes y las implicaciones en el tratamiento de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Religión • Creencias culturales. • Doctrinas que practica. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué religión practica y como ha incidido en el tratamiento de su enfermedad? Explique • ¿Qué creencias tiene sobre su enfermedad? Explique • ¿Utiliza medicina alternativa? Explique • ¿Usted cree que el tratamiento que se le da en la clínica le va

<i>Categorías</i>	<i>Definición</i>	<i>Subcategoría</i>	<i>Preguntas</i>
			<p>a servir para su enfermedad? Explique</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué concepto tenía sobre la enfermedad? Explique • ¿En la actualidad que concepto tiene sobre su enfermedad? Explique • ¿Qué expectativas tiene sobre su tratamiento? Explique
Servicio de salud	Indaga sobre las barreras que tienen al acceder a la atención.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites administrativos. • Ubicación geográfica. • Accesibilidad (Que esta el servicio, pero no puede acceder a él) • Aseguramiento al sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuenta con un centro de salud cercano a su vivienda? Explique • ¿Se encuentra usted afiliado a algún sistema de salud? Explique • ¿Ha presentado demoras en su tratamiento por algún trámite administrativo? Explique

Nota: la recolección de información se realizará a través de una entrevista estructurada, la cual se establece desde las categorías y sus correspondientes subcategorías, para la formulación de preguntas que tendrán una amplitud en su respuesta a través de la narrativa de los entrevistados.

Fuente: Propia

Identificación de la muestra

Población y muestra.

La población de estudio está conformada por los pacientes de IPS Clínica Chía que reingresen al servicio de Urgencias antes de las 72 horas por una misma causa en el mes de diciembre de 2020. La muestra para seleccionar son los pacientes mayores de 65 años, hombres y mujeres con patologías de base como enfermedades crónicas.

Selección y técnicas de instrumentos

- Entrevista (Ver Anexo 1): La entrevista es un diálogo entablado entre dos o más personas donde el entrevistador formula preguntas y el entrevistado las responde.

Se trata de una técnica empleada para diversos motivos, investigación, medicina y selección de personal, la seleccionada para esta investigación se realizará una entrevista Mixta o semiestructurada. El investigador aplicará una estrategia mixta que consta por una parte de la realización de preguntas abiertas al paciente donde se personaliza y se improvisa, y por otra se seguirá una serie de cuestiones predeterminadas con las que se consigue profundizar en los aspectos relevantes. Quizás esté considerada la más completa ya que cubre las carencias de ambas.

- Base de datos en drive del servicio de urgencias IPS Clínica Chía: En esta base se encuentra la información personal del paciente, datos básicos como la edad, EPS e identificación del paciente, así como la causa de ingreso.
- Software de la clínica: IPS Clínica Chía como institución de salud cuenta con un software de calidad el cual contiene los indicadores de toda la institución y de todos los servicios, por lo tanto, se utilizará para evidenciar el porcentaje de pacientes que reingresa al servicio de urgencias por la misma causa, para hacer una revisión de la base de datos del servicio para captar los pacientes y realizar la entrevista.
- Consentimiento informado (Ver Anexo 2): El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Métodos de recolección de datos primarios.

Se realizarán entrevistas a los pacientes que reingresen antes de las 72 horas por la misma causa de ingreso captados en el servicio de urgencias de la institución IPS Clínica Chía, que cumplan con las características establecidas para la investigación.

Métodos y técnicas de recolección de datos secundarios.

- Informe de indicadores en comité técnico científico y comité de urgencias
- Software de la clínica

Formulación del plan de análisis

1. Se transcriben las entrevistas:

Luego de obtener las entrevistas y tenerlas grabadas se realizará la transcripción de estas, de la manera más precisa y completa para obtener la información necesaria para agruparla por categorías, en esta transcripción no se deja información por fuera, pero si se hace relevancia a las preguntas encaminadas a dar respuesta a la investigación.

2. Se organizan por categorías:

Al transcribir todas las entrevistas se encontrará similitudes y diferencias en las respuestas de los participantes de la investigación lo cual permitirá que se organice la información obtenida por categorías facilitando el análisis de los datos y permitiendo tener la información organizada para su revisión.

3. Se inicia el análisis de datos:

Teniendo la información organizada por categorías específicas, se procederá a analizar los datos obtenidos por medio de las entrevistas, en esta fase se busca encontrar la causa de reingreso antes de las 72 horas por la misma causa al servicio de urgencias y todos aquellos factores o variables que participan en el tratamiento de un paciente que no permitan su mejoría o desenlace favorable sino por el contrario reingresar a la institución hospitalaria.

4. Se plantea hipótesis:

Posterior a realizar un análisis completo de todas las categorías e información obtenida, se planteará una posible hipótesis sobre la causa o causas para que un paciente reingrese al servicio de urgencias antes de las 72 horas por la misma causa.

5. Se ejecutan actividades para resolución del problema:

Cuando ya los investigadores plantean la hipótesis, se realiza un nuevo análisis buscando dar solución al problema por lo cual se plantean diferentes alternativas y

actividades que aporten a la disminución de los reingresos de pacientes al servicio de urgencias antes de las 72 horas por la misma causa.

Propuesta para implementación del programa de educación de cuidados pos-egreso de pacientes para disminuir los reingresos antes de las 72 horas al servicio de urgencias de la IPS Clínica Chía

Teniendo en cuenta el análisis de datos realizado y evidenciando las patologías mas prevalentes de reingreso se diseñará un catálogo educativo el cual se proyectará de forma virtual a través de la pagina web de la clínica y los medios audiovisuales en las salas de espera de la clínica y sus sedes. Además, esta información también será transmitida en físico por medio de folletos.

La enfermera profesional brindara educación en un lenguaje claro y sencillo de forma personalizada incluyendo no solo al paciente sino también a su familia o cuidador principal. Dará educación por medio de ayudas didácticas así mismo usará el catálogo educativo virtual, entregará folleto educativo de horarios de medicamentos y cuidados básicos en casa. Dejará espacio para resolver dudas e inquietudes.

La enfermera del programa educativo realizara seguimiento telefónico semanal a los pacientes con patologías crónicas que recibieron educación al egreso y realizara intervención según los datos recolectados durante el seguimiento telefónico.

Para evaluar el impacto del programa de educación se implementará durante 6 meses de manera continua y posterior se realizará análisis de indicadores institucionales los cuales permitirán identificar la disminución o aumento de reingresos y efectividad del programa educativo.

Anexos

Anexo 1

Formato de Entrevista

La población de estudio está conformada por los pacientes de Clínica Chía que reingresen al servicio de Urgencias antes de las 72 horas por una misma causa en el mes de diciembre de 2020. La muestra para seleccionar son los pacientes mayores de 65 años, hombres y mujeres con patologías de base en enfermedades crónicas.

Datos básicos

1. ¿Cuál es su nombre completo (Nombres y apellidos)?

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

3. ¿Cuántos años tiene?

4. ¿Cómo es su número de documento de identificación?

5. ¿Cuál es su teléfono de contacto?

6. ¿Cuál es su EPS?

7. ¿En qué municipio reside? Explique, zona rural o urbana

8. ¿A qué estrato pertenece?

9. ¿Tiene un familiar cercano para dejar como contacto?

10. ¿Cuál es el número de celular de su familiar?

Nivel socioeconómico y demográfico

1. ¿Qué grado de escolaridad tiene? Explique

2. ¿Qué sabe sobre su enfermedad? Explique

3. ¿Conoce la importancia de tener un tratamiento adecuado? Explique

4. ¿Usted devenga algún salario o ingreso? Explique

5. ¿Usted recibe ayuda económica de algún ente territorial? Explique

6. ¿Cree usted que cuenta con solvencia económica? Explique

Red de apoyo

1. ¿Con quién vive? Explique

2. ¿Quién es la persona que lo apoya en la casa? Explique

3. ¿Cuenta con el apoyo de alguna institución? Explique

4. ¿Tiene un cuidador externo a su familia que le brinde apoyo? Explique

Creencias

1. ¿Qué religión practica y como ha incidido en el tratamiento de su enfermedad?
Explique

2. ¿Qué creencias tiene sobre su enfermedad? Explique

3. ¿Utiliza medicina alternativa? Explique

4. ¿Usted cree que el tratamiento que se le da en la clínica le va a servir para su enfermedad? Explique

5. ¿Qué concepto tenía sobre la enfermedad? Explique

6. ¿En la actualidad que concepto tiene sobre su enfermedad? Explique

7. ¿Qué expectativas tiene sobre su tratamiento? Explique

Servicio de salud

1. ¿Cuenta con un centro de salud cercano a su vivienda? Explique

1. _____

2. ¿Se encuentra usted afiliado a algún sistema de salud? Explique

3. ¿Ha presentado demoras en su tratamiento por algún trámite administrativo? Explique

Anexo 2

Consentimiento informado para Entrevista grabada dirigida a pacientes que reingresan al servicio de Urgencias en Clínica Chía

Yo _____ Identificado con documento de identidad No. _____ de _____. Declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre “Reingreso de pacientes en el servicio de Urgencias de Clínica Chía”, consistirá en responder una entrevista que pretende buscar las causas de los reingresos en la institución y mi participación es una valiosa contribución.

Acepto la solicitud de que la entrevista sea grabada en formato de audio para su posterior transcripción y análisis, a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la especialización docencia universitaria de la Universidad del Bosque, que guía la investigación. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad.

Las Investigadoras Responsables del estudio, Adriana Ramos, Johana Rincón, Andrea Nieves, Emma Ramos y Lorena Coronado, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Asimismo, las entrevistadoras me han dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de que el producto de este trabajo se requiera mostrar al público externo (publicaciones, congresos y otras presentaciones), se solicitará previamente mi autorización. Por lo tanto, como participante, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la memoria de Título de las investigadoras.

He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Chía, Cundinamarca a los ____ del mes _____ de 2020.

Firma Participante

Firma Investigadoras

Lista de referencias

Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*. (1974). 9 (3): 208-20.

Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. (1995). 36: 1-10.

Asamblea Mundial de la Salud. Abril 2008. P. 3

Ángel Jiménez, Gloria, & López Herrera, Francy Edith, & Restrepo Múnera, Diana María (2013). La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito

clínico. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2),9-29.[fecha de Consulta 12 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0124-2059. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145229803002>

Barrios Araya, s., Masalán, p., & paz, m. (2011). educación en salud: en la búsqueda de metodologías innovadoras. scielo.

Castro, Pablo, Verdejo, Hugo, Garcés, Eduardo, Concepción, Roberto, Sepúlveda, Luis, Lanas, Fernando, Rossel, Víctor, Llevaneras, Silvana, & Vukasovic, José Luis. (2009). Influencia de factores socio-culturales en la evolución alejada de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista chilena de cardiología*, 28(1), 51-62. Recuperado en 12 de noviembre de 2020, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000100005&lng=es&tlng=es.

Cazau, Pablo. introducción a la investigación en ciencias sociales. marzo, 2006. tomado de:<http://alcazaba.unex.es/asg/400758/materiales/introducci%c3%93n%20a%20la%20investigaci%c3%93n%20en%20cc.ss..pdf>

Diez Patricio, Antonio. (2017). Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143. Recuperado en 12 de noviembre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100008&lng=es&tlng=es.

Duarte Nohora (2015). validación de contenido y aparente de material educativo: plan de egreso para personas en situación de cronicidad en un hospital de segundo nivel. Santander. universidad de Santander.
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/393/1/validaci%c3%b3n%20de%20contenido%20y%20aparente%20de%20material%20educativo.%20plan%20de%20egreso%20para%20personas%20en%20situaci%c3%b3n%20de%20cronicidad%20en%20un%20hospital%20de%20segundo%20nivel.%20santander.pdf>

Grady, P., & Gough, L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención.

Gómez de Brítez, E, & Samudio, M. (2014). Creencias y comportamientos saludables relacionados a las enfermedades crónicas no transmisibles en asistentes al Programa AsuRiesgo del Instituto de Previsión Social. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 12(2), 43-58. Recuperado en 04 de noviembre de 2020, de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282014000200008&lng=es&tlng=es.

González Valdés, t. (2004). las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. revista electrónica de psicología.

Granados, Genoveva, & Roales-Nieto, Jesús G., & Moreno, Emilio, & Ybarra, José Luis (2007). Creencias en síntomas y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3),697-707.[fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1697-2600. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33770308>

Granados Gámez, Genoveva, & Gil Roales-Nieto, Jesús (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3),393-403.[fecha de Consulta 4 de Noviembre de 2020]. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/56070307>

International Council of Nurses. Definition of Nursing. 2014 <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>.

Lecanda, Rosario y Castaño, Carlos. introducción a la metodología de investigación cualitativa. 2002. tomado de: <https://www.redalyc.org/pdf/175/17501402.pdf>

Marriner A. (2007) Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Madrid: Elsevier Mosby. p. 54-67.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia. 111. Vélez-Arango A, Realpe-Delgado C, Gonzaga-Valencia J, Castro-Castro AP. Acción de Tutela, Acceso y Protección del Derecho a la Salud en Manizales. Rev. Salud Pública 2007; 9 (2):297-307.

Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Aplicación de la estrategia mundial. Informe de la Secretaria. 61ª

Paz Soto, Patricia Masalan, Silvia Barrios (2018). La Educación En Salud, Un Elemento Central Del Cuidado De Enfermería, Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 29, Issue 3, 2018, Pages 288-300, ISSN 0716-8640, <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.05.001>.

Prado Solar, Liana Alicia, González Reguera, Maricela, Paz Gómez, Noelvis, & Romero Borges, Karelia. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica, 36(6), 835-845. Recuperado en 04 de noviembre de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.

Price HH. Belief. Londres: George Allen & Unwin, 1960.

Romero, Tomás. (2009). Posición Socioeconómica, Salud y Expectativas de vida: la Insuficiencia Cardíaca como ejemplo. Revista chilena de cardiología, 28(1), 91-93.

Recuperado en 23 de septiembre de 2020, de
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000100009&lng=es&tlng=es.

Rodríguez MJ, Zurriaga LR. Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.

Rodríguez Hernández, j., rodríguez Rubiano, d., & corrales Barona, j. (2013). barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *scielo*.

Sachi, m., Hausberger, m., & Pereyra, a. (2007). percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de salta.

Salvá., R. P. (2001). Cuidados a pacientes cronicos. Recuperado el Agosto de 2020, de anierte-nic.net: http://www.aniorte-nic.net/apunt_cuidad_cronic_2.htm

Tormo MJ, Martínez-Lozano B, Sánchez Nanclares G. Informe sobre la estrategia europea de innovación sobre envejecimiento activo y saludable. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, 2013. Informes Epidemiológicos 2/13. Online Publication: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270957-informe_2.pdf.

Vargas Bermúdez, Zeidy, & Fernández Coto, Rebeca (2011). Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (21),1-20. [fecha de Consulta 12 de Noviembre de 2020]. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=448/44821176005>

Vega Angarita, O.M., & González Escobar, D.S.. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16) Recuperado en 29

de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021&lng=es&tlng=es.

Valdés, Teresa L. González. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Psicología para América Latina*, (1) Recuperado em 12 de novembro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000100005&lng=pt&tlng=es.

Zanetti ML, Miyar L, Biaggi MV, Santos MA, Péres DS, Guimarães F. Satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación en diabetes. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2007 Ago [citada 2012 abr 7];15(4):583-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400010&lng=es.