

Marquette University

e-Publications@Marquette

---

College of Nursing Faculty Research and  
Publications

Nursing, College of

---

6-2018

## Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad

Viviana Silva

*Hospital Clínico UC-Christus*

Pilar Espinoza Quiroz

*Pontificia Universidad Católica de Chile*

Marianne E. Weiss

*Marquette University, marianne.weiss@marquette.edu*

Follow this and additional works at: [https://epublications.marquette.edu/nursing\\_fac](https://epublications.marquette.edu/nursing_fac)



Part of the [Nursing Commons](#)

---

### Recommended Citation

Silva, Viviana; Espinoza Quiroz, Pilar; and Weiss, Marianne E., "Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad" (2018). *College of Nursing Faculty Research and Publications*. 814.

[https://epublications.marquette.edu/nursing\\_fac/814](https://epublications.marquette.edu/nursing_fac/814)

Marquette University

e-Publications@Marquette

### ***Nursing Faculty Research and Publications/College of Nursing***

***This paper is NOT THE PUBLISHED VERSION; but the author's final, peer-reviewed manuscript.*** The published version may be accessed by following the link in the citation below.

*Index de Enfermería*, Vol. 27, No. 1-2 (June 2018): 23-27. [Publisher link](#). This article is © Fundacion Index and permission has been granted for this version to appear in [e-Publications@Marquette](#). Fundacion Index does not grant permission for this article to be further copied/distributed or hosted elsewhere without express permission from Fundacion Index.

# Percepciones Ante la Preparación al Alta en Pacientes Médico-quirúrgicos de un Hospital de Alta Complejidad

**Viviana Silva Silva**

Subdirección de Enfermería, Hospital Clínico UC-Christus, Santiago, Chile

**Pilar Espinoza Quiroz**

Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**Marianne Weiss**

Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph/Sister Rosalie Klein, Universidad de Marquette, Milwaukee, EEUU

## INTRODUCCIÓN

Las tendencias actuales en salud con la extensión de las expectativas de vida, propician un mayor crecimiento de la población envejecida que posee enfermedades crónicas, las que aumentan la demanda de los servicios y constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad a escala global y nacional.<sup>1</sup> A partir de ello el desafío por contener los costos sanitarios<sup>2</sup> incluye esfuerzos por reducir la

duración de la estadía hospitalaria,<sup>2,3</sup> disminuyendo el número de ocupación de camas con estrategias como la planificación del alta hospitalaria.<sup>2</sup>

Las condiciones crónicas de salud presentan episodios de reagudización, volviéndose más reiterativos y a la vez más complejos los procesos de alta y de transición del hospital al hogar.<sup>3,4</sup> En los hospitales agudos se dan más de 35 millones de altas al año, donde el 65% de ellas su destino es el hogar.<sup>5</sup> La combinación de menos días de estadía y el incremento de estas reagudizaciones, hacen que los pacientes sean dados de alta del hospital en una etapa intermedia de recuperación y, por ende, que las instrucciones sean más complejas. Como consecuencia de ello se generan altos índices de reingresos hospitalarios.<sup>2,5,6</sup>

En este escenario la educación para el alta brindada a los pacientes es una práctica que cumple la función del rol de enfermería en el proceso de transición o egreso hospitalario, llegando a ser un indicador de la calidad de la atención y de la satisfacción del paciente. De acuerdo a la literatura, es una herramienta efectiva y un mandato ético que permite garantizar la continuidad de los cuidados,<sup>2,5,7</sup> ya que existen muchos reportes de las dificultades que tienen los pacientes para recordar las instrucciones al alta. Dificultades derivadas de un proceso de preparación insuficiente y que se vinculan con complicaciones posthospitalarias,<sup>2,3,5</sup> uso de los servicios de urgencia con mayor probabilidad de reingreso hospitalario y menor satisfacción usuaria.<sup>8,9</sup>

La *educación para el alta* es un proceso de enseñanza-aprendizaje sobre las competencias –formuladas a partir de las necesidades del paciente y su familia– antes de que deje el hospital, que busca fortalecer la capacidad posterior de autocuidado en el hogar.<sup>10</sup> El desarrollo teórico que respalda este proceso está basado en los modelos de empoderamiento de pacientes que buscan un aprendizaje significativo: la Educación Participativa de Adultos, la teoría del Autocuidado, la teoría de la Transición de Meleis y el Modelo de Atención Centrada en el Paciente (*Patient Centered Care - PCC*).<sup>11</sup>

De acuerdo a la *Teoría de la Transición* de Afaf Ibrahim Meleis se conceptualiza la situación específica de volver a casa después de la hospitalización<sup>2,12</sup> como un *proceso de transición*, que constituye un momento de gran vulnerabilidad para los pacientes. Se trata de una etapa compleja en la que los pacientes y sus familias enfrentarán las repercusiones de la enfermedad en la vida diaria, sin el apoyo integral de las enfermeras y médicos que estaban en el hospital. Surgen necesidades de información, educación y apoyo, que se incrementan por el estrés y la ansiedad.<sup>2,3,7</sup>

Los estudios recomiendan que para brindar un cuidado seguro que apoye la transición en esta etapa, se debe incluir activamente a los pacientes y familiares<sup>13</sup> de acuerdo con sus propias preferencias de aprendizaje y su necesidad de apoyo social. Una mayor participación del paciente y su familia en el diseño de su plan de alta, permite identificar las prioridades manifestadas por ellos, para anticiparse a las mismas.<sup>11,14</sup> Los procesos de transición pueden ser facilitados u obstaculizados por circunstancias personales o por condiciones ambientales o sociales en la comunidad. Estas condiciones influyen en el progreso hacia el logro de una transición saludable. En este estudio están representadas por la atención directa de enfermería, con el objetivo de analizar la influencia de las percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. Interesa conocer cómo los pacientes perciben la calidad de la educación recibida para el alta y los patrones de respuesta en relación a la percepción de la disposición o preparación para el alta, para profundizar en

el proceso y conocer sus necesidades de información y aprendizaje. Se pretende mejorar su preparación y disminuir así los riesgos inherentes a sus problemas de salud, aumentando el autocuidado para la recuperación en el hogar y la reinserción en la sociedad y ayudar al control de los costos en las organizaciones.

## METODOLOGÍA

El diseño del estudio es correlacional transversal. Se llevó a cabo en dos etapas: (a) la etapa piloto, donde se validaron lingüísticamente los instrumentos utilizados, desde las versiones en español para población mexicana desarrollada por el equipo de Weiss con 12 pacientes y un panel de expertos, que identificaron y resolvieron expresiones o conceptos inadecuados culturalmente y discrepancias con la traducción; y (b) la etapa descriptiva correlacional, donde se aplicó la versión final de los instrumentos y se recolectaron los datos de un universo total de 182 camas pertenecientes al área médico-quirúrgica de un hospital de alta complejidad chileno. El tamaño de la muestra se estimó según análisis de potencia a partir de los estudios previos que determinaron una muestra de 120 pacientes como representativa, mediante la tabla Cohen, bajo parámetros de un poder estadístico de 0,80 y un margen de error de 0,05.<sup>1-3</sup>

La muestra final incluyó 152 pacientes adultos médico-quirúrgicos, por muestreo intencionado en unidades médicas generales, quirúrgicas y cardíacas. Se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión que la indicación médica de alta ya estuviese programada y el hogar como destino posterior al alta. Los criterios de exclusión incluyeron pacientes con deterioro cognitivo o neurológico que les impidiera dar el consentimiento y completar el instrumento, y pacientes cuyo destino de alta fuese totalmente dependiente de los cuidados de otra persona.

Las variables de control, de acuerdo a la teoría de la transición que pueden influir en las necesidades de información de los pacientes al alta, incluyeron las características de los pacientes: edad, sexo, estado civil, si vive solo o acompañado, nivel educacional; y los factores de la hospitalización: si ha tenido hospitalizaciones previas, el tipo de ingreso (electivo o de urgencia), la duración de su estadía, tipo de diagnóstico (médico o quirúrgico) y el principal problema de salud, que requirió hospitalización. La variable dependiente fue la percepción del paciente de estar preparado o su disposición a ser dado de alta a través de la Escala de Preparación para el alta hospitalaria (*Readiness Hospital Discharge Scale, RHDS*), un cuestionario de 23 ítems, y la variable independiente en relación con la educación para el alta mediante la Escala de Calidad de la Educación a la hora de dar de alta al paciente (*Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS*), de 18 ítems,<sup>2 3-4</sup> ambas desarrolladas por el equipo de Marianne Weiss, y que utilizan una escala de calificación con puntuación del 0 al 10, respectivamente.

La escala RHDS examina cuatro dimensiones principales respecto del proceso del alta: la subescala del Estado Personal que corresponde al estado físico y emocional del paciente, la subescala de Conocimiento que mide la percepción del paciente en cuanto a la idoneidad de la información, la subescala de Afrontamiento que se refiere a la percepción de la capacidad de hacer frente a las necesidades relacionadas con asuntos personales o de salud que puedan surgir en el período post-alta, y la subescala de Apoyo esperado que mide la percepción del paciente acerca de la asistencia tanto emocional como física de la que dispondrá de cercanos y familiares después del alta. A una mayor puntuación en la escala, se refleja una mayor disposición percibida para ser dado de alta.<sup>2</sup>

En cuanto a la escala QDTS, esta explora tres áreas de la percepción del paciente en relación con la calidad de la educación recibida: la subescala Contenido necesario que refleja cómo los pacientes perciben la información que necesitan saber antes de ser dados de alta, la subescala Contenido recibido que refleja el nivel o la medida en que los pacientes perciben el contenido que realmente recibieron durante la educación al alta, y la subescala Entrega de la educación al alta que describe cómo los pacientes perciben la habilidad de las enfermeras para proporcionar la información necesaria para el alta, e incluye ítems sobre la escucha, responder a las preguntas y preocupaciones específicas, la sensibilidad a las creencias y valores personales, entre otros.<sup>2</sup>

Una vez aprobado el estudio por el Comité ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica y del centro hospitalario donde se llevó a cabo, se inició la recopilación de los datos y la obtención del Consentimiento Informado. Los pacientes respondieron el formulario de forma individual, anónima y autoadministrada, una a dos horas previas al egreso del hospital. Luego de completar la encuesta, la investigadora las recibió y las almacenó bajo llave. A su vez, la base de datos se manejó en un computador de uso exclusivo y solamente la investigadora principal tuvo acceso al mismo.

El análisis de los datos sociodemográficos y las escalas de percepción QDTS y RHDS, se realizó a través de SPSS versión 18. Con estadística descriptiva se calcularon las características del paciente y los factores de hospitalización, como variables de control. Y en cuanto a las percepciones de los pacientes, se propuso un modelo de regresión lineal, además de correlaciones simples, para analizar la relación explicativa entre las variables de la disposición para ser dados de alta (variable dependiente) y la calidad de la educación recibida al alta (variable independiente), ajustado por las variables de control.

## RESULTADOS

En relación a las *características del paciente*, los 152 participantes incluidos en la muestra alcanzaron un rango de edades entre 18 a 89 años, con un promedio de 51,69 años (DE = 20,02). El 60% fueron mujeres (91) y 40,1% hombres (61). La muestra era predominantemente de personas casadas (44,7%), que vivían juntas (93%) y con estudios de nivel superior (48%) tanto técnicos como universitarios, pero incluyendo un grupo importante con un nivel de educación media completa (28,3%). De los *factores de la hospitalización*, un 21,7% no había estado hospitalizado previamente, la gran mayoría correspondían a admisiones de urgencia (60%), y principalmente con un diagnóstico de resolución quirúrgica (55,3%). Los días de estadía hospitalaria en promedio de la muestra fue de 5,38 días (DE = 5,73). La distribución por el principal problema de salud mostró un 30,3% de ellas divididas en cuatro enfermedades, un 28,3% problemas cardíacos, un 21,7% problemas pulmonares, 19,6% problemas neurológicos y un 30,4% problemas renales. Dentro del resto de los diagnósticos destacó principalmente un 31,6% problemas digestivos, un 7,8% infecciosos, un 7,7% traumatológicos y un 6,1% oncológicos (Tabla 1).

**Tabla 1** Características de los pacientes y Factores de la Hospitalización (n = 152)

	Promedio	Desv.tip.
Edad	51,69	(20,02)
Días de estadía	5,38	(5,72)
	N	%

Sexo		
Masculino	61	40,1
Femenino	91	59,9
Estado civil		
Soltero	57	37,5
Casado	68	44,7
Viudo/Separado	19	12,5
Conviviente	8	5,3
Con quién vive		
Solo	10	7
Acompañado	142	93
Nivel educacional		
Básica incompleta	6	3,9
Básica completa	14	9,2
Media incompleta	16	10,5
Media completa	43	28,3
Educación superior	73	48
Hospitalizaciones previas		
Si	119	78,3
No	33	21,7
Tipo de ingreso		
Electivo (planificado)	61	40,1
De urgencia (no planificado)	91	59,9
Tipo de Diagnóstico		
Médico	68	44,7
Quirúrgico	84	55,3
Principal problema de salud		
Cardíaco	12	9,2
Pulmonar	9	6,9
Neurológico	9	6,9
Renal	12	9,2
Digestivo	47	36,2
Otros: Traumatológico	8	6,2
Infeccioso	7	5,4
Vascular	4	3,1

Para el análisis correlacional se ajustaron las variables de control: características del paciente y factores de la hospitalización y como variable independiente: la práctica de enfermería (percepción de la calidad de la educación recibida al alta – QDTS), para analizar la relación de esta con la variable dependiente: percepción de la disposición para ser dado de alta (readiness – RDHS). Se realizó una regresión lineal de los resultados en las variaciones del nivel de RDHS y el QDTS, previa evaluación del criterio de multicolinealidad.

En el modelo 1 de regresión propuesto (ver Tabla 2), el  $R^2$  ajustado indica que el 22% de la variación del puntaje de la escala RDHS está explicada por las tres variables independientes de las subescalas de QDTS que se ajustaron por las características del paciente y los factores de la hospitalización (Tabla 2).

**Tabla 2** Estadísticos y bondad de ajuste

Modelos				Bondad de Ajuste	
	R	R <sup>2</sup> ajustado	Error estándar	Akaike	BIC
1	,525	,220	1,00438	401,483	457,721
2	,471	,163	1,01848	421,640	478,248
3	,503	,277	1,28700	481,403	537,697
4	,486	,179	1,99243	610,361	666,919
5	,387	,086	1,52327	555,883	612,441

a. Variable dependiente: nivel de disposición o readiness total.

b. Predictores: nivel de calidad de la educación para el alta (contenido esperado, contenido recibido, entrega); características paciente (edad, sexo, est.civil, nivel educación, habitación); factores de la hospitalización (hosp. previas, tipo ingreso, diagnóstico, días de estadía).

c. Los criterios de información están en un formato de cuanto más pequeño mejor.

La asociación entre las dimensiones de Contenido recibido (CR) y Entrega de la educación (EE) con el readiness total en los pacientes como se muestra en la tabla 3, ajustadas por las variables de control, se observa como positiva y fuerte en la mayoría de ellas ( $p < 0,05$ ). Lo que coincide con los constructos teóricos en relación a que a mayores niveles de contenido recibido y de la calidad de la entrega de la educación para el alta, mayor es la percepción de la preparación de los pacientes y por consiguiente, mejorar su disposición para el momento del alta, es decir, aumentar su puntaje en el nivel de readiness.

**Tabla 3** Coeficientes de regresión parcial Modelo 1

Modelo 1(QDTS -3)	$\beta$	Error estándar	Contraste de hipótesis	
			Chi-cuadrado de Wald	Sig.
(Constante)	7,156	,6820	110,091	,000
Contenido esperado (CE)	-,060	,0577	1,073	,300
Contenido recibido (CR)	,088	,0425	4,241	,039
Entrega de la educación (EE)	,170	,0617	7,589	,006

$p = 0,05$

a. Variable dependiente: nivel de disposición o readiness total.

b. Predictores: nivel de calidad de la educación para el alta (contenido esperado, contenido recibido, entrega); características paciente (edad, sexo, est.civil, nivel educación, habitación); factores de la hospitalización (hosp. previas, tipo ingreso, diagnóstico, días de estadía).

El puntaje para la subescala Contenido esperado (CE) o expectativa, se relaciona de forma negativa como es esperable, es decir, a mayor expectativa en relación al contenido que es requerido saber antes del alta, menor disposición para ser dado de alta, representando al vacío de información, sin embargo esta asociación no es significativa ( $p = 0,3$ ).

Además en la tabla 3 se presentan los coeficientes de regresión parciales del Modelo 1 (QDTS - 3 vs RHDS total), que contiene toda la información necesaria para construir la ecuación de regresión mínimo cuadrática. Se muestran relaciones significativas entre los puntajes de las dimensiones de la escala QDTS y el puntaje total de la escala RHDS. Las variables predictoras más fuertes fueron el QDTS – contenido recibido (CR) y el QDTS – entrega educación (EE).

## DISCUSIÓN

El estudio mostró la relación existente entre las percepciones que tienen los pacientes adultos médico-quirúrgicos acerca de la calidad de la educación recibida al alta y cómo influye en la percepción de su disposición para ser dados de alta, esto relacionado también con sus características sociodemográficas y factores de su hospitalización, y que responde a la teoría de la transición de Meleis. Fue posible confirmar que la variabilidad en la percepción de estar listos para el alta se ve influida por factores como la edad, días de estadía, contenido recibido durante su preparación y la forma de entrega del mismo.

Estos resultados confirman las diferencias detectadas en estudios similares en diferentes contextos que han reportado divergencias en la disposición o readiness basado en las características de los pacientes y los factores de la hospitalización, los que interactúan e inciden en el resultado final de la educación<sup>15</sup> y sugieren que las intervenciones durante esta etapa de transición, contemplen factores centrados en cada paciente, ya que podrían facilitar o dificultar el automanejo posterior al alta, permitiendo identificar anticipadamente el riesgo que tienen estos pacientes para ser readmitidos y ser capaz de planificar en consecuencia.

La literatura describe que una disposición positiva o mejor percepción de estar preparados para el alta, se relaciona con menos posibilidades de ser readmitido en el centro de salud, y que a su vez esta percepción estaría siendo influida por factores como limitaciones en la alfabetización en salud y condiciones sociales inadecuadas de los pacientes, las que constituyen barreras potenciales para el automanejo en el hogar y han sido incluidas en diferentes modelos que buscan predecir la posibilidad de readmisión, sus barreras y facilitadores.<sup>15</sup>

Los hallazgos de Weiss, Piantentine y Ancona asocian de forma predictiva el nivel de preparación para el alta hospitalaria y la edad,<sup>2,4,11</sup> y entre las habilidades de las enfermeras para “entregar el alta”, como un fuerte predictor de las disposición o preparación al alta, más que la cantidad de contenido recibido.<sup>16</sup> Esto aparece también en el modelo propuesto en este estudio, ya que muestra una fuerte asociación del puntaje de readiness total con el dominio “entrega de la educación”, la cual refleja la forma en que las enfermeras realizaron la entrega del contenido, es decir, mide indirectamente las habilidades de las enfermeras para proporcionar una educación efectiva, mostrando una gran asociación con cuán listas se sienten las personas físicamente, cuánto conocimiento tienen, cuán capaces se sienten y cuánto apoyo esperan tener en casa, más que el contenido que ellas entregan.<sup>2,4</sup>

Aun cuando en esta investigación la mayoría de los pacientes refiere sentirse o percibirse como dispuesto o preparado para ser dado de alta, existen diferencias importantes en las relaciones entre los diferentes aspectos que podrían estar explicándola, al igual que lo explicitan otros resultados en la literatura científica sobre esta temática. Se ha reportado que las necesidades de información difieren de acuerdo a las características sociodemográficas y las diferencias socioculturales del paciente, lo que



incidiría en la comunicación y comprensión de la información, sobre todo cuando existen barreras de lenguaje.

A su vez se han descrito que las características de los profesionales de enfermería en cuanto a sus habilidades de comunicación, podrían influir en la calidad de la información brindada y percibida por los usuarios. La literatura releva que los profesionales a menudo utilizan terminología médica compleja y difícil de entender, lo que genera información incompleta y contradictoria para el paciente.<sup>3</sup> Se ha observado también que algunos pacientes tienen problemas con la retención de la información influida por la ansiedad, fatiga y otras respuestas al contexto y a su enfermedad, la pérdida de memoria en relación a la edad, medicamentos que podrían alterar su atención y retención del contenido entregado durante su preparación para el alta.<sup>3</sup> Lo anterior se condice con el presente estudio en donde las características del paciente en cuanto a su edad y días de estadía hospitalaria aparecieron como limitando la percepción de la disposición que ellos relatan para abandonar el hospital y ser dados de alta.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Adams K, Greiner AC, Corrigan JM. Ed. Report of a summit. The 1. 1st annual crossing the quality chasm summit- A focus on communities. Washington DC: National Academies Press, 2004.
2. Weiss M, Piacentine L, Ancona J, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clin Nurse Spec.* 2007; 21(1):31-42.
3. Rose L, Weiss M. Patients' Perceptions of Hospital Discharge Informational Content. *Clin Nurs Res.* 2008; 17(3):200-219.
4. Bobay K, Jerofke T, Weiss M, Yakusheva O. Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. *Geriatric Nursing* 2010; 31(3):178-187.
5. López E, Leonel A, Córdoba M, Campos E. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Enf Neurol (Mex)* 2014; 13(1):12-18.
6. McMurray A, Johnson P, Wallis M. General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *J Clin Nurs.* 2007; 16(9):1602-1609.
7. Chugh A, Williams M, Grigsby J, Coleman E. Better Transitions: Improving Comprehension of Discharge Instructions. *Front Health Serv Manage* 2009; 25(3):11-32.
8. Walker C, Hogstel MO, Curry LC. Hospital discharge of older adults. *American Journal of Nursing* 2007; 107(6):60-70.
9. Clark M, Steinberg M, Bischoff N. Patient readiness for return to home: discord between expectations and reality. *Aust Occup Ther J.* 1997; 44: 132–141.
10. McBride M, Andrews G. The Transition From Acute Care To Home: A Review of Issues in Discharge Teaching and a Framework for Better Practice. *Can J Cardiovasc Nurs.* 2013; 23(3):18-24.
11. Sánchez B, Carrillo G, Barrera L. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada. *Revista UDCA Actualidad & Divulgación Científica* 2014; 17(1):13-23.
12. Meleis A, Sawyer L, Im E, et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000; 23(1):12-28.

13. Bowles K, Foust J, Naylor M. Hospital Discharge Referral Decision Making: A Multidisciplinary Perspective. *Appl Nurs Res.* 2003; 16(3):134-143.
14. Bergmann P, Huber S, Mädler H, Liebl E, Hinghofer H, Rehak P. The influence of medical information on the perioperative course of stress in cardiac surgery patients. *Revista Anesth Analg* 2001; 93(5):1093 - 1099.
15. Johnson MB, Laderman M, Coleman EA. Enhancing the effectiveness of follow-up phone calls to improve transitions in care: three decision points. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2013; 39(5):221-227.
16. Frisk P. Safe Transition to Home: Preparing the Near-term Infant for Discharge. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2007; 7(2):106 -113.

Recibido: 10 de Abril de 2017; Aprobado: 14 de Febrero de 2018

CORRESPONDENCIA: Viviana Silva Silva [vsilvas@med.puc.cl](mailto:vsilvas@med.puc.cl)



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons