

2016

Eficacia de la intervención de enfermera facilitadora de altas en relación con los re-ingresos hospitalarios y el nivel de satisfacción del usuario en un hospital privado de Mar del Plata 2015

Bazán, Patricia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/316>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGOGICO DE ENFERMERÍA
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Eficacia de la intervención de Enfermera Facilitadora de Altas en relación con los re-ingresos hospitalarios y el nivel de satisfacción del usuario en un hospital privado de Mar del Plata 2015.

Docentes: Lic. Laura Adriana Celaya

Dra Mónica Barg

Estudiante: Enf. Patricia Bazán

2016

Capítulo I

Introducción

La enfermería es una profesión que se desarrolla en los tres niveles de prevención y en los tres niveles de atención a la salud. Esto ofrece a la enfermera/o la posibilidad de estar presente en amplísimos escenarios, en los que las personas requieren de su intervención. La importancia y el impacto que representan los modelos de enfermería en su práctica diaria resultan visibles y palpables para la persona, la sociedad y la profesión misma. Depende cual sea la mirada hacia el ser humano y el cuidado, que son el sujeto/objeto de estudio permanente para nuestra ciencia enfermera, influirá en el accionar profesional.

En el segundo nivel de atención el rol enfermero es fundamental durante todos los procesos que en el mismo se suceden. Incluido el alta hospitalaria. El alta hospitalaria es un proceso y no un evento aislado. Involucra el desarrollo y la implementación de un plan que la facilite, contempla la participación de la persona, su familia y/o cuidador. Comienza antes de la admisión en los ingresos programados, y lo antes posible en las internaciones no programadas. Durante el proceso de alta es fundamental tener en cuenta aspectos claves: edad del paciente, arreglos necesarios de la vivienda, conductas o hábitos, factores sociales o familiares, antecedentes de enfermedades, fármacos indicados y definir los criterios clínicos objetivos para que el paciente esté en condiciones de alta hospitalaria.

Durante este proceso se desarrolla el conjunto de actividades interdisciplinarias, que se realizan para favorecer la continuidad de los cuidados a la persona y la familia fuera del medio hospitalario. El rol enfermero resulta fundamental durante dicho proceso.¹

Es importante contar con la coordinación e integración de los diferentes niveles asistenciales (cuidados paliativos, atención primaria, instituciones de tercer nivel, etc.), en busca de la continuidad en la atención y cuidados a las personas. De la cual depende la calidad de los cuidados. Para garantizar la continuidad es importante un registro/informe

¹ PEREDA ARREGUI, ENRIQUE. BLAYA LÓPEZ, ENRIQUE. DELGADO AGUILAR, HERMINIA. REMÍREZ SUBERBIOLA, JOSÉ MANUEL Servicio de Urología. Hospital 12 de Octubre. ¿Coordinación de altas hospitalarias? Rev. ENFURO. Asoc. Enfermería en Urología Num. 87. p. 12- 13. Julio/Agosto/Setiembre 2003. Madrid.

enfermero y necesario que las decisiones sean compartidas con las personas involucradas.² El registro es una herramienta fundamental.

Esta función enfermera, se fortalece ante la realidad de una población cada vez más envejecida, con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios.

La Enfermera Facilitadora de Altas (EFA) busca promover la autonomía, la recuperación funcional y que la persona se reincorpore a sus actividades, a su familia y a la comunidad.³

Las instituciones del segundo nivel de atención deben evaluar periódicamente cómo funciona el proceso de planificación de altas; examinar las derivaciones, el giro cama, transferencias a instituciones de tercer nivel, a otros hospitales e internación domiciliaria, etc. Además, evaluar si los pacientes externados debieron consultar en la guardia o ser nuevamente admitidos (re-ingresos) y si esto se debe a una ineficaz planificación de alta hospitalaria.

En un hospital privado de la ciudad de Mar del Plata desde el año 2008, funciona el servicio de EFA. El mismo se constituye por tres enfermeras que actúan de manera interdisciplinaria con los profesionales de diferentes servicios.

En este trabajo se abordará el análisis del servicio de EFA, y se considerará su eficacia en relación a los re-ingresos hospitalarios.

Se considerará como re ingreso a la situación en la cual una persona que, habiendo sido dado de alta hospitalaria, retorna a la institución antes de los (30) treinta días posteriores a la misma, y debe ser hospitalizado por el mismo motivo que su última internación, o por una complicación del mismo. Habrá faltado entonces, continuidad de los cuidados planificados durante el proceso del alta hospitalaria.

El siguiente concepto de Eficacia es el que tendremos en cuenta durante el desarrollo del presente trabajo. Eficacia: se refiere a los resultados en relación con las metas

² Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.

³ Vítolo, Fabián Planificación de Altas Noble S.A. Biblioteca Virtual Noble Diciembre 2012. p. 1-2
www.noble-arp.com/src/img_up/28122012.0.pdf

y el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar de manera ordenada aquellas que permiten alcanzarlos mejor y más. Es el grado en que un servicio puede lograr el mejor resultado posible.

El trabajo enfocará sobre quienes se encuentren en situación de internación y en proceso de alta hospitalaria con intervención de EFA. Y a quienes re-ingresen a la internación.

El Servicio de Enfermeras Facilitadoras de Altas, se efectiviza con el objetivo institucional de contar con camas disponibles, y disminuir el número de reingresos, que alteraba esta disponibilidad.

Las instituciones del segundo nivel de atención deben evaluar periódicamente cómo funciona el proceso de planificación de altas; examinar las derivaciones, el giro cama, transferencias a instituciones de tercer nivel, a otros hospitales e internación domiciliaria, etc. Además, evaluar si los pacientes externados debieron consultar en la guardia o ser nuevamente admitidos y si esto se debe a una ineficaz planificación de alta hospitalaria. En la institución donde se desarrolla el servicio de EFA, no existe registro de evaluación del mismo desde su inicio (2008).

Es por este motivo que surge el interés por indagar en el proceso de alta hospitalaria el que es de la incumbencia de la profesión, de manera organizada. Desde un servicio hospitalario propio, sin precedentes dentro de la institución, tampoco a nivel nacional y muy escasos a nivel internacional, en ese momento.

Durante el planteo del mismo nos surge la pregunta:

¿Cuál es el grado de eficacia de la intervención de EFA (Enfermera Facilitadora de Altas) en relación con los re-ingresos y el nivel de satisfacción del usuario, en un hospital privado de Mar del Plata durante el mes de enero del 2015?

Justificación del problema desde una mirada operativa e institucional:

El servicio de EFA es innovador, y lleva un lapso de seis años de desarrollo en esta institución. Aún no se ha realizado una evaluación del servicio y de su intervención, hay un desconocimiento en cuanto a la eficacia del mismo. Por tal motivo, este trabajo aportará datos relacionados con el número de personas que re-ingresan a la internación del hospital, y al nivel de satisfacción de quienes cursan el proceso de alta con la intervención de la Enfermera Facilitadora de Alta, a los colegas del servicio en estudio y al colectivo enfermero que conforma el departamento de la institución.

Justificación del problema desde una mirada conceptual/teórica

La autoevaluación es una buena práctica enfermera, que además constituye una de las fases administrativas; a saber las etapas o fases del proceso administrativo son la planeación, organización, integración, dirección (liderazgo – comunicación) y control^{4 5}. Si realizamos en este último paso una analogía con el proceso de atención de enfermería, se corresponde a la evaluación. Suma aún más, cuando ésta se encuentra en una pregunta de investigación, enriquecida por los saberes propios, aporta a los saberes del colectivo enfermero, posibilita la seguridad del cuidado enfermero; si aportamos seguridad aportamos calidad en el cuidado.

⁴ Balderas Pedrero, M. de la Luz. Administración de los Servicios de Enfermería. Quinta ed. Mc.GRAW-HILL INTERAMERICADA EDITORES, S.A. de C.V. 2009. Cap. 1 pp35- 65.

⁵ Balderas Pedrero, M de la Luz . Administración de los Servicios de Enfermería. Sexta ed. Mc.GRAW-HILL INTERAMERICADA EDITORES, S.A. de C.V. 2009. Cap.6 Funciones administrativas. Control pp:134-141

Objetivo general:

- Determinar la eficacia de la intervención del Servicio de Enfermera Facilitadora de Altas a través del re ingreso hospitalario y satisfacción de la persona sujeto de cuidados.

Objetivos específicos:

- Comparar el número de re-ingresos de las personas con alta hospitalaria programada con intervención de la Enfermera Facilitadora de Altas, con el de quienes no han tenido dicha intervención.
- Identificar nivel de satisfacción de las personas que cursan el proceso de alta hospitalaria con intervención de EFA.

Marco Teórico

La enfermería es una profesión que se desarrolla en los tres niveles de prevención de enfermedades y en los tres niveles de atención a la salud. Esto ofrece a la enfermera/o la posibilidad de estar presentes en amplísimos escenarios, en los que las personas requieren de su intervención. La importancia y el impacto que representan los modelos de enfermería en su práctica diaria resultan visibles y palpables para la persona, la sociedad y la profesión misma. Depende con que visión se enfoque al ser humano y el cuidado, que son el sujeto/objeto de estudio permanente para nuestra ciencia enfermera, tiene su influencia en el accionar. Depende entonces del paradigma desde el cual el profesional determine realizar la valoración de la persona, sus necesidades y establecer las intervenciones.

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen diferentes paradigmas^{6 7}, el Paradigma de Categorización, el Paradigma de Integración, y el Paradigma de la Transformación en éste último cada fenómeno es único e irrepetible. (1975-siglo XX). Un paradigma no es mejor ni peor que otro, sino que uno prevalece ante otro en la medida en que brinde mejores y mayores posibilidades de conocer y comprender las necesidades de las personas, comunidades, o el problema de investigación. Los paradigmas en el quehacer enfermero acentúan una visión de componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos en el sentido de favorecer a la persona en el ejercicio de su cuidado desde una perspectiva social y profesional, para responder a las necesidades de salud de la población, de la sociedad. En el ámbito enfermero no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero hace difícil que un solo modelo pueda dar explicación a alguna de éstas⁸. Sin embargo el paradigma de la transformación, se considera el más innovador y desarrollado, se piensa que es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que

⁶ Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16 (4). [En línea] http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

⁷ Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Grandes corrientes del pensamiento. En: El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier-Masson, 2007.pp.12-20

⁸ Santos-Ruiz S, López-Parra M, Várez-Peláez S, Abril-Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de modelos enfermeros en la práctica. Gerokomos.2008;19(4):184-189 [en línea]<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n4/184rincon.pdf>

ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”⁹ ¹⁰. Es en el mismo donde buscaremos posicionarnos durante el desarrollo de este estudio.

En el segundo nivel de atención, el rol enfermero es fundamental durante todos los procesos que en el mismo se suceden: la admisión, los días de estancia hospitalaria, en los diferentes procedimientos que durante la misma se lleven a cabo, incluido el alta hospitalaria.

El alta hospitalaria es un proceso y no un evento aislado. Involucra el desarrollo y la implementación de un plan que la facilite, contempla la participación de la persona, su familia y/o cuidador. Comienza antes de la admisión en los ingresos programados, y lo antes posible en las internaciones no programadas.

Durante el proceso de alta es fundamental tener en cuenta aspectos claves: edad del paciente, arreglos necesarios de la vivienda, conductas o hábitos, conocimientos de la persona sobre los cuidados necesarios en su domicilio, factores sociales o familiares, antecedentes de enfermedades, fármacos indicados y definir los criterios clínicos objetivos para que el paciente esté en condiciones de alta hospitalaria.

El alta hospitalaria es el proceso, en el cual se desarrolla el conjunto de actividades interdisciplinarias que se realizan, para favorecer la continuidad de los cuidados al paciente y la familia fuera del medio hospitalario. El rol enfermero resulta fundamental durante dicho proceso¹¹, pues la continuidad del cuidado durante la hospitalización y después del alta es una responsabilidad fundamental de la enfermera.

Es importante contar con la coordinación e integración de los diferentes niveles asistenciales (cuidados paliativos, atención primaria, instituciones de tercer nivel, etc.), en busca de la continuidad en la atención y cuidados a las personas. De la cual depende la calidad de los cuidados. Para garantizar la continuidad es importante un registro enfermero

9

□ Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16 (4). [En línea] http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

¹⁰ Egorza MI, Notivol P. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. An Sis San Navarra;1999;22(Supl.1):9-17.[en línea] <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/supl1/pdf/09-lae.pdf>

¹¹ Pereda Arregui, Enrique. Blaya López, Enrique. Delgado Aguilar, Herminia. Remírez Suberbiola, José Manuel. Servicio de Urología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.
¿Coordinación de altas hospitalarias?

y necesario que las decisiones sean compartidas con las personas (paciente-familia) involucradas.¹²

Expresa Jimenez Paneque de Donabedian: “la satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.¹³

Koos¹⁴ y Donabedian¹⁵ fueron los primeros en expresar que la satisfacción es “una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente”. Este concepto, sin embargo, ha sufrido un paulatino cambio en su concepción en los últimos 14 años.

Interesante lo que considera Wolf¹⁶ acerca de la satisfacción en sus tres dimensiones: cognitiva (cantidad, tipo y calidad de la información que se ofrece); afectiva (interés y comprensión que demuestra); de comportamiento (acerca de las habilidades y competencias clínicas). Podemos afirmar que la satisfacción es un concepto multidimensional¹⁷, en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, urgencias, consulta, etc) sus componentes varían. También resultan importantes las dimensiones como: comunicación (explicaciones claras, intimidad en el conversación, escucha activa), actitudes profesionales (un rol no dominante), competencia técnica (conocimientos específicos), clima de confianza durante la intervención, percepción de su individualidad por parte de la persona (respeto mutuo).

Resulta importante para los hospitales examinar oportunamente la calidad de atención, ya que el éxito depende en cierta medida, de la capacidad de satisfacer las

¹² Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.

¹³ Jimenez Paneque, Rosa. Indicadores de calidad y eficiencia en los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública. Versión on-line ISSN0864-3466. Rev Cubana Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2004. Hospital Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

¹⁴ Koos E. The health of regionville. Hafner, New York: 1954.

¹⁵ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quart 1966; 44: 166-202.

¹⁶ Wolf M, Putnam, James, Stiles. The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale measure patient perceptions of physician behaviour. J Behav Med 1978; 1: 391-401.

¹⁷ Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. Health Care Manage Review 1994; 4:49-55.

necesidades de las personas. En los hospitales la atención es proporcionada por personas capacitadas en el área de la salud, es enfermería quien establece mayor contacto con la persona internada, ya sea durante los procedimientos como de los diferentes procesos, que se ven reflejados en la evaluación de resultados. Quien recibe esta atención es el encargado de manifestar su satisfacción o insatisfacción con la misma. Y son estas instituciones las que precisan examinar oportunamente la calidad de atención puesto que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de las personas que utilizan el sistema hospitalario.

La función de Enfermera Facilitadora de Altas (EFA), y su registro se fortalece ante la realidad de una población cada vez más envejecida, con múltiples y complejos problemas socio-sanitarios. La EFA busca promover la autonomía, la recuperación funcional y que la persona se reincorpore a sus actividades, a su familia y a la comunidad.¹⁸

El Servicio de EFA, está fortalecido en el Modelo de Vida. El modelo enfermero, tiene como propósito proporcionar a los profesionales de la enfermería un esquema para planificar una atención individualizada durante las intervenciones que dependen de su iniciativa propia. En el modelo de Vida se desarrolla en relación con la Actividades Vitales de las personas.¹⁹

En esta función, durante el proceso del alta hospitalaria, la enfermera debe fortalecer la comunicación, que es parte esencial para la profesión, así lo expresan Roper, Logan y Tierney. “Cada enfermera con registro,... es responsable de su práctica y, en el ejercicio de la responsabilidad profesional, deberá actuar siempre de tal manera que promueva y salvaguarde el bienestar (1984)”²⁰

¹⁸ Vitolo, Fabián PLANIFICACIÓN DE ALTAS - NOBLE S.A. Biblioteca Virtual NOBLE. Diciembre 2012.

¹⁹ Roper, Logan y Tierney. Modelo de enfermería. Basado en el Modelo de Vida. Tercera Ed. Interamericana McGRAW-HILL 1993. p34

²⁰ - Roper, Logan y Tierney. Modelo de enfermería. Basado en el Modelo de Vida. Tercera Ed. Interamericana McGRAW-HILL 1993. p113

Dentro de este modelo la comunicación se desarrolla en el segundo lugar de las Actividades Vitales. La comunicación es fundamental, y relacionado a ello resulta el conocimiento de los hábitos del paciente.

Las instituciones del segundo nivel de atención deben evaluar periódicamente cómo está funcionando el proceso de planificación de altas; examinar las derivaciones, el giro cama, transferencias a instituciones de tercer nivel, a otros hospitales e internación domiciliaria, etc. Además, evaluar si los pacientes externados debieron consultar en la guardia o ser nuevamente admitidos y si esto se debe a una ineficaz planificación de alta hospitalaria.

A nivel internacional, según expresan Vargas Bermudes y Fernandez Coto, se han identificado programas y estudios que apoyan el proceso de alta hospitalaria, ofrecen a las personas y sus familias, herramientas, orientación y seguimiento acerca de los cuidados en el hogar en relación con su problema de salud.

García (2004), refiere que si bien toda persona tiene el derecho de recibir la información oportuna tras su internación hospitalaria, se debe ser más sensible ante determinados grupos en los cuales se identifican mayores problemas de cuidados tras su alta.²¹

Parker en el 2005, mediante un meta-análisis de estudios randomizados, controlados y relacionados con la efectividad de los planes de preparación del alta en ancianos, concluye que dicha preparación reduce los reingresos, la hospitalización y mejoran la calidad de vida.

El mismo observa como en la red de evidencia en salud, los informes incluyen cuatro tipos principales de intervención: la evaluación geriátrica integral, la planificación del alta, la descarga de apoyo y la educación.²²

En el año 2008 Pardo determinó que, con el fin de lograr un alto nivel de satisfacción y seguridad con respecto al uso de medicamentos en el domicilio, es posible

²¹ García, C. (2004) Continuidad de los Cuidados enfermeros tras alta hospitalaria. (J. d. Andalucía, Ed.) *Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud*, 1-13.

²² Parker, S.(2005). Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status. (W. R. Europe., Ed.) Health Evidence Network

desarrollar un programa de información de alta hospitalaria en busca de un mejor servicio de atención.²³

En el mismo año, Willins, realizó un estudio del seguimiento y fortalecimiento de la red de apoyo a las familias que egresaban de las unidades de cuidado neonatal. Aseguró que el programa de alta estudiado facilitaba la transición del hospital al hogar con positivo impacto en el costo de efectividad del mismo.²⁴

También Yea-Ing, (2008), en un estudio que realizó con enfermeras que brindaron educación sobre el cuidado en el hogar al egreso hospitalario a un grupo de cuidadores, concluyó que dicha acción aumenta la preparación de estos últimos y la satisfacción de sus necesidades.²⁵

En su estudio randomizado Jack et. al (2009), muestra como un equipo formado por una enfermera de alta y un farmacéutico trabajaron con pacientes en citas de seguimiento, luego del alta hospitalaria, para confirmar la medicación y realizar educación al paciente. Utilizaron folletos de instrucciones, y llamados telefónicos a los usuarios para reforzar el plan de cumplimiento y revisar los medicamentos. Esto redujo el número de consulta a los hospitales por parte de los pacientes y sus familiares luego del alta hospitalaria.²⁶

En 2011, Naylor desarrolla un ensayo clínico aleatorio, dirigido a estudiar los efectos de un protocolo de planificación completa del alta. Este estudio contó con un diseño específico para los adultos mayores y fue implementado por enfermeras especialistas. Evidenció que desde el alta hospitalaria inicial a seis semanas después de la aprobación de la gestión, los pacientes en el grupo de intervención médica tenían menos reingresos y días de readmisión hospitalaria y tasas más bajas para los servicios de atención médica.²⁷

La evidencia presentada muestra que las intervenciones efectivas y seguras, fueron las entregadas a través de los hospitales, en coordinación con la comunidad. Muestra una

²³ Pardo L.,(2008) Consultenos: programa de información al alta hospitalaria. Desarrollo y resultados del primer año de funcionamiento en 5 hospitales. Servicio de Farmacia. Hospital Universitari San Joan d'Alacant , 32(6), 323-330.

²⁴ Willis V, (S.F.) Parenting Premies, A Unique Program for Family Support and Education After NICU Discharge. *Advances in Neonatal Care* • Vol. 8, No. 4 Recuperado de www.advancesinneonatalcare.org

²⁵ Yea-Ing Sh, (2008). *A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers.* (J. compilation, Ed.) *Journal of Clinical Nursing* , 17, 2497-2508.

²⁶ Jack, W., Chetty, K , Anthony, D., Greenwald L., Sanchez, G., Johnson, E., y otros. (2009). Areengineered Hospital discharge Program to decrease rehospitalization:a Randomized trial. (A. C. Physicians, Ed.) *Annals of international Medicine* ,(3)150, 178-187.

²⁷ Naylor, M. (2011)*Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders.* (J. A. Journals, Ed.) *Jama Archives Journals*, 305 (24), 2493-2592.

reducción en la tasa de reingresos al ámbito hospitalario, donde intervienen predominantemente los equipos multidisciplinarios, a cargo principalmente de una enfermera especialista, usando protocolos definidos y empoderando a los pacientes utilizando métodos educativos.

En Costa Rica desde 1997, en un servicio del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, se desarrolla el Programa de Alta Hospitalaria, con un resultado de disminución de reingresos y complicaciones en los pacientes. En 2011, dicha institución, amplía el programa a múltiples servicios.²⁸

Según Santamaría Fernández y Duque López, se ha estimado que el 70% de los reingresos totales de los ancianos pueden ser prevenidos. Dentro de las causas que contribuyen a los reingresos inesperados se incluye: el manejo médico poco óptimo, carencia de suficientes recursos de servicios en el domicilio, fallos para completar el tratamiento prescrito, efectos secundarios de medicamentos y una carencia en la continuidad de cuidados.²⁹

Las medidas que han demostrado valor en evitar reingresos son:

- La intervención en el plan de alta
- La educación del paciente
- El seguimiento del mismo
- La prevención de iatrogenias durante el ingreso previo.

Estas investigaciones respaldan la implementación de programas destinados al alta hospitalaria.

En un hospital privado de la ciudad de Mar del Plata desde el año 2008, funciona el servicio de EFA; se creó en respuesta a las necesidades detectadas por el Departamento de Enfermería. Observó una gran necesidad de cama de internación, demora prolongada de las personas con indicación de internación en el servicio de urgencia, dificultad para concretar las altas hospitalarias al momento de su indicación.

²⁸ Vargas Bermúdez, Z. Fernández Coto, R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica*, núm. 21, octubre-marzo, 2011, pp.1-20, Universidad de Costa Rica

²⁹ Santamaría Fernández M. B., Duque López, E.A. Eficacia de la Planificación del Alta de Enfermería en Pacientes Mayores de 65 Años con Patología Cardíaca. *Federación Argentina de Cardiología*. Publicación: Septiembre de 2007.

Dicho Servicio se constituyó por tres enfermeras, con experiencia en distintas áreas de internación de adultos y adultos mayores. Su valoración y diagnóstico, al inicio de su funcionamiento, en pacientes que egresaban de los servicios fue:

- la dificultad del equipo médico para lograr la concurrencia de los familiares al momento del alta hospitalaria,
- consecuente aumento de los días de estadía hospitalaria,
- pacientes con alto grado de dependencia para su autocuidado, asociado a patologías crónicas y complicaciones relacionadas con el reposo prolongado,

elevado número de re-ingresos hospitalariosLas tres enfermeras actúan interdisciplinariamente, vinculan con la red interna del hospital (los profesionales de los servicios de Clínica Médica, Traumatología, Atención Domiciliaria, Farmacia, Nutrición, Rayos, Laboratorio) e instituciones extra muros (Obras Sociales, efectores del tercer nivel de atención, instituciones del segundo nivel de atención especializados). Desde su inicio hasta la actualidad, las profesionales que constituyen el plantel del servicio fueron reemplazadas, por diferentes motivos. Esta situación se visualiza también en las diferentes modalidades de trabajo del servicio, si bien existe continuidad en relación a los protocolos establecidos, como pasos a seguir, asume las características de las personas que lo conforman.

Las intervenciones realizadas por la EFA constan en:

Las personas reciben una planificación del alta desde el servicio de EFA, el cual implica:

- Trabajar en conjunto con los diferentes equipos médicos en el sentido de conocer motivo de consulta, diagnóstico médico, complicaciones durante la internación (si las hubiera), planificación del alta hospitalaria para el día o para días sucesivos si se presentara alguna dificultad (desconocimiento de la continuidad del cuidado, ausencia de familiares, afrontamiento familiar ineficaz, dificultad para concretar trámites para adquirir fármacos, dispositivos, entre otros indispensables para el tratamiento domiciliario).
- Articular encuentros con integrantes de otros servicios, que favorezcan el proceso de alta hospitalaria: asistente social, nutricionista, farmacéutica, psicólogo, kinesiólogo,

etc. Esta programación permite: la aproximación de de quienes deberán mantener contacto o consultas post alta, y busca una continuidad en el tratamiento y acompañamiento de la persona.

- Identificar al cuidador principal.
- Incluir a la persona, familia y/o cuidador principal en el proceso de alta hospitalaria.
- Realizar consulta y entrevista programada y/o circunstancial no estructurada.
- Informar sobre la enfermedad al cuidador y al paciente.
- Ofrecer folletos específicos con cuidados y actividades claves sobre problemas valorados en la persona: ejercicios de rehabilitación, dieta determinada, técnicas y procedimientos específicos, etc. Para que pudieran ser consultados con posterioridad en caso de dudas u olvido.
- Ofrecer a la familia una planilla con la indicación farmacológica completa y horarios (acordados en conjunto con ellos), en la cual consta el teléfono y horario del servicio de EFA al cual pueden llamar en caso de dificultad o dudas.
- Programación de citas en el office de EFA para satisfacer necesidades concretas, como falta de información escrita, explicación detallada de un nuevo tratamiento o medicación; para reforzar conocimientos ofrecidos durante la internación; facilitar la ejecución de trámites necesarios para conseguir fármacos nuevos en su tratamiento.
- Ofrecer a las personas al momento del alta una encuesta personal con preguntas sencillas que permiten realizar una lectura del nivel de satisfacción en relación a la intervención de EFA.
- Seguimiento telefónico programado luego del alta hospitalaria, en caso de detectar riesgo de incumplimiento de tratamiento farmacológico, de dieta; de valorar dificultad para detectar signos o síntomas de alarma específicos, etc.

En este trabajo se abordará el análisis de la intervención del servicio de EFA con las personas internadas en dicho hospital en el Servicio de Clínica Médica y el Servicio de Ortopedia y Traumatología, en relación con el número de re-ingresos de estos pacientes, durante el período del mes de enero del 2015.

Y la interpretación del nivel de satisfacción de las mismas personas, según cinco categorías, mucha satisfacción: cuando la atención de enfermería supera las expectativas de

la misma persona y/o su familiar, satisfacción cuando la intervención de EFA coincide con dichas expectativas, poca satisfacción cuando esta atención alcanza las mínimas expectativas de la persona y/o el familiar. e insatisfacción: cuando esta atención no alcanza las expectativas de la persona y/o el familiar. Consideramos que la opinión de la persona añade un factor esencial en la valoración de un servicio, Donabedian³⁰ considera que “la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado”. Si las personas están insatisfechas, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según el criterio clínico y otro ajeno al de la propia persona que utiliza o recibe el servicio³¹.

Se considerará como re ingreso a la situación en la cual una persona que, habiendo sido dado de alta hospitalaria, retorna a la institución antes de los (30) treinta días posteriores a la misma, y debe ser hospitalizado por el mismo motivo que su última internación, o por una complicación del mismo. Habrá faltado entonces, continuidad de los cuidados planificados

Capítulo III

Diseño:

Este es un estudio presenta un diseño analítico de casos y controles retrospectivo.

Población y Muestra:

Se considerará en este trabajo como población la totalidad de personas que han estado internadas (en el servicio de Clínica Médica y Traumatología y Ortopedia), con alta hospitalaria programada con intervención del Servicio de EFA y las que contaron con alta hospitalaria sin intervención de EFA.

Criterios de exclusión:

- Residencia fuera del área geográfica de referencia del hospital de estudio.

³⁰

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación Científica N.534. OPS. 1992.

³¹

Galeano, H Furlan, C Cuidados brindados por el personal de enfermería del sector I a los niños internados del Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Corrientes, 2003.

- Ancianos procedentes de residencias geriátricas o cualquier tipo de institucionalización.
- Que se incluyan en un protocolo de hospitalización a domicilio.
- Que participen en cualquier otro estudio que se considere pueda interferir en el actual.
- El paciente que re ingresa.
- Pacientes del servicio de Pediatría.

Se plantea una muestra de pacientes para el objetivo de estudio, que consta de las personas con alta hospitalaria de los servicios de Clínica Médica (Cl. M.) y Ortopedia y Traumatología (OyT) (coincidirá con el universo del mismo). El promedio de altas hospitalarias con intervención de EFA es de 16 altas diarias, resultado del 100% de las altas programadas del servicio de Ortopedia y Traumatología (OyT) más aproximadamente el 50 % del Servicio de Clínica Médica.

Se plantea estudiar dos grupos diferentes de pacientes para el objetivo planteado, el grupo de intervención está compuesto por personas que reciben el alta hospitalaria con intervención de EFA, y el grupo control conformado por personas con alta hospitalaria sin intervención de EFA. Para el estudio en el servicio de OyT, se comparan las altas del mes de enero del 2015 con datos históricos antes de implementar el servicio de Enfermeras Facilitadoras de Altas (EFA-2008).

Las enfermeras Facilitadoras de Altas se encargan de la entrega a cada persona con alta hospitalaria en la cual intervienen, la encuesta de nivel de satisfacción que utiliza el Servicio.

Y una enfermera se encarga de retirar diariamente, las mismas de la carpeta destinada para tal fin en la oficina de admisión donde se confirma el alta hospitalaria administrativa.

Diagrama de GANTT.

Cronograma planificado para la puesta en marcha del trabajo de investigación.

Actividades	Planeación	Marzo 2014		Abril 2014		Mayo 2014		Junio 2014		Agosto 2014	Set. 2014	Oct. 2014	Nov. 2014
		12 - 17	17 31	1 - 14	14 28	2 - 12	26 31	1 - 9					
Elección del tema	Proyectado												
	Ejecutado												
Fuentes consultadas	Proyectado												
	Ejecutado												
Título de fantasía	proyectado												
	ejecutado												
Elaboración del Marco teórico	proyectado												
	ejecutado												
Objetivos generales y específicos	proyectado												
	ejecutado												
Configuración de variables	proyectado												
	ejecutado												
Establecimiento de población	proyectado												

Actividades	Planeación	Enero 2015	Marzo	Abril	Mayo	Junio/ Julio	Agosto	Set.	Oct.		Nov.	
									01 - 15	16- 31	01 - 15	16- 30
Elaboración del instrum ento	proyectado											
	ejecutado											
Recolección de datos	proyectado											
	ejecutado											
Tabulación de datos	proyectado											
	ejecutado											
Análisis e interpretación de datos	proyectado											
	ejecutado											
Registro y presentación	proyectado											
	ejecutado											
Redacción y	proyectado											

Variables cualitativas:

Intervención de EFA: intervención de la enfermera facilitadora de alta hospitalaria que de forma planificada orienta, informa, educa, ordena el momento del alta hospitalaria, coordina con otros profesionales de la salud y favorece la continuidad de los cuidados a la persona y la familia fuera del medio hospitalario.

*Instrumentos utilizados por la EFA:

Folletos, registro enfermero protocolizado, registro espontáneo/circunstancial, planilla de medicación, accesibilidad telefónica con EFA, programación de turnos post-alta hospitalaria.

*Citas efectivizadas por EFA durante la internación:

Último día de internación, durante la internación y día de alta programada, desde el ingreso hospitalario.

*Instrumentos utilizados por EFA post-alta hospitalaria:

Comunicación telefónica post alta, entrevistas programadas en office de EFA, encuentros no programados con la persona o con la familia.

Re-ingreso: situación en la que la persona dada de alta hospitalaria, retorna a la institución antes de los treinta días posteriores a la misma, y debe ser hospitalizado por el mismo motivo que su última internación.

Variables	Dimensiones	Indicadores
Intervención de EFA	Instrumentos utilizados	Folletos. Registro protocolizado. Registro circunstancial. Planilla de medicación. Accesibilidad telefónica. Programación de turnos post-alta hospitalaria.
	-Citas efectivizadas por EFA	-Último día de internación. -Durante la internación y día de alta programada. -Desde el ingreso.
	-Instrumentos utilizados por EFA post-alta hospitalaria	-Comunicación telefónica post alta. -Entrevistas programadas en office de EFA. -Encuentros no programados con la persona o con la familia.
Re ingreso	Inmediato	Del 1° a 10° día.
	Mediato	Del 11° a 21° día.
	Tardío	Del 22° a 30° día.

Nivel de satisfacción: medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y la persona cuidada.

Dimensiones:

- Cognitiva (cantidad y tipo de la información que ofrece la EFA)
- Afectiva (interés y comprensión que demuestra)

- De comportamiento (a cerca de las habilidades y competencias clínicas de la EFA).
- Comunicación (explicaciones claras, escucha activa, clima de confianza durante la intervención, medios de comunicación post alta).
- Competencia técnica (conocimientos específicos).
- Percepción de su individualidad por parte de la persona (respeto mutuo, cuidado de la intimidad, individualiza a la persona).

Variables	Dimensiones	Indicadores
Nivel de satisfacción	Cognitiva (respecto de la información ofrecida por EFA)	Cantidad -nº de entrevistas antes del alta hospitalaria. -nº de folletos entregados. -nº de folletos explicados. -nº de planillas de medicamentos. *suficiente 8 a 10 * poco suficiente 4 a7 * insuficiente 1 a 3 Tipo -explicación verbal sobre la patología actual. -información sobre causas de la pat .actual. -cuidados para evitar otra internación hosp. -información sobre complicaciones. -nº de estrategias y actividades para prevenir complicaciones. -datos sobre otras patologías. -estrategias de organización familiar para evitar claudicación de la persona o cuidador principal. *muy necesaria 7 a 10 * necesaria 4 a 6 * innecesaria 1 a 3

	Afectiva (respecto de la demostración de EFA, a la persona y/o su familia)	<u>Interés y comprensión demostrados</u> -n° de veces que acude cuando se ha comprometido en hacerlo -explica reiteradamente si no se comprende una indicación o cuidado. -ofrece más de una alternativa para cada problema. *suficiente 7 a 10 * poco suficiente 4 a 6 * insuficiente 1 a 3
	De comportamiento/competencia	<u>Habilidades técnicas</u> -realiza curaciones sin olvidar elementos. -retira venoclisis sin causar sangrado, dolor, ni derrames. -utiliza guantes, antiparras, bolsa roja, descartador, cada vez que realiza procedimientos invasivos. -presenta movimientos firmes y seguros en sus manos durante un procedimiento. *muy hábil 9 a 10 * hábil 6 a 8 * poco hábil 3 a 5 * no hábil 1-2 <u>Manifiesta conocimiento</u> -responde a preguntas concretas acerca de un procedimiento. -responde segura/o.

		-responde inmediatamente. *mucho 9 a 10 * necesario 7 a 8 * poco 4 a 6 * nada 1 a 3
	Comunicación	_____Vocabulario_____ -utiliza lenguaje técnico. -utiliza lenguaje claro. -siempre utiliza palabras que la persona conoce. -explica cuando incorpora una palabra desconocida para la persona o la familia. *muy comprensible 9-10 *comprensible 6 a 8 *poco comprensible 3 a 5 *incomprensible 1-2 _____Explicaciones Claras_____ -se comprende la explicación dada por EFA. -explica una cosa por vez. -se asegura que se haya comprendido el mensaje. . *muy claras 8 al 10 *poco claras 5 al 7 *no claras 1 a 4 _____Escucha activa _____ -habla con la persona cada vez que interviene. -habla con otras personas mientras interviene. -guarda silencio mientras el paciente o familiar habla. -dirige la mirada a la persona con quien se comunica.

		-se encuentra próxima corporalmente, a la persona con quien se comunica. (1-2 m) *muy atenta 8 a 10 *atenta 6 a 7 *poco atenta 4 a 5 *no atenta 1 a 3 _____Clima de confianza_____ *mucha confianza 8 a 10 *suficiente confianza 5 a 7 *escasa confianza 3 a 4 *nada de confianza 1 a 3 ___Ofrece maneras de comunicación post alta___ -n° teléfono del office. -n° celular. -horarios de consulta. -horarios de disponibilidad en el hospital. -correo electrónico. -página web de la institución. -visitas programadas. -visitas ocasionales. *muchas maneras 8 a 10 *suficientes maneras 4 a 7 *pocas maneras 1 a 3 *Ninguna manera 0
	Individualidad. (respecto al actitud de EFA)	Actitud de respeto mutuo. *si- 6 a 10 *no-1 a 5 Cuidado de la intimidad. *Si 6 a 10 *no 1 a 5

Variables	
Nivel de satisfacción	Muy satisfecho
	Satisfecho
	Moderadamente satisfecho
	Insatisfecho
	Muy Insatisfecho

Metodología:

Encuesta propuesta a cada persona que participe del proceso de alta hospitalaria con EFA:

Con la finalidad de ofrecerle un mejor servicio, le agradeceríamos que dedicara unos minutos a cumplimentar este breve cuestionario, valorando su nivel de satisfacción con el servicio recibido.

Por favor puntúe de 1 a 10 las siguientes preguntas, siendo el 10 la respuesta mejor valorada y el 1 la respuesta peor valorada

Muchas gracias por su colaboración

En cuanto a la información ofrecida por la Enfermera Facilitadora de Altas:											
1.	Cantidad de información ofrecida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	La información ofrecida es necesaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cuanto a la empatía y demostración de la Enfermera Facilitadora de Altas:											
3.	Se muestra interesada por ud.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Ud se siente comprendido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Manifiesta habilidad técnica en su trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Manifiesta tener conocimiento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cuanto a la comunicación											
7.	Utiliza un vocabulario comprensible	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Explica claramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Escucha y presta atención a lo que ud expresa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Ofrece medio de comunicación (nº telefónico, mail, consulta, horarios de disponibilidad, etc.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
En cuanto a la actitud											
11.	Es respetuosa con ud. y su familia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Cuida de su intimidad durante el alta hospitalaria	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Realice sugerencias, las mismas podrán mejorar nuestro cuidado a las personas:

.....

.....

.....

.....

Esta encuesta de satisfacción se le realiza a la totalidad de personas que cursen el proceso de alta hospitalaria, y que ingresen al servicio de EFA. La misma es anónima. Y cada persona lo deposita en una carpeta rotulada en la secretaría donde firman el alta administrativa.

El número de respuestas obtenidas depende de la adhesión a responder la misma y de la entrega de la encuesta de la EFA a cada persona en proceso de alta, con su intervención. Una vez obtenido el total de encuestas, luego del tiempo estipulado, se procede a realizar un análisis de las respuestas.

La búsqueda y conteo de re ingresos hospitalarios se realiza manualmente de los registros impresos que obtiene el Servicio de EFA diariamente. En el mismo se encuentra la totalidad de altas hospitalarias de cada día del año, los datos que ofrece son número de historia clínica, apellidos y nombres, fecha de ingreso, fecha de egreso, y motivo del registro (alta, óbito, facturación, error). A cada persona en dicho registro, se le agrega: servicio del cual se determina el alta (inclusive Atención Domiciliaria) y hora en que se firma el alta; estos datos se obtienen del programa informatizado del servicio de Admisión.

El servicio de EFA no cuenta con un programa informatizado propio, por lo que es necesario generar, con datos que los registros ofrecen, nuevos listados, que determinan los diferentes servicios hospitalarios y el número de altas que corresponde a cada uno, el número de re ingresos general, el número de re ingreso por servicio, el número de re ingreso que corresponden a altas hospitalarias a cargo de EFA y se discrimina el horario de alta administrativa.

Para evaluar la incidencia de EFA en los re ingresos a internación, se utilizan métodos estadísticos no paramétricos que permiten trabajar con independencia de la distribución de la población.

Para los re ingresos de OyT se dispone de información temporal anterior a la implementación del servicio de EFA, y de información actual donde en todos los casos sí intervino EFA. Se evalúa comparativamente la información de re ingresos obtenidos para las dos muestras. El método utilizado se corresponde con el test Mc Nemar, evalúa la significatividad de los cambios entre una situación de “antes” correspondientes a las altas sin intervención de EFA, en relación a la situación actual, con intervención de EFA.

Para el grupo de re ingresos en Clínica Médica, se identifica la proporción de personas con re ingresos donde EFA participa en el proceso de alta y la proporción sin intervención de EFA. Se utiliza como método estadístico la prueba de chi cuadrado cuyo valor de significación propuesto es de 5 % e incluso del 1 %, entonces se puede rechazar la hipótesis nula: que la intervención de EFA no tiene influencia sobre los re ingresos.

Capítulo IV:

Análisis y presentación de datos:

Finalizada la búsqueda se determina que el total de personas con alta hospitalaria en el mes de enero del 2015, en un hospital de la ciudad de Mar del Plata es de 1515.

El total de altas con intervención de EFA es de 317, es decir el 20,9 %; y si se tiene en cuenta los servicios de Cl. Médica (Cl. M.) y Ortopedia y Traumatología (OYT) solamente, el total de altas con intervención de EFA es 299, representa el 19,735 % del total de altas hospitalarias en el mes de enero del 2015.

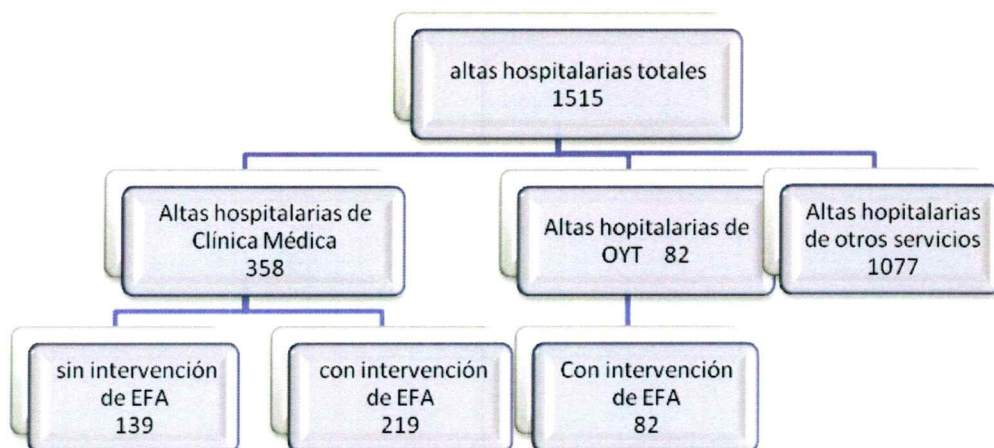
El número total de alta hospitalaria en los servicios de Cl. M. y OYT, corresponde a 438. Mientras que el total de altas hospitalarias del servicio de Clínica Médica es de 358, es decir el 81,73%, de las cuales 219 son con la intervención del servicio de EFA, y 139 sin su intervención. Con respecto al servicio de OYT las altas hospitalarias es 82, y su totalidad con intervención de EFA.

Total de altas de Clínica Médica: 358 (81,73 %)

Clínica Médica altas _____ con EFA: 219 (38,82%)

_____ sin EFA: 139 (61,17%)

Total de altas con EFA en OYT: 82 (18,90%)



. Figura 1. Flujo de participantes

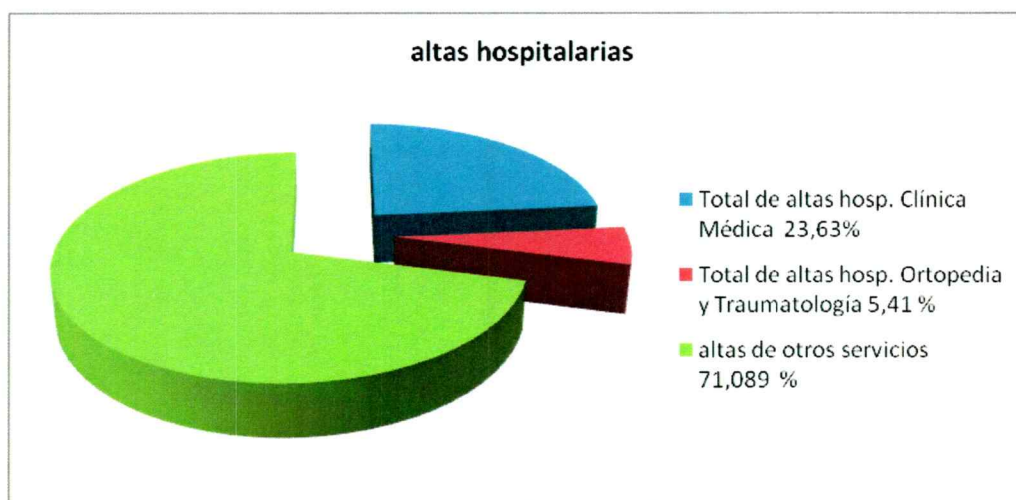
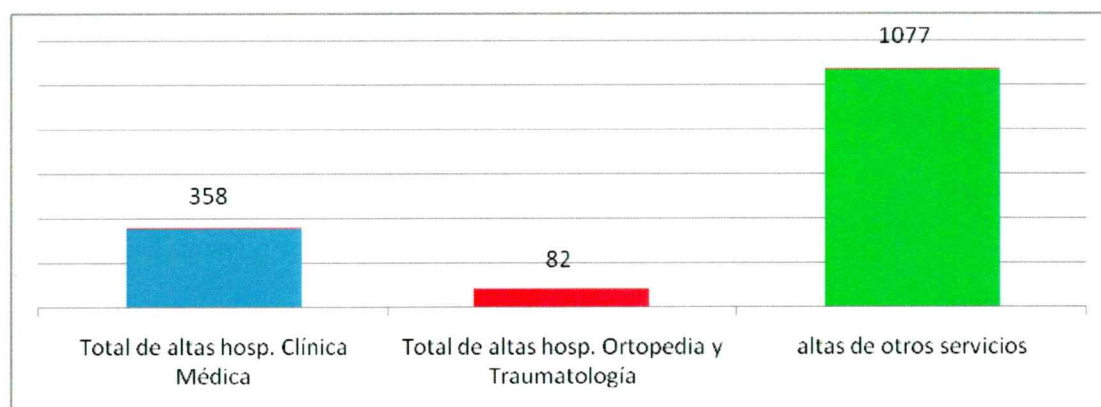


Figura 2. Total de altas hospitalarias enero 2015.



El total de altas en el mes de enero del 2015 en un hospital de la ciudad de Mar del Plata, se encuentran distribuidas en los servicios de Clínica Médica 358 (23,63%), OYT 82 (5,41%), y 1077 altas (12,089%) corresponden a los demás servicios médicos hospitalarios: ORL, Ginecología, Pediatría, Obstetricia, Neurología, Neurocirugía, Cardiología, Cardiocirugía, Gastroenterología y Recién Nacidos, Atención domiciliaria, se encuentran incorporados también los óbitos.

Las personas que antes de los 30 días después del alta hospitalaria, requiere ser admitido nuevamente en internación, por el mismo motivo que se diagnostica en la última internación, o una complicación de la misma, son consideradas como re ingreso.

SERVICIO HOSPITALARIO	NÚMERO DE RE INGRESOS
Clínica Médica	57 (cincuenta y siete), 19 con EFA, 38 sin EFA.
Ortopedia y Traumatología	2 (dos)
Ginecología	2 (dos)
Pediatría	5 (cinco)
Obstetricia	5 (cinco)
Cirugía	16 (diez y seis), (1 con EFA)
Cardiocirugía	3 (tres)
Neurocirugía	2 (dos)
Neurología	3 (tres), (1 con EFA, 2 sin EFA)
Cardiología	2 (dos)
Gastroenterología	1 (uno)
Recién Nacido	1 (uno)

Fig.3: Total de re ingresos: 99, que representan el 6,53 % del total de altas hospitalarias en el mes de enero del 2015 en un Hospital Privado de la ciudad de Mar del Plata.

El **total de re ingresos hospitalarios** en el mes de enero del 2015 en un hospital privado de la ciudad de Mar del Plata, corresponde entonces a **99 personas, esto representa el 6,53 % del total de altas** hospitalarias.

Total de re ingresos (6,53 % del total de altas hospitalarias)	Re ingresos con intervención de EFA	Re ingresos sin intervención de EFA
99 personas 100%	21 personas 21,212 %	78 personas 78,787 %

Tabla 1: Relación entre total de re ingresos hospitalarios y el re ingreso con y sin intervención de EFA.

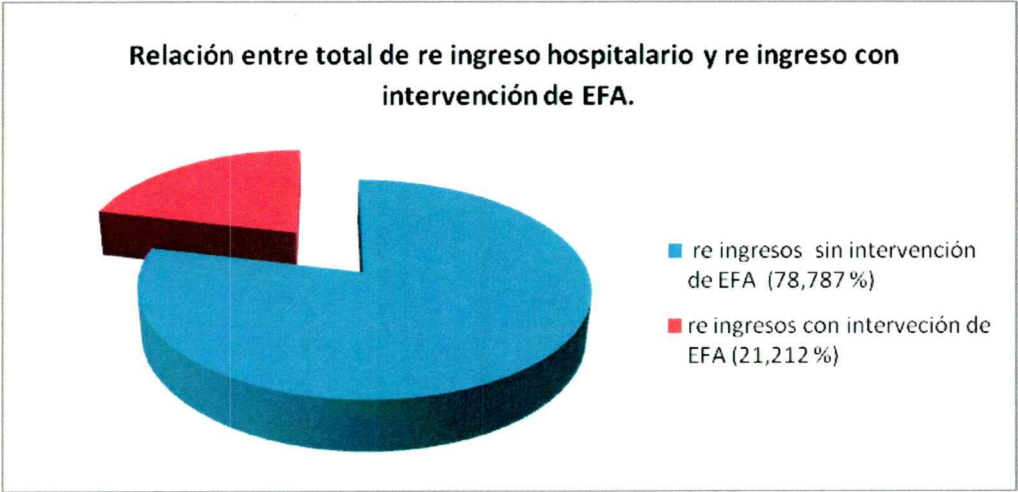


Fig. 4. Relación entre total de re ingresos hospitalarios y el re ingreso con y sin intervención de EFA.

Las personas que re ingresan, sin intervención de EFA, en el mes de enero del 2015 en un hospital privado de la ciudad de Mar del Plata son 78, lo que representa el 78,78 % del total de re ingresos. Las personas que re ingresan luego de contar en el alta hospitalaria con la intervención de EFA, en el mes de enero del 2015 son 21, esto representa el 21,21 % del total de re ingresos.

El total de altas hospitalarias de los servicios de CL.M. y OYT, muestra del presente trabajo, corresponde a 438 es decir el 28,25 % del total de altas.

El total de altas hospitalarias del servicio de Clínica Médica en el mes de enero del 2015 es de 358, el 23,63 % del total de altas, y el 81,074 % de la muestra, las altas de este servicio a cargo de la intervención de EFA es de 219 es decir un 61,17 % de las mismas, con 19 re ingresos. Se observan 139 (38,82 %) altas de Clínica Médica sin Intervención de EFA, con 38 re ingresos hospitalarios, que representan el 27,33 % de las mismas, y el 38,38 % del total de re ingresos. Entonces, se observa que los servicios en los cuales intervino el servicio de EFA presentan menor cantidad de re ingresos.



Re ingresos con EFA, en las altas de Clínica Médica en el mes de enero 2015: 19 (8,67 % del total de altas de Cl. M. con EFA)

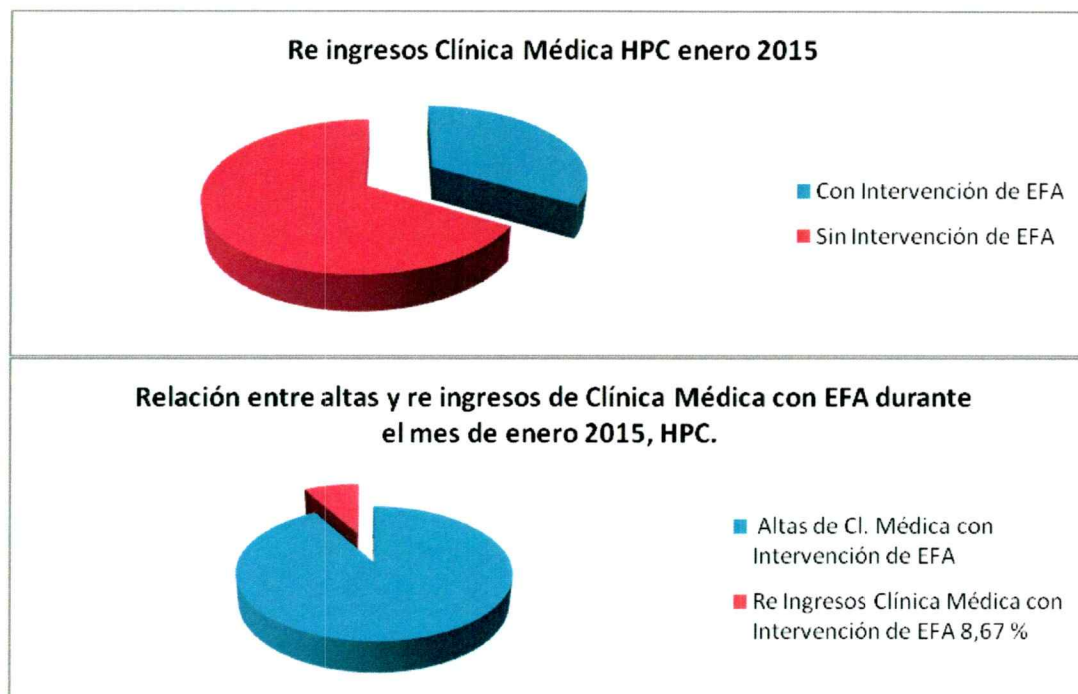
Re ingresos sin Intervención de EFA en las altas hospitalarias de Clínica Médica en el mes de enero del 2015: 38 (27,33 % del total de altas de Cl. M. sin EFA)



Total de altas hospitalarias del Servicio de OYT en el mes de enero 2015 es de 82 (5,412 % del total de altas, y 18,721 % de la muestra)

Re ingresos con EFA, en las altas de OYT en el mes de enero 2015: 2 (0,46 % de la muestra, y 2,531 % del total de altas de OYT)

Respecto al servicio de OYT, se tiene en cuenta el dato tomado y registrado por el servicio de EFA en 2008, y corresponde a un promedio de cinco (5) re ingresos mensuales, sin intervención de EFA.



Altas del servicio de Clínica médica con Intervención de EFA: 219, con re ingresos del mismo servicio con intervención de EFA: 19 (8,67 %)

El resultado del test de Mc Nemar, da un valor “p” inferior al 5% propuesto como nivel de significación, lo cual nos permite rechazar la hipótesis nula, que la intervención de EFA no influye en la reducción de re ingresos. Por lo que se puede concluir que el servicio de EFA tiene resultados significativamente positivos en la reducción de los re ingresos hospitalarios en el servicio de OyT.

El resultado en el servicio de Cl. M. en el que se utiliza el chi cuadrado como método estadístico, el valor de p: 0,00393. Este valor es menor al valor de significación propuesto del 5% e incluso del 1%. Entonces se puede rechazar la hipótesis nula.

De las 99 personas que re ingresan, 50 lo hacen antes de los diez días, 31 entre el día once y el día veinte después del alta hospitalaria y 18 después del día veinte y antes del día treinta desde su alta hospitalaria. Por lo que se puede expresar que el 50,5 % de los re ingresos son inmediatos, 31,3 % son mediatos y el 18,18 % son tardíos.

	Días posteriores al alta hospitalaria		
Re ingresos	Antes de los 10 días posteriores al alta hospitalaria	Entre el día 11 y 20 posteriores al alta hospitalaria	Entre el día 21 y 30 posteriores al alta hospitalaria
99 personas 100 %	50 50,52 %	31 31,3 %	18 18,18 %

Con respecto al análisis de las encuestas realizadas a las personas con alta hospitalaria y con intervención de EFA, se observan dos dificultades la escasa adhesión de las mismas a responder, y la escasa motivación de las Enfermeras Facilitadoras de Altas para la entrega de las mismas.

El análisis se desarrolla con una lectura de cada respuesta y el nivel de calificación otorgada por cada persona dada de alta con intervención de EFA. La cantidad total de encuesta corresponde a 70 (setenta), representa el 23,251% del total de altas con EFA.

Se analiza el resultado de las encuestas para conocer el nivel de satisfacción y se observa un total de 70 (setenta) encuestas respondidas que representan el 23,255 % del total de altas con intervención de EFA.

En cuanto al ítem 1 fueron diez las personas que opinan que tildan la opción 8,

En cuanto a la información ofrecida por la Enfermera Facilitadora de Altas:		
1.	Cantidad de información ofrecida	Nivel 7----- 10 respuestas (14,28 %) Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9-----10 respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
2.	La información ofrecida es necesaria	Nivel 8 -----20 respuestas (28,57 %) Nivel 9-----10 respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
En cuanto a la empatía y demostración de la Enfermera Facilitadora de Altas:		
3.	Se muestra interesada por ud.	Nivel 7----- 10 respuestas (14,28 %) Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9-----10respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)

4.	Ud se siente comprendido	Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9----- 20 respuestas (28,57 %) Nivel 10----- 40 respuestas (57,1 %)
5.	Manifiesta habilidad técnica en su trabajo	Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9-----20 respuestas (28,57 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
6.	Manifiesta tener conocimiento	Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9----- 20 respuestas (28,57 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
En cuanto a la comunicación		
7.	Utiliza un vocabulario comprensible	Nivel 8 -----20 respuestas (28,57 %) Nivel 9-----10 respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
8.	Explica claramente	Nivel 8 -----20 respuestas (28,57 %) Nivel 9-----10respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
9.	Escucha y presta atención a lo que ud expresa	Nivel 8 ----- 20 respuestas (28,57 %) Nivel 9-----10respuestas (14,28 %) Nivel 10-----40 respuestas (57,1 %)
10.	Ofrece medio de comunicación (n° telefónico, mail, consulta, horarios de disponibilidad, etc.)	
En cuanto a la actitud		Nivel 7----- 10 respuestas (14,28 %) Nivel 8 -----10 respuestas (14,28 %) Nivel 9-----10 respuestas (14,28 %) Nivel 10-----10 respuestas (14,28 %) 30 no responden (42,85 %)
11.	Es respetuosa con ud. y su familia	Nivel 9-----20respuestas (28,57 %) Nivel 10-----50 respuestas (62,85 %)
12.	Cuida de su intimidad durante el alta hospitalaria	Nivel 9-----20 respuestas (28,57 %) Nivel 10-----50 respuestas (62,85 %)

En el ítem final de la encuesta destinado a agregar observaciones no ha habido observaciones registradas.

De los datos presentados se analiza que el 85,72 % de los encuestados opina que la cantidad de información es suficiente y un 14,28 % opina que la información es poco suficiente. Todos los encuestados responden que el tipo de información ofrecida por EFA es muy necesaria.

El interés demostrado es suficiente según la mayoría (85,72 %), y la comprensión demostrada es por unanimidad, suficiente.

Opinan que las enfermeras Facilitadoras de Altas son muy hábiles técnicamente (85,72 %) y que cuentan con mucho conocimiento (85,72 %). Las mismas personas opinan que su vocabulario es muy comprensible, aunque un 28,57 % opina que su vocabulario es solo comprensible; y la totalidad de los encuestados expresan que sus explicaciones son muy claras. El 28,57 % manifiesta que EFA interviene en un clima de confianza y es atenta, y el resto manifiesta que el clima con el que se relaciona es de mucha confianza y es muy atenta.

En cuanto a si el medio de comunicación que EFA ofrece para luego del alta, el 42,85 % se abstiene de escribir su opinión; 28,57 % opina que la misma es suficiente, y el resto que es muy suficiente.

La totalidad de los encuestados expresan que EFA es respetuosa con ellos y su familia, y que cuidan su intimidad durante el proceso de alta hospitalaria.

Conclusión:

El grado de eficacia de la intervención de EFA (Enfermera Facilitadora de Altas) en relación con los re-ingresos es alto.

El número de re ingresos hospitalarios es menor si el alta hospitalaria se produce con intervención de EFA. Además las personas que fueron dadas de alta hospitalaria presentan un alto nivel de satisfacción con la intervención de EFA, durante el proceso de alta hospitalaria. Esto mismo se puede observar en la dimensión de comunicación, con la persona y/ la familia, que permiten a través de un vocabulario comprensible, explicaciones claras, atenta, ofrece suficientes maneras de comunicación post alta. Manifiesta una actitud de respeto mutuo y cuida la intimidad de la persona.

Para que exista satisfacción como algo sentido en una persona, debe haber una intención en otro de realizar una acción determinada, que busca un resultado y que se pueda valorar como positivo o negativo. “La efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura

particular; es el valor último de la calidad del cuidado”³², si las personas están insatisfechas el cuidado está lejos de ser el ideal. Recurrir a los niveles de satisfacción para identificar zonas que requieran apoyo, es una estrategia empleada por distintos investigadores^{33 34} que afirman que el conocimiento del grado de satisfacción de las personas permite valorar y monitorizar la calidad, disponibilidad y utilización de los cuidados y atención hospitalaria, e identificar áreas problemáticas que se transforman en objetivo de nuevas intervenciones o nuevos trabajos de investigación. Tener en cuenta y dar valor a la opinión y satisfacción de las personas, además de aportar a factores clínicos, económicos, éticos y sociales, favorece a la aceptabilidad social de la intervención enfermera.³⁵ Es decir entonces que EFA se basa no solo en la mejora del servicio que se brinda, sino en la adecuación de éstos a las necesidades de cada persona, la consecución del equilibrio entre las necesidades de las personas y los servicios ofrecidos; sin embargo es fundamental para EFA desarrollar permanentemente programas de mejoramiento de los cuidados enfermeros.

Si se considera la cantidad de días post alta en que se produce el re ingreso hospitalario, se interpreta que quienes re ingresan antes del día diez (re ingreso inmediato) han sido altas precoces. Entonces se entiende que el 27,33 % de las altas de Cl. Médica sin EFA son precoces, el 3,78 % de las altas con EFA son precoces. Se estima que si se realizan altas hospitalarias precoces hay alta probabilidad que la persona re ingrese al sistema de internación.

Por lo tanto, corresponde preguntar si estas personas, de haber tenido el alta hospitalaria oportuna, hubieran evitado su re ingreso hospitalario, con menor costo económico para su entorno, para el sistema de salud, y sin empeorar el pronóstico de la salud.

Las instituciones hospitalarias “deben evaluar periódicamente cómo está funcionando su proceso de planificación de altas”, según nos menciona Vítolo en su publicación al respecto de planificación de altas.³⁶

³² Donadebian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Publicación Científica. N. 534. OPS.1992.

³³ Arredondo Ig. Planeación estratégica en hospitales. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1996.

³⁴ Marwick C. ncqa: quality through evaluation. jama 1997; 278: 1555-1556.

³⁵ Galeano, H. Furlán, C. Auchter, M. Balbuena, M. Zacarias, G. Zacarias, Lidia. Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2006.

³⁶ Vítolo, Fabián Planificación de Altas Noble S.A. Biblioteca Virtual Noble Diciembre 2012. p. 1-2

Se sugiere que las enfermeras del Servicio de EFA, desarrollen un sistema de registro propio, informatizado en la historia clínica de cada proceso de alta en el que intervienen, que exprese específicamente los cuidados y los instrumentos utilizados durante el mismo, e instrumentar la manera que cada persona o cuidador principal firme en conformidad o no de la información y cuidados recibidos.

Quedan pendientes para nuevos estudios el monitoreo comparativo del nivel de satisfacción de las personas en distintos servicios del hospital sin intervención de EFA.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell, C. «Tratado de Enfermería, Diagnósticos y métodos». Doyma Ed. Barcelona, 1987.
- Cabello Sediles, Ana; et al. «Atención domiciliaria. PAE y diagnósticos de Enfermería». Rev. Rol Enferm. 1992 Ene; XV (161): 19-23.
- Carpenito, LS. «Diagnóstico de Enfermería aplicación en la práctica clínica». Interamericana, Mc Graw-Hill, Ed. Madrid, 1990.
- Carreras Viñas M. Coordinación entre atención primaria y atención hospitalaria en la Zona de Salud de la Rioja Baja. Rev. Nursing 2003 Noviembre nº 9: 43-50.
- Feria Lorenzo DJ. Valoración de resultados en la implantación de un protocolo de cuidados al alta. Rev. Enfermería Científica 2003; 252-3, 58-63
- Galeano, H. Furlán, C. Auchter, M. Balbuena, M. Zacarías, G. Zacarías, Lidia. Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico. Universidad Nacional del Nordeste. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2006.
- Guía para el alta del hospital al hogar. Next Step in Care. Family Caregivers and Health Care Professionals Working Together. www.nextstepincare.org ©2008 United Hospital Fund.
- Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta. ICCAE. Comisión de Cuidados de Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
- Lavín Bollaín M. R, Gutiérrez Padilla L. Informe de alta de enfermería: experiencia coordinada: Hospital de Laredo-Atención Primaria. Rev. Nuberos 2001 julio/septiembre 8-11.
- Marriner-Tomey. Modelos y teorías en enfermería. Mosby/Doyma Libros. Tercera ed. 1995.
- Martin Tucker, S. et al. «Normas para el cuidado de pacientes». Doyma Ed. 1991.
- «NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación». 2001-2002. Harcourt. Ed. SA. 2001.
- Nieto Blanco, E. et al. «Evolución del lenguaje enfermero: Evaluación de los Diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta». Rev. Metas Enferm. 2000 Feb; III (22); 45-52.

- Organización Panamericana de la Salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. 2011.
- Ortega. Suarez. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. Estrategias para su aplicación. Editorial Médica Panamericana. México, 2006. 2º Ed.
- Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, 2001.
- Planificación de Altas. Dr. Fabián Vítolo. Médico-NOBLE S.A Biblioteca Virtual NOBLE. Diciembre 2012.
- Roper, Logan y Tierney. Modelo de enfermería. Basado en el Modelo de Vida. Tercera Ed. Interamericana McGRAW-HILL 1993.
- Unidad de Calidad. Hospital 12 de Octubre. Madrid. «Evaluación cualitativa de los Informes de Enfermería al Alta». Enero 2002.
- Vargas Bermúdez, Z. Fernández Coto, R. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. Enfermería Actual en Costa Rica, núm. 21, octubre-marzo, 2011, pp.1-20, Universidad de Costa Rica.