

Competencia del cuidado post intervención

Ortiz Nievas Vilma Tamara¹
Gallardo Solarte Karina²

¹ Universidad Mariana/Nariño, San Juan de Pasto, Colombia, tabata269@gmail.com

² Universidad Mariana/Nariño, San Juan de Pasto, Colombia, karinagallardosolarte@gmail.com

Resumen: Introducción: Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte y discapacidad precoz logrando cambios al estilo de vida del paciente, familia. Transformaciones cotidianas que generan impacto social, económico, familiar, emocional, interfiriendo en su cotidianidad, siendo necesario hacer seguimiento a cuidador y paciente en su hogar, desde la institución, mediante intervención pedagógica antes del egreso hospitalario proporcionando conocimientos suficientes que apoyen al paciente en el hogar. (Bejarano Ramírez, D.F et al.). ¹ Objetivo: Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidentes de Colombia pre y pos intervención plan de egreso. Metodología: Estudio experimental tipo ensayo clínico aleatorizado, aplicado a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II y cuidadores frente a otro grupo de pacientes con igual patología quienes recibieron intervención institucional convencional (grupo control). La intervención realizada fue pedagógica. Resultados. En general la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5%), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas. Conclusión: La intervención frente al plan de egreso hospitalario habitual contribuyó a mejoría significativa en competencias del cuidador con una confianza del 90% y el grupo poblacional donde más impacto la estrategia fue en los cuidadores menores de 45 años. Al analizar la razón de riesgo indico que hay un 10% más de probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en población intervenida frente a la no intervenida.

Palabras clave: Competencia, Cuidador, Enfermedad Crónica

Post-intervention care competence

Summary: Introduction: Chronic diseases are the leading cause of death and early disability, resulting in changes in the lifestyle of the patient, family. Daily transformations that generate social, economic, family, emotional impact, interfering in their daily life, being necessary to follow caregiver and patient at home, from the institution, through pedagogical intervention before hospital discharge providing sufficient knowledge to support the patient In the home.¹ Objective: To determine the care competence of family caregivers of people with chronic illness in institutions of second and third level in a municipality in the south west of Colombia pre and post intervention plan of discharge. Methodology: Randomized clinical trial type trial, applied to a group of patients with hypertension and Diabetes mellitus II and caregivers in front of another group of patients with the same pathology who received conventional institutional intervention (control group). The intervention was pedagogical. Results In general, the competence in the care of chronic patients improved in nine out of ten evaluated caregivers (90.5%), this proportion of incidence was greater in the people treated. Conclusion: The intervention against the usual hospital discharge plan contributed to significant improvement in competencies of the caregiver with 90% confidence and the pop-

ulation group where the strategy impacted the most was in caregivers under 45 years of age. When analyzing the risk ratio, I indicated that there is a 10% more probability of improving the skills of the caregiver in the intervened population compared to the unintervention.

Keywords: Competence; Caregivers; Chronic disease

I. INTRODUCCIÓN

Según la OPS-OMS.² Las investigaciones demuestran que la gran mayoría de las personas con Enfermedad crónica no transmisible (ECNT), no reciben la atención adecuada. Del total de las personas afectadas, sólo se diagnostica alrededor de la mitad y de esos pacientes, únicamente la mitad recibe atención médica. Entre la cuarta parte de las personas con ECNT que sí reciben atención, sólo alrededor de la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento clínico. Sólo 1 de cada 10 personas con condiciones crónicas es tratado con éxito.³ La OMS refiere que lo anterior se debe en principio al resultado de una gestión inadecuada, pero también a la falta de acceso a la atención y la existencia de numerosas barreras financieras.⁴

Las enfermedades no transmisibles son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico. En referencia a la hipertensión arterial esta enfermedad, contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal y a la mortalidad y discapacidad prematuras; “La hipertensión rara vez produce síntomas en etapas tempranas y en muchos casos no se diagnostica. Los casos que se diagnostican, a veces no tienen acceso al tratamiento y es posible que no puedan controlar con éxito su enfermedad en el largo plazo”.⁵

En este orden de ideas es muy importante destacar que para una persona con ECNT el plan de transición y egreso es un esquema sistemático y documentado que orienta su cuidado, precisa los detalles necesarios con el fin de que pueda hacer un tránsito armónico entre los servicios del hospital y de este a su hogar. En él se debe tener en cuenta al cuidador familiar o a quien haga sus veces para darle información sencilla y completa sobre lo que pasa con el paciente en el hospital, instruirlo y orientarlo apoyando ese cuidado en los diferentes servicios de la institución con miras a continuarlo en el hogar.⁶ Desde el punto de vista profesional, el plan de transición y egreso es una guía estandarizada que debe tener establecidos unos pasos secuenciales, organizados y previamente definidos para cuidar de manera integral y segura a un paciente al interior y al salir de la institución con garantía de continuidad terapéutica.⁷

En este sentido en México se realizó un estudio acerca del plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios.⁸ Donde encontraron como resultados: que su aplicación contribuye con el derecho que tienen los pacientes de estar informados, además del impacto en la disminución en los reingresos hospitalarios. Por otro lado el plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.⁹ Según Carpenito L.¹⁰ La aplicación del plan de alta en enfermería es una de las formas para fomentar la reintegración del pacien-

te a la sociedad, ya que nos proporciona una visión completa, rápida y veraz del estado de salud del paciente.⁸

Por otro lado y atendiendo los parámetros propuestos por Sánchez.⁹ quien es señalan que el cuidado crónico debe cumplir con los atributos de acceso, seguridad, continuidad, fortalecimiento de la propia capacidad y uso de las tecnologías apropiadas para su soporte, ellos hacen una revisión que les permitió evidenciar la brecha entre la situación actual y la deseada, recordando que un sistema de salud que cuenta con madurez es aquel que atiende, de manera idónea, a las personas con enfermedad crónica.

En este orden de ideas es como se propuso investigar con el Objetivo: Determinar la competencia de cuidado que tienen los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en instituciones de segundo y tercer nivel en un municipio del sur occidentes de Colombia pre y pos intervención plan de egreso.

II. MÉTODOS

A. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio experimental tipo ensayo clínico aleatorizado, con la finalidad de probar el efecto que tiene la intervención del plan de egreso hospitalario a un grupo de pacientes con HTA y Diabetes mellitus II frente a otro grupo de pacientes con las mismas patologías quienes recibieron la intervención convencional de las instituciones involucradas (grupo control), con el fin de comparar los resultados entre estos dos grupos, que se hayan hospitalizado entre enero y marzo de 2016 por complicaciones en órgano blanco, en una institución del suroccidente de Colombia. El estudio pretende dar respuesta al planteamiento de dos hipótesis principales como son:

Ho. El plan de egreso mejora competencia del cuidado en el paciente y cuidadores familiares.

Ho. El plan de egreso no mejora competencia del cuidado en paciente, si en cuidadores familiares.

Ho. El plan de egreso mejora la competencia del cuidado en paciente no en cuidadores familiares.

B. Población y muestra.

Tanto cuidadores como pacientes con diagnostico confirmado de hipertensión y/o diabetes mellitus II que hayan sido hospitalizados entre enero y marzo de 2016 en las dos instituciones del segundo y tercer nivel del municipio con residencia en el municipio de Pasto.

C. Criterios de inclusión

Persona Hospitalizada por complicaciones derivadas de la patología de estudio Diabetes y/o Hipertensión 1) diagnosticada entre las edades de 50 a 80 años. 2) Procedentes de la zona urbana.

Cuidadores: Cuidador familiar: 1) Persona mayor de edad 2) Que responda por la mayor parte del cuidado de la persona con enfermedad crónica hospitalizada 3) Con vínculo de parentesco o cercanía con la persona enferma.

D. Criterios de exclusión:

Cuidadores y Pacientes Crónico: 1) Personas con déficit cognitivo o enfermedad mental que impida la comunicación con el entrevistador. 2) Personas que en el momento de la entrevista e intervención se encuentren bajo efectos de medicamentos o sustancias que limiten su habilidad para comunicarse. 3.) Personas que no deseen formar parte de la investigación

E. Muestra.

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, con un error estándar del 6% y una prevalencia (p) del 22% correspondiente a hipertensión (hipertensión Pasto), por brindar el mayor tamaño muestral y un nivel de confianza del 95% y un aumento del 10% por deserción en el estudio. (n=125 pacientes). La muestra fue asignada proporcionalmente según volumen de hospitalización de cada una de las dos instituciones de salud vinculadas al estudio.

F. Proceso de captura de los participantes:

Para el proceso de captura de las personas con enfermedad crónica y los cuidadores familiares se realizó el siguiente procedimiento: Rutina de visita programada por día a los servicios de hospitalización donde se encontraban personas con enfermedad crónica y los cuidadores familiares; Verificación de criterios de inclusión de los participantes, Aplicación del consentimiento informado (verbal y escrito); Al finalizar la jornada de rutina de visita programada, se elaboró una lista de asignación de muestra. Grupo experimental. El tiempo que participó en el estudio fue en tres momentos, una en la medición inicial, otra en las sesiones de intervención y en la medición final. Grupo control. El tiempo que participó en el estudio fue en dos momentos, una en la medición inicial y otra en la medición final.

G. Técnica e instrumentos de recolección de la información

Instrumentos: propuestos por:(U. Nacional- Programa para disminución de la Carga Paciente con enfermedad Crónica 2012). **Caracterización de la Diada Cuidador** – GCPC-UN-D©: Cuenta con 12 ítems que exploran aspectos sociodemográficos del paciente, como del cuidador, aspectos asociados al tiempo de la enfermedad crónica, número de horas que requiere para su cuidado, redes de apoyo, relación con la persona que lo cuida, perfil PULSES del paciente que mide el grado de funcionalidad, estado mental del paciente (Prueba Test SPMSQ- MINIMENTAL). **Para la medición de la competencia para el cuidado:** El instrumento de “capacidad del cuidador para el cuidado”. Consta de 20 ítems que se miden con escala Likert; 6 subescalas así: bienestar, condiciones personales, Interacción y relación personal, conocimiento, predictiva ítems y procedimental e instrumental. **Plan de Intervención Plan de Egreso Grupo Experimental.** Se midió la competencia para el cuidado en el grupo experimental como en el grupo control, al inicio y post intervención, e información convencional institucional respectivamente, El enfermero brindó educación e instrucción al paciente y al cuidador familiar durante la estancia hospitalaria y durante el egreso.

H. Trabajo de campo

Recolección, sistematización de la información e intervención: Se contemplaron para el proceso de implementación del programa plan de egreso. La medición de la preparación para el cuidado en casa se realizó al grupo muestra antes y después de realizar la intervención.

I. Plan de análisis.

La información recolectada en el trabajo de campo fue digitalizada en el software Microsoft Excel 2010® en una plantilla prevalidada por medio de la función “validación de datos”, evaluando la calidad de la digitación de una de cada cinco encuestas por medio de la concordancia de los físico con lo digital, una vez consolidada las bases de datos de cada uno de los instrumentos (diada, competencia del cuidador) se procedió a realizar el análisis por medio de tablas dinámicas de Microsoft Excel 2010® y los análisis bivariados con el software SPSS 22. Para dar cumplimiento al objetivo se realizó un análisis univariado del nivel de competencia pre y pos cuidador familiar de los pacientes crónicos tanto del grupo experimental como control, posteriormente se creó una variable que indicaba si entre la medición pre y pos había una mejoría en el nivel de competencia del cuidador (1=mejoro, 0= no mejoro), esto se evaluó entre grupo control y experimental segmentando los análisis por genero y nivel educativo analizando la diferencia y la razón de riesgo de la mejoría en la competencia de los cuidadores familiares.

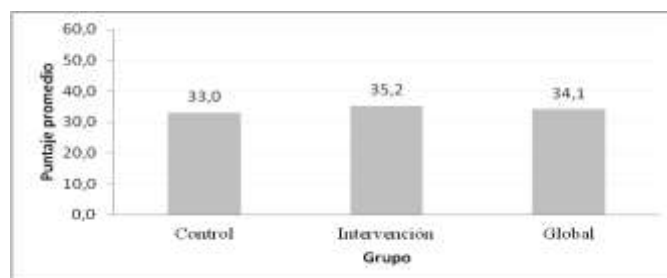
J. Control de errores y sesgos.

Posibles riesgos y dificultades. Para a medición de la competencia del cuidador familiar os intervención se presentaron dificultades en la ubicación de los cuidadores, debido a movilidad y cambio de números de contacto de las unidades muestrales, por lo anterior se debió realizar una búsqueda activa de datos de contacto de los mismos iniciando en las instituciones.

III. RESULTADOS

Competencia del cuidador familiar de pacientes con hipertensión y/o diabetes tipos 2 en el hogar

Figura 1. Puntaje global competencia del cuidador en grupo control e intervención



En general el puntaje de competencia del cuidador fue de 34,1 puntos, siendo levemente superior en el grupo que se realizó la intervención plan de egreso hospitalario con una diferencia de 1,1 puntos (Figura 1.)

Evaluación del impacto de la intervención pedagógica sobre la competencia del cuidado familiar

Tabla 1. Mejoría en la competencia del cuidador pos intervención grupo control frente al experimental

Competencia del cuidador(a)					
Intervención	Mejoro		No mejoro		Total general
	n	%	n	%	
Intervención	60	95,2%	3	4,8%	63
Control	54	85,7%	9	14,3%	63
Total general	114	90,5%	12	9,5%	126
Prueba			Valor		Valor-p (1-cola)
Chi cuadrado sin corrección			3316		0.03431
Exacto de Fisher					0.06322
Indicadores epidemiológicos			Valor		Intervalo de confianza 95%
					Inferior Superior
Riesgo en Expuestos			95,2%		86,4 98,9
Riesgo en No Expuestos			85,7%		74,8 92,5
Riesgo Total			90,5%		83.96, 94,6
Razón de Riesgo			1,1		0,99 1,246

En general la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5%), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas con la estrategia pedagógica. Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (95,2%), frente a las personas que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (85,7%), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias en el cuidador, planteando la hipótesis nula H_0 : No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia del cuidador, se rechazó la hipótesis nula sin embargo se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher con los cuales no se rechazó la hipótesis nula, al analizar la razón de riesgo indico que hay un 10% más de probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en población intervenida frente a la no intervenida. (Tabla 1).

Análisis en mujeres cuidadoras

Tabla 2. Mejoría en la competencia de las mujeres cuidadoras pos intervención grupo control frente al experimental

Competencia del cuidador(a)					
Intervención	Mejoro		No mejoro		Total general
	N	%	n	%	

Expuestos	43	95,6%	2	4,4%	45
No expuestos	38	84,4%	7	15,6%	45
Total general	81	90,0%	9	10,0%	90
Prueba	Valor		Valor-p (1-cola)		
Chi cuadrado sin corrección	3.086		0.03948		
Exacto de Fisher			0.07860		
Indicadores epidemiológicos	Valor		Intervalo de confianza 95%		
			Inferior	Superior	
Riesgo en Expuestos	95,6%		84,4	99,6	
Riesgo en No Expuestos	84,4%		70,9	92,6	
Riesgo Total	90%		81,88	94,8	
Razón de Riesgo	1.132		0,983	1,302	

Entre las mujeres la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadoras evaluadas (90%), esta proporción de incidencia fue mayor en las mujeres intervenidas con la estrategia pedagógica Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (95,6%), frente a las que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (84,4%), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de las cuidadoras, planteando la hipótesis nula H_0 : No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de las cuidadoras, se rechazó la hipótesis nula; se tomó el estadístico ajustado y la prueba exacta de Fisher con los cuales no se rechazó la hipótesis nula, es decir que no hay una relación significativa, la razón de riesgo indico que hay un 13,2% más de probabilidad de mejorar las competencias de las cuidadoras intervenidas frente a las no intervenidas. (Tabla 2).

Análisis Competencia en cuidadores de 45 y más años

Tabla 3. Mejoría en la competencia de los cuidadores de 45 y más años pos intervención grupo control frente al experimental

Competencia del cuidador(a)					
Intervención	Mejoro		No mejoro		Total general
	N	%	n	%	
Expuestos	33	94,3%	2	5,7%	35
No expuestos	26	96,3%	1	3,7%	27
Total general	59	95,2%	3	4,8%	62
Prueba			Valor	Valor-p (1-cola)	
Chi cuadrado sin corrección			0.1338	0.3573	
Exacto de Fisher				0.5978(P)	
Indicadores epidemiológicos			Valor	Intervalo de confianza 95%	

		Inferior	Superior
Riesgo en Expuestos	94,3%	80,40%	99,40%
Riesgo en No Expuestos	96,3%	80,20%	100%
Riesgo Total	95,2%	86,20%	98,80%
Razón de Riesgo	0,9791	0,877	1,093

Entre las personas de 45 y más años la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluadas (95,2%), esta proporción de incidencia fue menor en los intervenidos con la estrategia pedagógica Convives con hipertensión arterial o diabetes y quieres saber su cuidado? (94,3%), frente a los que recibieron las indicaciones propias del plan de egreso hospitalario de la institución en la que se captó (96,3), al evaluar por medio de la prueba Chi cuadrado si existe relación entre el tipo de intervención y la mejoría en las competencias de los cuidadores, planteando la hipótesis nula H_0 : No hay relación entre el tipo de intervención y la mejoría en la competencia de los cuidadores, no se rechazó la hipótesis nula, es decir que no hay relación entre las variables, la razón de riesgo indico que hay un 2,1% menos de probabilidad de mejorar las competencias de los cuidadores intervenidos frente a los no intervenidos, el intervalo de confianza al 95%. (Tabla 3).

Un estudio realizado en Mamaguey, reporta que en la investigación que realizaron se empleó un programa instructivo a partir de técnicas participativas. Transcurridos 90 días se aplicó una segunda encuesta para verificar la eficacia de la intervención y se constató un aumento de las respuestas correctas en los factores de riesgos y tratamiento. Al final del estudio la mayor parte de los participantes fueron evaluados bien, lo que ratifica la utilidad y eficacia de la intervención. Este insumo permite demostrar la importancia que tiene el utilizar las propuestas educativas para el cambio de conductas referentes a la salud.¹¹

IV. CONCLUSIONES

En general la competencia en el cuidado de pacientes crónicos mejoró en nueve de cada diez cuidadores evaluados (90,5%), esta proporción de incidencia fue mayor en las personas intervenidas. La intervención frente al plan de egreso hospitalario habitual contribuyó a mejoría significativa en competencias del cuidador con una confianza del 90% y el grupo poblacional donde más impacto la estrategia fue en los cuidadores menores de 45 años. Al analizar la razón de riesgo indico que hay un 10% más de probabilidad de mejorar las competencias del cuidador en población intervenida frente a la no intervenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bejarano Ramírez, D.F., González Pabón, N., Lozano González L.M. (2011) Seguimiento al plan de egreso hospitalario con uso de tecnologías de la información y la comunicación (teléfono fijo-móvil y/o mensajes de texto) a cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. Revista: investigación en Enfermería : Imagen y Desarrollo, Vol. 13., núm. 1, Enero-Junio 2011, pp.93-105. Recuperado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145221282006>

2. Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Colombia pp 1-172 recuperado en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
3. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract.* 1992;42(356):116–19.
4. Organización Mundial de la Salud. Impact of out-of-pocket payments for treatment of non-communicable diseases in developing countries: a review of literature. Discussion Paper No. 2. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: www.who.int/health_financing/documents/dp_e_11_02-ncd_finburden.pdf. Consultado el 24 de agosto del 2016
5. OPS-OMS. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11275&Itemid=41590&lang=es
6. Organización mundial de la salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra (Suiza). 2013.
7. Hauser, J. (2009) Lost in Transition: The Ethics of the Palliative Care Handoff. *Pain Symptom Manage*; 37:930-933. *Journal of pain and symptom management* vol 37 issue 5, pp. 930-933 Recuperado en [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00423-0/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(09)00423-0/fulltext)
8. López, E. T., Leonel, A.A., Córdoba Ávila, M. Á. & Campos Castolo, E. M. (2014). El Plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Pp. 12-18 Recuperado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
9. Sánchez Beatriz, Carrillo Gloria Mabel, Barrera Lucy. El plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud: una revisión integrada *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 17(1): 13-23, Enero-Junio, 2014
10. Carpenito, L. J. (2000). *Diagnósticos De Enfermería.* 3a Ed. Madrid, España: Interamericana Mc-Graw Hill; 170-172.
11. Álvarez Reyes, Magalys, Morales Sotolongo, Iraida, Morales Reyes, Eneida, & Vega Colina, Belkis. (2011). Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. *Humanidades Médicas*, 11(3), 433-452. Recuperado en 17 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es&tlng=es