
Trabajo Final de Máster

Vivencias del proceso de transición al alta:
perspectiva de enfermeras y pacientes

Miriam Colominas Callejas



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Universitat
Internacional
de Catalunya

Facultad
de Medicina y
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

VIVENCIAS DEL PROCESO DE TRANSICIÓN AL ALTA: PERSPECTIVA DE ENFERMERAS Y PACIENTES.

Máster Universitario en Investigación Clínica

Autor: Miriam COLOMINAS CALLEJAS

Tutora: María Luisa MARTÍN FERRERES

Fecha de presentación: 10/05/2021

Universitat Internacional de Catalunya
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud



Trabajo de Fin de Máster

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat Internacional de Catalunya”

Trabajo de Fin de Máster

A mi **familia** y **amigos**, quienes me han apoyado en el desarrollo de esta nueva experiencia, resultando excepcional por los acontecimientos de estos últimos tiempos.

Trabajo de Fin de Máster

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, me gustaría agradecer su apoyo, comprensión, dedicación y cariño a mi tutora Marisa Martín, la cual me ha acompañado en este nuevo aprendizaje y me ha hecho crecer como profesional.

También querría agradecer a todo el profesorado que nos ha acompañado en esta experiencia. Gracias por vuestro empeño y facilidades durante el trascurso del máster. Me llevo un trocito de cada uno de ellos para seguir con mi carrera investigadora.

A mis compañeros de batalla con los que hemos compartido los buenos y malos ratos.

Gracias a la dirección de enfermería por facilitarme la asistencia a las clases y, especialmente, a Marco Inzitari por despertar mi interés en el mundo de la investigación y a Ester Risco por creer en mí, apoyarme y darme la oportunidad de iniciarme en este mundo.

A mis amigos por sacarme siempre una sonrisa y empujarme a continuar hacia adelante.

Y finalmente, agradecer a mi primer equipo. Mis padres, hermano y cuñada por su cariño y respeto, por hacerme las cosas fáciles, ser mi mayor apoyo y ayudarme a levantar con más fuerza cada vez que ha sido necesario. Y por supuesto, a mi “mejor amiga y compañera” por esos paseos postergados.

Trabajo de Fin de Máster

RESUMEN

Introducción.

La tendencia al envejecimiento de la población mundial, pone de manifiesto la prevalencia de diversas comorbilidades, dejando al descubierto la complejidad y fragilidad de las personas mayores. Dentro de este perfil, existe una mayor probabilidad de reingreso en períodos cortos de tiempo por descompensaciones clínicas. Con el fin de evitarlo, se ha observado que, dirigir las líneas de trabajo hacia una transición segura al alta, disminuye el número de reingresos. De ahí que se pretenda implantar una cultura hospitalaria eficiente con modelos estructurados de transición. Por este motivo que se considera necesario explorar la información que se transmite a los pacientes y sus necesidades con tal de facilitar una transición segura y favorecer la intervención y soporte de los profesionales de enfermería.

Objetivos.

Conocer como perciben la información los pacientes durante el proceso de alta hospitalaria y en qué medida contribuye a alcanzar una transición segura, además de explorar qué significado y valor otorgan los profesionales de enfermería al proceso de alta hospitalaria de los pacientes.

Metodología.

Estudio cualitativo de corte fenomenológico, intencional y de conveniencia. La muestra estará conformada por enfermeras y pacientes, de las unidades de convalecencia del Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili que cumplan con los criterios de inclusión. La recogida de datos se realizará mediante entrevistas en profundidad a partir de un guion semiestructurado de preguntas abiertas. Quedarán registradas por grabación de audio hasta llegar a la saturación teórica de datos. Posteriormente se transcribirán, codificarán y analizarán los textos y se procederá a la categorización, elaborando un documento final de la investigación.

Palabras Clave: Atención Centrada en la Persona/ empoderamiento/ transiciones asistenciales/ percepción del paciente/ cuidados de enfermería/ alta hospitalaria.

Trabajo de Fin de Máster

ABSTRACT

Introduction.

The aging trend of the world population highlights the prevalence of various comorbidities, exposing the complexity and fragility of the elderly. Within this profile, there is a greater probability of readmission in short periods of time due to clinical decompensations. In order to avoid this, it has been observed that directing the lines of work towards a safe transition to discharge reduces the number of readmissions. Hence, it is intended to implement an efficient hospital culture with structured models of transition. For this reason, it is considered necessary to explore the information transmitted to patients and their needs in order to facilitate a safe transition and favor the intervention and support of nursing professionals.

Objectives.

To know how patients perceive the information during the hospital discharge process and to what extent it contributes to achieving a safe transition, in addition to exploring what meaning and value nursing professionals give to the patients' hospital discharge process.

Methodology.

Qualitative study of a phenomenological, intentional and convenience nature. The sample will be made up of nurses and patients from the convalescent units of the Parc Sanitari Pere Virgili Intermediate Care Center who meet the inclusion criteria. Data collection will be carried out through in-depth interviews based on a semi-structured script of open questions. They will be recorded by audio recording until the theoretical data saturation is reached. Subsequently, the texts will be transcribed, coded and analyzed and the categorization will proceed, preparing a final document of the investigation.

Keywords: Person-Centered Care / empowerment / care transitions / patient perception / nursing care / hospital discharge.

Trabajo de Fin de Máster

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos	pág. 4
Resumen	pág. 5-6
Índice de Tablas	pág. 9
Índice de Figuras	pág. 10
Abreviaturas	pág. 11
Introducción	pág. 12
Estado actual del tema (síntesis, revisión de la literatura)	pág. 15
Marco teórico	pág. 30
Justificación	pág. 35
Pregunta de investigación y Objetivos	pág. 37
Metodología	pág. 38
- Diseño	
- Contexto	
- Población	
- Muestra	
- Criterios de inclusión/ exclusión	
- Técnica de muestreo	
- Instrumentos y procedimiento de recogida de datos	
- Análisis de datos	
Consideraciones éticas	pág. 43
Criterios de rigor	pág. 44
Limitaciones del estudio	pág. 46
Implicación para la práctica	pág. 46

Trabajo de Fin de Máster

Implicación para la investigación _____ pág. 47

Cronograma _____ pág. 48

Referencias bibliográficas _____ pág. 49

Anexos _____ pág. 54

- Propuesta guion entrevista semiestructurada para pacientes.
- Propuesta guion entrevista semiestructurada para profesionales de enfermería.
- Hojas de información para pacientes/ profesionales de enfermería.
- Consentimiento informado para paciente.
- Consentimiento informado para profesional de enfermería.
- Cuestionario sociodemográfico para profesionales de enfermería.
- Cuestionario sociodemográfico para pacientes.

Trabajo de Fin de Máster

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios de inclusión/ exclusión para los pacientes _____ pág. 39

Tabla 2: Criterios de inclusión/ exclusión para los profesionales de enfermería _____ pág. 40

Trabajo de Fin de Máster

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores relacionados con la adherencia a los tratamientos a largo plazo _____ pág. 19

Figura 2. Representación de la atención fragmentada y discontinua en pacientes crónico
complejos _____ pág.21

Figura 3. Modelo de gestión de casos “intramuros extendido” _____ pág. 22

Trabajo de Fin de Máster

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria

BUMC: Centro Médico de la Universidad de Boston

ECC: Enfermedad Crónica Compleja

EPA: Enfermera de Práctica Avanzada

GTA: Gestora de las Transiciones Asistenciales

PAT: Programas de Atención Transitoria

PSPV: Parc Sanitari Pere Virgili

RED: Re-engineered Discharge

Trabajo de Fin de Máster

INTRODUCCIÓN

El cambio de patrón demográfico está dando paso a un envejecimiento generalizado de la población, sobre todo en los países desarrollados, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, entre otros. En 2009, el 11% de la población mundial era mayor de 60 años, cifra que se verá incrementada hasta el 22% en 2050, siendo de más rápido crecimiento el tramo de mayores de 80 años. La esperanza de vida a nivel mundial, llegará a los 76 años en 2050 y a los 82 años en 2100. En España, actualmente, el índice de envejecimiento es de un 17% y se prevé que en 2049 alcanzará el 37% (Rico-Blázquez et al., 2014).

Este envejecimiento poblacional, puede conllevar un incremento en la prevalencia de Enfermedades Crónicas Complejas (ECC), lo que puede dar lugar a la aparición de necesidades especiales de salud, que conlleven una gestión más dificultosa para los servicios de salud, creando una imagen de futuro saturada a nivel de recursos sanitarios y sociales si no se trabaja en nuevas estrategias (Gual et al., 2017).

La definición del concepto de complejidad, según el Centro de Terminología de la Lengua Catalana, responde a la situación que refleja la dificultad de gestión de la atención de una persona con enfermedades y, por lo cual, surge la necesidad de crear planes de cuidados específicos, dando a conocer la mejor forma de manejar los distintos recursos sanitarios a disposición de la sociedad. Este grupo de personas, reciben el identificador de Pacientes Crónico Complejos (PCC), por presentar diversas dolencias crónicas, fragilidad e incapacidad (Amblàs et al., 2020).

En esta línea, la complejidad clínica, se refiere también a la interacción entre una multitud de factores relacionados con la enfermedad, como pueden ser: el diagnóstico, gravedad de la enfermedad, aparición de síntomas de difícil control, la multimorbilidad y el grado de discapacidad que puede conllevar para la persona (Nardi et al., 2007).

Contradictoriamente, el propio sistema sanitario, puede acabar suponiendo una fuente de complejidad, ya que los PCC suelen depender de distintos servicios y profesionales que en la mayoría de ocasiones no se encuentran coordinados y puede terminar generando complejidad, con respuestas poco orientadas, duplicadas y discontinuidad en lo referente a el seguimiento asistencial (Kuipers et al., 2011).

Trabajo de Fin de Máster

Actualmente, se puede afirmar que la atención integrada contribuye a mejorar el acceso a los servicios y mitiga el número de hospitalizaciones y readmisiones evitables, influyendo de forma positiva en cuanto a la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico, acrecienta la satisfacción en la atención de las personas, incrementa la alfabetización de la población y el autocuidado en cuestiones de salud. Además, a su vez, se observa mejoría en la satisfacción de los profesionales y mejoran los resultados de los servicios sanitarios. Así, se constata la eficacia de los servicios sanitarios integrados, enfocados sobre todo a las personas mayores, por ser el rango poblacional que más sufren problemas de salud crónicos (Amblàs et al., 2020).

Los pacientes con necesidades de salud complejas, presentan una alta vulnerabilidad al experimentar serios problemas de descompensación clínica y pérdida de calidad de vida. En España, hasta el 40% de las personas con pluripatología presentan más de tres enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados, el 34% presentan un Barthel inferior a 60 y el 37% están diagnosticados con deterioro cognitivo. Otro dato de especial relevancia es que más del 60% necesitan ayuda de un cuidador (Rico-Blázquez et al., 2014).

Por todo ello, uno de los objetivos prioritarios del sistema sanitario actual debería ser, determinar estrategias efectivas enfocadas a trabajar una mejora en la transición asistencial de los pacientes, junto a la divulgación propagandística de esta metodología en el sector sanitario (Oh et al., 2019), esquivando un impacto negativo en términos de calidad de vida de las personas y de costes por hospitalización. Crear planes de cuidados integrados en programas definidos para motivar a los pacientes a adquirir una mayor participación y autogestión en los roles dentro de su proceso de recuperación hospitalaria, podrían reducir las ratios de reingresos hospitalarios (Flanagan et al., 2018). Según la literatura, el entrenamiento de pacientes mayores con ECC favorecerá y garantizará un nivel de satisfacción favorable durante la atención a las transiciones, disminuyendo de este modo, las tasas de re-hospitalización posterior (Rosenbek & Coleman, 2013).

Se entiende como autocuidado el “conjunto de acciones aprendidas e intencionadas que los individuos realizan para sí mismos con el objeto de regular aquellos factores que afectan a su

Trabajo de Fin de Máster

desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud y bienestar” (Rico-Blázquez et al., 2014).

Trabajo de Fin de Máster

ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

La mejora de las condiciones de vida y de las prestaciones sanitarias ha provocado que las personas vivan más años. El perfil envejecido de las poblaciones de todo el mundo, representa un importante reto en cuanto a organización y gestión de la prestación de los servicios sanitarios (Chow & Wong, 2014). La literatura estima una tasa de reingreso en personas mayores de un 20% al cabo de un mes del alta hospitalaria y de un aumento de las consultas en los servicios de urgencias o de la mortalidad (Lau et al., 2018). Por ello, el rediseño del proceso de planificación del alta y la implantación de programas de transición asistencial, contribuirán en la mejora de la prevención de reingresos (Zurlo & Zuliani, 2018). Distintos autores como Finlayson et al. (2018), proponen líneas de trabajo orientadas a conseguir una transición segura después de la hospitalización, con el propósito de mejorar la atención a adultos mayores que presentan comorbilidades, ya que a menudo este proceso se encuentra desestructurado y poco coordinado.

Generalmente, los esfuerzos de las políticas sanitarias e instituciones, se han enfocado en la reducción de las readmisiones hospitalarias, cuando con toda probabilidad, no resulta un objetivo realmente alcanzable y no refleja la calidad de la atención hospitalaria que perciben las personas. En contraposición, dichos esfuerzos, deberían invertirse en obtener resultados de valor en la mejora de la planificación de la transición del hospital al hogar (Kiran et al., 2020).

Las intervenciones que promueven el empoderamiento de las personas muestran mejoras significativas en el control de las comorbilidades, aumenta el conocimiento de los pacientes y en consecuencia se produce una mejor capacidad en el control de las ECC. El empoderamiento se define como la capacidad de ofrecer a las personas la oportunidad de asumir las aptitudes y actitudes necesarias para conservar la salud de manera voluntaria (Chow & Wong, 2014).

Así pues, las estrategias de afrontamiento que deberá desarrollar el PCC, fomentarán la adaptación a la evolución de la enfermedad y a la posibilidad de la aparición de descompensaciones que cambiarán su manejo. Los profesionales sanitarios seremos los encargados de generar niveles de capacitación y empoderamiento con los que adquieran un mayor control de sus propias acciones relacionadas directamente con el beneficio de su estado de salud. La responsabilidad adquirida por el paciente en el autocuidado de su enfermedad, le otorga el empoderamiento y la espereza óptima para identificar los signos de alarma y dar

Trabajo de Fin de Máster

respuesta a ello mediante la gestión física, emocional y social, manteniendo una óptima calidad de vida (Rico-Blázquez et al., 2014).

El primer paso para favorecer el autocuidado y establecer objetivos alcanzables con la persona, deberá ser la identificación de déficits en el autocuidado, diseñando conjuntamente las intervenciones del plan de cuidados.

En el marco conceptual, la enfermera proporciona una visión integral que contextualiza la necesidad y capacidad de autocuidado en todas sus vertientes. La función y abordaje de los profesionales de enfermería, deberá ir más allá de asegurar el buen manejo y adherencia al tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta también la correcta integración y adherencia al plan terapéutico integral, que supone una responsabilidad por parte del paciente en acciones de autocuidado como: dieta, ejercicio, hábitos tóxicos, sueño, control del dolor de manera no farmacológica, manejo del estrés, control de visitas sucesivas... Para lograr el éxito, además, se contemplará el entorno cultural y social de la persona, llevando a cabo una valoración integral competente (Rico-Blázquez et al., 2014).

Toda esta información, parece indicar que cada vez más deberemos plantear planes de trabajo dirigidos a crear alianzas entre los distintitos niveles asistenciales para concluir en el progreso de la aparición de nuevos modelos orientados a impulsar modelos de mejora de las transiciones asistenciales.

1.1 Alianzas terapéuticas y transiciones.

Hoy en día, la sociedad sigue enfrentándose a diversos retos de carácter económicos, políticos, demográficos y sociales que precisarán del soporte de unos servicios sanitarios capaces de satisfacer el aumento de las necesidades de salud de la población, tales como el envejecimiento demográfico, el cual conlleva a un aumento de la prevalencia de ECC que producen en las personas incapacitaciones. Además, deberán enfrentar el inevitable cambio cultural sanitario donde los usuarios cada vez adquieren más conocimientos de sus enfermedades y con ello tienen mayores expectativas en referencia a su salud (Appleby & Camacho-Bejarano, 2014).

Trabajo de Fin de Máster

A pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha, en la mayoría de ocasiones, se gestiona el episodio de descompensación aguda del paciente de forma unidireccional y aislada, sin fomentar una coordinación correcta entre los distintos niveles asistenciales que favorecerán y facilitarán el trabajo para la mejora de la evolución de la enfermedad (Pisano González & González Pisano, 2014).

La realización de estudios científicos, aportará valor a la utilización de estas nuevas metodologías de trabajo, de donde se puedan extraer firmes conclusiones sobre la efectividad de las alianzas terapéuticas que reforzaran los cambios de estilo de vida de los pacientes en beneficio de su propia salud (Mark Toles et al., 2018). Se conoce que los pacientes más complejos, suelen tener más dificultades y con ello menos capacidad de cuidar de ellos mismos, de manera que presentan déficit de autocuidado, mayor necesidad de apoyo informal y cuidados profesionales orientados a la toma de decisiones compartidas.

Por consiguiente, cuando la persona se implica directamente en el empoderamiento de su salud, le conlleva un aumento de la carga en el manejo y control de sus patologías y le supone un exceso de trabajo que constituye un problema para alcanzar y mantener un grado de cumplimiento terapéutico eficaz.

En el incumplimiento terapéutico, se asocia a seis categorías que dan lugar a resultados negativos entre los adultos mayores hospitalizados con ECC y, que se encuentran directamente relacionados con la transición desde entornos post agudos a sus hogares. Estas son las siguientes:

- Falta de compromiso del paciente.
- Comunicación ausente o inadecuada con los servicios sanitarios.
- Falta de colaboración entre los profesionales que interactúan con el paciente des de los distintos niveles asistenciales.
- Seguimiento y monitoreo limitados que conllevan a una mala continuidad de la atención.

Trabajo de Fin de Máster

- Brechas de coordinación entre los servicios asistenciales a medida que los pacientes se mueven entre los profesionales de la salud y los entornos de atención (Mark Toles et al., 2018).

Así pues, la adherencia terapéutica, se considera un fenómeno complejo y cambiante en función de la voluntariedad de la persona y del estado de la enfermedad. Por ello la modificación de los hábitos permitirá el conocimiento, control y mejora en la salud de los pacientes pluripatológicos y resultará la clave del éxito para la aparición y creación de modelos de transición asistencial. Con estos modelos, se pretende asegurar una transición segura entre los diferentes niveles asistenciales existentes mediante la coordinación de estos y el empoderamiento de las personas. Los profesionales de enfermería jugarán un papel crucial y proporcionarán las herramientas adecuadas para su abordaje. A continuación, se describirían con más profundidad el fenómeno de la adherencia terapéutica, el papel que juegan los profesionales dentro del proceso de alta y se describirán alguno de los distintos modelos transicionales que existen.

1.2 Adherencia terapéutica.

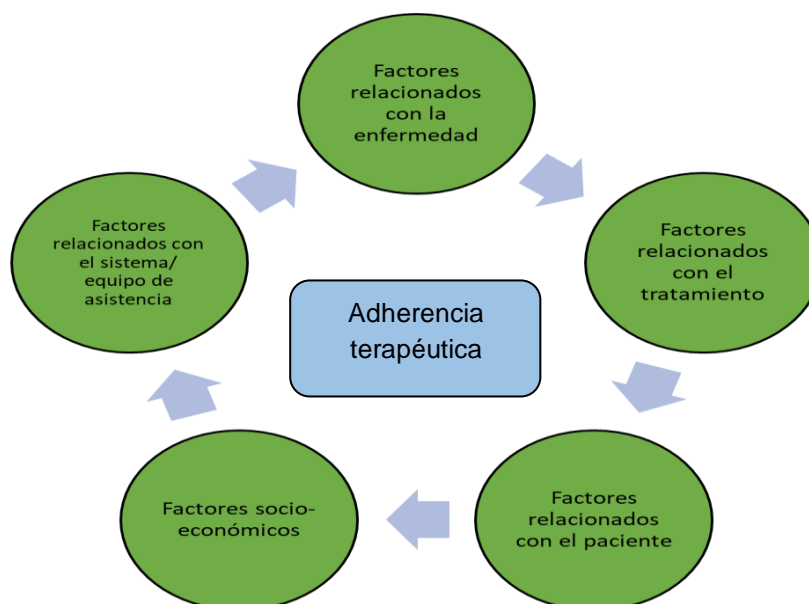
La adherencia terapéutica lleva implícito un modelo de relación centrado en las necesidades de la persona, en el que hay que explorar sus valores y sus conocimientos referentes por ejemplo a la toma de medicación, cumplimiento de un régimen alimentario, modificar hábitos de vida... Durante el proceso de cambio, se realizarán recomendaciones sanitarias, transmitiendo la información adecuada y respetando la elección de alternativas terapéuticas.

La Organización Mundial de la Salud, la adherencia está determinada por la acción recíproca de 5 factores (figura. 1) que decreta su multidimensionalidad (Pisano González & González Pisano, 2014).

Trabajo de Fin de Máster

Figura 1

Relación entre factores que intervienen la adherencia a los tratamientos a largo plazo.



Uno de los puntos clave a tratar en la adherencia será el del tratamiento farmacológico, donde las personas polimedicadas, manejan en su día a día múltiples fármacos, hecho que dificulta el conocimiento de la indicación médica y la posología de cada uno de ellos. Así pues, se favorece la aparición de olvidos y confusiones y con ello reacciones adversas e interacciones, lo que dificultará el cumplimiento del tratamiento y con toda probabilidad disminuirá su efectividad. Autores como Rico-Blázquez et al. (2014), consideran que este tipo de acontecimientos reflejan un aumento del número de consultas del paciente e ingresos hospitalarios.

Los PCC deberán esforzarse y desarrollar estrategias de afrontamiento que les permitan adaptarse constantemente a su situación cambiante y a la evolución de las patologías. Para ello, las distintas entidades sanitarias, ofrecerán herramientas adecuadas para mejorar la adherencia y favorecer la aparición de programas específicos que utilizarán entrenadores como referentes del cambio (Zurlo & Zuliani, 2018).

Trabajo de Fin de Máster

El estudio cualitativo llevado a cabo por Ploeg et al. (2017), avala y describe, la importancia de la experiencia en la conducción a la mejora de las ECC en la comunidad, des de diferentes perspectivas de la persona y sus cuidadores, obteniendo los siguientes temas descritos por pacientes, familiares y profesionales de salud en diferentes entrevistas personales:

- El manejo de la ECC puede resultar abrumador, agotador y complicado.
- Llevar a cabo una mala gestión en cuanto a la organización de la medicación.
- La escasa preparación del alta, produce sentimiento de romperse en pedazos por la posterior mala gestión.
- Mal estar por tener que depender de familiares y amigos.
- Tener dificultades para conseguir ayuda externa.

A raíz de los resultados obtenidos, concluyeron que la experiencia de las personas diagnosticadas con ECC es de gran complejidad, existiendo una gran brecha entre las necesidades de los tres grupos, requiriendo diseñar procesos de atención para abordar las necesidades y servicios de manera integral en la experiencia del cuidado de las ECC.

1.3 Profesionales y proceso de alta.

Dentro del proceso de atención al alta, uno de los personajes habitualmente más implicado por su proximidad con los pacientes, son los profesionales de enfermería. Debido a la habilidad en los cuidados diarios y al conocimiento de las necesidades de las personas de las que se hacen cargo, estos ejercerán como entrenadores del proceso previo al alta hospitalaria (Chow & Wong, 2014). Según se menciona en el estudio de Lau et al, (2018), las intervenciones de transiciones están lideradas e impartidas por enfermeras especialmente entrenadas en la mejora de las capacidades de autocuidado de los pacientes, comportando una disminución de los reingresos a los 30 días del 30%.

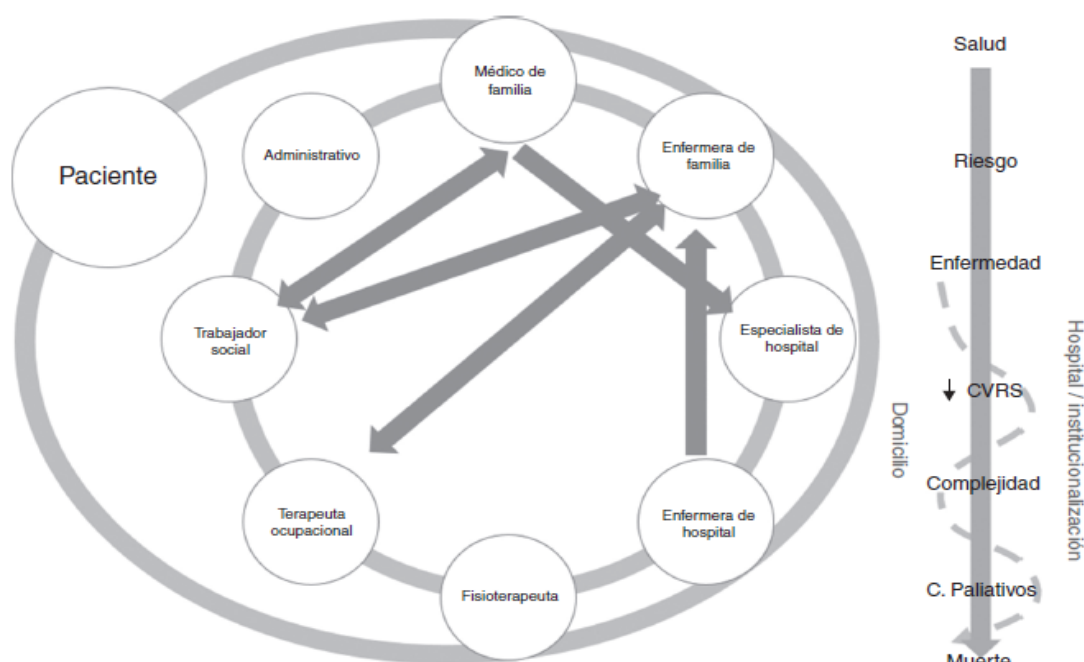
Los pacientes que se encuentran en estado de transición del hospital a casa, resultan ser vulnerables al proceso por su situación de fragilidad en términos de funcionalidad, confusión y ansiedad, por no encontrarse debidamente preparados para afrontar las posibles adversidades posteriores al alta. La crítica a los sistemas sanitarios es la no existencia de planes estandarizados para los procesos de alta hospitalaria ni de una planificación anterior al proceso. En relación a

Trabajo de Fin de Máster

ello, la mayoría de personas se encontrará con una fragmentación de contactos entre los distintos servicios sanitarios causada por su descoordinación, provocando que ni pacientes ni familiares identifiquen claramente donde o a quién acudir en caso de descompensaciones o urgencias post alta (figura.2) (Morales-Asencio, 2014).

Figura 2

Representación de la atención fragmentada y discontinua en pacientes crónico complejos.



Nota: Tomado de Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres por Morales-Asencio, J. M. (2014). *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34

La planificación del alta de forma precoz y, con tiempo suficiente para trazar la mejor estrategia a seguir con cada paciente para garantizar la continuidad del proceso asistencial e impulsar el seguimiento post alta, manteniendo la coordinación y cooperación entre los profesionales de atención hospitalaria y los profesionales de Atención Primaria (AP) para ofrecer el soporte preciso en el control de las ECC, favorecerá el éxito durante el proceso de retorno a domicilio. Este tipo de procesos está basado en modelos llamados “extramuros”, donde existe una figura enfermera referente, con una base formativa que le otorga competencias de Enfermera de Práctica

Trabajo de Fin de Máster

Avanzada (EPA), la cual pretende coordinar un continuum entre entornos y tiempo, en un servicio longitudinal (Gilbert et al., 2020).

Morales-Asencio et. al (2014) explican en su artículo que, para lograr desarrollar actividades relacionadas con la gestión de casos, debe existir una visión prospectiva entre la enfermera gestora de casos, el paciente y los demás proveedores de la salud. Los objetivos partirán de evaluar al paciente y orientar la coordinación y la intervención entre los distintos niveles asistenciales (figura 3) (Morales-Asencio, 2014).

Figura 3

Modelo de gestión de casos “intramuros extendido”.



Nota: Tomado de Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres por Morales-Asencio, J. M. (2014). *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34

A lo largo de los últimos años, han ido surgiendo diversos tipos de Programas de Atención Transitoria (PAT), con diseños y estrategias distintos. Teniendo en cuenta que la eficacia notificada varía según el contexto y el país, resulta complicado para los responsables políticos y sanitarios determinar qué modelo funciona, para qué tipo de perfil y qué apoyo se requiere para su implementación (McGilton et al., 2019).

1.4 Modelos de transiciones:

En lo referente a la innovación e implantación de PAT, países como EE.UU, con más de 32 millones de altas hospitalarias de adultos cada año, y donde las deficiencias en el proceso de

Trabajo de Fin de Máster

transición asistencial aumentan el riesgo de enfermedad, la utilización innecesaria de servicios hospitalarios y en definitiva el coste (Jack et al., 2009), se han visto en la necesidad de reinventar nuevos diseños asistenciales y son pioneros en la creación de modelos de transiciones. Con la implantación en su red sanitaria de estos modelos, los pacientes participan de forma activa en las transiciones asistenciales (Coleman et al., 2006), aprendiendo a establecer y alcanzar metas relacionadas con la salud, interpretando sus propios síntomas y utilizando el los servicios sanitarios adecuadamente (Chad Boulton, 2008), logrando reducir la tasa de reingresos y mejorar la experiencia de la persona.

En 1999 un ensayo clínico aleatorizado sobre la planificación integral del alta y el seguimiento domiciliario de ancianos hospitalizados realizado por Mary D. Naylor, concluye en que, una planificación del alta y una intervención de atención domiciliaria, guiada por una EPA y dirigida a hospitalizados en situación de riesgo, logró reducir los reingresos, alargar el tiempo entre el momento del alta y la rehospitalización y reducir los costes económicos en proporcionar atención sanitaria. Es por esto que, se considera que la intervención demostró un gran potencial en la mejora de los resultados (Naylor et al., 1999).

Con la finalidad de potenciar el empoderamiento y aprendizaje de los pacientes, favoreciendo la disminución del número de reingresos por la misma causa, desde hace unos años se están dando a conocer distintos modelos orientados a mejorar la transición al alta de forma segura. Entre ellos cabe destacar:

1.4.1. Care Transitions Interventions:

Uno de los precursores en la investigación y ejecución de los modelos transicionales, fue el doctor Eric Coleman, el cual observó, como médico de AP en los EE.UU, que entre los pacientes complejos sucede una dinámica de constantes entradas y salidas del hospital, los cuales percibían instrucciones diferentes entre los distintos niveles asistenciales, hecho que les llevaba a no saber a quién y donde dirigirse en caso de necesidad o dudas y disminuyó la confianza en cuanto a los cambios de medicación. Por todo ello, en 2003, desde la facultad de medicina de la Universidad de Colorado, desarrolló programa Care Transitions Interventions.

Trabajo de Fin de Máster

Se trata de un modelo de transición a corto plazo (en los días previos al alta hospitalaria), que complementa el equipo asistencial de un sistema hospitalario, activando la participación e implicación de los pacientes en la autogestión sanitaria. Para dar a conocer este modelo se creó una web específica donde se da información y posibilidad de contacto con los creadores (<https://caretransitions.health>).

Durante 30 días, las personas con necesidades asistenciales complejas trabajarán con un Transitions Coach, el cual favorecerá la mejora de las habilidades de autogestión asegurando de este modo, que se cubren las necesidades requeridas de cara a la transición del hospital a casa. Esta intervención se compone de cinco encuentros: una visita al hospital, una visita en casa y tres 3 llamadas telefónicas de seguimiento después de la visita a casa.

Mediante la orientación del Transitions Coach, los pacientes identificarán los objetivos a lograr, practicarán habilidades y ganarán confianza. El trabajo se encontrará dirigido hacia cuatro áreas clave de la salud, conocidas como los Four Pillars:

- ✓ Autogestión de los medicamentos.
- ✓ Conocimiento de las banderas rojas: el paciente deberá conocer los indicadores que sugieren que su estado de salud empeora y tendrá un plan de acción especificado sobre cómo responder a cada situación.
- ✓ Crear un registro único para cada paciente: para facilitar la comunicación entre proveedores y entornos, garantizando la continuidad de la atención.
- ✓ Seguimiento por parte de AP y de otros especialistas.

El enfoque centrado en la persona que proporciona este tipo de modelo transicional hacia los cuidados de las personas, satisfaciendo sus necesidades, interviniendo en la conciliación de la medicación y dando continuidad de los cuidados con la coordinación de los entornos, parece aportar calidad al momento de la transición del hospital a domicilio, abordando las graves deficiencias de calidad que podrían aparecer y reduciendo las tasas de reingresos post alta (Coleman et al., 2006b).

Trabajo de Fin de Máster

1.4.2 Connect-Home (Transitional Care):

Otro modelo propuesto es el Connect-Home (Transitional Care). La intervención de Connect-Home se activa posteriormente al alta del paciente ingresado por descompensaciones que provocan ingresos de corta estancia en Centros de Enfermería Especializada, en pacientes con alto riesgo de reingreso, deterioro funcional o muerte al regreso al domicilio. La propuesta de este modelo, se basa en preparar a pacientes y cuidadores para gestionar la enfermedad grave en el domicilio. Este se basa en 6 necesidades clave de atención en domicilio: seguridad del domicilio y evaluación del nivel de asistencia (destino al alta seguro y cuidador a domicilio), planificación asistencial anticipada (preferencias en el retorno a domicilio y soporte del plan de cuidados por escrito), gestión de síntomas en domicilio (preparación previa al alta), conciliación de medicamentos (lista de medicamentos actuales y plan de uso en domicilio), entrenamiento de funciones y actividades (formación de habilidades para las transferencias, movilidad y prevención de caídas) y coordinación asistencial (Mark Toles et al., 2018).

Connect-Home es una intervención de atención de transición para pacientes mayores. La intervención tendrá lugar en 2 pasos (M. Toles et al., 2021):

- Atención Transitoria en Centros de Enfermería Especializada: se desarrolla un plan de transición asistencial estableciendo los objetivos para la atención domiciliaria con el paciente y el cuidador, se coordina la gestión del plan con el equipo multidisciplinar (formado por enfermería, terapeutas y trabajo social) y se prepara al paciente y cuidador para la atención domiciliaria (formar en habilidades y plan de atención a domicilio en base a las 6 necesidades).
- Posteriormente se procede a la activación de Connect-Home Activation Nurse, donde la enfermera implantará el plan de atención asistencial en el domicilio mediante una visita al paciente y cuidador en el domicilio en las 24 horas posteriores al alta, donde se trabajará la conciliación de la medicación, orientar al familiar en las nuevas rutinas de atención en base a las 6 necesidades, seguridad en el domicilio y prevención de caídas y coordinación de seguimiento con otros agentes. Además, se facilitará

Trabajo de Fin de Máster

soporte telefónico para reforzar el plan de transición durante las 72 horas posteriores.

1.4.3 Re-Engineered Discharge (RED):

Otro ejemplo que existe y que se vende a los centros hospitalarios como un paquete de herramientas es el Re-Engineered Discharge (RED), donde Investigadores del Centro Médico de la Universidad de Boston (BUMC) desarrollaron y probaron el (RED).

Hasta el 2004, ningún estudio planteaba la evaluación de una intervención estandarizada del alta. De ahí que Jack et al. planteara un estudio en profundidad sobre el proceso de alta hospitalaria. A partir de aquí, diseñaron un paquete de servicios para minimizar los errores al alta (Jack et al., 2009).

La Agencia para la Investigación y la Calidad Sanitarias contactó con BUMC para desarrollar este conjunto de herramientas para ayudar a los hospitales a implantar esta forma de trabajo. RED, se basa en las siguientes directrices (Jack et al., 2009):

1. Educar al paciente sobre los diagnósticos relevantes durante toda la estancia hospitalaria.
2. Realizar una relación de las próximas visitas programadas del paciente para el seguimiento de las pruebas post-alta.
3. Hablar con el paciente sobre las pruebas o estudios hospitalarios pendientes acabados y quien hará un seguimiento de los resultados.
4. Organizar servicios de post descarga.
5. Confirmar el plan de medicación con el paciente.
6. Conciliar el plan de descarga con directrices nacionales y vías críticas.
7. Revisar los pasos adecuados a seguir si surge un problema.

Trabajo de Fin de Máster

8. Transmitir el resumen del alta a los médicos y servicios que asumen la responsabilidad de la atención al paciente.

9. Valorar el grado de comprensión pidiendo al paciente que explique con sus propias palabras los detalles del plan.

10. Ofrecer al paciente un plan de alta por escrito en el momento del alta que contenga lo siguiente:

- Diagnóstico y recomendaciones para el empoderamiento en cuanto a su ECC.
- Lista de medicamentos entendible para propiciar la adherencia.
- Reforzar la importancia de la continuidad del tratamiento rehabilitador para mantener una vida activa.
- Facilitar un teléfono de contacto para resolver posibles dudas y explicar a quién y donde dirigirse en caso de complicaciones.

11. Llamar al paciente para reforzar el plan de alta, revisar los medicamentos y resolver problemas.

1.4.4 Guided Care:

La atención guiada es un modelo de atención sanitaria proactiva e integral para personas con diversas afecciones crónicas. El modelo ha sido desarrollado y probado por un equipo multidisciplinar de expertos del Centro de Atención Integrada de Salud Roger C. Lipitz de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Los equipos de médicos y enfermeras proporcionan atención guiada a las prácticas de atención primaria de los pacientes más complejos, principalmente adultos mayores con afecciones crónicas y necesidades de salud complicadas.

El objetivo es el de aumentar la calidad asistencial y la calidad de vida de los pacientes, al mismo tiempo pretende mejorar la eficacia en el uso de los recursos sanitarios, reduciendo los costes generales (Chad Boulton, 2008).

Trabajo de Fin de Máster

El modelo se encuentra liderado por una enfermera que ha recibido formación específica en cuanto a la atención guiada. Esta se encuentra ubicada en una consulta con varios médicos de AP y se encarga de desarrollar y llevar a cabo 8 actividades clínicas con una ratio de pacientes con comorbilidades que oscila entre 50-60 personas. Las actividades específicas de las que se encarga la enfermera son:

- Realiza una evaluación integral en el hogar de paciente y cuidador.
- Crear una Guía de Atención (plan de cuidados) basada en la evidencia y una versión comprensible y adaptada al paciente, llamada plan de acción.
- Supervisa al paciente mensualmente.
- Uso de la entrevista motivacional para promover el autocontrol del paciente.
- Entrenamiento del paciente en la práctica de conductas saludables.
- Coordina de las transiciones entre los proveedores de atención del paciente.
- Educa y apoya a la familia y cuidadores.
- Facilita el acceso a los recursos de la comunidad.

Existen estudios (Jack et al. (2009), Coleman et al. (2006) y M. Toles et al. (2021)) basados en la aplicación de alguno de estos modelos. En primer lugar, cabría destacar el realizado por Jack et al. (2009) en el que se llevó a cabo un ensayo controlado y aleatorizado para evaluar el efecto clínico de la implementación de la herramienta RED entre los pacientes ingresados en un servicio médico general. La investigación demostró que el RED fue eficaz en cuanto a la reducción del número de visitas post hospitalarias a los centros de emergencias y disminuyendo de forma significativa el número de reingresos.

En otro ensayo clínico controlado aleatorio, Coleman et al, (2006), concluye que el reconocimiento del rol del paciente en la mejora del proceso de transición asistencial, reduce significativa las tasas de readmisión. Además, este hecho se da durante el período de los 30-90 días post alta, sugiriendo así, que los pacientes adquirieron habilidades y herramientas necesarias

Trabajo de Fin de Máster

para prolongar los beneficios del empoderamiento alcanzado durante el ingreso hospitalario mediante un plan de atención personalizado.

M. Toles et al. (2021) sugiere mediante un estudio controlado históricamente no aleatorizado que el protocolo propuesto para el desarrollo de Connect- Home mejora la preparación de los pacientes al alta según la percepción de los profesionales y los propios pacientes.

Trabajo de Fin de Máster

MARCO TEORICO

De entre todos los modelos anteriormente citados, se ha considerado el modelo Guided Care como uno de los más efectivos en la mejora de aspectos de calidad de la atención proporcionada a las personas mayores con ECC (C. Boulton et al., 2008). Incluye los elementos necesarios para facilitar la implantación y ejecución de una línea de trabajo que favorezca la transición a domicilio de los pacientes hospitalizados de manera más completa. Por tanto, se propone este modelo como marco teórico de la investigación del presente estudio.

Uno de los objetivos de Guided Care es desarrollar un modelo de atención que fuese sostenible y con capacidad de expansión en los sistemas sanitarios. Por tanto, se pretendía que fuese: efectivo en la práctica, sostenible financieramente, atractivo para el personal sanitario (sobre todo médicos y enfermeras), que aportará valor a las entidades sanitarias y que adquiriese fama entre pacientes y cuidadores.

La población diana son pacientes de alto riesgo con diversas afecciones crónicas y necesidades complejas de atención médica en la práctica de atención primaria. La atención guiada está dirigida por una enfermera titulada altamente capacitada en una oficina de atención primaria.

Este modelo ofrece un proceso de implantación que consta de distintas fases:

1. Formación específica de las enfermeras:

Para poder implantar este programa, las profesionales de enfermería implicadas deberán recibir una intervención educativa mediante programas formativos que les permita aportar de forma correcta la información a los pacientes. Uno de estos programas, es el que se imparte desde el instituto de enfermería Johns Hopkins, donde se ofrece un programa formativo de 40 horas para preparar a las enfermeras para transformarse en enfermeras de atención guiada. La formación consta de módulos básicos y suplementarios, seminarios en línea y simulaciones en directo.

Al completar la formación, la enfermera de práctica guiada adquiere habilidades en:

- Uso del registro sanitario electrónico de atención guiada.

Trabajo de Fin de Máster

- Atención en la transición.
- Técnicas en entrevista motivacional.
- Pautas para gestionar afecciones crónicas basadas en la evidencia.
- Conocimientos en la cobertura de seguros médicos.
- Trabajar con cuidadores, familiares y entornos comunitarios.

Después de pasar un examen, la enfermera recibe un certificado acreditativo como enfermera de atención guiada otorgado por el centro de acreditación de enfermeras americanas.

Para finalizar, la enfermera completa una integración de cuatro a cinco meses de práctica en un centro de AP, donde desarrolla relaciones de trabajo con el equipo médico, compañeras enfermeras, otro personal de apoyo y personal administrativo, para descubrir cómo funciona la organización de la práctica. Al mismo tiempo, la enfermera da a conocer a los miembros del equipo su función como enfermera de atención guiada y, se encargará de una media de entre 50-60 casos de pacientes con necesidades de atención crónica de 65 años o más (Chad Boulton, 2008).

2. Evaluación del paciente:

El inicio de la evaluación del paciente, empieza con una entrevista de dos horas en el domicilio, donde se lleva a cabo una valoración integral. En este momento, se detectan afecciones médicas, manejo de medicamentos, nivel de capacidad funcional, estado mental, nivel de actividad física, tipo de nutrición, seguridad en el hogar, función de los cuidadores, otros proveedores y seguro. Posteriormente, la enfermera revisa la historia clínica del paciente e introduce todos los datos recolectados en el registro.

3. Planificación de la atención:

Se genera la Guía de Atención individualizada del paciente en base al registro anterior. Esta Guía de cuidados es una recopilación integrada de todas las recomendaciones para el manejo de las condiciones crónicas del paciente. La enfermera y el médico de AP analizan y

Trabajo de Fin de Máster

modifican la Guía de atención para adaptarse a las circunstancias únicas del paciente. Luego, la enfermera lo pone en común con el paciente y la familia, modificándolo aún más para adaptarse a sus preferencias y obtener su "aceptación". El resultado final es un plan realista basado en evidencia que aborda temas relacionados con los medicamentos, la dieta, la actividad física, el autocontrol, los objetivos y el seguimiento.

La Guía de Atención se introduce en el registro médico y se comparte con otros profesionales sanitarios, según se requiera. En base a esta Guía, la enfermera luego redacta para el paciente "Mi plan de acción amigable", que debe colocarse en un lugar visible en el hogar. Este resumen de dos páginas le recuerda al paciente cuándo tomar los medicamentos, qué dieta seguir, qué ejercicio hacer, cuándo controlar el peso y la presión arterial, a qué prestar atención y cuándo acudir al médico.

4. Seguimiento del paciente:

En esta fase es donde empieza la fase de monitoreo proactivo por parte de la enfermera de atención guiada. En lugar de esperar a que la aparición de un problema impulse al paciente a acceder al sistema de atención médica, la enfermera revisa el plan de acción al menos una vez al mes con el paciente. La mayoría de estos contactos son por teléfono, pero algunos son en persona en la consulta, en el hospital o en el hogar.

5. Coaching para el paciente:

Durante los contactos de seguimiento, la enfermera revisa el grado de autogestión del paciente, basándose en los objetivos pactados previamente en la elaboración de la Guía de Atención, asegurándose de que se cumple con ello correctamente. La enfermera utiliza técnicas de la entrevista motivacional para ayudar al paciente a superar los obstáculos y consulta con los médicos según sea necesario, haciendo ajustes en el Plan de acción y la Guía de Atención.

6. Educación sanitaria del paciente para el autocontrol de enfermedades crónicas:

La enfermera de atención guiada deriva a la mayoría de los pacientes a un curso sobre "autocontrol de enfermedades crónicas". El curso consta de una sesión de dos a dos horas y

Trabajo de Fin de Máster

media por semana durante seis semanas. En cada sesión, un grupo de 10 a 15 pacientes se reúne con dos líderes capacitados y certificados, que dirigen un curso estructurado que ha desarrollado la Universidad de Stanford. El curso tiene como objetivo mover a las personas de la pasividad sobre su atención médica a una posición de "dominio". Los pacientes aprenden a establecer y alcanzar metas relacionadas con la salud, interpretar sus propios síntomas y utilizar el sistema de atención médica de manera adecuada.

7. Educar y apoyar a los cuidadores:

Cada enfermera dirige una secuencia de clases y sesiones de grupos de apoyo para 5 a 10 cuidadores. Se reúnen semanalmente durante seis semanas y brindan información general sobre cómo ser un cuidador. Después de este curso, la enfermera dirige un grupo de apoyo mensual continuo y monitorea sus necesidades trimestralmente por teléfono.

8. Coordinar las transiciones entre proveedores y lugares de atención:

Para ayudar a coordinar la atención compleja, la enfermera proporciona un resumen breve pero completo de la salud y la atención médica del paciente (la Guía de atención) a los demás proveedores del paciente, por ejemplo, hospitales, especialistas, terapeutas rehabilitadores y enfermeras de atención domiciliaria.

Una de las principales prioridades de la enfermera es facilitar la transición entre los sitios de atención, especialmente dentro y fuera de los hospitales. La enfermera realiza un seguimiento individualizado al paciente y su familia durante la estancia hospitalaria y los prepara para el alta antes de irse a casa. Cuando regresan al hogar, la enfermera los visita el primer día, asegurándose de que tengan lo que necesitan y que comprendan cómo cuidarse, cómo tomar los medicamentos, qué vigilar y proporcionar la información de contacto necesaria, como números de teléfono de emergencia y direcciones de correo electrónico, en caso de que surjan problemas o preguntas.

9. Acceso a los servicios comunitarios:

La enfermera de atención guiada, también facilita el acceso de los pacientes a muchos servicios proporcionados por agencias comunitarias, servicios de transporte, centros para personas mayores, centros de salud diurnos para adultos y la Asociación de Alzheimer.

Trabajo de Fin de Máster

La evidencia científica basada en los resultados de un ensayo aleatorio controlado de clúster (Chad Boulton et al., 2011), sugiere que el modelo Guided Care, aporta mejoras en la calidad de la atención en el PCC, además de reducir la tensión de cuidadores y familiares en el cuidado de la persona a cargo y, aumenta la satisfacción de los profesionales sanitarios en cuanto a la atención proporcionada. También existen datos de mejora en los pacientes que reciben esta intervención en cuanto a disminución de los días de hospitalización, disminución del número de consultas en centros de enfermería especializada, menos episodios de atención domiciliaria y disminución del número de visitas a servicios de urgencias.

Trabajo de Fin de Máster

JUSTIFICACIÓN.

A raíz de la tendencia poblacional de sufrir cada vez más dolencias crónicas, como resultado del envejecimiento de las personas, con la consecuente fragilidad e incapacidad que ello puede suponer, se considera relevante estudiar la prevención del reingreso como un acontecimiento epidemiológico, donde está estimado que se puede prevenir hasta el 70% de los reingresos de las personas mayores (Arana et al., 2008). Dado que el perfil poblacional de pacientes que ingresan en el Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV) se rige por la descripción de estas características, emerge la necesidad de rediseñar nuestras líneas de trabajo en la práctica clínica y poner en marcha un programa con el que se reduzca el impacto de resultados negativos en el ámbito hospitalario (Zurlo & Zuliani, 2018), pretendiendo la mejoría en la atención en cuanto al proceso de alta asistencial a las personas con una alta fragilidad. Este cambio de patrón tiene inicio a finales del 2016, mediante el inicio de una prueba piloto del programa TransicionA.

Chow & Wong (2014) refieren en su estudio, que la gestión de casos dirigida por una enfermera, demuestra la incidencia en la adherencia al tratamiento, autocuidado, satisfacción del paciente y calidad de vida. TransicionA se encuentra liderado por dos enfermeras referentes, Gestoras de las Transiciones Asistenciales (GTA), con competencias de práctica avanzada, las cuales procuran mejorar el empoderamiento de los pacientes con intervenciones a medida antes del alta hospitalaria. Además de procurar la coordinación y seguimiento del paciente, entre los distintos niveles asistenciales, con el fin de poder lograr un proceso de transición óptimo.

Según mi propia experiencia como GTA, he observado que el período de transición del hospital a casa, representa un momento de fragilidad en la vida del paciente. Si en el proceso de planificación del alta no se detectan los problemas y necesidades no satisfechas durante el ingreso (Holland et al., 2011), no se encuentran debidamente preparados para afrontar el retorno a domicilio.

La identificación precoz de pacientes con necesidades al alta insatisfechas resulta fundamental en el desarrollo de estrategias de mejora (Holland et al., 2011). Por tanto, profundizar en el fenómeno de las experiencias individuales de los pacientes en el proceso de alta y el valor que como profesionales le damos a la forma en la que transmitimos la información, son la base para la

Trabajo de Fin de Máster

creación de alianzas y vínculos de confianza bidireccionales. Por ello creo necesario poner en marcha un estudio que permita explorar cuales son las necesidades del paciente en lo referente a los momentos previos y posteriores al alta, y conocer si la información que transmitimos los profesionales se encuentra alineada a lo que el paciente necesita para dar lugar a la creación de planes de cuidados al alta de calidad.

Trabajo de Fin de Máster

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo perciben la información previa al alta los pacientes durante el proceso de alta hospitalaria y que significación le dan los profesionales al proceso con tal de asegurar una transición segura a domicilio?

OBJETIVOS

Principales:

- Conocer como perciben la información los pacientes durante el proceso de alta hospitalaria y en qué medida contribuye a alcanzar una transición segura.
- Explorar qué significado y valor otorgan los profesionales de enfermería al proceso de alta hospitalaria de los pacientes.

Específicos:

- Conocer que carencias informativas han identificado los pacientes durante el proceso de alta a domicilio.
- Identificar las prioridades de los pacientes para favorecer una transición segura.
- Identificar que dificultades ha experimentado el paciente una vez se encuentra en el domicilio.
- Identificar el tipo de información que transmiten los profesionales de enfermería a los pacientes durante el proceso de transición del alta hospitalaria.
- Identificar que dificultades encuentran los profesionales de enfermería a la hora de transmitir la información a los pacientes.

Trabajo de Fin de Máster

METODOLOGÍA

- **Diseño**

Debido a que este estudio pretende explorar la vivencia individual del proceso de la transición del alta al domicilio desde la perspectiva de la experiencia de pacientes y profesionales de enfermería, se considera que un estudio cualitativo de corte fenomenológico es el más adecuado.

La fenomenología busca describir la esencia de un fenómeno explorándolo desde la perspectiva de quien lo ha vivido (Neubauer et al., 2019), entendiendo el significado que tiene en la experiencia subjetiva de la persona. Este tipo de diseño se utiliza frecuentemente en la práctica de enfermería y ha adquirido popularidad en la comprensión de los fenómenos humanos por los beneficios que aporta a la ciencia del cuidado (Sundler et al., 2019). En el ámbito sanitario, la fenomenología resulta elemental para reconocer aspectos básicos de los sucesos en lo referente a la atención desde la perspectiva de quienes reciben y quienes brindan (Collingridge & Gantt, 2019).

- **Contexto**

El estudio se llevará a cabo en el hospital de atención intermedia Parc Sanitari Pere Virgili de Barcelona. Este centro es una entidad pública de la Generalitat de Catalunya, adscrita al Servei Català de la Salut y es una entidad de referencia en cuanto a docencia e investigación, vinculada a la actividad asistencial y con un enfoque multidisciplinar. El centro abarca un total de 378 camas distribuidas de la siguiente forma: 267 camas repartidas en cinco unidades de convalecencia, 32 camas en la unidad de oncología, 25 camas en la unidad de larga estancia, 24 camas en la unidad de subagudos, 20 camas destinadas a convalecencia paliativa y 10 camas en la unidad de curas paliativas.

El servicio de convalecencia, está dedicado a la atención de personas derivadas habitualmente desde diferentes hospitales de agudos tras una descompensación de diversas patologías crónicas (diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC...), o por una patología aguda invalidante (úlceras de diversos grados, intervenciones traumatológicas, deterioro cognitivo...). El número de ingresos anuales, oscila en torno a los 2421. La estancia

Trabajo de Fin de Máster

orientativa de los pacientes ingresados es de entre 30 y 40 días y la tasa de retorno a domicilio de los pacientes en el momento del alta es del 56%.

- **Población**

La población de estudio serán pacientes y profesionales de enfermería del PSPV.

- **Muestra.**

La muestra estará conformada por los profesionales de enfermería que trabajen en alguna de las unidades de convalecencia del PSPV y los pacientes dados de alta que hayan estado ingresados en alguna de las unidades de convalecencia y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión (Tablas 1 y 2).

- **Criterios de inclusión y exclusión.**

Tabla 1

Criterios de inclusión/ exclusión para los pacientes.

Inclusión	Exclusión
Personas mayores de 65 años.	Pacientes que hayan modificado sus hábitos a causa de algún tipo de intervención en la mejora de la transición asistencial durante el ingreso.
Pacientes que hayan estado ingresados en alguna de las unidades de convalecencia del PSPV y que estén diagnosticados de una o más ECC.	Pacientes que no tengan conservada la capacidad cognitiva o comunicativa.
Pacientes con destino al alta a domicilio.	
Pacientes que precisen de educación sanitaria al alta.	
Pacientes que lleven entre 1 semana y 15 días en el domicilio después del alta.	

Trabajo de Fin de Máster

Haber firmado el consentimiento informado de participación en el estudio.	
---	--

Nota: Fuente de elaboración propia

Tabla 2

Criterios de inclusión/ exclusión para profesionales de enfermería.

Inclusión	Exclusión
Profesionales de enfermería con experiencia superior a 2 años en el PSPV para asegurar el conocimiento de los procedimientos que se realizan habitualmente en el proceso de alta en el centro.	Personal con contratación temporal.
Formar parte del equipo de enfermería habitual de alguna de las unidades de convalecencia del PSPV.	
Tener horario de trabajo en turno de mañana o tarde por gozar de un mayor nivel de interacción con los pacientes.	
Haber firmado el consentimiento informado de participación en el estudio.	

Nota: Fuente de elaboración propia

- **Técnica muestreo.**

Se utilizará un muestreo intencional y de conveniencia, con intención de garantizar la máxima variabilidad de informantes y donde el investigador, de forma premeditada, seleccionará a los participantes con conocimiento personal y directo sobre el tema de estudio, dispuestos a compartir y reflexionar sobre la experiencia vivida con el objetivo de comprender el fenómeno de estudio en profundidad hasta alcanzar la saturación de datos (Gill, 2020). En cuanto a la generalización de la muestra, esta se valorará a partir de los resultados extraídos que pretenderán señalar posibles similitudes/ diferencias entre

Trabajo de Fin de Máster

contextos y situaciones parecidas que determinaran la aplicabilidad del estudio (Collingridge & Gantt, 2019).

- **Instrumentos y procedimiento de recogida de datos.**

Tal y como se explica en la metodología de la investigación fenomenológica (Collingridge & Gantt, 2019), la estrategia de recogida de datos se basa en entrevistas individuales y en profundidad. Las entrevistas serán llevadas a cabo por la investigadora principal, la cual aporta experiencia y conocimiento sobre el tema de estudio. Previamente, esta deberá presentar la propuesta del estudio al director de atención intermedia, investigación y docencia del centro hospitalario para obtener el permiso por parte de la entidad para la realización del estudio.

El contacto tanto con los pacientes como con los profesionales, se establecerá según la valoración de las coordinadoras de planta, que detectarán a los participantes según el cumplimiento de los criterios de inclusión y se les propondrá participar en el estudio mediante la entrega de la hoja de información sobre el estudio (anexo 3) y la aceptación del consentimiento informado (anexo 4 Y 5).

El momento de inicio de las entrevistas, tendrá lugar entre los 7 y 15 días post alta a los pacientes hospitalizados en las unidades de convalecencia, esperando que estos hayan detectado las necesidades de mejora de la transición y empoderamiento en el domicilio.

En cuanto al inicio de las entrevistas con los profesionales se determinará a partir del momento de entrega de la hoja de información y de la firma del consentimiento informado.

Para la realización de la entrevista, se utilizará un guion semiestructurado (anexo 1 y 2) de preguntas abiertas, que permitirán recopilar datos significativos de lo expuesto por los participantes y adaptarse a la conversación (Díaz-Bravo et al., 2013), conocer la experiencia vivida y el significado para ellos, dando pie a aclarar a su vez las propias perspectivas de lo vivido. A través de los fundamentos experienciales. Se esperará hallar

Trabajo de Fin de Máster

coincidencias en los resultados de las distintas entrevistas, con la finalidad de proponer cambios positivos en referencia al fenómeno de estudio.

Las entrevistas serán registradas con dos grabadoras y éstas tendrán lugar en la sala de reuniones del grupo de investigación del hospital, tanto en el caso de los profesionales (fuera del horario laboral) y de los pacientes. Si en el grupo de pacientes existieran dificultades para desplazarse, se recurrirá a una entrevista en el domicilio del paciente, vía telemática o telefónica, con una duración aproximada de una hora/hora y media. No se define un número específico de participantes en ninguno de los dos grupos ya que se aplicará el criterio de saturación de datos.

Una vez grabadas las entrevistas, se procederá a la transcripción literal de las mismas, con la ayuda del programa informático F4. Posteriormente se facilitará a los participantes la transcripción de los audios para contrastar y asegurar la verificación de las aportaciones, obteniendo de este modo la triangulación de la información.

Durante las grabaciones, el entrevistador utilizará un cuaderno de campo en el que se anotarán aspectos relevantes que no quedan recogidos en la grabación de audio, especificando el lenguaje corporal o cualquier reacción del entrevistado a un tema concreto. Estas anotaciones quedarán reflejadas en el documento de transcripción.

Así mismo, previo a la entrevista, la investigadora suministrará a los participantes, un cuestionario sociodemográfico (anexo 6 Y 7), donde se especifiquen datos personales (sexo, edad, días de ingreso hospitalario...) como profesionales (antigüedad en la empresa...).

- **Análisis de datos.**

Una vez transcritas las grabaciones de las entrevistas y las anotaciones extraídas del cuaderno de campo, se procederá al análisis de los datos. El investigador deberá detectar,

Trabajo de Fin de Máster

contrastar y comparar la información de los diferentes grupos de participantes, con el objetivo de establecer nexos, para finalmente, redactar un informe del cual se procederá a su lectura y relectura llegando de este modo la reflexión e interpretación (Díaz-Bravo et al., 2013).

Durante el proceso de reducción y estructuración teórica de la información se prevé alcanzar varios niveles de categorización. En un primer momento, se identificarán las unidades de significado, las cuales, según la interpretación del investigador, se agruparán primeramente en categorías según la similitud del contenido. Cada una de las categorías recibirá un nombre relacionado con palabras características del contenido de las entrevistas. Estas se agruparán en metacategorías y dominios y finalmente nuevamente según la similitud de contenido, con el fin de conseguir datos específicos y aportando una mayor fiabilidad a los datos. Durante el proceso de categorización, se desarrollará un esquema de codificación (Moser & Korstjens, 2018).

La clasificación y categorización de los distintos fenómenos, se establecerán a partir de la interpretación de los datos sin determinar grupos con anterioridad. Durante este proceso, se pueden cumplimentar unas memorias analíticas que servirán como apuntes durante el análisis.

Se utilizará como soporte de análisis el programa informático Atlas.ti, facilitando al sistematización y rigurosidad de la recuperación de los datos (Rodríguez García & Medina Moya, 2014).

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Con la finalidad de garantizar el sentido ético del estudio, este se llevará a cabo respetando los principios éticos de la legislación vigente. Todo el personal implicado en el desarrollo del estudio, se comprometerá a seguir las Normas de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (ICH). A su vez el equipo investigador seguirá los principios éticos en investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (actualizada en octubre 2013).

Trabajo de Fin de Máster

Previo al inicio del estudio, se solicitará autorización al Comité Asistencial del centro hospitalario y al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) correspondiente en este caso a la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), para la realización de la investigación y su supervisión en el

cumplimiento de la regulación. Una vez aprobado, el investigador principal, se asegurará de la conformidad y firma del consentimiento informado de cada participante, con la posibilidad de revocar libremente su decisión en cualquier momento y dejando clara la no consecuencia negativa en ningún momento sobre los participantes.

Se asegurará la confidencialidad y anonimato de los participantes mediante la codificación de la información. Cada participante será codificado, primeramente, según si son pacientes con una P y profesionales de enfermería con una PE y seguido de esta nomenclatura un número identificativo consecutivo. Este será conocido como el ID del participante.

Se informará también del compromiso del investigador en la destrucción de los datos a la finalización de la investigación y solo el investigador principal tendrá autorización para acceder a los datos completos del participante, por ello, se tendrá en cuenta la ley de protección de datos Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

CRITERIOS DE RIGOR.

Cuando se habla de investigación cualitativa, nos encontramos frente al reto de aportar rigor y subjetividad con el fin de evaluar la calidad de los estudios. Es aquí donde se discierne entre los criterios aplicados en los estudios cuantitativos o cualitativos. Estos últimos se centran en el estudio de los fenómenos, de manera que buscan una interpretación en base al significado que las personas otorgan al fenómeno de estudio (Cypress, 2017) .

La metodología cualitativa, no se caracteriza por seguir unos patrones de rigor concretos, y pretende alcanzarlo mediante el desarrollo de estándares de validez, la cual se define, en cualquier tipo de estudio, como el estado o la calidad de ser sólido, justo y bien fundado, dicho

Trabajo de Fin de Máster

con otras palabras, debe ser evaluada en relación con los propósitos y circunstancias de la investigación. (Whittemore et al., 2001).

Otros autores como Lincoln y Guba (1985), defienden que la investigación cualitativa debe trabajar con unos principios generales a partir de criterios de calidad diferentes a los de las investigaciones cuantitativas. En base a ello, para garantizar los criterios de rigor de esta investigación se seguirán los criterios de rigor de Lincoln y Guba, fundamentados por la confiabilidad, la cual se apoya en la credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad.

En este estudio, se garantizarán los criterios de rigor del siguiente modo:

- **Credibilidad:** conlleva la recopilación de información que nos lleva a descubrimientos que son reconocidos por los participantes, para la que se precisa realizar una escucha activa, reflexionar sobre la información obtenida y empatizar con las personas entrevistadas. En este estudio se considera el cumplimiento de este criterio ya que mediante las entrevistas en profundidad tanto de pacientes como de enfermeras se pretende encontrar hallazgos que den sentido y credibilidad al estudio.
- **Transferibilidad:** se refiere a la probabilidad de hacer extensibles los resultados del estudio a otras poblaciones en contextos diferentes. Según los resultados finales que se obtenga en el estudio, se prevé un estudio generalizable por el tipo de población y contexto descrito.
- **Dependencia y confirmabilidad:** permite que otro investigador pueda seguir la ruta de lo que el investigador original llevó a término, mediante el registro de las estrategias metodológicas que se utilizan durante el desarrollo de la investigación y la descripción detallada de los pasos llevados a cabo aportando de este modo confirmabilidad al estudio. A partir de la descripción de la metodología realizada en este estudio, se espera que cualquier investigador pueda ser capaz de replicarlo obteniendo resultados parecidos que aportaran coherencia y fiabilidad.

Trabajo de Fin de Máster

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se considerarán las siguientes limitaciones con anterioridad al inicio del estudio:

- El hecho de que la investigadora principal haya formado parte anteriormente del equipo del Programa TransiciónA, puede suponer que exista un prejuicio acerca de la necesidad de dar valor al momento del alta entre los profesionales de enfermería y sobre la necesidad de adquirir conocimientos en cuanto a ello. Para garantizar la imparcialidad en el estudio se pretenderá compartir los resultados hallados en las entrevistas con otros colaboradores con el objetivo de contrastar la información.
- Además, deberemos contemplar la posibilidad de que el hecho de que los profesionales no consideren el proceso de alta como algo a mejorar en la práctica diaria, podría suponer la no participación en la investigación, con el añadido de que si el desarrollo de esta puede considerarse como un aumento de la carga de trabajo suponiendo otra limitación importante.
- Considerar la posibilidad de que existan pérdidas en la muestra de pacientes ya que se debe dejar pasar un período de tiempo de entre 7 y 15 días post alta para iniciar las entrevistas y estos pueden no querer participar en el estudio posteriormente o incluso que sufran algún percance que les impida la participación.
- Se deberá tener en cuenta también el hecho de encontrarnos con participantes sin agilidad verbal, encontrándonos con entrevistas pobres y poco enriquecedoras para la investigación. Ello comportaría realizar una nueva búsqueda de participantes si no se obtuviera la saturación de los datos esperada.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.

La previa implementación al estudio de un proyecto piloto dirigido a la transición y planificación del alta asistencial en nuestro centro hospitalario y los resultados derivados de la búsqueda bibliográfica, sugieren que este tipo de modelos resultan eficaces y de gran relevancia en el proceso de alta, tanto en la persona que lo recibe, como en la labor del profesional que los atiende, favoreciendo el equilibrio de los recursos asistenciales.

Trabajo de Fin de Máster

Los resultados extraídos del desarrollo de este estudio, esperan averiguar las carencias que afectan al paciente en lo referente al proceso de alta que, según se refleja en la bibliografía,

resulta fundamental para conocer las necesidades de estos y llevar a cabo un acompañamiento correcto y satisfactorio, favoreciendo el empoderamiento y la aparición de cambios positivos en el cuidado de su salud y enfermedad.

A fin de alcanzar el éxito en la implantación de este tipo de metodología, podríamos centrar nuestros esfuerzos en potenciar una cultura institucional sobre el cuidado transicional entre los profesionales de enfermería, debido a su implicación directa en el proceso. A razón de ello, puede ser que surja la necesidad de impulsar dentro del ámbito hospitalario, la aparición de nuevos roles de enfermería con competencias de Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) como pueden ser, enfermeras Gestoras de las Transiciones Asistenciales (GTA), facilitando la implantación de un modelo de transición al alta mediante, la formación del personal y la posible creación de protocolos/ guías de práctica clínica de atención a la transición.

De este modo, dependiendo de cómo se orienten las líneas de trabajo, el paciente percibirá la excelencia de los cuidados ofrecidos por el profesional en el momento de retorno del hospital al domicilio. Por ello, incorporar prácticas de atención en la transición desde el inicio del ingreso hospitalario y considerar la forma en la que se transmite la información, puede potenciar la inclusión de valores profesionales en el proceso de alta.

IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN.

Al profundizar en los datos obtenidos del estudio y en el caso de que se pongan de manifiesto potenciales carencias en el actual planteamiento de proceso de transición al alta, afectando de forma directa a los pacientes, se valorará la inserción de un modelo de transición a medida según las necesidades referidas y el perfil poblacional del centro.

La implantación de un modelo de transición concreto, podría favorecer que surjan nuevas líneas de investigación de tipo mixto con el objetivo de confirmar la mejora en el proceso de transición. Se podría llevar a cabo un nuevo estudio cualitativo con el fin de averiguar si las vivencias del

Trabajo de Fin de Máster

proceso han mejorado y un estudio cuantitativo para verificar si existe influencia positiva en términos de, tasas de reingresos y empoderamiento de las habilidades en salud de los pacientes.

CRONOGRAMA

TAREAS	2021		2022										2023				
	Junio	Septiembre	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Junio
Revisión literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Diseño proyecto		■	■														
Recogida de datos				■	■	■	■	■	■								
Captación de participantes				■	■	■											
Entrevistas en profundidad						■	■	■	■								
Análisis de datos							■	■	■	■	■	■					
Informe final													■	■	■		
Divulgación/publicación																■	■

Trabajo de Fin de Máster

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambiás, J., Amil, P., Bocanegra, I., Bullich, I., Contel, J., Gil, E., Giráldez, G., González, A., Melendo, E., Mir, V., Ruiz, R., & Santaegènia, S. (2020). *Guia Bases conceptuais i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) avançada (MACA)*. <https://salutweb.gencat.cat>
- Appleby, C., & Camacho-Bejarano, R. (2014). Retos y oportunidades: Aportaciones de la Enfermera de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. *Enfermería Clínica*, 24(1), 90–98. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.12.008>
- Arana, A. C., Martín Arribas, M. C., Piédrola, M. M., Tallés, C. G., Pascual, M. H., Fernández, A. R., Fernández, M. B. S., López E., A. D., Hedrera, F. G., Moreno, J. M., García, S. A., Aguilar, M. J. D., Aragón, M. L. S., Pérez, Á. P., Linares, L. B., García, R. M. Á., Almendros, C. Á., De Diego, M. D. R., Ramírez, A. P., ... De Miguel, Á. G. (2008). Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. *Atencion Primaria*, 40(6), 291–295. <https://doi.org/10.1157/13123681>
- Boult, C., Reider, L., Frey, K., Leff, B., Boyd, C. M., Wolff, J. L., Wegener, S., Marsteller, J., Karm, L., & Scharfstein, D. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Early Effects of “Guided Care” on the Quality of Health Care for Multimorbid Older Persons: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 321–327. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.321>
- Boult, Chad. (2008). Improving Chronic Care: The “Guided Care” Model. *The Permanente Journal*, 12(1). <https://doi.org/10.7812/tpp/07-014>
- Boult, Chad, Reider, L., Leff, B., Frick, K. D., Boyd, C. M., Wolff, J. L., Frey, K., Karm, L., Wegener, S. T., Mroz, T., & Scharfstein, D. O. (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: Results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 460–466. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.540>

Trabajo de Fin de Máster

- Chow, S. K. Y., & Wong, F. K. Y. (2014). A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2257–2271. <https://doi.org/10.1111/jan.12375>
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006a). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. J. (2006b). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- Collingridge, D. S., & Gantt, E. E. (2019). The Quality of Qualitative Research*. *American Journal of Medical Quality*, 34(5), 439–445. <https://doi.org/10.1177/1062860619873187>
- Cypress, B. S. (2017). Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(4), 253–263. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación En Educación Médica*, 2(7), 162–167. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72706-6](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72706-6)
- Flanagan, N. M., Rizzo, V. M., James, G. D., Spegman, A., & Barnawi, N. A. (2018). Predicting Risk Factors for 30-Day Readmissions Following Discharge from Post-Acute Care. *Professional Case Management*, 23(3), 139–146. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000261>
- Gilbert, T., Occelli, P., Rabilloud, M., Poupon-Bourdy, S., Riche, B., Touzet, S., Bonnefoy, M., Chuzeville, M., Comte, B., Colin, C., Dartiguepeyrou, A., Debray, M., Grguric, G., Haine, M., Haution, M., Jacquet-Francillon, T., Julien, C., Luiggi, J. S., Martin-Gaujard, G., ... Vignoles, A. (2020). A Nurse-Led Bridging Program to Reduce 30-Day Readmissions of Older Patients Discharged From Acute Care Units. *Journal of the American Medical Directors Association*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.015>
- Gill, S. L. (2020). Qualitative Sampling Methods. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 579–581.

Trabajo de Fin de Máster

<https://doi.org/10.1177/0890334420949218>

Gual, N., Yuste Font, A., Enfedaque Montes, B., Blay Pueyo, C., Martín Álvarez, R., & Inzitari, M. (2017). Profile and evolution of chronic complex patients in a subacute unit. *Atencion Primaria, 49*(9), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.010>

Holland, D. E., Mistiaen, P., & Bowles, K. H. (2011). Problems and unmet needs of patients discharged home to self-care. *Professional Case Management, 16*(5), 240–250. <https://doi.org/10.1097/NCM.0b013e31822361d8>

Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., Forsythe, S. R., O'Donnell, J. K., Paasche-Orlow, M. K., Manasseh, C., Martin, S., & Culpepper, L. (2009). A reengineered program to decrease rehospitalization a randomized trial. *Annals of Internal Medicine, 150*(3), 178–187. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2738592&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Kiran, T., Wells, D., Okrainec, K., Kennedy, C., Devotta, K., Mabaya, G., Phillips, L., Lang, A., & O'Campo, P. (2020). Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: Results from province-wide group concept mapping. *BMJ Quality and Safety, 29*(5), 390–400. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009993>

Lau, H. S., Hollander, M. M., Cushman, J. T., DuGoff, E. H., Jones, C. M. C., Kind, A. J. H., Lohmeier, M. T., Coleman, E. A., & Shah, M. N. (2018). Qualitative Evaluation of the Coach Training within a Community Paramedicine Care Transitions Intervention. *Prehospital Emergency Care, 22*(4), 527–534. <https://doi.org/10.1080/10903127.2017.1419325>

McGilton, K. S., Vellani, S., Babineau, J., Bethell, J., Bronskill, S. E., Burr, E., Keatings, M., McElhaney, J. E., McKay, S., Nichol, K., Omar, A., Puts, M. T. E., Singh, A., Tamblyn Watts, L., Wodchis, W. P., & Sidani, S. (2019). Understanding transitional care programmes for older adults who experience delayed discharge: A scoping review protocol. *BMJ Open, 9*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032149>

Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica, 24*(1), 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>

Trabajo de Fin de Máster

- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. In *European Journal of General Practice* (Vol. 24, Issue 1, pp. 9–18). Taylor and Francis Ltd.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Nardi, R., Scanelli, G., Borioni, D., Grandi, M., Sacchetti, C., Parenti, M., Fiorino, S., Iori, I., Di Donato, C., Agostinelli, P., Cipollini, F., Pelliccia, G., Centurioni, R., & Pontoriero, L. (2007). The assessment of complexity in internal medicine patients. The FADOI Medicomplex Study. *European Journal of Internal Medicine*, 18(4), 283–287.
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2006.12.006>
- Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., & Schwartz, J. S. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 613–620.
<https://doi.org/10.1001/jama.281.7.613>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90–97.
<https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Oh, E. G., Kim, J. H., & Lee, H. J. (2019). Effects of a safe transition programme for discharged patients with high unmet needs. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11–12), 2319–2328.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14831>
- Pisano González, M. M., & González Pisano, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Rico-Blázquez, M., Sánchez Gómez, S., & Fuentelsaz Gallego, C. (2014). El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*, 24(1), 44–50.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.001>
- Rodríguez García, M., & Medina Moya, J. L. (2014). Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. *Index de Enfermería*, 23(3), 157–161. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000200009>

Trabajo de Fin de Máster

Rosenbek, S., & Coleman, E. A. (2013). The Care Transitions

Intervention. *Comprehensive Care Coordination for Chronically*

Ill Adults, 166, 261–275. <https://doi.org/10.1002/9781118785775.ch13>

Sundler, A. J., Lindberg, E., Nilsson, C., & Palmér, L. (2019). Qualitative thematic analysis based on descriptive phenomenology. *Nursing Open*, 6(3), 733–739.

<https://doi.org/10.1002/nop2.275>

Toles, M., Colón-Emeric, C., Hanson, L. C., Naylor, M., Weinberger, M., Covington, J., & Preisser, J. S. (2021). Transitional care from skilled nursing facilities to home: study protocol for a stepped wedge cluster randomized trial. *Trials*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05068-0>

Toles, Mark, Leeman, J., Colón-Emeric, C., & Hanson, L. C. (2018). Implementing a Standardized Transition Care Plan in Skilled Nursing Facilities. *Journal of Applied Gerontology*.

<https://doi.org/10.1177/0733464818783689>

Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 11(4), 522–537. <https://doi.org/10.1177/104973201129119299>

Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. In *Aging Clinical and Experimental Research* (Vol. 30, Issue 3, pp. 263–270). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0885-6>

ANEXOS

Anexo 1:

Propuesta guion entrevista semiestructurada para pacientes.

- ¿Podría describir cómo fueron los días previos al alta? ¿Cómo se sintió cuando le informaron sobre su fecha de alta?
- Durante los días previos al alta ¿Cómo se trabajó por parte del equipo de enfermería el momento del retorno a domicilio?

Trabajo de Fin de Máster

- ¿Qué tipo de información recibió por parte del equipo asistencial que le fuese de utilidad para su regreso al domicilio? ¿Y concretamente del equipo de enfermería?
- ¿Cómo fueron atendidas sus necesidades y preferencias? ¿Se tuvieron en cuenta? ¿Le preguntaron por sus objetivos?
- ¿Qué consejos o habilidades echó en falta para sentirse preparado para ese momento? ¿Qué podría haber mejorado su experiencia?
- Al regreso a domicilio, ¿Cómo fueron los primeros días? ¿Qué facilidades y dificultades encontró?
- Cuando salió del hospital, ¿Qué tipo de información le dieron en referencia a su enfermedad? ¿Esta información le fue útil en el manejo de su enfermedad?
- Podría decirme ¿Posibles signos de alarma que le indican una descompensación médica o empeoramiento de su salud?
- Cuando recibió el alta hospitalaria, ¿Qué información escrita le facilitaron para una mejor comprensión del manejo en el domicilio?
- En cuanto el plan de medicación al alta, ¿Qué tipo de información le proporcionaron y quien se encargó de ello?
- Cuando salió del hospital, ¿qué visitas tenía pendientes en los próximos meses?
- Al presentarse algún problema de salud en casa, ¿a quién debe dirigirse y donde en caso de necesidad?
- ¿Le gustaría aportar algún otro elemento o visión relevante sobre el tema tratado que no haya surgido durante la entrevista?

Anexo 2:

Propuesta guion entrevista semiestructurada para profesionales de enfermería.

- ¿Qué grado de importancia tiene para usted dentro de su práctica profesional diaria el momento del alta hospitalaria de los pacientes?
- ¿Qué entiende usted por transición asistencial?

Trabajo de Fin de Máster

- ¿Cómo cree que se siente el paciente en el momento en que se le plante el regreso a domicilio?
- ¿Para usted que significa el alta del paciente en la práctica profesional? ¿Cómo la trabaja?
- ¿Qué mejoraría usted en la visión y el planteamiento actual de la práctica profesional en el momento del alta del paciente?
- ¿Qué elementos en la práctica diaria favorecen o dificultan la labor en el proceso de transición o alta del paciente?
- Normalmente, des del momento del ingreso del paciente en el hospital, el equipo de enfermería es el encargado de recibir al paciente en primera instancia. En este momento, ¿Cuál es la información que le interesa que el paciente le explique?
- ¿De qué forma consensua los objetivos del paciente y facilita el proceso de transición al domicilio?
- Usted como profesional de enfermería, ¿cómo trabaja el empoderamiento del paciente y sus necesidades? ¿Qué herramientas les proporciona para la mejora del manejo de su ECC en el domicilio?
- ¿De qué manera se interesa usted como profesional de enfermería por el nivel de empoderamiento y comprensión en cuanto al tratamiento farmacológico y terapéutico de los pacientes? ¿Qué tipo de herramientas les proporciona para su buen manejo en el domicilio?
- En el momento del alta, ¿Cómo tiene en cuenta la continuidad asistencial y el seguimiento del paciente en los momentos posteriores al alta?
- ¿Le gustaría aportar algún otro elemento o visión relevante sobre el tema tratado que no haya surgido durante la entrevista?

Anexo 3:

Hojas de información para pacientes/ profesionales de enfermería.

Número del estudio: 1

Versión del protocolo: V.1.0/2021

Fecha de la versión: 08/03/2021

Fecha de presentación: 05/05/2021

Trabajo de Fin de Máster

Investigador/a Principal: Míriam Colominas Callejas

Departamento: Enfermería

Línea de investigación: Continuidad asistencial

Título de la investigación: “Vivencias del proceso de Transición al Alta: perspectiva de enfermeras y pacientes”

Hemos solicitado su participación en este estudio de investigación, que se llevará a cabo en el Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili de Barcelona. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los que se lleva a cabo la investigación, cómo se va a utilizar su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos o molestias que le pueda ocasionar.

En el caso de participar en algún otro estudio, debe comunicarlo al responsable para valorar si puede participar en éste.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es una decisión voluntaria y personal. En el caso de no querer participar o bien de querer abandonar el estudio, el trato que recibirá no se verá afectado y se seguirán los protocolos habituales. Si decide participar, se le entregará la Hoja de información al participante y el Consentimiento informado para que firme todas las hojas de ambos documentos.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

A través de esta hoja informativa se le invita a participar en un estudio de investigación cualitativa dirigido a explorar y averiguar las vivencias y posibles necesidades con las que los grupos de participantes se encontrarán en el proceso de transición al alta de los pacientes. Los participantes, serán pacientes ingresados en las unidades de convalecencia del Hospital de Atención Intermedia

Trabajo de Fin de Máster

Parc Sanitari Pere Virgili y algunas de las enfermeras que trabajan en estas unidades y que, por tanto, comparten el día a día de los pacientes.

Mediante entrevistas de tipo individual y con la grabación de las aportaciones que se realicen, se pretende conocer como los pacientes perciben la información transmitida por los profesionales durante el proceso de alta hospitalaria, qué carencias informativas identifican, cuáles son las prioridades a la hora de regresar al domicilio y las dificultades con las que se han encontrado después del alta.

Además, también se pretende explorar qué significado y valor otorgan los profesionales de enfermería al proceso de alta hospitalaria de los pacientes, identificar la información que transmiten y con qué dificultades se encuentran para realizar una correcta gestión de la transición.

A partir de los resultados obtenidos se pretende mejorar el proceso de transición al alta después de un ingreso prolongado, momento en el que suelen aparecer cambios en las rutinas y estilo de vida de las personas a causa de las enfermedades que sufren. Para conseguir el éxito en el proceso, se pretende implantar una cultura institucional basada en una correcta metodología de trabajo en cuanto a la mejora de la planificación del alta por parte de los equipos de enfermería, los cuales serán los referentes principales de este proceso y los que potenciarán el aprendizaje de nuevos hábitos saludables en los pacientes que favorecerán un proceso de transición segura.

Por todo ello, solicitamos su participación en este estudio en calidad de paciente, donde se pretende realizar diversas entrevistas individuales exponiendo la vivencia posterior al alta hospitalaria, una vez se encuentra en su domicilio y comprueba las necesidades que habría precisado esclarecer antes del regreso al domicilio.

Si participa en el estudio en calidad de profesional de enfermería, se realizará con usted una entrevista en profundidad con el fin de explorar el significado y valor que usted otorga al proceso

de alta hospitalaria, identificando el tipo de información que transmite y las barreras con las que se encuentra.

Trabajo de Fin de Máster

Molestias y riesgos: Como participante de este estudio deberá aceptar su participación voluntaria mediante la firma del consentimiento informado y facilitar y concretar un día para la realización de la entrevista. El equipo investigador considera que este estudio no supone ningún riesgo para su salud y/o lugar de trabajo.

Beneficios: No hay repercusiones económicas directas, pero sí que su participación favorece a la propuesta de mejoras en la información que se facilita en el momento del alta, de forma que una vez se finalice la investigación, se asegurará a los pacientes una transición al alta más segura.

¿CÓMO SE VAN A UTILIZAR MIS DATOS EN EL ESTUDIO?

Según el artículo 3.1.d del RD 1090/2015, de 4 de diciembre por el que se regulan los ensayos clínicos los Comités de Ética de la investigación con seres humanos y el registro español de estudios clínicos, y el artículo 5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica y tratamiento de las muestras biológicas, el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el estudio, se ajustaran a lo dispuesto en la ley de protección de datos Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

A su vez el equipo investigador seguirá los principios éticos en investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki (actualizada en octubre 2013).

El/la investigador/a principal del estudio podrá utilizar sus datos personales para la difusión de resultados dentro de la comunidad científica y garantizará la protección de estos datos a fin de no desvelar su identidad.

Únicamente el/la investigador/a principal del estudio y su equipo investigador, tendrán acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con su identidad.

Cualquier uso continuado de los datos del estudio por parte del/de el/la investigador/a principal del estudio tendrá los fines que se describen en este formulario. Si retira el consentimiento de

Trabajo de Fin de Máster

utilizar sus datos del estudio, no podrá seguir participando en la investigación. La revocación del consentimiento no conllevará ninguna repercusión negativa para el participante y, si así lo desea, todos sus registros serán eliminados. Debe tener en cuenta que los resultados del estudio podrán aparecer publicados en la bibliografía médica, si bien su identidad no será revelada.

¿CÓMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?

Mediante la firma de este formulario, usted asiente que ha estado informado de las características del estudio, ha entendido la información y el/la investigador/a ha clarificado todas sus dudas.

Puede pedir más información o solucionar cualquier duda sobre su participación en este o cualquier momento a lo largo del estudio contactando con la investigadora principal.

Investigador Principal: Miriam Colominas Callejas

Hospital de Atención Intermedia Parc Sanitari Pere Virgili

Carrer Esteve Terrades 30, 08023, Barcelona

Telf: 932594102 / 932594004

E-mail: mcolominas@perevirgili.cat

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE

Trabajo de Fin de Máster

Número del estudio: 1

Versión del protocolo: V.1.0/2021

Fecha de la versión: 08/03/2021

Fecha de presentación: 05/05/2021

Investigador/a Principal: Miriam Colominas Callejas

Departamento: Enfermería

Línea de investigación: Continuidad asistencial

Título de la investigación: “Vivencias del proceso de Transición al Alta: perspectiva de enfermeras y pacientes”

Yo, Sr./Sra.:

- He recibido información verbal sobre el estudio y he leído la información escrita que se adjunta, de la que he recibido una copia.
- He comprendido lo que se me ha explicado.
- He podido comentar el estudio y realizar preguntas al investigador responsable.
- Doy mi consentimiento para formar parte en el estudio y asumo que mi participación es totalmente voluntaria.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento sin que afecte a mi futura asistencia médica.

Mediante la firma de este formulario de consentimiento informado, doy mi consentimiento para que mis datos personales se puedan utilizar como se ha descrito en este formulario de consentimiento, que se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado.

En....., a de 2022

Trabajo de Fin de Máster

Firma del participante
de la firma
N.º de DNI

Fecha

Firma del investigador
N.º de DNI

Fecha de la firma

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMAADO PARA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Máster

Número del estudio: 1

Versión del protocolo: V.1.0/2021

Fecha de la versión: 08/03/2021

Fecha de presentación: 05/05/2021

Investigador/a Principal: Miriam Colominas Callejas

Departamento: Enfermería

Línea de investigación: Continuidad asistencial

Título de la investigación: “Vivencias del proceso de Transición al Alta: perspectiva de enfermeras y pacientes”

Yo, Sr./Sra.:

- He recibido información verbal sobre el estudio y he leído la información escrita que se adjunta, de la que he recibido una copia.
- He comprendido lo que se me ha explicado.
- He podido comentar el estudio y realizar preguntas al investigador responsable.
- Doy mi consentimiento para formar parte en el estudio y asumo que mi participación es totalmente voluntaria.
- Entiendo que podré retirarme en cualquier momento sin que afecte a mi lugar de trabajo.

Mediante la firma de este formulario de consentimiento informado, doy mi consentimiento para que mis datos personales se puedan utilizar como se ha descrito en este formulario de consentimiento, que se ajusta a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento informado.

En....., a de 2022

Trabajo de Fin de Máster

Firma del participante

N.º de DNI

Fecha de la firma

Firma del investigador

N.º de DNI

Fecha de la firma

Anexo 6:

Cuestionario sociodemográfico para profesionales de enfermería:

Trabajo de Fin de Máster

Edad	
Sexo	
Antigüedad en la empresa	
Años finalización estudios de enfermería	
Nivel de estudios (DUI/Grado, postgrado, máster o doctorado)	
¿Desarrolla algún otro rol diferente al de enfermera asistencial en el centro? ¿Cual?	
¿Ha recibido formación sobre empoderamiento del paciente? ¿De qué tipo?	
¿Tiene algún tipo de conocimiento sobre modelos de transición asistencial? ¿Cuáles?	
Valore del 1-10 la importancia que tiene para usted a la información que le da al paciente en el momento del alta, donde 1 es nada importante y 10 muy importante.	
Valore del 1-10 la efectividad con la que cree usted que se transmite la información en la transición al alta, donde 1 es nada efectiva y 10 muy efectiva.	

Anexo 7:

Trabajo de Fin de Máster

Cuestionario sociodemográfico para pacientes:

Edad	
Sexo	
Estado civil	
¿Nivel de estudios?	
¿Vive solo? En caso negativo, ¿con quién?	
¿Número de ingresos en el último año?	
¿Sabe que enfermedades padece? En caso afirmativo especifique cuales.	
¿Necesita ayuda en las actividades de la vida diaria? En caso afirmativo, especifique para que necesita ayuda.	
En el momento del alta, ¿la persona encargada de darle la información, se explicó de manera que usted comprendió la información recibida para poder volver al domicilio con tranquilidad?	
¿Sabría decirme cuantos medicamentos toma diariamente?	

Trabajo de Fin de Máster