

**PROGRAMA EDUCATIVO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOGAR
DIRIGIDO A PARA USUARIOS Y CUIDADORES EN SITUACIÓN DE
ENFERMEDAD CRÓNICA QUE EGRESAN DE LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE LA FOSCAL**

INVESTIGADORES:

**RAMIRO RANGEL FLOREZ
ANALIA ORTIZ MANOSALVA**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2011**

**PROGRAMA EDUCATIVO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOGAR
DIRIGIDO A PARA USUARIOS Y CUIDADORES EN SITUACIÓN DE
ENFERMEDAD CRÓNICA QUE EGRESAN DE LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE LAFOSCAL**

**INVESTIGADORES:
RAMIRO RANGEL FLOREZ
ANALIA ORTIZ MANOSALVA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORIA DE SALUD**

**ASESOR:
JOSE BAREÑO SILVA**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

COMITÉ EVALUADOR

EVALUADOR:

JURADO 1:

JURADO 2:

JURADO 3:

Bucaramanga, agosto 19 de 2011

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Lista de tablas	5
Lista de figuras	6
Lista de anexos	7
Resumen	8
1. Formulación del problema	10
1.1 Planteamiento del problema	10
1.2 Justificación de la propuesta	14
1.3 Preguntas de investigación	14
2. Marco teórico	15
2.1 Antecedentes	15
2.2 Situación actual	19
3. Objetivos	33
3.1 Objetivo general	33
3.2 Objetivos específicos	33
4. Metodología	34
4.1 Políticas para el proceso	34
4.2 Líneas de acción	34
4.2.1 Fase I. Diseño e implementación de un formato	34
4.2.2 Fase II. Diseño e implementación de una encuesta	35
4.2.3 Fase III. Ejecución	35
4.2.4 Fase IV Seguimiento	37
4.2.5 Fase V. Evaluación	37
4.2.6 Cumplimiento del tratamiento/ total usuarios del programa	38
4.2.7 Recursos y análisis de costos del programa	41
5. Resultados	43
6. Anexos	45
7. Consideraciones éticas	70
8. Bibliografía	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Especialidades clínicas	26
Tabla 2. Especialidades quirúrgicas	26
Tabla 3. Servicios de apoyo paraclínicos y paramédicos	26
Tabla 4. Programas institucionales	31
Tabla 5. Servicios de hospitalización por patología FOSCAL - 2008	44

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Vista panorámica de FOSCAL	21
Figura 2. Mapa ubicación de FOSCAL	22
Figura 3, Organigrama corporativo	25
Figura 4. Principales causas de egresos por enfermedad crónica en cada piso	44
Figura 5. Las 10 principales causas de egreso por enfermedad crónica	46

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1, Formato de valoración	45
Anexo 2. Instructivo de diligenciamiento	50
Anexo 3. Plan de cuidados	53
Anexo 4. Encuesta al cuidador principal / familiar	61
Anexo 5. Formato de evaluación de resultados	63

RESUMEN

Introducción: La educación es pilar fundamental del proceso de recuperación de la salud al momento del alta hospitalaria. La finalidad de la Educación para la Salud es: “fomentar actividades que orienten a la gente a querer estar sana, a saber como permanecer sanos, a hacer lo que puedan individual y colectivamente para conservar su salud y buscar ayuda cuando la necesiten. Uno de los objetivos de este proceso es que el paciente se involucre en su recuperación así como el cuidador o familiar responsable de esta actividad. Para mejorar la salud de las personas es necesario que los individuos aumenten sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, utilidad de los Servicios de Salud y factores que actúan sobre la salud.

Metodología: Para la identificación de los usuarios que requieran el programa se utilizan instrumentos de ingreso, valoración, plan de cuidado y seguimiento con el fin de dar cubrimiento en todas las etapas y a la vez evaluar los resultados del mismo. La participación en el programa es voluntaria y es considerada como parte del proceso de atención. Las enfermeras profesionales de los servicios asistenciales forman parte del grupo encargado de la promoción, detección y remisión del usuario y cuidador al programa reportando el usuario que cumpla los criterios con el fin de iniciar el acercamiento a través del proceso educativo.

Conclusión: El propósito de este trabajo consiste en la implementación de un programa de educación para la preparación al alta hospitalaria con el fin de continuar el proceso de recuperación del usuario. A través de él se plantea un modelo de atención educativo dirigido a usuarios, familias/cuidadores que necesiten dar continuidad a los cuidados en casa basado en las patologías crónicas que más se manejan en los servicios de hospitalización de la FOSCAL. Además, esperamos que con esto enfermería logra su objetivo central como profesión: Brindar cuidado, con calidad y proyectar su labor a nivel domiciliario.

ABSTRACT

Introduction: Education is a fundamental pillar of the recovery of health at the time of discharge. The purpose of health education is "to promote activities to guide people to want to be healthy, to know how to stay healthy, to do what they can individually and collectively to preserve their health and seek help when needed. One of the objectives of this process is that the patient involved in your recovery as well as the caregiver or family member responsible for this activity. To improve the health of people is necessary for individuals to increase their knowledge about health and disease on the body and its functions, use of health services and factors affecting health.

Methods: To identify the users who require the program income instruments used, assessment, care plan and monitoring in order to provide coverage at all stages and to evaluate the results. Participation in the program is voluntary and is considered part of the

care process. Nurses care service professionals are part of the group responsible for the promotion, screening and referral of the user and caregiver reporting to the user program that meets the criteria to start the approach through the education process. Conclusion: The purpose of this work consists in implementing an education program for preparation for discharge in order to continue the recovery process of the user. Through it presents a model of care aimed at education users, families / caregivers need to continue home care based on the most chronic diseases are managed in inpatient services of FOSCAL. In addition, we expect that it achieves its central objective nursing as a profession: Provide care, quality and project work at home

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La mejor forma de educación para la salud es siempre una conversación de dos vías entre el cuidado el paciente y el profesional de la salud.

Mansour y Dowse (2003) consideran “que en la medida en que los pacientes conserven sólo el 20% de la información educativa suministrada en forma verbal por los profesionales de la salud, el aprendizaje no se logra , ni el impacto en el proceso, la información debe mejorar "el conocimiento de los pacientes, la confianza y así lograr participación en las decisiones de atención de salud y aumentar la adhesión al plan de tratamiento. McChme, Burton y Waddell (2003) apoyan la idea de que la información del paciente mejora la atención. Es esencial que esta información sea impresa, que los materiales sean de calidad para estimular a los pacientes en los procesos educativos y así mejorar la atención y cuidado mejorando la adhesión al plan de manejo.”

“En el curso de la atención al paciente, cada paciente y la interacción familiar es una oportunidad para educar, dice Jodi Eisenberg, MHA, CPMSM, CPHQ, CSHA, director del programa de acreditación y el cumplimiento de clínica del Hospital Northwstem Memorial en Chicago. El objetivo primordial de la educación del paciente es ayudar a los usuarios y las familias a entender sus derechos y responsabilidades en su cuidado, tratamiento y servicios. Los pacientes reciben educación y formación específica sobre sus necesidades, la adecuada asistencia, tratamiento y los servicios prestados” (*).

En el sistema de salud de los Estados Unidos se ha venido realizando una aproximación familiar al cuidado de las personas con enfermedad crónica en respuesta a la evidencia creciente de que la familia, como el proveedor clave del cuidado, tiene una gran influencia en la salud futura de estas personas. Los procesos internos de la familia pueden ser fuente de riesgo y protección para el

individuo enfermo, considerando riesgo a los conflictos intra-familiares, la critica y la culpa por ser factores que pueden empeorar el curso de la enfermedad, contrario a lo anterior la cercanía, la unidad familiar, las relaciones familiares de apoyo mutuo y las destrezas de la familia en el cuidado del enfermo son factores de protección para la salud de la persona.

Aspectos externos a la familia también influyen en el pronóstico y cuidado de la enfermedad; el estrés externo y la falta de apoyo extra-familiar pueden deteriorar los esfuerzos de la familia para proporcionar un cuidado continuo a la persona enferma; un factor importante en el apoyo a las familias es el sistema de salud, mientras que en los países desarrollados hay una cantidad significativa de referencias sobre la interacción entre

1. Consejos para Mejorar la Educación del Paciente y la Familia Agosto 17 de 20 http://www.hGijih.leadasniedia.com/content_fm?confnt_id^245y86 redúcite

la familia y el sistema de salud, éstas son muy escasas en los países en desarrollo⁽²⁾

Es así como las instituciones prestadoras de salud se ocupan fundamentalmente de los procesos de atención en salud, sería pertinente pensar que a las escuelas y centros educativos les corresponden las funciones educativas. Sin embargo, en el mundo actual, caracterizado por las interdependencias temáticas, las sinergias y las interacciones, en la práctica no se excluye ningún tema de la totalidad de las facetas de la vida humana. En este sentido hoy se entiende y se acepta que así como la atención de la salud se debe brindar en todos los lugares, la educación no debe ser ajena a los centros hospitalarios. Infortunadamente, este tema no ha tenido gran desarrollo en nuestro contexto y las experiencias se limitan a algunos hospitales pediátricos en ciudades como Medellín, Manizales, Cali y Bogotá donde existen acciones con intencionalidad educativa desde hace varios años.

Por su parte, el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá (HUFSEB) desde la Dirección Asistencial fundamentada en la necesidad de la institución de trabajar en dos de sus objetivos estratégicos: mantener la excelencia en la gestión clínica y ser reconocidos como la institución hospitalaria más segura para los pacientes en Colombia, ha venido desarrollando acciones orientadas a implementar un programa de educación sustentado en la necesidad de diseñar y ejecutar un programa hospitalario de orientación y educación al paciente y su familia en toda la organización, que contribuya a la recuperación del paciente acorde con sus necesidades particulares, con participación de un equipo multidisciplinario de manera eficiente, efectiva y estandarizada, un proceso multidisciplinario, de alta calidad que impacte en forma positiva al paciente y la familia, que contribuya a su recuperación, potencie los conocimientos que el paciente y su familia tienen sobre su enfermedad, proceso de recuperación y rehabilitación”.

Destacable es la experiencia de la Fundación Hospital de la Misericordia (HOMI), de la capital del país, una de las precursoras de la pedagogía hospitalaria, donde maestros e infantes interactúan desde finales de 1960, e incluso el Ministerio de Educación llegó a avalar - hace más de tres décadas la labor docente en el pabellón de quemados, el cual ha recibido apoyo desde hace más de 20 años de entidades educativas, como la Fundación Universitaria Monserrate, a través del programa de Licenciatura en Educación Preescolar. En archivos del programa y en la biblioteca de esa institución hay escritos que muestran esta realidad histórica. Algo similar ocurre en la Fundación Cardioinfantil donde las prácticas con intencionalidades educativas se realizan con la participación de la Fundación Universitaria por más de 10 años

Esta experiencia y otras más permiten afirmar que cuando se entiende la educación como parte importante de acciones de mejora y crecimiento personal inmanente, esa educación ayuda no sólo a sobreponerse a las circunstancias deteriorantes de la enfermedad y de la hospitalización, sino a mantener, o a despertar de nuevo el deseo genuino de vivir; de vivir

2 Edelmira Castillo Enf PH.D, Catherine A. Chesla, DN, Gustavo Echeveny. satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. Pág. 44 [http://AvvAv.bioline.org.br/pdi7rd\)5051](http://AvvAv.bioline.org.br/pdi7rd)5051)

una vida en plenitud, potenciando el tratamiento a través de la educación, lo que es desde el punto de vista estrictamente médico un factor que contribuye de manera decisiva a la curación física y psíquica del paciente, porque en definitiva “educarse es aprender a vivir con la mayor plenitud posible, apasionadamente, en beneficio propio y en el de los demás, con toda la fuerza del amor”^(3 4).

Lo anterior se basa en los principios de integralidad de la educación, entendiéndolo con ello que no se trata solamente de la transmisión de conocimientos ni saberes; sino, que la propia situación de enfermedad y hospitalización permiten asumir las consecuencias de esa postura integradora, junto con la personalización: entendida aquí no tanto como realizar acciones con cada individuo, como podría pensarse, sino que para ellos se acerca más a la concepción de automatización, según la cual la educación en entornos hospitalarios propendería por potencializar la autonomía y la realización responsable del proyecto vital de cada sujeto⁽⁵⁾, por lo tanto la educación al paciente y su familia ayuda a los pacientes a participar mejor de su cuidado así como a participar en las decisiones que se tomen sobre su atención.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son estrategias no exclusivas del trabajo en la comunidad; por lo contrario, deben estar presentes a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad y tienen aplicación tanto a nivel individual como grupal⁽⁶⁾. Al mismo tiempo, la profesión de enfermería está presente en esos ámbitos, como claramente se expresa en el artículo 3 de la Ley 266 de enero 25 de 1996 que a la letra dice: “La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico, y social que influye en la salud y el bienestar. El ejercicio de la enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona...”⁽⁷⁾. En consecuencia, y para alcanzar estos propósitos, el plan de alta constituye una herramienta fundamental gracias a la cual se espera que el enfermo, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar.

Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades

3 Proceso de educación al paciente y a su familia- the educacional proce» lo tbc palien 1 snd family Mayo de 2009
<http://www.colombia.com/medicma/enfermeria/Enfenvoll20309/Editorial.htm> Revista de enfermería.

4 Pinzón de Salazar Lina. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma.
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downlaads/revista%2010_3.pdf

5 Tobón Correa, Ofelia y García Ospina, Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿qué los acerca? ¿qué los separa? En: Revista Hacia la Promoción de la Salud-, Año 5, diciembre de 2000. Manizales: Universidad de Caldas.

6 COLOMBIA. Ley 266 de 1996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.

generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa; éstas incluyen “alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto, y prácticas de auto-cuidado en los procesos mórbidos” (7). Cabe anotar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado.

En nuestra sociedad que se centran en la familia, la carga de la enfermedad corresponde al sistema de salud y a la familia de la persona enferma, siendo la familia el lugar donde sucede la mayor parte del cuidado y apoyo a la persona enferma. Actualmente es cada vez más difícil para la familia cuidar a sus miembros enfermos debido, entre otras razones, a las dificultades económicas y a los cambios en la estructura familiar. Por tanto, el equipo de salud debe convertirse en un componente clave de la red de apoyo social de la persona enferma y su familia para afrontar la crisis generada por la enfermedad.

Diversos estudios han demostrado que es muy importante apoyar al cuidador familiar en su tarea, particularmente en el cuidado cotidiano de la persona enferma para ello es necesario:

- a) Proporcionarle información sobre las necesidades particulares del enfermo,
- b) Ayudarle a desarrollar habilidades para el cuidado físico y
- c) Apoyarle en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado del enfermo con otros miembros de la familia (8).

Es por esto que es necesario la conformación de programas educativos para el usuario y el cuidador que permitan desarrollar conocimientos y habilidades en el manejo y cuidado de las patologías que padecen y afectan la calidad de vida, el entorno familiar y aspectos económicos por el costo de los procesos de atención que requieren. En la ciudad de Bucaramanga no se encontraron experiencias que permitan evidenciar estos programas educativos y su impacto en el usuario.

Lo anterior hace necesario el planteamiento de este programa en las instituciones prestadoras de salud como una forma de apoyar al usuario y la familia.

1.2 Justificación de la propuesta

Uno de los objetivos en la educación del paciente y su cuidador es involucrarlo en el proceso de recuperación para disminuir el riesgo de complicaciones que puedan presentarse en el hogar. De esta manera se contribuye a mejorar la calidad en la atención

7 Tobón, Ofelia y Garda, Consuelo. Op.cit p. 33.

8 Edelmira Castillo Enf PH.D, Catherine A. Chesla, DN, Gustavo Echverry. Op. cit. p. 44.

del paciente y la disminución en la estancia hospitalaria trayendo beneficios a la institución y las empresas promotoras de salud (EPS).

El educar a los pacientes y a sus cuidadores en el cuidado de su salud, contribuye de manera importante en fortalecimiento de su recuperación, y mantenimiento de su salud, más aun cuando se trata de una enfermedad crónica, donde el paciente va a estar consumiendo medicamentos constantemente, y con el riesgo de presentar recaídas con frecuencia según su patología, es por ello que es de gran importancia implementar un programa educativo institucional que capacite y eduque a los pacientes y cuidadores en todo lo referente al manejo de su patología crónica, garantizando de esta manera una mejor optimización de recursos tanto para la familia como para las IPS y EPS.

La creación de un programa educativo para la familia del paciente busca primordialmente:

- La preparación de la familia para la atención del paciente en sus necesidades básicas y prevención de complicaciones, brindándole las herramientas necesarias, que faciliten su manejo en casa
- Facilitar la adaptación del paciente a su medio ambiente con la participación de la familia
- La creación de mecanismos ágiles para facilitar el egreso o traslado del paciente de la clínica.
- Estancias más cortas para disminuir el riesgo de infecciones
- La reducción en los costos de estancia del paciente en la clínica

1.3 Preguntas de investigación

¿Se puede implementar un programa educativo para el usuario y su cuidador que garantice la continuidad de su recuperación en casa al egreso de una hospitalización por una enfermedad crónica?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A través del tiempo las enfermedades crónicas se han convertido en un grupo de eventos que se caracterizan por generar en la persona un deterioro progresivo hasta incapacidad en su estado de salud, por una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí.

Según la norma técnica del Ministerio de Protección Social incluye dentro de este grupo de eventos las siguientes patologías:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica
- Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis
- Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, cáncer de colon y recto
- Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis
- Enfermedades musculoesqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartritis
- Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, isquemia cerebral transitoria⁹-

Hoy día el cuidado de personas con enfermedades crónicas requiere una solución multidimensional, para un problema complejo, lo cual no es rápido ni fácil; pero si es la oportunidad para implementar un programa educativo que nos ayude a cumplir con los estándares de calidad.

A veces pareciera como si el alta hospitalaria ocurriera de repente y con prisa. Pero la planificación del alta es un proceso, no un evento aislado. Es un “proceso utilizado para definir lo que un paciente necesita, para pasar con suavidad de un nivel de cuidado a otro”⁽¹⁰⁾. Como resultado de este proceso, el plan de alta puede consistir en redireccionar al usuario a su propia casa. Por tal motivo, antes de que esto ocurra, el profesional de enfermería en cooperación con otros profesionales del área asistencial, deben trabajar y preparar al cuidador, de tal forma que pueda asegurarle los cuidados de la manera más oportuna a la persona que depende de sus cuidados en el hogar.

El cuidador informal es aquella persona que viene del círculo familiar o vecinal que asume los cuidados de las personas no autónomas que están a su alrededor; este concepto se ha venido modificando y ha representado a lo largo de la historia un papel fundamental para la

9 Norma técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la protección social. República de Colombia, p. 2

10 Guía sobre el rol y la planificación del alta hospitalaria para los cuidadores familiares”, National Alliance for Caregiving y United Hospital Fund of New York, p. 2

persona a su cuidado que sufre una enfermedad crónica. Por tanto, el profesional de enfermería mediante la valoración de las condiciones de salud, logra identificar a estas personas con necesidades de apoyo. (”)

“Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo. Un esfuerzo mundial para su prevención permitiría salvar la vida a 36 millones de personas de aquí a 2015. Así lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.

Cada año, unos 17 millones de personas mueren prematuramente a causa de esta epidemia mundial de enfermedades crónicas, entre ellas cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes. En los países de ingresos medianos y bajos se producen el 80% de todas las muertes provocadas por este tipo de enfermedades.

La mayoría de las enfermedades crónicas graves se deben al sedentarismo, el consumo de tabaco o una alimentación inadecuada. Sólo con la eliminación de estos tres factores de riesgo se puede prevenir-, según la OMS, hasta el 80% de las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y más del 40% de los casos de cáncer. Se deben aplicar una serie de medidas baratas que supondrían rápidas mejoras para la salud^(11 12).

Entre las principales causas de muerte de los caleños superando incluso las resultantes por violencia y accidentes en general, se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles. Por ello, la Secretaría de Salud Pública Municipal ha reforzado el trabajo del programa Estilos de Vida Saludable.

Durante el año 2009 se registraron en la ciudad un total de 12129 muertes de personas, para una tasa de mortalidad general de 5.46 por cada 1000 habitantes. De ellas 49,7% fueron causadas por tumores malignos, diabetes e hipertensión, es decir, por enfermedades crónicas prevenibles.

Es importante destacar que las enfermedades crónicas están relacionadas con diferentes factores de riesgo como los malos hábitos alimenticios e higiénicos, el consumo de drogas, el sedentarismo, el consumo de alcohol y la exposición a un ambiente contaminado. Factores que pueden ser evitables con la participación activa de la comunidad y la intervención oportuna de los entes oficiales.

Según investigaciones realizadas por la Secretaría de Salud Pública Municipal, sobre factores de riesgo, el 80% de la población mayor de 18 años es sedentaria y el 82% tienen un consumo inadecuado de frutas y verduras.

11 Pinto Afanador Natividad “reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidado a los cuidadores” 2005, p. 129

12 El Colombiano - Prevenir enfermedades crónicas: una inversión vital, www.elcolombiano.net/noticia/683/rcregistro.php Artículo publicado el 10-21-2005, p. 1

Además, el 27% realiza un consumo peligroso de alcohol y el 14% son fumadores actuales, 17% reportaron tener colesterol elevado, 16,5% ser hipertenso y el 4,7%, sufren de diabetes (13).

Teoría del déficit de autocuidado: dorothea orem (14).

Las Teorías de Enfermería conforman la base del cuidado integral y orientan al profesional durante la realización de sus actividades diarias. La teoría seleccionada para orientar el cuidado integral a los usuarios de Neurocirugía de la FOSCAL es la de “Déficit de Autocuidado”, debido a que en dicho servicio se manejan usuarios con limitaciones físicas que requieren de Sistemas compensadores y educativos para su recuperación, como lo manifiesta Orem en su teoría.

El objetivo de esta teoría es ayudar al individuo a mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse y afrontar las consecuencias de la enfermedad.

Orem en su teoría general de enfermería tiene inmersas otras tres relacionadas entre sí:

- a) Teoría del Autocuidado: Lo define como una actividad del individuo aprendida y orientada hacia el bienestar, donde la persona tiene en cuenta los factores del entorno, los relativos al desarrollo (ciclo vital) y los relacionados con las alteraciones de la salud. Buscando un equilibrio entre ellos que permita un nivel de autocuidado óptimo.
- b) Teoría del déficit de autocuidado: Las aptitudes desarrolladas para el autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer e identificar todos los componentes de la demanda de autocuidado. Cuando se da esto es donde entra a actuar Enfermería buscando suplir dicho déficit, a través de 3 sistemas,
- c) Teoría de los sistemas de enfermería: Explica los modos en que las enfermeras brindan cuidados dependiendo de las necesidades de las personas:
 - Sistema Totalmente Compensador: Se da cuando la enfermera compensa una incapacidad total, supliendo todas las necesidades de la persona.
 - Sistema Parcialmente Compensador: En este la Enfermera realiza algunas medidas de autocuidado, compensa las limitaciones y ayuda al paciente en lo que sea necesario; involucrándolo en las acciones. Los usuarios del 8 piso TMS en su mayoría se encuentran en este sistema, pues sus patologías generan una limitación parcial, donde la enfermera contribuye a su cuidado.

13 Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud, las enfermedades crónicas no transmisibles, un enemigo evitable
h(tp7/uw\v.cali.gov.co/publicaciones.php?id=30932 14A)5/2OIO

14 Marrier-Tonwy. Modelos y teorías de enfermería. 3 Ed. Mosby. Madrid 1994, pág. 31

Es por esto que es de vital importancia abordar la educación al personal, con el fin de garantizar una recuperación rápida y la prevención de complicaciones. Es así como a través de la socialización y auditoría de los procedimientos: Manejo de heridas, Prevención de UPP y de caídas, se busca mejorar la calidad de la atención.

- o Sistema de Apoyo educativo: El paciente realiza el autocuidado, regula el ejercicio y el desarrollo de la acción del mismo bajo el asesoramiento de la Enfermera. Este es un aspecto muy importante principalmente al egreso, pues el usuario se dirige a su hogar donde no va a estar en permanente contacto con personal de salud que pueda resolver sus dudas y orientar los cuidados.

De esta forma a través del desarrollo de la práctica Enfermería y Sociedad se buscan garantizar el conocimiento de los cuidados para el alta en las patologías más incidentes del servicio, a través de folletos educativos que condensan la información relevante y necesaria, que será explicada por la enfermera durante la estancia hospitalaria y antes del regreso del usuario.

Enmarcado en esto Orem define los requisitos en el proceso de autocuidado:

Acción de autocuidado: Se define como la habilidad adquirida para identificar las necesidades continuas de asistencia que regulan los procesos vitales y promueven así el bienestar. Estas acciones enfocadas en el post-operatorio son aquellas que hacen referencia al reposo, deambulacion, curaciones y la abstención o no de determinadas actividades que garanticen una recuperación óptima.

Agente de auto cuidado: Es la persona que proporciona el auto cuidado; en este caso en cuando la misma persona es capaz de implementar las medidas para mantener o mejorar su bienestar, a través del cumplimiento de las indicaciones y orientaciones brindadas por el profesional al egreso del usuario.

Agente de asistencia dependiente: Persona que se ocupa de la asistencia de las necesidades de la persona enferma o incapacitada; la cual puede ser un profesional, un familiar o cualquier otro cuidador. Es por esto que es muy importante involucrar a la familia en el proceso de educación para el alta, pues entre el usuario y sus familiares o cuidadores directos recordarán y garantizarán las orientaciones brindadas por el profesional contribuyendo a la recuperación.

Esta teoría es el pasado, presente y el futuro de Enfermería, pues si se tienen en cuenta los conceptos abordados por Orem a la hora de brindar los cuidados, la recuperación y prevención de complicaciones será un hecho.

2.2 Situación actual

Los cambios demográficos mundiales, que están generando un importante aumento del envejecimiento y del número de personas con dependencia, así como la variación en estructuras sociales y familiares hacen necesario mejorar la calidad en la continuidad de

cuidados en las instituciones que brindan atención en salud. De igual forma, estudios han demostrado que los cuidadores familiares experimentan situaciones ignoradas tanto por el actual sistema de seguridad social como por la familia, ya que no cuentan con un servicio oportuno y eficiente para el fortalecimiento de la habilidad de cuidado en casa y el reconocimiento de la labor. Estos aspectos permitieron para enfermería la indagación de algunos aspectos básicos relacionados con la calidad de vida y la forma de vivir esa experiencia (¹⁵).

Como consecuencia de este fenómeno la atención de enfermería en sus dos vertientes, como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud, es un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados con calidad y calidez entre los diversos niveles asistenciales, pues juega un papel determinante en la salud de estas personas.

“Enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades respiratorias, las enfermedades cardíacas, las enfermedades de origen renal y la diabetes, cada vez más afectan a personas de países desarrollados y no desarrollados y son la causa principal de mortalidad en el mundo, representando el 60 % de las muertes en general; Esto refleja un cambio significativo de hábitos de dieta, niveles bajos de actividad física, y el tabaco, entre otras, como consecuencia de la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización creciente de alimentos de mercado.”(¹⁶)

“Dentro del panorama actual de salud, en nuestro país las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como la hipertensión arterial, la diabetes, los problemas cardíacos, son mi problema de salud pública. Durante el periodo de 1990-1996 representaron en promedio el 44.5% del total de la mortalidad, pero la mayoría de las personas desconocen sus propias condiciones y las posibilidades de evitarlas. La presencia de estas enfermedades en la población se debe a múltiples factores biológicos y comportamentales como el consumo de cigarrillo, el excesivo consumo de alcohol, la obesidad, la falta de actividad física entre otros”(^{15 16 17}).

“En Santander, las principales causas de mortalidad en personas mayores de 65 años por cada 10 000 habitantes, representaron el 47% de la población femenina y el 51% de la población masculina evidenciada por las siguientes alteraciones; enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardíaca; y las principales causas de morbilidad en el 2006 que fueron causa de atención en los servicios de consulta externa y hospitalización

15 Pinto Notividad. op. Cit, pág. 128

16 Giraldo Osorio Alexandra. la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, n. 135-136 [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/RE VISTAS 15%281 %29_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/RE%20VISTAS%2015%20281%209.pdf)

17 Proyecto el CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multiactorial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles). Ministerio de salud - OPS/OMS Colombia. Artículo ¿porqué este proyecto? <http://www.co1.ops-oms.org/ptewncion/canucn.asp>

están Hipertensión, trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias en personas mayores de 12 años. En Bucaramanga durante el 2005, la mortalidad en personas mayores de 65 años por cada 100.000 habitantes, representó el 4.076% de hombres y mujeres.”¹⁸

Hoy día con la introducción del libre mercado en los sistemas de salud, las empresas prestadoras de estos servicios se han visto obligadas a ajustar sus estructuras y funcionamiento en razón del cliente, para garantizar su permanencia.

“El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias. Cuando se aplica MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad” (19).

En base a la gran incidencia de enfermedades crónicas que son causa de egreso, a nivel nacional, departamental y local, se refleja la necesidad de desarrollar estrategias encaminadas a la prevención de complicaciones y promoción de estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida de las personas; para ello, es necesario diseñar e implementar un programa educativo que involucre a la persona enferma, familia y/o cuidador en el abordaje del conocimiento y manejo de dicha patología que garantice un bienestar óptimo y continuo en las administraciones de los cuidados en el hogar.

En la FOSCAL durante el 2008 las principales causas de egreso en los servicios de hospitalización por enfermedad crónica fueron: tumor maligno de mama con 87 casos, hiperplasia de próstata con 74 casos, tumor maligno de glándula tiroidea con 48 casos, linfoma no Hodgkin con 46 casos, ICC y asma con 38 casos cada una, IRC con 35 casos, leucemia linfoblástica aguda con 33 casos e hipertensión esencial con 26 casos respectivamente. Estos datos nos permiten observar que esta institución maneja a diario una gran población con este tipo de alteraciones. (Ver anexo N° 1)

18 Situación de salud en Santander. Observatorio de salud pública de Santander. Indicadores básicos 2007. Disponible en: [http://www.saludsantander.gov.co/aveb/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=109&I\(emid=3 lib2007-3-mortalidad](http://www.saludsantander.gov.co/aveb/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=109&I(emid=3%20lib2007-3-mortalidad) pág. 1

19 Ministerio de la protección social. Resolución 1445 del 8 de mayo de 2008, Anexo técnico N°2: por la cual define los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. <http://www.resolucion-1445-d-2006-anexo-tecnico-2-pdf-dl-27322636>; Pág. 2

Descripción de LA FOSCAL



Figura 1. Vista panorámica de FORCAL

FOSCAL - Fundación Oftalmológica de Santander

La fundación oftalmológica de Santander (FOSCAL), sede principal, se encuentra ubicada en el Departamento de Santander, en el Área Metropolitana de Bucaramanga, en el municipio de Floridablanca, en la carrera 24 No. 154-106 urbanización el Bosque.

Cuenta además con 2 centros de atención ambulatoria FOSCAL; uno de ellos ubicado en la carrera 36 para la atención de la Nueva EPS y el segundo ubicado en cabecera II etapa, carrera 33 No 49-35 piso 2 y 3

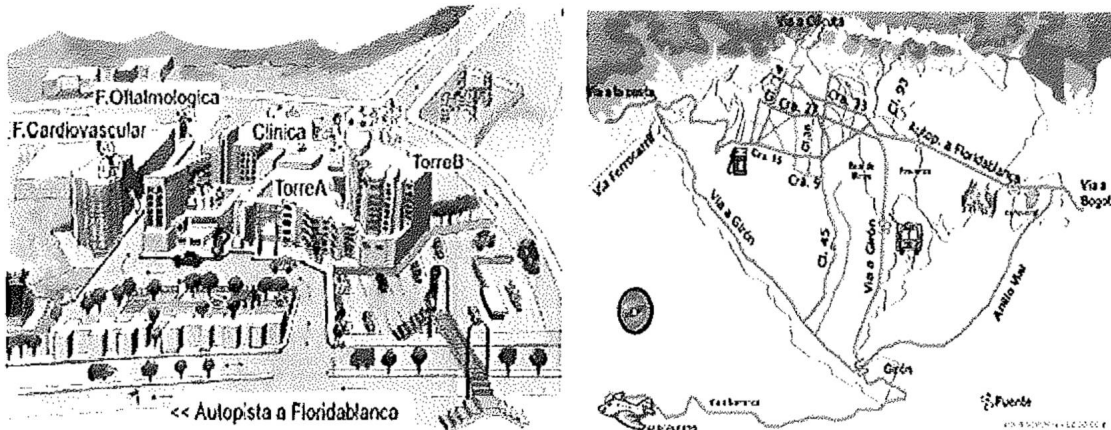


Figura 2. Mapa de ubicación de FOSCAL

Datos anexos

PBX 6386000-6382828

FAX 6387747-6392777

PAGWEB: www.foscal.coni.coE-mail: correos@foscal.com.co**Naturaleza jurídica**

Institución de Salud Privada, sin ánimo de lucro que ofrece atención integral de servicios de salud. Personería jurídica 1970.

Reseña histórica FOSCAL

La institución es el resultado de una idea visionaria generada en 1976 por el doctor Virgilio Galvis Ramírez, cuando se crea la Fundación Oftalmológica de Santander (FOS), en el piso 11 del Hospital Ramón González Valencia hoy llamado Hospital Universitario de Santander (HUS).

Posteriormente, en 1979 la institución abre sus puertas en una vieja casona como respuesta a la necesidad prioritaria de brindar atención oftalmológica a la población de escasos recursos económicos. Allí se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario con un grupo profesional y paramédico comprometido con la misión de Ayudar a que otros vean!

Fue así como en 1983 se inaugura el moderno edificio de la FOS en el sector de Cañaveral para brindar atención oftalmológica a un amplio sector de la población del área urbana y rural, a través de la Unidades Móviles y los programas de Extensión a la Comunidad.

Con el apoyo del industrial santandereano doctor Carlos Ardila Lulle, el 14 de Mayo de 1993 se inaugura el complejo médico Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lulle - FOSCAL, que hoy agrupa un staff de 200 especialistas para tender la salud de todos los colombianos y mostrarle al país una de las principales de obras de Santander.

Actualmente, la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lulle - FOSCAL, es la institución prestadora de servicios de salud más completa e integral del nororiente colombiano y una de las más importantes del país.

Visión

En el 2013 la FOSCAL será líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, posicionada nacional e internacionalmente como una organización altamente confiable.

Misión corporativa

Somos una Institución privada prestadora de servicios de salud, de carácter fundacional, con énfasis en la atención de alta complejidad.

Nuestra acción la enmarcamos dentro de los más altos estándares de calidad, con procesos confiables y seguros, y con especial desarrollo del talento humano, la investigación, la docencia y nuestra responsabilidad social.

Objetivos institucionales:

- Ofrecer a todos los estratos de la comunidad servicios éticos de salud con alta calidad humana, científica y tecnológica.
- Garantizar a los usuarios un servicio de calidad basado en el respeto por las personas.
- Identificar en forma permanente las necesidades de salud de la población para responder oportunamente a la demanda.
- ® Capacitar humana, técnica y científicamente al personal, garantizando su permanente actualización, crecimiento y desarrollo.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Desarrollo de programas con proyección comunitaria.
- Generar, buscar y mantener recursos financieros, técnicos y científicos que soporten los programas de la institución.
- Establecer y mantener un ambiente laboral positivo, haciendo énfasis en la creatividad del recurso humano.
- Unir esfuerzos con entidades que se identifiquen con la misión de la institución.

Principios y valores corporativos

Respeto: Las actividades diarias de la FOSCAL se inspiran en el respeto por las personas, sus valores, sus creencias, sus derechos y el cumplimiento de las responsabilidades mutuas.

Honestidad y Transparencia. Las relaciones internas y externas de la FOSCAL estarán enmarcadas en los principios de honestidad y transparencia. Los recursos de la institución serán destinados solo al ejercicio de las actividades propias del objeto social.

Generación de Valor. Todos los funcionarios de la FOSCAL desarrollarán sus actividades para lograr la creación sostenida de valor que permita invertir en el desarrollo de la Institución

Buen Clima Laboral. La institución busca permanentemente crear condiciones laborales agradables, productivas y seguras en las que sus funcionarios puedan desarrollarse integralmente en su entorno.

Desarrollo Humano. La FOSCAL promueve el mejoramiento integral de sus funcionarios buscando desarrollar sus competencias.

Orientación al Cliente: Demostrar sensibilidad hacia las necesidades o demandas que pueda requerir el cliente interno o externo para darle satisfacción desde cualquier ambiente

de la organización.

Calidad de los Servicios: La calidad en la FOSCAL es una norma de conducta y de comportamiento, el reto diario y permanente con el cual se constituye un mecanismo de mejoramiento continuo, fundamental para obtener la satisfacción de sus usuarios y clientes.

Responsabilidad Social. En la FOSCAL seguiremos cumpliendo con las responsabilidades frente a los diversos grupos de interés que rodean la institución de tal forma que contribuyamos integralmente al desarrollo de nuestra misión.

Competitividad. Nuestros procesos están orientados hacia el desarrollo de servicios productivos, innovadores y eficientes que nos permitan mantenernos vigentes y lograr EL RECONOCIMIENTO DE NUESTROS USUARIOS Y CLIENTES.

Compromiso. Todos los funcionarios de la FOSCAL aceptan y responden oportunamente los requerimientos y acatan las políticas, normas y procedimientos que regulan la prestación del servicio y propenden por el bienestar de la Institución.

Población de atención

- Usuarios particulares
- Pólizas de Hospitalización y Cirugía
- Medicina Prepagada
- Empresas Promotoras de Salud
- Empresas Promotoras de Salud subsidiadas
- Aseguradoras de Riesgos Profesionales
- Convenios especiales con empresas
- Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
- Seguros Estudiantiles
- Cajas de Previsión Social y Compensación Familiar.
- Usuarios Institucionales
- Clasificación Socio-Económica: Subsidia la atención de usuarios de escasos recursos económicos no cubiertos por la seguridad social y quienes no están en capacidad de cubrir el total de los costos que demanda su atención de salud.

Servicios públicos La FOSCAL, cuenta con todos los servicios públicos existentes como: electricidad, telefonía, alcantarillado, agua potable, gas natural, recolección de basuras y desechos ordinarios por el outsourcing DESCONT quien lleva a cabo el adecuado proceso de eliminación según el tipo de desecho (Decreto 2676/2000 y la Resolución 1164/2002 del Ministerio del Medio Ambiente).

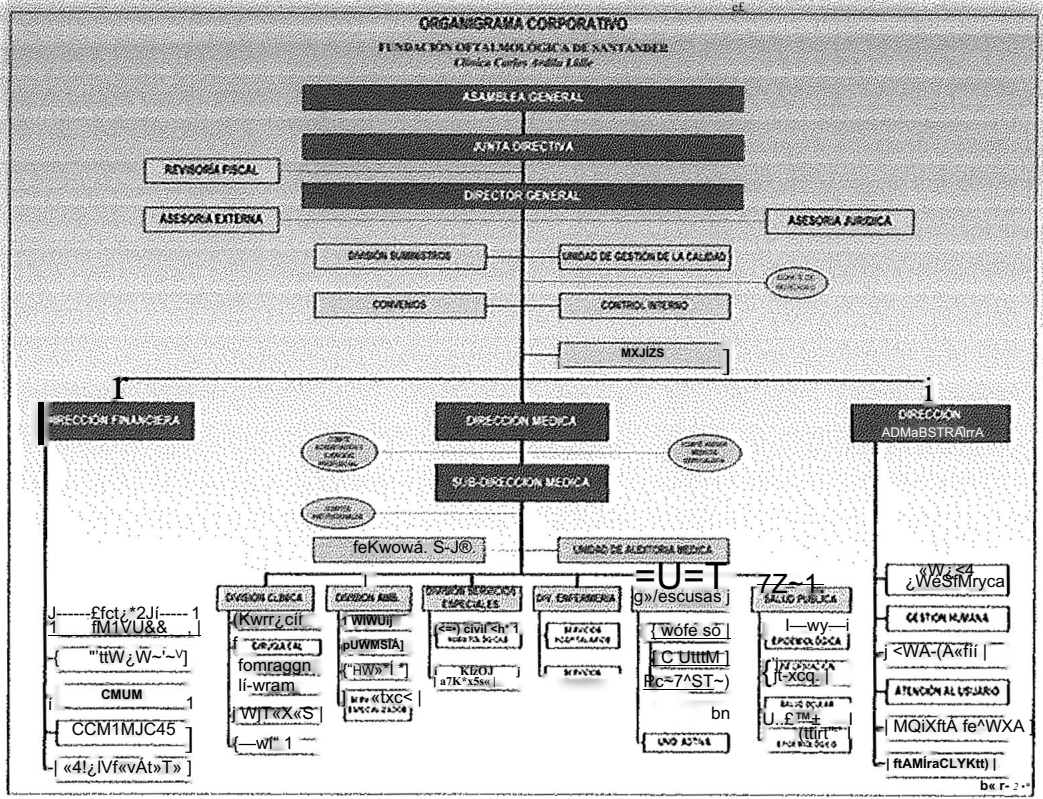


Figura 3. Organigrama corporativo.

Servicios de la empresa

- Consulta externa con medico general y especialistas
- Especialidades

Tabla 1. Especialidades clínicas

Anestesiología y Clínica del Dolor	Medicina General
Cardiología	Medicina Interna
Dermatología	Medicina Nuclear
Endocrinología	Nefrología
Fisiatría	Nefrología Pediátrica
Gastroenterología - Endoscopia digestiva	Neumología
Genética	Neumología Pediátrica
Hematología	Neurología
Infectología	Neuropediatría
Inmunología	Oncología
Patología	Psiquiatría
Pediatría	Radiología e Imágenes Diagnósticas
Reumatología	

Tabla 2. Especialidades quirúrgicas

Cirugía Cardiovascular - Hemodinámica	Cirugía Vasculat
Cirugía General	Gineco-Obstetricia
Cirugía Maxilofacial	Medicina Bioreproductiva y Genética
	Medicina Materno Fetal.
Cirugía Mano	Neurocirugía
Cirugía Pediátrica	Oftalmología: Pediátrica, Glaucoma, Retina, Oncológica, Cirugía Refractiva
Cirugía Plástica y Reconstructiva	Ortopedia y Traumatología ? ii
Cirugía Vasculat	Otorrinolaringología
Urología	

Tabla 3. Servicios de apoyo, paraclínicos y paramédicos

Bacteriología	Odontología Pediátrica
Enfermería	Ortodoncia
Enfermería de Cuidado Crítico	Optometría
Fonoaudiología	Ortótica
Grupo de Soporte Nutricional.	Periodoncia
Nutrición y Dietética	Psicología
Odontología	Rehabilitación

Servicios hospitalarios

Cirugía

A través del programa de Cirugía Ambulatoria y la Unidad Quirúrgica se ofrece calidez, seguridad y confianza a todos los usuarios, garantizándole la reconocida excelencia institucional FOSCAL.

Cirugía mínimamente invasiva

Técnicas mínimamente invasivas en Ginecología, Cirugía general, Urología, tratamiento de enfermedades como los cálculos de la vesícula biliar, reflujo gástrico, Histerectomías, Masas Ováricas entre otras.

Rápida recuperación, poco dolor para el paciente, mínimas cicatrices, diagnóstico y tratamiento para casos de cáncer, úlcera, peritonitis, apendicitis, cirugía de obesidad, resección de tumores, cirugía general, corrección de lesiones articulares, entre otros procedimientos.

Cirugía plástica y reconstructiva

- « Cirugía Reconstructiva
 - Cirugía Estética
 - Cirugía maxilofacial
 - Cirugía oncológica

Cirugía General

- Cirugía adulta y pediátrica
- « Cirugía de trauma
- o Cirugía mínimamente invasiva por laparoscopia
- o Cirugía de tórax
- Cirugía de Obesidad, Bariátrica
- Cirugía Vasculat
- o Cirugía Cardiovascular

Urología

- Urología Adulta y pediátrica
- Cirugía endoscópica percutánea
- Cirugía laparoscópica urológica
- Litotripsia extracorpórea

Ortopedia

- Cirugía de mano
- Cirugía ortopedia
- Cirugía de mano
- Cirugía de columna
- Cirugía de pie y tobillo
- Reemplazos articulares de rodilla, cadera

Neurocirugía

- Trauma craneoencefálico
- Trauma raquímedular
- Aneurismas
- Cáncer
- Cirugía de hipófisis transesfenoidal

Otorrinolaringología

- Cirugía de oído, nariz y garganta
- Cirugía endoscópica de senos paranasales
- Cirugía de tumores de cabeza y cuello
- Implantes Cocleares

Ginecología

- Cirugía Ginecológica Convencional
- Cirugía Ginecológica Oncológica
- Cirugía Ginecológica mínimamente invasiva (por laparoscopia)
- Cirugía Fetal

Hospitalización general

- 210 habitaciones
- Programa de Asistencia en el Hogar (Hospitalización en casa) para Tratamiento médico. Posquirúrgico y Posparto.

Hospitalización VIP

Confortables habitaciones con aire acondicionado, suites con sala de espera, televisor, servicio de alimentación a la carta y atención personalizada de enfermería.

Sala de partos

Sub-especialistas en medicina Materno-fetal y Perinatología, y personal profesional especializado, brindan una atención humanizada en el nacimiento.

Unidades de cuidado intensivo

- Adultos (medicas y quirúrgicas)
 - o Pediátrica
- ® unidades de cuidado intermedio

Urgencias

Atención 24 horas en consulta general y especializada, pediatría, gineco-obstetricia, ortopedia y traumatología, cirugía general, sala de yesos, pequeña cirugía, reanimación y sala de observación.

Sala VIP Urgencias para la atención de medicina prepagada y particulares.

Servicios de apoyo

- **Nutrición**
 - Consulta ambulatoria
 - Consulta hospitalaria
 - Servicio de menú especial para pacientes VIP
 - Grupo de Soporte Nutricional
- **Psicología**
 - Consulta externa - Valoración Individual.
 - Atención a pacientes hospitalizados y su familia.
 - Intervención en crisis- urgencias, deceso del paciente.
 - Abordaje a víctimas de maltrato y/o abuso sexual
 - Grupo de Apoyo al paciente con cáncer.
 - Salas Lúdicas.

Servicios complementarios

- Helipuerto
- ® Ambulancias
- o Información y orientación al usuario
- ® Odontología
- Psiquiatría
- ® Dermatología
- Medicina laboral
- Óptica
- Farmacia
- Unidad de Terapias Equipos de alta tecnología: Láser para el manejo del dolor, Presoterapia Frecuencial y Máquina de Movimiento Pasivo Continuo.
- Programas Especiales de Prevención: Manejo de columna, Estimulación adecuada del niño, Curso psicoprofiláctico, Tratamiento integral para pacientes con Linfedema.

Centro de alta tecnología

- « Excimer láser
- Centro de cáncer
- Medicina nuclear
- Laboratorio clínico
- Banco de sangre
- Radiología e imágenes diagnósticas
- Litotripsia y endourología
- Unidad renal
- Clínica del linfedema
- Clínica del dolor
- Chequeo médico preventivo y del estado de salud

Centro médico Carlos Ardila Lülle

El Centro Médico Carlos Ardila Lülle, es una organización dedicada a la prestación de servicios médicos generales, especializados y medios diagnósticos, que congrega una diversa gama de alternativas en cuanto a procedimientos, consultas y avanzada tecnología, propia de cada una de las especialidades médicas.

Programa salud integral siglo XXI:

El Centro Médico ofrece a la comunidad servicios de salud con sentido social, otorgando excelentes descuentos en las diferentes áreas del ejercicio médico.

Este programa ha sido diseñado con el objetivo de crear un sistema integrado de servicios generales de salud con proyección comunitaria, con el fin de brindar al beneficiario diferentes alternativas de atención.

Salud pública



Unidad Móvil Oftalmológica - UMO



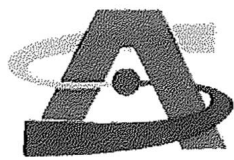
El compromiso de 'Ayudar a que otros vean', se cumple con el programa bandera: *La Unidad Móvil Oftalmológica - UMO*, un bus hospital que por más de 20 años se ha desplazado por el Departamento de Santander y el Oriente Colombiano, prestando los servicios de consulta oftalmológica y optométrica, microcirugía, suministro de gafas y medicamentos, detección de alteraciones visuales en escolares, atención de urgencias oftalmológicas y educación comunitaria en busca de estilos de vida saludables.

Otros programas:

- Salud Ocular Escolar
- Voluntarios de Salud
- Móvil de Atención Optométrica - MAO
- o Educación Comunitaria
- ® Ceguera Infantil - Programa Retinopatía de la Prematuridad
- Campañas de Detección
- Promoción y Prevención:
- Programas de Control Prenatal, Control de Crecimiento y Desarrollo, Detección - Precoz de Cáncer de Seno y Cérvix, Riesgo Cardiovascular y Planificación Familiar, entre otr os.

Tabla 4. Programas institucionales

<p>Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IIAMI</p> <p>La política institucional IIAMI es acogida por la FOSCAL desde el año 2001 dando cumplimiento a las políticas internacionales y nacionales (OMS - UNICEF - MIN PROTECCION SOCIAL) que definen las normas a seguir para promover, proteger y apoyar la lactancia materna en instituciones de salud que prestan servicios de atención materno - infantil</p>	
<p>Hospital verde</p> <p>Es la aplicación de una estrategia ambiental preventiva e integrada, aplicada a todos los procesos productivos, los productos y los servicios, para reducir los desechos, la contaminación y los riesgos a los seres humanos y al medio, incrementando la eficiencia de la empresa.</p>	

<p>Seguridad del paciente</p> <p>La política de seguridad del paciente es un conjunto de acciones y estrategias sencillas y posibles de ser implementadas por las instituciones que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad para impactar en la mejora de la calidad y proteger a la persona de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud.</p>	
<p>«VISIÓN FOSCAL, LÍDERES EN SALUD»</p> <p>El mejor informativo de salud hecho en Santander.</p> <p>Como política institucional ha lanzado su nuevo y creativo programa de televisión “VISION FOSCAL, Líderes en Salud”, un espacio creado para promocionar estilos de vida sanos e informar sobre los principales avances médicos y tecnológicos desarrollados por la FOSCAL para el cuidado de la salud.</p>	
<p>Acreditación</p> <p>La Foscal busca como meta este año postularse a recibir la Acreditación en servicios de Salud, por lo tanto debe cumplir con todos los estándares de calidad que se exigen.</p>	

División de Enfermería FOSCAL:

Es un sistema vital de la organización y funcionamiento de la FOSCAL, que comparte con otros profesionales la responsabilidad de proteger la vida, combatir la enfermedad y obtener la salud a través de la administración y aplicación del cuidado durante 24 horas.

La división de enfermería retoma la visión y visión institucional, por tal motivo no se referencian.

objetivos:

- Lograr un ambiente laboral positivo basado en el respeto, apoyo y trabajo en equipo.
- Desarrollar e implementar sistemas administrativos y clínicos que permitan la práctica de enfermería segura y adecuada para proporcionar una atención de óptima calidad a los usuarios.
- Desarrollar programas de orientación, educación en servicio, educación continua, que permita el desarrollo y la actualización del personal de enfermería, para mejorar la

práctica clínica.

- Establecer e implementar sistemas de selección, supervisión, evaluación y promoción de personal que asegure un trabajador altamente calificado y corresponda al nivel científico de la FOSCAL.
- Incentivar el desarrollo de los programas pilotos de investigación en enfermería.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Implementar un programa de educación dirigido a usuarios y cuidadores con el fin de favorecer la permanencia en su domicilio y en su entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible una vez egresa de la institución hospitalaria

3.2 Objetivos específicos

- Identificar usuarios, familia y/o cuidador con enfermedad crónica con necesidad de cuidado, que requieren apoyo educativo y adiestramiento en la realización de los cuidados en el hogar.
- Fomentar la participación activa de la familia y/o cuidador en el aprendizaje de los cuidados en el hogar.
- Facilitar la continuidad de los cuidados a las personas con enfermedad crónica, incluyendo familia y/o cuidador principal, mediante la realización actividades y material educativos.
- Crear y/o mantener mecanismos de coordinación con los recursos que ofrece la clínica a través de las entidades aseguradoras con el fin de garantizar el cuidado.

4. METODOLOGÍA

4.1 Políticas para el proceso

- ® El ingreso al programa estará coordinado por el personal de enfermería de los servicios de hospitalización y la enfermera encargada del programa.
 - La enfermera encargada de coordinar el programa se encargará de programar y visitar los usuarios que ingresan al programa.
 - La enfermera encargada del programa en coordinación con otras disciplinas se encargará de revisar y complementar el material educativo necesario para brindar educación al usuario y/o cuidador.
 - La enfermera encargada del programa buscará apoyo en otras disciplinas para brindar educación en caso que sea necesario.
 - La enfermera encargada del programa determinará la necesidad de realizar visita domiciliaria o seguimiento telefónico.
 - o El usuario, familia y/o cuidador recibirá el material educativo necesario una vez realizada la intervención de la enfermera.
- Se realizará un informe semestral sobre el programa y se hará entrega a la división de enfermería.

4.2 Líneas de acción

4.2.1 Fase I. Diseño e implementación de un formato

Para llevar a cabo esta fase es necesario diseñar e implementar un formato que permita valorar las condiciones de salud del usuario teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- > Diseño de un formato que conste de las siguientes partes: (Ver anexo N° 1)
 - © Datos básicos e información general
 - © Valoración del estado de salud
 - © Elaboración y ejecución del plan de cuidados
 - © Evaluación de resultados y resultados de gestión.
- > Elaboración de un instructivo, que especifique claramente la forma de diligenciar el formato teniendo en cuenta el proceso de enfermería. (Ver anexo N° 2)
- > Identificar los principales diagnósticos de enfermería con sus respectivas intervenciones, actividades y resultados en base a las patologías crónicas más frecuentes que se ha venido manejando en los servicios de hospitalización. (Ver anexo N° 3)
- > Presentar este formato con sus anexos a la división de enfermería para constatar ajustes y obtener su respectiva aprobación.
- > Socializar el manejo de este formato al personal de enfermería de los servicios de hospitalización incluyendo docentes asistenciales.

- > Diseñar un instructivo para cada piso donde se resalten los criterios que se deben tener en cuenta para ingresar usuarios, familia/cuidadores al programa.
- > Una vez diseñado este instructivo para pisos, se pasará a la división de enfermería para su respectiva aprobación y ajustes; posteriormente se hará entrega en cada uno de los servicios de hospitalización.
- > Implementar el formato de valoración mediante **prueba piloto** a usuarios con enfermedad crónica de los servicios de medicina interna y neurocirugía con el fin de darle validez y mejorar el instrumento.

4.2.2 Fase II. Diseño e implementación de una encuesta

Una vez se han identificado las necesidades educativas de acuerdo con los diagnósticos de enfermería, se establece contacto con el paciente y su familia para identificar la persona que recibirá el entrenamiento y se encargará de llevarlo a cabo en el hogar. Es importante tener en cuenta que la educación de estos cuidados la reciba idealmente un familiar o cuidador principal (mamá, papá, esposa, es-posito, hija e hijo o hermano, etc.) porque son las personas más cercanas y si no es posible, se educará al cuidador asignado por uno de ellos. En esta fase se diseñará e implementará una encuesta dirigida al cuidador principal y/o familia, con el fin de identificar las principales necesidades de cuidado en cuanto al grado de conocimiento y preparación que tienen para asumir responsablemente este rol (Ver anexo N° 4).

4.2.3 Fase III. Ejecución

Una vez realizada la prueba piloto y teniendo en cuenta los diagnósticos de enfermería identificados, se procederá a ejecutar los respectivos planes de cuidado establecidos para cada usuario, familia y/o cuidador en situación de enfermedad crónica. Para llevar a cabo esta parte del proceso, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Personas adultas con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad/incapacidad de valerse por sí mismos o bien usuarios con procesos terminales que necesiten cuidados paliativos en el hogar que presenten:

J Alguna limitación funcional (paraplejia-cuadriplejia) por daño y/o compromiso neurológico

J Usuarios que presentan lesión o riesgo de lesión de piel

J Personas que requieran cuidado de dispositivos especiales mediante enseñanza/adiestramiento (sonda vesical, y ostomías)

J Personas que requieran alimentarse por sonda nasogástrica, nasoyeyunal o gastrostomía

S Personas que necesitan oxigenoterapia domiciliaria (inhaladores, nebulización oxígeno suplementario).

- o Cuidadores o familia en situación de enfermedad crónica que necesiten apoyo educativo sobre cuidados en casa o que presenten dificultad en asumir este nuevo rol,
- Personas con pluripatología funcional, que pueden valerse por sí mismo y que tengan control de su enfermedad pero que sin embargo tienen alguna duda o dificultad en el manejo de su régimen terapéutico.
- La enfermera de turno de cada servicio de hospitalización será la encargada de captar los usuarios que sean criterio de inclusión e informar a la enfermera encargada del programa.
- ® La enfermera encargada del programa realizará la valoración del estado de salud y diligenciará el formato a los usuarios que cumplan con los criterios de inclusión y aplicará al cuidador la respectiva encuesta.
- Lina vez aplicados el formato al usuario y la encuesta al cuidador, la enfermera encargada del programa elaborará los planes de cuidado en base a hallazgos encontrados, y se implementarán durante los días próximos al egreso hospitalario.
- Los planes de cuidado que incluyen información y capacitación a los cuidadores, que sean necesarios re intervenir y/o reforzar los cuidados mediante ejecución de talleres, se programarán con anterioridad.
- El material educativo se irá realizando de acuerdo a las necesidades educativas encontradas en cada una de las valoraciones.
- Una vez terminada la intervención, se hará entrega de un folleto educativo o cartilla que retina los cuidados y recomendaciones brindadas durante la educación.
- La enfermera encargada del programa, buscará en los demás miembros del equipo interdisciplinario para brindar la educación al usuario.

- **Recolección de los datos:**

La recolección de los datos básicos e información general puede realizarse a través de la entrevista directa con el usuario, familia y/o cuidador y la Historia Clínica Electrónica.

- **Valoración de las condiciones de salud**

Como marco de valoración se han utilizado los patrones funcionales de M. Gordon con el fin de valorar y conocer el patrón de funcionamiento habitual del individuo, común al resto de personas así como cualquier alteración o disfunción de los mismos. Como punto de partida, se tendrá en cuenta el nivel de conocimiento, la actitud y aptitud que tenga el usuario, familia y/o cuidador para recibir apoyo, pues esto nos permite abordar con éxito la resolución de problemas en base a los planes de cuidado desarrollados.

• **Plan de cuidados**

La puesta en práctica del plan de cuidados se realizará de manera individualizada; en él debe incluirse al cuidador, al cual se le brindará educación mediante demostración, entrega de folletos/cartillas y adiestramiento. Para su elaboración se tendrá en cuenta las recomendaciones dadas por el médico de atención y otros profesionales de la salud.

4.2.4 Fase IV. Seguimiento

Para el desarrollo de esta fase se tendrán en cuenta aquellos usuarios o cuidadores que cursen en situación de enfermedad crónica. Este proceso se llevará a cabo de la siguiente manera:

Se realizará visita domiciliaria a aquellas personas adultas con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad de valerse por sí mismos o bien usuarios con procesos terminales que necesiten cuidados paliativos en el hogar que presenten: limitación funcional por daño o compromiso neurológico, lesión o riesgo de lesión de piel, que tengan dispositivos nuevos que requieran adiestramiento en el manejo de ostomías, sondaje vesical, sondas nasogástrica, nasoyeyunal y gastrostomía para alimentación enteral y personas que necesiten oxigenoterapia domiciliaria (inhaladores, nebulizaciones y oxígeno suplementario).

Si la persona cumple con estos criterios, clasifica para visita domiciliaria la cual será programada junto con el usuario/cuidador antes del alta y se realizará durante los 8 días posteriores a su salida. Esta visita se realizará con el fin de brindar educación y adiestramiento al usuario, familia/cuidador, sobre determinada patología, procedimiento o cuidado especial; de igual forma evaluar la evolución clínica del usuario y la educación impartida tanto al usuario como a su cuidador durante su egreso de la clínica.

Se realizará seguimiento telefónico a aquellos usuarios o cuidadores en situación de enfermedad crónica con pluripatología funcional, pero que pueden valerse por sí mismo y que tengan control de su enfermedad, pero que necesitan apoyo educativo sobre cuidados en el hogar. Si la persona cumple con este criterio el seguimiento telefónico se ejecutará al 3 ó 5 día posterior a su salida, con el fin de evaluar la evolución clínica del usuario, la adherencia al tratamiento Vs régimen terapéutico, el cumplimiento a los controles y la detección temprana de complicaciones.

4.2.5 Fase V. Evaluación

El desarrollo de esta fase se llevará a cabo de dos formas:

1. Una vez realizada la valoración, se determinará el logro de los objetivos a través de los resultados (CRE inicial y CRE final) de enfermería identificados para cada diagnóstico con el fin de mantener o modificar los planes de cuidado. Cada resultado lleva 5 ítems que se tendrán en cuenta tanto en la valoración inicial como en la valoración final, con el fin de establecer la efectividad de nuestra intervención. (Ver anexo N° 7)
2. Los indicadores relacionados con el programa, se medirán según la periodicidad

establecida en el mismo. Para evaluar este programa se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

> **Indicadores de cobertura**

$$\frac{\text{Total de personas que ingresaron al programa}}{\text{Total de egresos que requieren entrar al programa}}$$

> **Indicadores de impacto**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios que reingresan a la institución por la misma patología}}{\text{Total de usuarios que pertenecen al programa}}$$

> **Indicadores de proceso**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos bien hechos}}{\text{Total de observaciones realizadas}}$$

> **Indicadores de resultado**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores capacitados}}{\text{Total de cuidadores programados para capacitación}} \times 100$$
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ cuidadores que practican adecuadamente los cuidados}}{\text{Total de cuidadores observados}} \times 100$$

4.2.6 Cumplimiento del tratamiento/ total usuarios del programa

Cronograma del plan de actividades del programa

FECHA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	ESTRATEGIA
	Diseñar y elaborar un programa educativo de continuidad de cuidados en el hogar dirigido a usuarios y cuidadores en situación de enfermedad crónica que egresan de los diferentes servicios de hospitalización de la FOSCAL	Proporcionar atención cálida, oportuna y personalizada a la persona con enfermedad crónica, familia y/o cuidador, mediante apoyo educativo y adiestramiento sobre el manejo de los cuidados en hogar	Realizar búsqueda bibliográfica que sirva de apoyo para diseñar el programa Consultar datos estadísticos de morbimortalidad a nivel mundial, nacional, departamental y local que nos ayude a justificar la necesidad de implementar este programa Obtener datos estadísticos de las patologías crónicas que más se manejan en el PAH y los diferentes servicios de hospitalización de la FOSCAL
	Diseñar un formato que permita valorar las condiciones de salud del usuario	Identificar las principales necesidades de cuidado que requiera el usuario	Revisión del formato de valoración del estado de salud del adulto y del formato de valoración de tamizaje establecido por la escuela de enfermería de la UIS.
	Elaborar un instructivo que especifique claramente la forma de diligenciar este formato de valoración y adaptarlo de acuerdo al formato establecido por el departamento de calidad.	Fomentar la participación del personal de enfermería de los servicios donde se manejan este tipo de usuarios	Búsqueda e implementación del formato de manuales "Hoja de vida" establecido por el departamento de calidad Revisión y apoyo de la clasificación taxonómica NANDA, NIC Y NOC y proceso de enfermería.
	Elaborar un listado de los principales diagnósticos de enfermería con sus respectivas intervenciones, actividades y resultados en base a las principales patologías de tipo crónico que más se manejan en la FOSCAL	Optimizar la intervención brindada por la enfermera encargada del programa	Revisión y apoyo de la clasificación taxonómica NANDA, NIC Y NOC
	Diseñar e implementar una encuesta dirigida al cuidador responsable de	Identificar las principales necesidades de cuidado que dependen del cuidador	Revisión de un instrumento denominado "Escala de sobrecarga del cuidador"

	brindar los cuidados en casa durante la valoración del usuario.		Buscar apoyo en la trabajadora social que está rotando por el PAH.
	Socializar el formato de valoración y la encuesta mediante grupo primario al personal de enfermería.	Optimizar el proceso educativo	Participación en los grupos primarios programados en los diferentes servicios de hospitalización.
	Implementar y diligenciar el formato de valoración mediante <u>prueba piloto</u> a usuarios con enfermedad crónica de los servicios de medicina interna y neurocirugía	Dar validez y confiabilidad al instrumento	Revisión de historia clínica electrónica Participar en el proceso de ingreso al Programa de Asistencia en el Hogar
	Elaborar del material educativo necesario para impartir educación tanto al usuario como al cuidador Consultar con otras especialidades para buscar apoyo en la elaboración de nuevo material educativo	Dar soporte a la educación brindada Integrar a los demás miembros del equipo interdisciplinario	Revisión bibliográfica Impiementación del material educativo revisado por el comité de educación Utilización del material educativo realizado por estudiantes de anteriores semestres y realizarles los respectivos ajustes si es necesario Aprovechamiento del recurso humano que posee la institución para obtener apoyo en la educación brindada
	Realizar talleres de capacitación a cuidadores	Facilitar el aprendizaje sobre los cuidados en casa en base al conocimiento suministrado	Captación de cuidadores que requieren reforzar conocimientos mediante la encuesta realizada Inclusión del taller de capacitación durante la visita domiciliaria
	Realizar visitas domiciliarias a aquellos usuarios que clasifican dentro de un grado de compromiso ALTO	Fomentar la participación de la familia. Evaluar la educación y asesoría impartida a usuarios, familia y/o cuidador	Determinar con el usuario o cuidador la fecha y hora de la visita domiciliaria durante la intervención realizada en la clínica Destinar un día específico de la semana para realizar visitas domiciliarias

	<p>Realizar seguimiento telefónico a aquellos usuarios que clasifican dentro de un grado de compromiso BAJO</p> <p>Diseñar una base de datos en el subprograma Excel que faciliten la realización de posteriores informes</p>	<p>Identificar precozmente posibles complicaciones o dificultades de los usuarios o cuidadores derivados del manejo de la enfermedad en casa</p>	<p>Consulta del listado de usuarios que egresan de la clínica a través del departamento de estadística.</p> <p>Consulta de base de datos implementada en el PAH.</p> <p>Incluir dentro de la programación un día específico para realizar el seguimiento telefónico.</p>
	<p>Evaluar la ejecución del programa a través del NOC e indicadores gestión</p>	<p>Determinar el impacto que tuvo el programa durante el período de prueba</p>	<p>Creación de una base de datos que nos permita incluir el registro diario de actividades</p> <p>Utilización de un formato que nos permita llevar un registro diario las actividades realizadas</p>

5. RESULTADOS

La FOSCAL a través de la división de enfermería hizo necesario diseñar e implementar un programa educativo que garantice la continuidad de los cuidados en el hogar en donde se involucre a la persona enferma, familia/cuidador en el abordaje del conocimiento y manejo de la enfermedad en el hogar antes de ser dados de alta.

A continuación usted encontrará los criterios que se deben tener en cuenta diariamente para vincular al programa aquellos usuarios con necesidades específicas de cuidado en el hogar, que impliquen educación y adiestramiento inmediato por parte de enfermería antes de ser dados de alta, en base a los siguientes pasos:

1. La enfermera jefe de turno será la encargada de captar aquellos cuidadores principales y personas adultas con pluripatología y deterioro funcional en situación de enfermedad crónica con dificultad/incapacidad de valerse por sí mismos o bien usuarios con procesos terminales que necesiten cuidados paliativos en el hogar que presenten:
 - > Alguna limitación funcional o deterioro de la movilidad física (paraplejia-cuadriplejia) por daño y/o compromiso neurológico
 - > Usuarios que presentan lesión o riesgo de lesión de piel
 - > Usuarios portadores de sondas vesicales (cateterismo vesical temporal y permanente) y ostomías (traqueostomías, colostomías, ileostomías y cistostomías)
 - > Usuarios portadores de sondas de alimentación (sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal o sonda de gastrostomía)
 - > Usuarios con oxigenoterapia domiciliaria (inhaladores, nebulización y oxígeno permanente suplementario).
2. Una vez sea identificado el usuario/cuidador que cumpla con uno a más criterios, se debe informar a la enfermera del programa (extensión 4700) con oportunidad con el fin de realizar la valoración e intervención pertinente. Estos pacientes clasifican para VISITA DOMICILIARIA, la cual será realizada al 5 o 8 día de haber sido dado de alta.
3. La enfermera jefe de turno también será la encargada de captar y registrar (ver formato anexo 1.) aquellas personas adultas con pluripatología funcional en situación de enfermedad crónica con capacidad de valerse por sí mismo y que tengan control de su enfermedad pero que presenten alguna duda o dificultad en el manejo de su régimen terapéutico. Estos pacientes clasifican para SEGUIMIENTO TELEFÓNICO, el cual será realizado al 3 o 5 día de haber sido dado de alta.
4. Una vez canalizados estos pacientes la enfermera encargada del programa hará recorrido diariamente por cada piso para recoger estos formatos y programar los usuarios al seguimiento telefónico.
5. Una vez realizada la valoración, se determinará el logro de los objetivos a través de los resultados de enfermería (CRE inicial y CRE final) identificados para cada diagnóstico

con el fin de mantener o modificar los planes de cuidado (ver anexo N° 3). Cada resultado lleva 5 ítems que se tendrán en cuenta tanto en la valoración inicial como en la valoración final, con el fin de establecer la efectividad de nuestra intervención.

Principales causas de egreso por enfermedad crónica en los servicios de hospitalización por piso FOSCAL - 2008

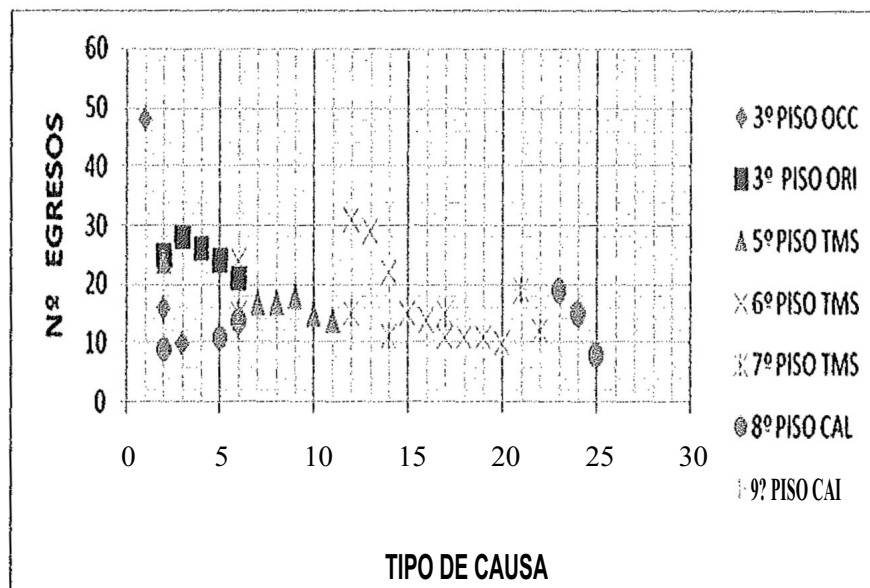


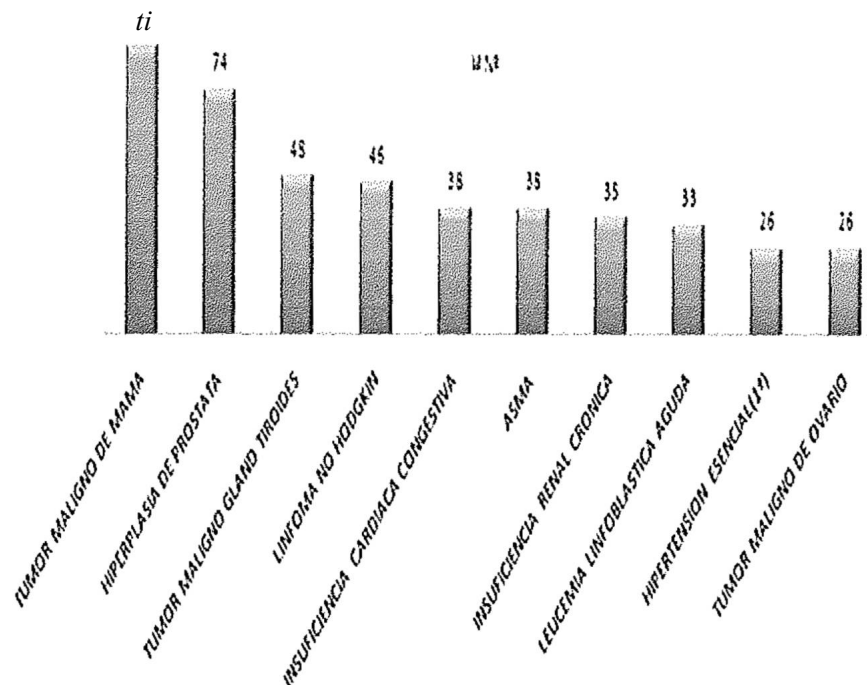
Figura 4. Principales causas de egresos por enfermedad crónica en cada piso

Tabla 5. principales causas de egreso por enfermedad crónica en los servicios de hospitalización por patología FOSCAL-2008

	TIPO DE CAUSA	Casos	%
1	TUMOR MALIGNO GLAND TIROIDES	48	7,1
2	HIPERPLASIA DE PROSTATA	74	10,95
3	ICC	38	5,62
4	HIPERTENSION ESENCIAL(1ª)	26	3,85
5	IRC	35	5,18
6	TUMOR MALIGNO DE MAMA	87	12,87
7	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO HEM.	17	2,51
8	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR	17	2,51
9	HEMORRAGIA SUBDURA L TRAUMATICA	18	2,66
10	HEMORRAGIA SUBDURAL NO TRAUMATICA	15	2,22
11	HIDROCEFALO	14	2,07

12	LINFOMANO HODGKIN	46	6,8
13	LMA	29	4,29
14	LLA	33	4,88
15	LLC	15	2,22
16	TUMOR MALIGNO DE COLON	14	2,07
17	TUMOR MALIGNO DE OVARIO	26	3,85
18	LINFOMANO HODGKIN DE CELULAS GRANDES	11	1,63
19	MIELOMA MULTIPLE	11	1,63
20	TUMOR MALIGNO DE ESTOMAGO	10	1,48
21	ASMA	38	5,62
22	TUMOR MALIGNO DE BRONQUIOS/PULMON	12	1,78
23	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	19	2,81
24	OBESIDAD NO ESPECIFICADA	15	2,22
25	LEIOMIOMA DEL UTERO	8	1,18
	TOTAL	676	100

Fuente: Departamento de estadística. Datos morbilidad -





2008. FOSCAL

Figura 5. Las diez (10) Principales causas de egreso por enfermedad crónica

6. ANEXOS

Anexo 1. Formato de valoración

 FOSCAL	PROGRAMA EDUCATIVO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOGAR DIRIGIDO A PARA USUARIOS Y CUIDADORES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA QUE EGRESAN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA FOSCAL	 FOSCAL
	FORMATO DE VALORACION	VERSION: 001

1. DATOS DEL USUARIO

Servicio: Especialidad:

Edad: Identificación:

Nombre y Apellidos: Ocupación:

Fecha de Ingreso: Fecha de

Egreso: Fecha

de

Valoración:

Estado

civil: Empresa: Nivel

educativo: Teléfonos:

Dirección: Médico

tratante

Dx

Médico:

VISITA DOMICILIARIA: SEGUIMIENTO TELEFONICO:

2. MEDICACION DE EGRESO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD (DOSIS) Y FRECUENCIA	HORARIO	VIA	CÓMO ACTUA

3. CITAS PE CONTROL AMBULATORIAMENTE

ESPECIALIDAD	MEDICO TRATANTE	FECHA

4. CUIDADOS ESPECIALES EN CASA

ALIMENTACION:
ACTIVIDAD FISICA:
LESION/HERIDA:
DISPOSITIVO:
DOLOR:
OTROS:

5. DOCUMENTOS/ELEMENTOS ENTREGADOS AL EGRESO: SINO ¿CUÁLES? _____

Observaciones:

<u>ANTECEDENTES PERSONALES</u>	<u>ELIMINACIÓN URUNARIA</u>	<u>ELIMINACION INTESTINAL</u>
OBSTETRICOS: Familiares: _____ Quirúrgicos: _____ Alérgicos: _____ Farmacológicos: _____ Tóxicos: _____ Otros: _____	Espontanea: SI ___ NO ___ Sonda Vesical: Intermitente: ___ frecuencia: _____ Permanente: ___ Tiempo: _____ Cistotomfa: ___ Tiempo: _____ Diálisis Peritoneal: SI ___ NO ___ Tiempo: _____ Hemodiálisis: SI ___ NO ___ Tiempo: _____ Incontinencia: SI ___ NO ___ PdeO< Normal: ___ Anormal: ___ Urocultivo. Normal: ___ Anormal: ___	Incontinencia: SI ___ NO ___ Consistencia: Normal ___ Diarrea ___ Estreñimiento ___ Drenajes: SI ___ NO ___ Tipo: _____ Colostomía: SI ___ NO ___ Ileostomfa: SI ___ NO ___
<u>NUTRICIONAL Y METABÓLICO</u> Vía: Oral: ___ SNG: ___ Gastrostomía: ___ Catéter Subclavio: ___ Dieta: Normal: ___ Hiposódica: ___ Hipoglicida: ___ Hiperprotéica: ___ Otra: Cuál _____ HERIDA: SI ___ NO ___ Cultivo: _____ Localización: _____ Úlceras por Presión: SI ___ NO ___ Localización: _____		

TIPO LESION	TIPO HERIDA	TIPO TEJIDO	TIPO SECRECION	<u>PERCEPCIÓN/COGNICIÓN</u>			
Quirúrgica	Abierta	Keólico	Seroso	Alteraciones mentales: SI— NO_			
Traumáticas	Cifrada	Fibrinoid	Sanguinolento	Cuál? _____			
Metabólica	Líquida	Fibrinoid	Sanguinolento	Secuelas Neurofógeas: SI- NO_			
Vascular	Contundida	Efibrotica	Purulenta	Cuál? _____			

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Aspecto Motor: Tipo de cuidado: _____
Ambulatorio:Reposo Relativo:Cuidado en Cama: _____

Capacidad Motora:
0. Independencia Total
1. Ayudado por aparato
2. Ayudado por persona
3. Ayudado por aparato y por persona
4. Dependencia total

Circulatorio: Pulso: Carotideo Braquial Radial
FemoralPoplíteo. Pedio,
EDEMA: GI ___ Gil ___ GiliGIVAnasarca. _____
AscitisIngurgitación Yugular
CH: _____

SIGNOS VITALES	DESCRIPCIÓN	
T.A	mmHg	Sudoración: SI ___ NO ___
F.C.	Por minuto	RITMO: Regular Irregular ___
ER.	Por minuto	RITMO: Regular Irregular ___
T°	°C	Color piel:

Respiratorio: OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA:
SINO
Mascarilla: Cánula Nasal. ___ Cánula de
Traqueo tomía:
Inhaladores: SINONebulizaciones: SINO
Dificultad Respiratoria: SI NO _____ Esfuerzo: _____
Reposo:
Tos: SI NO ___ **Seca** ___ **Productiva Color**
Flemas: ___
GASA: _____

CONCIENCIA	ORIENTACION	LENGUAJE	ESTADO ANIMO
Alerta	Tiempo	Normal	Normal
Somnoliento	Persona	Afasia	Deprimido
Estupor	Lugar	Disartria	Ansioso
Coma			Eufórico
			"Lábil"

AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

Dolor referido: SI NO Localizado _____
IrradiadoDifuso _____
ContinuoIntermitente _____
Dolor a la palpación: SI NO _____
Localización _____
Tratamiento _____
Utilizado: _____

SEXUAL Y REPRODUCTIVO

Planificación Familiar: SI NO ___
Método: _____

VALORES Y CREENCIAS

Religión: Católica Cristiana
Otro _____
Valores importantes en su vida: _____

RELACIONES PE ROL

RELACIONES PERSONALES				En su familia Usted:
	Adecuadas	Distantes	Conflictivas	Cuidador de familia
Padres				Proveedor de recursos
Compañero(a)				Orientador del Hogar
Hijos				Depende de ella
Hermanos				
Amigos				



Tipo de cuidador:
Cuidador principal: SI NO ___
Parentesco:
Cuidador familiar: SI NO
Parentesco:
Varios cuidadores: SINOParentesco:
Sin cuidador: SINO

IV. EVALUACIÓN DE RESULTADOS (NOC Inicial - NOC Final)

Resultado:				
ITEM	INICIAL:		FINAL:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente

Resultado:				
ITEM	INICIAL:		FINAL:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente

Anexo 2. Instructivo de diligenciamiento

 FOSCAL	PROGRAMA EDUCATIVO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL HOGAR DIRIGIDO A PARA USUARIOS Y CUIDADORES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA QUE EGRESAN DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE LA FOSCAL	 FOSCAL
	INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO	VERSION: 001

Este instructivo ofrece una síntesis sencilla y práctica para recolectar y analizar datos relacionados con el usuario, con el fin de establecer las necesidades y cuidados que debe recibir en base a los hallazgos encontrados en la valoración inicial con el fin de disminuir cualquier riesgo de complicaciones que pueda presentarse en el hogar. Por tanto este instructivo consta de 4 partes:

I. DATOS BASICOS E INFORMACION GENERAL

I.DATOS DEL USUARIO

Esta primera parte tiene que ver con los datos de identificación del usuario como nombre y apellidos completos, edad en años e historia clínica, ocupación u oficio que desempeña, estado civil: si es soltero(a) -Casado(a)-Viudo(a)-Separado(a)-Unión libre, seguridad social que posee como EPS-PARTICULAR- MEDICINA PREPAGADA, nivel educativo: Primaria-Secundaria-Tecnico/tecnológico-Universitario-Analfabeta, fecha en que ingresó a la clínica y fecha en que fue dado de alta del servicio de hospitalización, dirección y teléfono incluyendo el barrio donde vive.

Diagnóstico médico con que fue dado de alta incluyendo su patología de base y el médico especialista que lo ható durante su hospitalización.

VISITA DOMICILIARIA: se establecerá en base a la valoración inicial que se haga al usuario/cuidador en situación de enfermedad crónica, durante la su hospitalización teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- J Personas adultas con pluripatología y deterioro funcional, con dificultad de valerse por sí mismos o bien usuarios con procesos terminales que necesiten cuidados paliativos en el hogar que presenten:
- J Alguna limitación funcional (paraplejia-cuadruplicja) por daño y/o compromiso neurológico
- J Usuarios que presentan lesión o riesgo de lesión de piel
- J Personas que requieran cuidado de dispositivos especiales mediante enseñanza/adiestramiento (sonda vesical, y ostomías)
- V Personas que requieran alimentarse por sonda nasogástrica, nasoyeyunal o gastrostomía
- S Personas que necesitan oxígeno terapia domiciliaria (inhaladores, nebulización

oxígeno suplementario).

Si la persona cumple con estos criterios, clasifica para visita domiciliaria la cual será programada junto con el usuario/cuidador antes del alta y se realizará durante los 8 días posteriores a su salida. Esta visita se realizará con el fin de brindar educación y adiestramiento al usuario, familia/cuidador, sobre determinada patología, procedimiento o cuidado especial; de igual forma evaluar la evolución clínica del usuario y la educación impartida tanto al usuario como a su cuidador durante su egreso de la clínica.

SEGUIMIENTO TELEFÓNICO: de igual forma se establecerá en base a la valoración inicial que se haga al usuario/cuidador en situación de enfermedad crónica, durante la su hospitalización teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- S Personas con pluripatología funcional, que pueden valerse por sí mismo y que tengan control de su enfermedad pero que sin embargo tienen alguna duda o dificultad en el manejo de su régimen terapéutico.

Si la persona cumple con este criterio el seguimiento telefónico se ejecutará al 3 ó 5 día posterior a su salida, con el fin de evaluar la evolución clínica del usuario, la adherencia al tratamiento Vs régimen terapéutico, el cumplimiento a los controles y la detección temprana de complicaciones.

2. MEDICACION DE EGRESO

Durante la preparación para el alta hospitalaria, se tomará registro de los medicamentos que debe continuar tomando en casa. Para ello se diseñó una tarjeta de medicamentos teniendo en cuenta: el nombre del medicamento, la cantidad o dosis que la persona debe consumir y con qué frecuencia, el horario que más le favorece cumplir, la vía por la cual debe ser administrada y la acción que el medicamento produce. Durante esta actividad se hará especial énfasis sobre la importancia de cumplir adecuadamente con los horarios que se recomiendan para cada medicamento y los posibles efectos adversos.

3. CITAS DE CONTROL AMBULATORIAMENTE

Una vez sea confirmado el egreso del usuario, se resaltarán la importancia de cumplir con las citas médicas de control y se hará entrega de un recordatorio que indique: la especialidad, el médico tratante y la fecha del próximo control.

4. CUIDADOS ESPECIALES EN CASA

Durante la valoración se tendrá en cuenta las indicaciones y recomendaciones dejadas por el médico y otras especialidades. Esto con el fin de poder centrar e incluir al plan de cuidados, la educación y tipo de adiestramiento que el usuario o cuidador requieren aprender en base a la situación de salud en que se encuentre. Estos cuidados tienen que ver con el tipo alimentación bien sea por vía oral o enteral, el tipo de actividad física que la persona presente teniendo en cuenta si requiere reposo relativo o absoluto, el tipo de herida

si la hay o lesión si la hay o está en riesgo de presentarla, el dispositivo que deba continuar manejando en casa y por último cuidados que tengan que ver con el control del dolor.

5. DOCUMENTOS Y ELEMENTOS ENTREGADOS AL EGRESO

En el momento del egreso la enfermera hará entrega de fórmulas de medicamentos, rayos X, órdenes de control con especialistas, órdenes de procedimientos especiales, entre otros.

II. VALORACION DEL ESTADO DE SALUD

El propósito de la valoración inicial es evaluar el estado de salud del usuario e identificar cualquier patrón disfuncional que pueda presentar, y así poder establecer la relación de ayuda. Como marco de valoración se han estandarizado algunos Ítems teniendo en cuenta los patrones funcionales de salud descritos por Maiyori Gordon; y se llavará a cubo mediante: valoración cefalocaudal del usuario, valoración focalizada conjunta del usuario/cuidador y revisión de la Historia clínica electrónica.

Esta valoración está encaminada a identificar el nivel de conocimientos que el usuario y del cuidador tienen a cerca del proceso de la enfermedad. En algunas ocasiones se hace necesaria una valoración global, porque las condiciones del paciente no lo permiten; por tanto, es necesario valorar también al cuidador principal mediante una encuesta.

III. PLAN DE CUIDADOS

Una vez realizada la valoración y entrevista al usuario y aplicada la encuesta al familiar/cuidador principal, se determinará el plan de cuidados, en base a la taxonomía NANDAy NIC.

Anexo. 3 PLAN DE CUIDADOS: principales Diagnósticos, intervenciones y actividades

N°	DIAGNOSTICO
1	Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con: obstrucción anatómica, multicausalidad, deterioro sensitivo motor, infección del tracto urinario.
2	Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con: presencia de problemas respiratorios, presencia de problemas cardíacos.
3	Deterioro de la integridad cutánea relacionado con: humedad, inmovilización física, déficit inmunológico, alteración de la circulación/sensibilidad
4	Riesgo de lesión relacionado con: perfil sanguíneo anormal, agentes nosocomiales, sistema de soporte nutricional, disfunción inmune/autoinmune, disfunción bioquímica/metabólica
5	Retraso en la recuperación quirúrgica relacionado con: infección postoperatoria de la zona quirúrgica, obesidad, procedimiento quirúrgico prolongado.
6	Conocimientos deficientes relacionado con: poca familiaridad con los recursos para obtener información, mala interpretación de la información, limitación cognitiva, falta de interés por el aprendizaje.
7	Manejo infectivo del régimen terapéutico relacionado con: complejidad del régimen terapéutico, déficit de conocimientos, déficit de soporte social.
8	Riesgo de cansancio del rol cuidador relacionado con: alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidado en el domicilio, duración de la necesidad de cuidados, falta de experiencia en brindar cuidados, deterioro de la salud del cuidador, cuidados complejos.
9	Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con: EPOC, infección, hiperplasia de paredes bronquiales, vía aérea artificial, espasmo de las vías aéreas.
10	Perfusión tisular inefectiva renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal y periférica relacionado con: envenenamiento enzimático, disminución de la concentración de la hemoglobina, problemas de intercambio, intemperción del flujo arterial.
N°	INTERVENCIONES
1.1	Cuidados del catéter urinario
1.2	Sondaje vesical
1.3	Sondaje vesical intermitente
2.1	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
2.2	Manejo de la medicación
2.3	Cuidados cardíacos: rehabilitación
3.1	Cuidados de las heridas
3.2	Cuidados de úlceras por presión
3.3	Cuidados de ostomías
4.1	Protección contra las infecciones
4.2	Prevención de caídas

4.3	Precauciones con hemorragias
5.1	Cuidados del paciente encamado
5.2	Terapia de ejercicios: ambulaci3n
5.3	Alimentaci3n enteral por sonda
6.1	Planificaci3n del alta
6.2	Enseñanza: proceso enfermedad
6.3	Enseñanza: cuidado de los pies
7.1	Enseñanza: medicamentos prescritos
7.2	Seguimiento telef3nico
7.3	Identificaci3n de riesgos
8.1	Apoyo al cuidador principal
8.2	Mantenimiento en los procesos familiares
8.3	Cuidados intermitentes
9.1	Oxigenoterapia
9.2	Manejo de las vıas a3reas
9.3	Manejo de las vıas a3reas artificiales
10.1	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial/venosa
10.2	Prevenci3n de 3lceras por presi3n
10.3	Cuidados de los pies
N°	ACTIVIDADES
1.1.1	Mantener un sistema de drenaje urinario cenado
1.1.2	Mantener la permeabilidad del sistema de cat3ter urinario
1.1.3	Cambiar el cat3ter y el sistema de drenaje urinario a intervalos regulares
1.1.4	Anotar las caracterısticas del lıquido drenado
1.1.5	Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posici3n debida para favorecer el drenaje urinario
1.2.1	Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervenci3n
1.2.2	Mantener una t3cnica as3ptica estricta
1.2.3	Utilizar el tamañu del cat3ter urinario m3s adecuado
1.2.4	Fijar el cat3ter a la piel, si procede
1.2.5	Realizar la cateterizaci3n residual despu3s de orinar, sı es necesario
1.3.1	Enseñar al paciente/familia el prop3sito, suministro, m3todo y fundamento de la cateterizaci3n intermitente
1.3.2	Enseñar al paciente la cateterizaci3n intermitente limpia
1.3.3	Enseñar el procedimiento y que la persona haga la demostraci3n, si procede
1.3.4	Explicar al paciente/familia los signos y sıntomas del tracto urinario
1.3.5	Controlar peri3dicamente el color, olor y claridad de la orina
2.1.1	Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito
2.1.2	Informar al paciente del prop3sito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito
2.1.3	Enseñar al paciente c3mo controlar la tolerancia a la actividad
2.1.4	Enseñar al paciente una buena postura y la mec3nica corporal, si procede

2.1.5	Incluir a la familia/ser querido, si resulta apropiada
2.2.1	Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
2.2.2	Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación
2.2.3	Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos
2.2.4	Ayudar al paciente/familia a realizar ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede
2.2.5	Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica
2.3.1	Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad
2.3.2	Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio) si procede
2.3.3	Instruir al paciente y a la familia sobre las limitaciones para levantar/empujar peso, si procede
2.3.4	Instruir al paciente y a la familia acerca del seguimiento de los cuidados
2.3.5	Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (aislar las actividades y permitir períodos de reposo), si procede
3.1.1	Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño o olor
3.1.2	Limpia con solución salina o limpiador no tóxico, si procede
3.1.3	Aplicar ungüento adecuado a la piel/lesión si procede y reforzar el apósito si es necesario
3.1.4	Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida
3.1.5	Enseñar al paciente y a la familia signos y síntomas de infección y procedimientos de cuidado de la herida
3.2.1	Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización
3.2.2	Controlar el olor, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante
3.2.3	Remojar con solución salina y desbridar la úlcera si es necesario
3.2.4	Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda
3.2.5	Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede
3.3.1	Instruir al paciente/cuidador en la utilización del equipo de la ostomía
3.3.2	Ayudar al paciente a practicar los autocuidados
3.3.3	Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria
3.3.4	Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante
3.3.5	Enseñar al paciente a intubar y drenar la bolsa siempre que la note llena (cada 4-6 horas)
4.1.1	Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada
4.1.2	Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones

4.1.3	Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo
4.1.4	Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica
4.1.5	Instruir al paciente y a la familia acerca de signos y síntomas de infección y cuándo deben informar de ellos al personal de salud
4.2.1	Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
4.2.2	Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
4.2.3	Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas)
4.2.4	Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa
4.2.5	Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones
4.3.1	Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar hemorragias
4.3.2	Evitar inyecciones IV, IM o SC, si procede
4.3.3	Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal
4.3.4	Utilizar máquina de afeitar eléctrica, en lugar de hoja de afeitar
4.3.5	Instruir al paciente y/o familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador), si se produjeran hemorragias
5.1.1	Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado
5.1.2	Colocar al paciente en alineación corporal adecuada
5.1.3	Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas y mantenerla limpia, seca y libre de amigas
5.1.4	Vigilar el estado de la piel y vigilar si se produce estreñimiento
5.1.5	Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico
5.2.1	Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones
5.2.2	Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama, o en una silla según tolerancia
5.2.3	Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde
5.2.4	Enseñar al paciente a colocarse en posici3n correcta durante el proceso de traslado
5.2.5	Instruir al paciente/cuidador acerca de técnicas de traslado y deambulaci3n seguras
5.3.1	Observar si la colocaci3n de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuo gástrico o escuchando durante la inyecci3n y extracci3n de aire, según protocolo del centro
5.3.2	Elevar el cabecero de la cama durante la alimentaci3n, y una vez finalizada ésta esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posici3n horizontal
5.3.3	Parar la alimentaci3n por sonda 1 hora antes de realizar algùn procedimiento o si el paciente se ha de colocar en una posici3n con la cabecera a menos de 30 grados
5.3.4	Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante alimentaci3n continuada y después de cada alimentaci3n intermitente

5.3.5	Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómito. Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuo
6.1.1	Colaborar con el médico, paciente/familiar y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados
6.1.2	Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta
6.1.3	Comunicar al paciente los planes del alta, si procede
6.1.4	Desarrollar un plan que considere las necesidades de cuidado, sociales y económicas del paciente
6.1.5	Disponer la evaluación posterior al alta, cuando sea posible
6.2.1	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente/cuidador relacionado con el proceso de la enfermedad específico. Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si produce.
6.2.2	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad
6.2.3	Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento
6.2.4	Enseñar al paciente sobre medidas para prevenir, controlar o minimizar los síntomas
6.2.5	Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede
6.3.1	Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies. Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio), Si existe alguna alteración de éstas recomendar la ayuda de algún familiar
6.3.2	Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión. Dar información escrita de las pautas de cuidados de los pies.
6.3.3	Recomendar al paciente que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad y zonas abiertas. Recomendar utilizar un espejo o la ayuda de otra persona para realizar la exploración
6.3.4	Dar información respecto a la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes
6.3.5	Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies. Aconsejar medidas de autocuidados adecuadas ante problemas menores de los pies.
7.1.1	Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Informar al paciente sobre las posibles interacciones de los fármacos/comidas, si procede
7.1.2	Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

7.1.3	Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación
7.1.4	Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. Instruir al paciente sobre acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
7.1.5	Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, si procede
7.2.1	Ayudar con cambios de prescripciones, de acuerdo con las normas establecidas
7.2.2	Hacer y responder preguntas
7.2.3	Proporcionar información acerca del régimen del tratamiento y las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas
7.2.4	Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información administrada al paciente de acuerdo con las normas especificadas
7.2.5	Determinar cómo puede localizarse al paciente o algún miembro de la familia para devolver la llamada, según convenga
7.3.1	Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y cuidados actuales o anteriores
7.3.2	Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. Determinar el nivel educativo
7.3.3	Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar
7.3.4	Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual
7.3.5	Determinar al cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados
8.1.1	Determinar el nivel de conocimiento de cuidador
8.1.2	Determinar la aceptación del cuidador de su papel. Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal
8.1.3	Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. Enseñar al cuidador la terapia de cuidado del paciente de acuerdo a las preferencias.
8.1.4	Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando
8.1.5	Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental
8.2.1	Determinar los procesos de ruptura familiar típicos
8.2.2	Estimular las visitas de miembros de la familia, si resulta oportuno
8.2.3	Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida
8.2.4	Establecer programas de actividades de cuidados en casa para el paciente que minimicen la ruptura de la rutina familiar
8.2.5	Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar cuidados al paciente en casa
8.3.1	Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia

8.3.2	Controlar la capacidad de resistencia del cuidador
8.3.3	Disponer los arreglos para el cuidador sustituto
8.3.4	Seguir la rutina habitual de cuidados
8.3.5	Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual
9.1.1	Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido
9.1.2	Administrar oxígeno suplementario según órdenes. Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno
9.1.3	Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa
9.1.4	Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia
9.1.5	Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alterno para fomentar la comodidad, si procede
9.2.1	Enseñar a toser de manera efectiva
9.2.2	Fomentar la respiración lenta y profunda
9.2.3	Administrar broncodilatadores, si procede
9.2.4	Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado
9.2.5	Administrar tratamientos con nebulizar ultrasónico, si procede
9.3.1	Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4 o 8 horas si procede: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma y cambiar la sujeción de la traqueostomía
9.3.2	Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento e irritación
9.3.3	Aislar la traqueotomía del agua
9.3.4	Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe, si procede
9.3.5	Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostomía
10.1.1	Realizar una valoración global de la circulación periférica (Ej. Comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar color y temperatura)
10.1.2	Enseñar al paciente/cuidador los factores que afectan la circulación (Ej. Fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a T* frías y cruzar las piernas y los pies)
10.1.3	Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente. Si es por insuficiencia venosa, enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión
10.1.4	Realizar cuidados de la herida(desbridamiento, terapia antimicrobiana), si es necesario
10.1.5	Proteger la extremidad de lesiones (Ej. Borreguito debajo de los pies y la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a la medida)
10.2.1	Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden). Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión

10.2.2	Registrar el estado de la piel al ingreso y luego a diario. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
10.2.3	Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
10.2.4	Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. Humedecer la piel seca intacta. Darse vuelta continuamente cada 1-2 horas, si procede
10.2.5	Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede. Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.
10.3.1	Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies
10.3.2	Comentar con el paciente la rutina habitual del cuidado de los pies
10.3.3	Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad.
10.3.4	Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando estén blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía. Examinar si en las uñas hay espesor o decoloramiento
10.3.5	Enseñar al paciente a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano

Siente que será capaz de cuidar a su familiar/paciente por mucho más tiempo?		
Se ha sentido sobrecargado por cuidarlo?		
CAMBIOS EN LA RUTINA DEL CUIDADOR		
Considera usted, que debido al tiempo que dedica al paciente, ya no dispone del tiempo necesario para realizar sus actividades personales?		
Sus relaciones sociales se han visto modificadas por cuidar al paciente		
Su vida privada se ha visto afectada por el cuidado que le brinda		
Tiene usted la posibilidad de acudir a otros familiares o personal voluntario que le ayude a cuidar al paciente		

FUENTE: Sánchez Jánariz H, Protocolo del servicio de continuidad de cuidados para la atención domiciliaria. Servicio canario de salud. Escala de sobrecarga del cuidador.. Pág.38-39. España. 2002

MOLESTIAS ASOCIADAS AL CUIDADO:

Aburrimiento Estrés Temor Alteración del sueño Depresión Cefalea
Bajo peso Ninguna

¿PRESENTA ALGUN PROBLEMA DE SALUD QUE SEA DIAGNOSTICADO?

SI NO ¿Cuál?:

TEMATICAS QUE LE GUSTARIA REFORZAR EN CUANTO A LOS CUIDADOS DEL PACIENTE:

OBSERVACIONES:

Anexo. 5 formato de evaluación de resultados

Resultado: CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Prescrito	Ausente	Presente	Ausente
Describe cti qué consiste el procedimiento terapéutico				
Explica el propósito del procedimiento				
Describe y realiza los pasos para realizar el procedimiento				
Describe las precauciones a tener en cuenta durante el procedimiento				
Describe las acciones adecuadas durante las complicaciones				

Resultado: CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO				
J T E M	Inicial;		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe la justificación del régimen terapéutico				
Describe los efectos esperados del tratamiento				
Describe los beneficios del tratamiento de Ja enfermedad				
Describe la medicación prescrita				
Describe la dieta, actividad y ejercicio prescrito				

Resultado: AUTO CONTROL DE LA DIABETES				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Sigue prácticas preventivas del cuidado de los pies				
Demuestra el procedimiento coneccto para control de glucosa en la sangre				
Sigue dieta recomendada				
Utiliza medidas para prevenir complicaciones				
Realiza el régimen de tratamiento según este prescrito				

Resultado: CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA DIABETES				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe d régimen de insulina prescrito				
Describe el papel de la nutrición en el control de la glucemia				
Describe la técnica adecuada para preparar y administrar la insulina				
Describe la prevención de la hiperglucemiaAupoglucemia				
Describe cuándo solicitar ayuda profesional				

Resultado: AUTOCONTROL DE LA ENFERMEDAD CARDIACA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Realiza el régimen terapéutico tal como se ha prescrito				
Participa en el proceso de toma de decisiones de cuidados de la salud				
Informa los síntomas de empeoramiento de la enfermedad				
Sigue dieta recomendada				
Controla los efectos de los estimulantes				

Resultado; CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA ENFERMEDAD CARDIACA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe los síntomas de empeoramiento de la enfermedad				
Describe la manera de controlar los factores de riesgo				
Describe los efectos de la medicación				
Describe la estrategia para seguir la dieta				
Describe los beneficios del control de la enfermedad				

Resultado ;CONOCIMIENTO: ACTIVIDAD PRESCRITA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Explica el propósito de la actividad				
Describe las restricciones de la actividad				
Describe las precauciones de la actividad				
Describe la estrategia para el incremento gradual de la actividad				
Describe los factores que disminuyen la tolerancia a la actividad				

Resultado: AUTOCONTROL DEL ASMA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Inicia acciones para controlar desencadenantes personales				
Realiza las modificaciones ambientales apropiadas				
No experimenta efectos secundarios medicamentosos				
Demuestra el uso apropiado de los inhaladores y nebulizadores				
Contacta con los profesionales cuando los síntomas no se controlan				

Resultado: AUTO CUIDADO DE OSTOMÍA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe el propósito de la ostomía				
Demuestra cuidados de la piel alrededor de la ostomía				
Sigue dieta recomendada				
Sigue un programa para cambiar la bolsa de la ostomía				
Busca ayuda profesional según sea necesario				

Resultado: CONOCIMIENTO: CUIDADOS DE LA OSTOMÍA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe el propósito de la ostomía				
Describe los cuidados de la piel alrededor de la ostomía				
Describe las complicaciones relacionadas con el estoma				
Describe los materiales necesarios para cambiar la ostomía				
Busca ayuda profesional según sea necesario				

Resultado: CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe el curso habitual de la enfermedad				
Describe las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad				
Describe los factores de riesgo				
Describe los signos y síntomas				
Describe las precauciones para prevenir las complicaciones				

Resultado: CONOCIMIENTO: MEDICACIÓN				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Declara el nombre correcto de la medicación				
Describe las acciones de la medicación				
Describe los efectos indeseables de la medicación				
Describe las precauciones de la medicación				
Describe la administración correcta de la medicación				

Resultado: CONOCIMIENTO: CONTROL DE LA INFECCION				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe los factores que contribuyen a la transmisión				
Describe las prácticas que reducen la transmisión				
Describe signos y síntomas				
Describe el tratamiento de la infección diagnosticada				
Describe el seguimiento de la infección diagnosticada				

Resultado: CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe el proceso de la enfermedad				
Describe la causa o factores contribuyentes				
Describe signos y síntomas de las complicaciones				
Describe las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad				
Describe las precauciones para prevenir las complicaciones				

Resultado: CONOCIMIENTO: CUIDADOS EN LA ENFERMEDAD				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe la dieta				
Describe del control de la infección				
Describe la medicación				
Describe la actividad prescrita				
Describe el procedimiento terapéutico				

Resultado: CONTROL DEL DOLOR				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Reconoce factores causales				
Utiliza medidas de alivio no analgésicas				
Utiliza los analgésicos de forma apropiada				
Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal				
Refiere dolor controlado				

Resultado: EJECUCIÓN DEL ROL				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Posee capacidad para cumplir las expectativas del rol				
Describe los cambios conductuales con la enfermedad o incapacidad				
Describe los cambios conductuales con ancianos dependientes				
Ejecuta las conductas del rol laboral				
Refiere comodidad con la expectativa del rol				

Resultado: ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Trastorno de la dinámica familiar				
Responsabilidades del rol				
Actividades de ocio				
Relaciones con otros miembros de la familia				
Productividad laboral				

Resultado: CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Cumple el régimen terapéutico recomendado				
Realiza cuidados compatibles con su habilidad				
Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos				
Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición				
Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario				

Resultado: CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe el uso correcto de los dispositivos de ayuda				
Describe cuándo pedir ayuda personal				
Describe las medicaciones que aumentan el riesgo de caídas				
Describe de presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas				
Describe las condiciones crónicas que aumentan el riesgo de caídas				

Resultado: AUTONOMIA PERSONAL				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Al elegir tiene en cuenta h opinión de los demás				
Toma decisiones libre de la presión del proveedor de cuidados de salud				
Afirma las preferencias personales				
Participa en las decisiones de los cuidados de salud				
Expresa satisfacción con las elecciones de la vida				

Resultado: CONTROL DEL RIESGO				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas				
Se compromete con estrategias de control del riesgo				
Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo				
Evita exponerse a las amenazas para la salud				
Utiliza los servicios sanitarios de forma congruente cuando los necesita				

Resultado: RENDIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL: CUIDADOS DIRECTOS				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Conoce el plan de tratamiento				
Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria				
Se anticipa a las necesidades del receptor de los cuidados				
Demuestra confianza en la realización de las tareas necesarias				
Demuestra consideración positiva incondicional hacia el receptor				

Resultado; CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe los beneficios de la actividad y el ejercicio				
Describe las técnicas efectivas de control del estrés				
Describe los patrones efectivos de dormir y despertar				
Describe los efectos de los fármacos sin prescripción facultativa				
Describe: cómo evitar la exposición a los riesgos medioambientales				

Resultado: PREPARACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DOMICILIARIO				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Participa en las decisiones de atención domiciliaria				
Conoce sobre el papel de cuidador principal				
Conoce el proceso de la enfermedad del receptor de cuidados				
Conoce el régimen de tratamiento recomendado				
Conoce los cuidados en el seguimiento				

Resultado: CONOCIMIENTO: MECANISMOS CORPORALES				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Describe la postura de pie conecta				
Describe la postura sentada conecta				
Describe las posibles causas posicionales del dolor muscular en posición de elevación				
Describe los síntomas de posible lesión de espalda				
Describe las actividades personales de riesgo				

Resultado: CREENCIAS SOBRE LA SALUD: CAPACIDAD PERCIBIDA PARA ACTUAR				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Hay percepción de que la conducta sobre la salud no es demasiado compleja				
Hay percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable				
Demuestra confianza en la experiencia pasada con la conducta sobre la salud				
Demuestra confianza en la experiencia pasada con conductas sobre la salud y similares				
Demuestra confianza relacionada con experiencias observadas o anécdotas de los demás				

Resultado: PREPARACIÓN PARA EL ALTA: VIVIR CON APOYO				
ITEM	Inicial:		Final:	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Tiene necesidad de soporte familiar				
Está orientado con los cuidados en la nueva residencia				
Acepta el traslado a la nueva residencia				
Describe necesidades especiales				
Describe un plan de la continuidad de los cuidados				

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio es de carácter descriptivo, el cual de acuerdo con el título II, artículo 5 y 6 de la resolución No 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia²⁰, se denomina “Sin intervención alguna”, por lo tanto se consideró investigación “con riesgo mínimo”. Las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud aducen que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Se tuvo en cuenta la Ley 911 de 2004²¹, Capítulo IV de las responsabilidades del profesional de enfermería en la investigación, la cual contempla: el principios de beneficencia, que consiste en evitar hacer el daño a las enfermeras que participen en el estudio, el principio del respeto a la dignidad humana, el derecho a la autodeterminación y al conocimiento de información de los instrumentos, respetando la participación voluntaria en el diligenciamiento de los mismos, el principio de justicia respetando el derecho a la privacidad de la información.

20 Ministerio De Salud. Resolución No. 008430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud. Bogotá. 1993, [en línea] Disponible en Internet: www.coiciencias.gov.co/portalcol/downloadsterchivosSoporteConvocatorias/753.pdf

21 Tribunal Nacional Ética De Enfermería. Ley 911 de 2004. Capítulo 4, artículo 29.30. Bogotá, 2004.

8. BIBLIOGRAFÍA

[1] Consejos para Mejorar la Educación del Paciente y la Familia Agosto 17 de 2011.

Disponible en:

http://www.healtheleadersmedia.com/contentredirect.cfm?content_id=245986

[2] Edelmira Castillo Enf PH.D, Catherine A. Chesla, DN, Gustavo Echeverry. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. Pág. 44, Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc05051>

[3] Proceso de educación al paciente y a su familia- the educational process to the patient and family Mayo de 2009. Disponible en:

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol120309/Editorial.htm> Revista de enfermería.

[4] Pinzón de Salazar Lina. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. Disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revista%20103.pdf>

[5] Tobón Correa, Ofelia y García Ospina, Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿qué los acerca? ¿qué los separa? En: Revista Hacia la Promoción de la Salud., Año 5, diciembre de 2000. Manizales: Universidad de Caldas.

[6] Colombia, Ley 266 de 1.996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.

[7] Nonna técnica para la Prevención de enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Ministerio de la protección social. República de Colombia, p.2.

[8] National Alliance for Caregiving y United Hospital Fund of New York, Guía sobre la planificación del alta hospitalaria para los cuidadores familiares. p. 2

[9] Pinto Afanador Natividad “reflexiones sobre el cuidado a partir del programa cuidado a los cuidadores” 2005, p. 129

[10] El Colombiano - Prevenir enfermedades crónicas: una inversión vital, disponible en: www.elcolombiano.net/noticia/683/registro.php Artículo publicado el 10-21-2005, p. 1

[11] Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaria de Salud. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un enemigo evitable. Disponible en:

<http://www.cali.gov.co/publicaciones.php?id=30932> 14/05/2010

- [12] Marrier-Tomey. Modelos y teorías de enfermería. 3 Ed. Mosby. Madrid 1994, pág. 31
- [13] Osorio Alexandra. la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables, p. 135-136. Disponible en:
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15%281%29_9.pdf
- [14] Proyecto el CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades Crónicas No Transmisióles). Ministerio de salud - OPS/OMS Colombia.
- [15] Situación de salud en Santander. Observatorio de salud pública de Santander. Indicadores básicos 2007. Disponible en: <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>
- [16] Ministerio de la protección social. Resolución 1445 del 8 de mayo de 2008. Anexo técnico N° 2: por la cual define los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. Disponible en: http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=109&Itemid=3 libb2007-3-mortalidad pág. 1
- [17] Ministerio De Salud. Resolución No. 008430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la Investigación en Salud. Bogotá. 1993. [en línea] Disponible en: www.colciencias.gov.co/portalcol/downloads/archivosSoporteConvocatorias/753.pdf
- [18] Tribunal Nacional Ética De Enfermería. Ley 911 de 2004. Capítulo 4, artículo 29, 30. Bogotá. 2004
- [19] Brunner y Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 9ª ed. 2002.
- [20] Cano Ai-ana A, Martín Arribas MC, Martínez Piédrola M, García Tallés C, Hernández Pascual M y Roldán Fernández A, en representación del equipo investigador. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Artículo original. Madrid España. 2007.
- [21] Carpenito Lynda. Planes de cuidados y documentación en Enfermería. Editorial. Interamericana-Mc Graw Hill, Madrid, España, 1994.
- [22] Harcourt, Diagnósticos Enfermeros de la Nanda Definiciones y clasificación. 2003-2004. Madrid.
- [23] Fuentelsaz Gallego C. Visita domiciliaria programada a personas mayores de 65 años. Edita: Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo. Hospital Universitari Valí d'Hebrón Barcelona, 2002.

[24] Genero L. L, Fernández L. L, Andúgar H.J, Casal García M.C, Crespo N, Campos Sien C, Segura J. Efectividad de un programa educativo por parte del personal de enfermería para mejorar la medida domiciliaria de la presión arterial. Madrid - España. 2005.

[25] Guirao-Goris JA, Ruiz A, Alonso A, Cardona JV, Costa E, Dasí MJ, Soler J, Perpiñá MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004.

[26] Organización mundial de la salud, estrategia global dieta, actividad física y salud [sitio en internet] disponible en: Information sheet: facts related to chronic diseases and the WHO global strategy on diet, physical activity and health [pdf 260kb], www.oms.org.co.

[27] Jonson M, Maas M, Moorlead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª Ed. España: Harcourt, Mosby. 2001.

[28] McCloskey J.C., Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería. Tercera edición; Harcourt Mosby, Madrid España, 2000.

[29] Prato Hernández RM. Revista de enfermería. Participación de la enfermera en un programa de educación a la familia. Fundación Valle de Lilli. Santiago de Cali. Colombia. 2006.

[30] Ríos M L. Guías de atención en enfermería. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, ESE. Universidad del Valle del Cauca. Julio de 2003.

[31] Sánchez Jánariz H. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

[32] Sarmiento de Peñaranda Lucía Victoria, Ibáñez Alfonso Luz Eugenia. El Proceso de Enfermería. 1ª edición. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga-Colombia. 2003.