

## Artículo de Investigación

# Transformar el ingreso hospitalario en un momento de cuidado de enfermería

## Transforming the hospital admission process into an opportunity for nursing care

Beatriz Pérez-Giraldo; Maryory Guevara-Lozano; Beatriz Sánchez-Herrera; Ligia-Patricia Arroyo-Marlés

### Cómo citar este artículo

Pérez-Giraldo Beatriz; Guevara-Lozano Maryory; Sánchez-Herrera Beatriz; Arroyo-Marlés Ligia-Patricia. Transformar el ingreso hospitalario en un momento de cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería, 2019, v. 18, n. 3, e013.

<https://doi.org/10.18270/rce.v18i3.2605>

Recibido: 2019-07-13; aprobado: 2019-10-02

**Beatriz Pérez-Giraldo:** enfermera, especialista en Educación y Asesoría Familiar, magíster en Enfermería con énfasis en Salud Familiar. Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-6636-290X>

[beatriz.perez@unisabana.edu.co](mailto:beatriz.perez@unisabana.edu.co)

**Beatriz Sánchez-Herrera:** enfermera, especialista Practicante Clínica en Gerontología, magíster en Ciencias de la Enfermería. Universidad de La Sabana- Universidad Nacional de Colombia. Chía-Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-8029-7187>

[clara.sanchez@unisabana.edu.co](mailto:clara.sanchez@unisabana.edu.co)

**Maryory Guevara-Lozano:** enfermera especialista en Gestión en Rehabilitación, magíster en Enfermería. Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-9559-5697>

[maryorygl@unisabana.edu.co](mailto:maryorygl@unisabana.edu.co)

**Ligia-Patricia Arroyo-Marlés:** enfermera, especialista en Gerencia de Instituciones de Salud. Clínica Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-4317-6722>

[ligia.arroyo@clinicaunisabana.edu.co](mailto:ligia.arroyo@clinicaunisabana.edu.co)

## RESUMEN

**Objetivo:** describir el proceso de transformación del ingreso hospitalario para convertirlo en un momento de cuidado de enfermería en el que se logra mejorar la adaptación de quienes son atendidos.

**Metodología:** investigación metodológica en enfermería realizada en seis fases entre el 2017 y el 2018: diagnóstico de la experiencia de los pacientes y sus cuidadores familiares durante el ingreso a hospitalización; revisión de las buenas prácticas mundiales de ingreso hospitalario; definición de un protocolo de enfermería para orientar el ingreso hospitalario con base en la mejor evidencia disponible y pautas para establecer un vínculo de cuidado enfermera-paciente y cuidador familiar; diseño y ajuste de instrumentos y estrategias para apoyar la implementación del protocolo; afinamiento del protocolo y las herramientas de apoyo mediante revisión de expertos; y prueba piloto en el servicio durante nueve meses. **Resultados:** la transformación del ingreso hospitalario exige tanto la búsqueda de una evidencia

que lo respalde, como los lineamientos de humanización plasmados en una guía práctica. La adherencia de enfermería a las guías se asoció con una mejor percepción del servicio por parte del paciente y su cuidador convirtiendo este procedimiento en un momento de cuidado. **Conclusiones:** la transformación del procedimiento de ingreso al servicio de hospitalización del paciente y su cuidador familiar para convertirlo en un momento de cuidado de enfermería mejora la experiencia de las personas implicadas y su percepción sobre el servicio que ofrece la institución.

**Palabras clave:** investigación metodológica en enfermería; admisión del paciente; adaptación; humanización de la atención; evaluación de proceso (atención de salud); hospitalización; atención de enfermería; cuidadores; teoría de enfermería; enfermería basada en la evidencia.

## ABSTRACT

**Objective:** This research seeks to describe the process of transforming hospital admissions into a moment of nursing care that improves the adaptation of patients and their caregivers. **Methodology:** This is a Nursing Methodology Research that was conducted between 2017 and 2018. The study included six phases: diagnosis of the experience of patients and their family caregivers during admission to hospitalization; review of the best hospital admission practices worldwide; definition of both, a nursing protocol to guide hospital admission based on the best available evidence, and guidelines to establish a caring relationship between the nurse, the patient, and the family caregiver; design and adjustment of instruments and strategies to support the implementation of the protocol; adjustment of the proposed protocol and supporting tools through expert review; and a pilot test in use for 9 months. **Results:** The transformation of the hospital admission requires nurses to search for evidence and humanization strategies, embodied in a practical guide that supports the admission process. There is a direct connection between the adherence of nurses to the guidelines and a better perception from patients and caregivers of the received service. This implies the admission process may become a caring opportunity. **Conclusions:** The transformation of hospital admission process into a moment of nursing care for patients and family caregivers improves the experience of the people involved and their perception of the institutional service quality.

**Key words:** nursing methodology research; patient admission; adaptation; humanization of assistance; process assessment in health care; hospitalization; nursing care; caregiver; nursing theory; evidence-based nursing.

## INTRODUCCIÓN

La disciplina profesional de enfermería tiene como eje central humanizar la experiencia de cuidado de la salud de las personas allí donde ellas se encuentran (1). De la misma manera, a nivel interdisciplinario y en el marco de la gestión hospitalaria, se ha identificado que conocer y enfocarse en la experiencia de los usuarios es una forma acertada de orientar el servicio de salud respondiendo mejor a sus expectativas (2). En tal sentido, el ingreso como punto de entrada a una experiencia de hospitalización debe ser analizado y cualificado de manera permanente.

Para la díada paciente-cuidador familiar, el ingreso hospitalario es una experiencia desconocida y con frecuencia estresante, un momento de verdad a través del cual se valora la calidad del servicio de salud de acuerdo con su percepción de bienestar (3). La satisfacción de esta díada con la atención durante el ingreso se relaciona con la calidad del servicio (4, 5) e incluso con el éxito del tratamiento que el paciente recibe (6). Por otra parte, desde la perspectiva de enfermería, el ingreso es el comienzo de una cadena de encuentros con el paciente y su cuidador familiar que puede ser un momento estratégico para dar información (7), orientar el cuidado y satisfacer sus necesidades al llegar al servicio (8, 9).

En la clínica privada de tercer nivel de complejidad y de naturaleza universitaria en la que se realizó la investigación, donde la atención está centrada en las personas, se ha buscado que procedimientos

como el ingreso sean analizados de acuerdo con la experiencia que estas viven para poder cambiar la atención convencional generando momentos de cuidado, donde tal como lo describen Guevara-Lozano y otros, el servicio de enfermería reconozca a las personas como personas y propicie su adaptación a través de la atención (I0).

El presente estudio buscó describir el proceso de transformación del ingreso hospitalario para convertirlo en un momento de cuidado de enfermería en el que se logra mejorar la adaptación de quienes son atendidos.

## METODOLOGÍA

Esta es una investigación metodológica en enfermería. De acuerdo con la Biblioteca Virtual en Salud, esta se utiliza para implementar proyectos de enfermería, incluida la documentación de la información y las inferencias sobre esta; este método permite la exploración de aspectos relacionados con la experiencia humana (I1). Para ello, se siguieron los lineamientos de Polit y otros con el fin de obtener, organizar y analizar los datos para generar resultados que inciden en la práctica (I2).

El estudio se realizó en alianza docencia-asistencia a favor de la práctica de enfermería, entre el 2017 y el 2018, en el marco del Campus Biomédico<sup>©</sup> que busca sinergias en el cuidado de la salud de las personas como una forma de ejercer la responsabilidad social institucional (I3).

A nivel macroteórico, su orientación conceptual se basa en los planteamientos del modelo de adaptación de Callista Roy (I4) y, a nivel de rango medio, en el modelo de enfermería de la institución, socializado por Arroyo y otros (I5), como un modelo de práctica profesional, complemento del anterior.

El estudio siguió parámetros éticos internacionales (I6) y contó con aval ético bajo el número 003140319, además de tener un seguimiento institucional permanente. Atendió la política corporativa de compromiso con el medio ambiente mediante el uso responsable de recursos (I7). Para su desarrollo se establecieron seis fases:

1. Elaboración de un diagnóstico de la atención requerida por la díada paciente-cuidador familiar versus la atención dada por enfermería durante el ingreso hospitalario. Para ello, se determinaron el nivel de respuesta frente a las necesidades de las díadas, el tipo de orientación e información que estas recibían, si ellas identificaban al personal de enfermería responsable de su atención, si tenían claridad en los trámites, si eran advertidas y orientadas sobre el manejo del riesgo y cuál era su nivel global de satisfacción con la atención.
2. Identificación de las buenas prácticas de enfermería alrededor del ingreso de pacientes y familiares a un servicio hospitalario. Esta se llevó a cabo mediante una revisión integrativa de la literatura mundial con apoyo del metabuscador Eureka que reúne más de 31 bases de datos reconocidas en el campo de la salud; se seleccionaron publicaciones arbitradas, de los últimos 20 años, sin restricción de idioma ni geográfica. Se sumaron a estos resultados los reportes documentados en Advisory Board, un banco de buenas prácticas mundiales en salud.
3. Definición de un protocolo de ingreso hospitalario que respondiera a las necesidades de los pacientes y sus familiares, que recuperara la mejor evidencia disponible y permitiera reflejar el tono humano que orientan el modelo conceptual y el de práctica seleccionados.
4. Definición de las herramientas y estrategias de soporte para respaldar el cambio requerido y favorecer la adaptación del paciente y su cuidador familiar. Para ello, se desarrollaron o revisaron los instrumentos y las estrategias que facilitarán la presentación y bienvenida a las personas como personas, la identificación y medidas de seguridad y continuidad en el cuidado y el registro de enfermería en la historia clínica.
5. Afinamiento del protocolo y de las herramientas de apoyo mediante la revisión de factibilidad y sugerencias de expertos. Se convocaron dos encuentros de trabajo de cinco enfermeros con experiencia clínica y docente mayor a tres años, quienes apoyaron a los investigadores tanto en la

revisión como en el ajuste del protocolo y las herramientas de apoyo, lo que implicó su simulación. La propuesta de mejoramiento se socializó en un encuentro con pares de otras instituciones para recibir su retroalimentación y garantizar su claridad, coherencia, suficiencia y relevancia.

6. Prueba piloto del procedimiento de ingreso en el servicio de hospitalización de la clínica. La estrategia de mejoramiento diseñada se aplicó por un periodo de nueve meses, verificando si la atención respondía a las expectativas de las díadas paciente-cuidador familiar y fortalecía la práctica de enfermería. Para verificar el mejoramiento del servicio durante el ingreso, se analizaron dos medidas a partir de información tomada en forma rutinaria en la institución por agentes externos al grupo investigador. La primera corresponde al nivel de adaptación de la díada paciente-cuidador familiar que se toma de la medición realizada por la Dirección de Calidad Institucional y en la que se consideran los atributos de percepción de la calidad del cuidado de enfermería por parte del paciente y su cuidador familiar, en lo correspondiente al ingreso al servicio; la segunda, a los reportes que generan las coordinaciones de enfermería a la Subdirección en lo referente a la adherencia a guías y protocolos; en particular, se revisó la aplicación del protocolo de ingreso en el servicio de hospitalización. En ambos casos, el grupo investigador aceptó como meta inicial de logro valores iguales o superiores al 70 %, esperando que una vez revisada la factibilidad y la prueba piloto, esta meta pueda ser estudiada y aumentada.

## RESULTADOS

La presentación de resultados sigue la secuencia de las fases en las cuales se desarrolló el estudio:

1. El diagnóstico reflejó que enfermería responde a la orientación institucional de tener al paciente y a su familiar como centro y razón de ser de la atención durante el ingreso al servicio de hospitalización, garantizando para ellos un trato digno y generando desde este primer contacto las bases de un cuidado seguro y continuo. Mostró también que este ingreso era evaluado de forma positiva por parte de las díadas paciente-cuidador familiar. Sin embargo, unos y otros consideraron que el ingreso se podía mejorar. Para lograrlo, se clarificó el concepto de adaptación durante este procedimiento y se buscó la forma de sistematizar y registrar la atención con lo cual se hizo visible el cuidado de enfermería para poder medirlo y mejorarlo.
2. La literatura revisada ratificó la necesidad de fortalecer el servicio centrado en la experiencia del paciente y su familiar al ingreso al servicio para lograr su satisfacción con la atención hospitalaria (18). Para ello se debe: tener comunicación directa entre el personal de salud, el paciente y su cuidador familiar (19); priorizar el alivio del dolor (20); atender la condición del paciente y garantizar su conciliación medicamentosa (21); tener en cuenta la percepción que estos usuarios puedan tener del contexto (22); disminuir el tiempo de espera para la atención, y no olvidar las condiciones del profesional a cargo del servicio a quien se le debe evitar la sobrecarga laboral (23).

También se evidenció que para favorecer el ingreso del paciente y su cuidador familiar, el plan de cuidado de enfermería debe iniciar desde el momento mismo de la admisión (24); es preciso identificar y minimizar los riesgos ponderados de acuerdo con la edad y condición (25); se requiere plantear metas a lograr durante la estancia hospitalaria (26); iniciar educación sobre el cuidado (27); disminuir los riesgos identificados (23, 28), y poder hacer la diferencia desde este primer momento de contacto en la experiencia hospitalaria de las personas atendidas (24, 29).

Algunos hallazgos señalan la utilidad de contar con un protocolo de atención personalizada para el ingreso y sugieren que este incluya información adecuada, sencilla y culturalmente adaptada, teniendo en cuenta voluntades anticipadas (25, 30). También se espera que los instrumentos empleados consideren la mirada interdisciplinaria, incluyan solo lo más relevante y puedan reducir así el tiempo de documentación. Las estrategias de admisión, egreso y transferencia (ADT, por Admission, Discharge, Transfer) han demostrado ser útiles para centrar la atención en el paciente y aliviar la sobrecarga laboral del personal ayudando a focalizar la atención (31).

3. La propuesta de Protocolo de cuidado de enfermería durante el ingreso hospitalario del paciente y su cuidador familiar para favorecer su adaptación tuvo en cuenta tanto la evaluación de la experiencia de las personas atendidas, como la mejor evidencia disponible, buscando así que en él se reflejaran tanto el compromiso basado en el rigor técnico científico, como el tono humano que debe caracterizar a la enfermería de la institución (véase Tabla I).

Fase del ingreso		Actividad	Herramienta de apoyo
Nombre	Contenido		
Recepción	Verificación de identidad y antecedentes del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Identifique al paciente y verifique dicha información en el brazalete de identificación (manilla blanca) que porta.</li> <li>· En caso de no tener manilla de identificación, pida al paciente sus dos nombres y forma de escribirlos, dos apellidos y forma de escribirlos, así como el número de documento de identificación.</li> <li>· Revise que estos datos coincidan con el resto de la información disponible en la historia clínica y demás documentos.</li> <li>· Genere identificación a partir de los datos en el brazalete blanco y el tablero.</li> </ul>	Historia clínica Brazalete blanco Tablero de identificación
		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Solicite o revise los datos relevantes a la situación del paciente al momento del ingreso.</li> <li>· Verifique la información del paciente que recibe con la dependencia respectiva, con la herramienta SAER que incluye: Situación actual, Antecedentes, Estado actual y Recomendaciones.</li> </ul>	Herramienta SAER
	Presentación de personal del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Preséntese personalmente al paciente y su familia, indicando su nombre y cargo.</li> <li>· Presente al equipo de trabajo médico responsable, auxiliares de enfermería/camillero.</li> <li>· Presente al compañero de habitación si lo hay. Si está dormido, informe el nombre y pida ser avisado para la presentación cuando despierte.</li> <li>· Dé la bienvenida a la institución y al servicio.</li> <li>· Póngase a la orden para el cuidado de la salud y manifieste su interés por la adaptación en la hospitalización.</li> </ul>	Lista de chequeo
	Orientación al paciente y familiares en el servicio	Señale al paciente y a su familia: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Deberes y derechos</li> <li>· Identificación con escalas de riesgo</li> <li>· Uso del timbre</li> <li>· Ruta de evacuación</li> <li>· Políticas de no fumador, no porte de armas y manejo de residuos</li> <li>· Horarios de visitas, ingresos y egresos</li> <li>· Normas de visitas (número de visitantes, restricción de visitas, ingreso de alimentos, solicitud de acompañante o cama de acompañante)</li> <li>· Traslado intrahospitalario</li> <li>· Servicio de capellanía</li> </ul>	Manual del paciente, rotafolio o presentación digital

Fase del ingreso		Actividad	Herramienta de apoyo
Nombre	Contenido		
Seguridad	Identificación de condiciones para el cuidado seguro del paciente	<p><i>Valoración del dolor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Identifique la presencia de dolor.</li> </ul>	Escala visual análoga de IO
		<p><i>Identificación del nivel de independencia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Valore la funcionalidad.</li> <li>· Valore la cognición.</li> </ul>	Escala de Barthel y Prueba Minimental
		<p><i>Valoración de los antecedentes alérgicos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Valore e identifique alergias a medicamentos o alimentos con un brazalete naranja y el indicador respectivo en el tablero, y explique el motivo.</li> </ul>	Brazalete e indicador naranja
		<p><i>Identificación del apoyo disponible</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Identifique al cuidador principal o acudiente y cuidadores de apoyo (personas con quien vive o disponibles).</li> <li>· Pregunte al paciente, si es posible, cuál es el cuidador con quien prefiere que se maneje la información.</li> </ul>	Lista de chequeo
		<p><i>Valoración y registro de los riesgos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Caídas: Morse (en el servicio y en los desplazamientos). Explique al paciente o familiar el significado de los cuadros de color en el tablero, relacionados con riesgo de caída.</li> <li>· Lesión de piel: use escala de Braden.</li> <li>· Broncoaspiración: presencia de sondas nasogástrica, gastrostomía, alta dependencia.</li> <li>· Infección.</li> <li>· Flebitis: criterios: edad: menor de un año / mayor de 60 años.</li> <li>· Medicamentos especiales: antibióticos / vancomicina / carbapenémicos/ cefalosporinas / tigeciclina / fosfomicina / potasio.</li> </ul>	Escala de caídas de Morse Indicador en tablero de identificación Escala de Braden e indicador

Fase del ingreso		Actividad	Herramienta de apoyo
Nombre	Contenido		
Unidad	Reconocimiento del paciente como eje de la atención	<p><i>Reconocimiento del paciente y su cuidador familiar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplique el Passport de la clínica para identificar sus condiciones únicas. Indique al paciente el motivo de las preguntas señalando que, para la clínica, él o ella es una persona especial. Para hacerlo, es preciso considerar la condición clínica y pertinencia de la aplicación.</li> </ul> <p>Esta incluye siete preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo prefiere que lo llamen?</li> <li>2. ¿De dónde es usted? (ciudad)</li> <li>3. ¿Cuándo es su cumpleaños?</li> <li>4. ¿Qué le gustaría que supiéramos acerca de usted? (como miembro de familia, de sus gustos o talentos de su ocupación)</li> <li>5. ¿Qué planes tiene después de salir de acá?</li> <li>6. ¿A qué quiere comprometerse con su cuidado en la clínica?</li> <li>7. ¿Hay algo que usted quiera comunicarnos que no le haya preguntado?</li> </ol>	Passport de la clínica
		<p><i>Asesoría en comodidad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Solicite implementos requeridos para garantizar comodidad al paciente.</li> <li>· Identifique las necesidades del paciente con respecto a su comodidad.</li> <li>· Verifique con el paciente y la familia quién y cómo serán atendidas estas necesidades teniendo en cuenta la situación clínica para las solicitudes.</li> </ul>	Lista de chequeo
		<p><i>Asesoría en cuidado con el tratamiento farmacológico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Verifique conciliación MD y comprensión efectiva de medicamentos al ingreso al servicio.</li> <li>· Solicite al paciente o familia medicamentos no POS requeridos para remitir a farmacia para dispensación diaria.</li> <li>· Solicite no manejar medicamentos por parte de la familia en el servicio.</li> <li>· Clarifique dudas y señale cuidados derivados del tratamiento farmacológico al ingreso y posibles efectos adversos.</li> </ul>	Lista de chequeo
	Asesoría e información al paciente y familia	<p><i>Asesoría en seguridad hospitalaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Necesidades de acompañamiento permanente (mayores de 65, personas dependientes o con patología inestable).</li> <li>· Necesidad de aislamiento por diagnóstico, contexto o condición específica requerida para el cuidado.</li> <li>· Conocimiento del lavado e higienización de manos.</li> <li>· Verifique la comprensión del paciente y su cuidador familiar sobre los procesos básicos de la seguridad hospitalaria y de ser necesario amplíe la instrucción y explique su importancia.</li> <li>· Aclare dudas.</li> </ul>	Lista de chequeo
		<p><i>Exámenes y procedimientos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Informe si hay o no necesidad de realizar procedimientos de diagnóstico, interconsultas o sus resultados.</li> <li>· Pida consentimiento informado al paciente o cuidador familiar para estos, según sea el caso dejando firmado el registro.</li> </ul>	Lista de chequeo

Fase del ingreso		Actividad	Herramienta de apoyo
Nombre	Contenido		
Evidencia	Registro	<p><i>Registro en la historia clínica</i></p> <p>· La atención no termina hasta dejar evidencia mediante registro en la historia clínica del cuidado dado al paciente y su cuidador familiar al momento del ingreso con el fin de favorecer su adaptación.</p>	Historia clínica

**Tabla I.** Protocolo para orientar el cuidado de enfermería del paciente y su cuidador familiar durante el ingreso hospitalario a la clínica.

4. Para apoyar el cuidado de enfermería durante el ingreso hospitalario se identificó y ajustó en la clínica la herramienta denominada Passport, diseñada para promover la relación entre el paciente y su cuidador familiar y la enfermera, y que facilitó la identificación de las personas, sus condiciones, necesidades y expectativas únicas frente al cuidado.

Para facilitar el registro del cuidado se generó una plantilla para las notas de enfermería, lo que agilizó la documentación y dio visibilidad a este momento de cuidado (véase Cuadro I).

#### CUIDADO DE ENFERMERÍA AL MOMENTO DEL INGRESO

Paciente procedente del servicio de \_\_\_\_\_ en camilla, bajo medidas de seguridad, / consciente, / somnoliento / estuporoso, / comatoso; orientado en sus tres esferas, con oxígeno por cánula a \_\_\_\_\_ con acceso venoso \_\_\_\_\_ en vena \_\_\_\_\_ sin signos de infección ni infiltración pasando \_\_\_\_\_, con herida quirúrgica en región \_\_\_\_\_ cubierta / descubierta / con vendaje compresivo / vendaje bultoso.

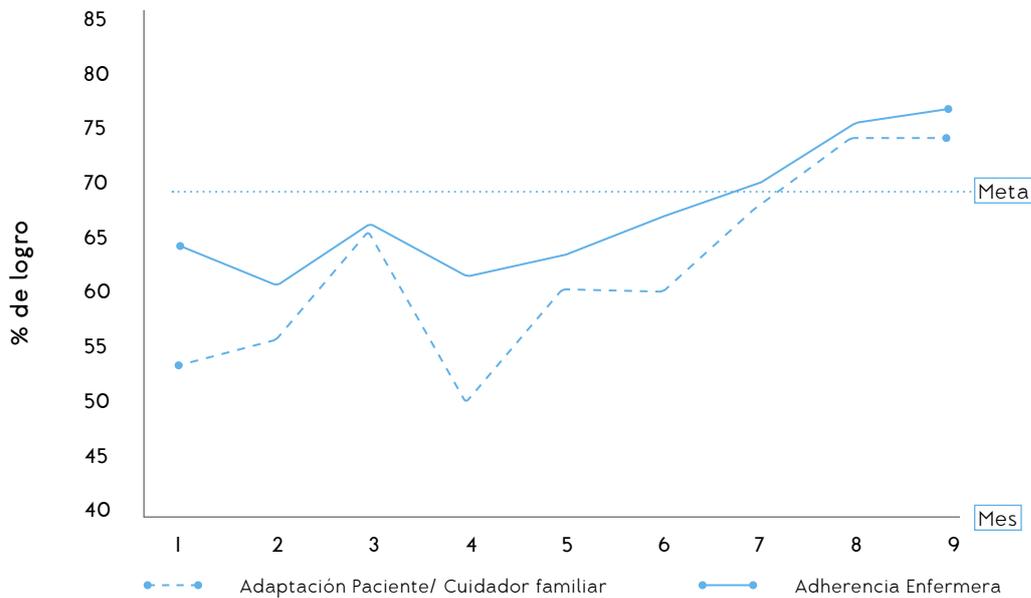
Se ubica paciente en la habitación \_\_\_\_\_, se da información según protocolo de bienvenida (identificación segura, unicidad, derechos y deberes, clasificación del riesgo, medidas de aislamiento, manejo de residuos, política de no fumador, trámites de egreso, mecanismo de quejas y reclamos, y uso adecuado del timbre), verificación de consentimiento informado y de la conciliación farmacológica. Se aplica Passport. Paciente en habitación en compañía de familiar y medidas de seguridad instauradas según valoración de riesgo: acompañante permanente, cama frenada, ubicación del timbre, barandas elevadas.

**Cuadro I.** Plantilla de la clínica para el registro del cuidado de enfermería del paciente y su cuidador familiar durante el ingreso hospitalario.

5. Los ajustes sugeridos durante la validación del protocolo y las herramientas de apoyo incluyeron reconocer la importancia de facilitar el registro y la necesidad de diferenciar los aspectos delegables de aquellos que no lo son, de manera que se puedan disminuir tiempos de trabajo priorizando aquello que no debe ser delegado.
6. La prueba piloto mostró un incremento en la adaptación de los pacientes y cuidadores familiares y ayudó a visibilizar el trabajo de enfermería al transformar este encuentro en un momento de cuidado. Comentarios adicionales a estas mediciones recibidos en el buzón de calidad reflejaron que 60 % de felicitaciones de pacientes y cuidadores familiares se dirigieron a enfermería con expresiones como: "Muchas gracias", "Mil bendiciones", "En esta clínica me he sentido como en casa".

El seguimiento permitió evidenciar que a partir del séptimo mes se logró la meta de adherencia al protocolo de cuidado al ingreso y que en la medida en que enfermería se adhirió al protocolo,

el paciente y su cuidador familiar se adaptaron, es decir, percibieron mejor el cuidado durante el ingreso hospitalario (véase Figura I).



**Figura I.** Medición del cuidado de enfermería al paciente y su cuidador familiar durante el ingreso hospitalario.

## DISCUSIÓN

El cuidado de enfermería exige evitar caer en la repetición de tareas asumidas como una simple rutina (32). Conocer la experiencia de la salud de las personas y responder a sus necesidades y expectativas favorece, como se vio en este estudio, la adaptación en momentos como el ingreso a un servicio de hospitalización (15).

El momento del ingreso al servicio de hospitalización, que es también el momento de contacto inicial entre la díada paciente-cuidador familiar y la enfermera o enfermero, se identificó en el presente estudio al igual que en el de Flórez y otros, como un momento de gran incertidumbre para las personas independientemente de su condición (33). Sin embargo, a diferencia de lo planteado por Cruz y otros (34), acá se valoró la presencia de la familia, al considerarla como sujeto de cuidado.

Se ratifica en esta investigación que el ingreso permite orientar y generar confianza en la díada paciente-cuidador familiar (7, 8) y atender sus necesidades de manera integral y oportuna ofreciéndole en el servicio las competencias y conocimientos de enfermería (4, 6).

El presente estudio incorporó en el protocolo de atención diseñado la identificación de los riesgos que, aunque con frecuencia no son perceptibles para los pacientes o sus cuidadores familiares, se ha demostrado que se asocian con la morbilidad y mortalidad hospitalaria (35).

Lograr un cuidado de enfermería capaz de fortalecer la adaptación de la díada paciente-cuidador familiar durante el ingreso hospitalario implicó en este caso, al igual que en estudios anteriores, analizar la experiencia que dicha díada tiene, identificando en ella sus necesidades y expectativas (18, 29). Más aún, fue evidente en este como en otras investigaciones, que se debe considerar la coordinación y comunicación con el equipo (36), así como la percepción de carga laboral de enfermería que debe ser atendida para lograr un cuidado adecuado en este proceso.

Según los resultados obtenidos, en la medida en que la enfermera acata el protocolo y las herramientas de apoyo durante el ingreso al servicio hospitalario, la percepción positiva del paciente y el cuidador familiar sobre el servicio recibido se incrementan. Esto se diferencia de lo reportado en investigaciones previas (25, 30). En la presente investigación no se valoró si esta guía de ingreso genera, como en otros reportes, carga laboral (37).

Buscar fortalecer la adaptación de las personas durante el momento del ingreso a un servicio hospitalario bajo una orientación dada por el modelo de Roy (14) y el modelo de enfermería planteado por Arroyo y otros (15) permitió que las personas atendidas se adaptaran y que los profesionales cumplieran sus expectativas. Se respondió de esta forma el llamado de enfermería de emplear la teoría aplicada a la práctica de manera que se haga visible la humanización del cuidado (38) y que se redimensione y renueve el eje central de la disciplina profesional de enfermería (39) en el marco de alianzas docencia-asistencia (40).

## CONCLUSIONES

En conclusión, la transformación del ingreso hospitalario del paciente y su cuidador familiar en un momento de cuidado de enfermería en la clínica ha permitido responder al acuerdo de tener una práctica que refleje compromiso y tono humano para la adaptación de los sujetos de cuidado durante la atención hospitalaria.

La investigación metodológica en enfermería es un camino estructurado que permite atender las necesidades del servicio garantizando el rigor adecuado. Este tipo de diseño permite generar conocimiento replicable y validable para mejorar la práctica. Sin embargo, por su naturaleza tiene limitaciones ya que puede verse afectada por fenómenos sociales del contexto que no es posible controlar.

La alianza docencia-asistencia en el marco de un campus biomédico ha sido estratégica para cualificar la práctica de enfermería y enriquecer su conocimiento profesional y disciplinar.

## AGRADECIMIENTOS

A quienes voluntariamente participaron en esta investigación para mejorar el cuidado de enfermería al momento del ingreso al servicio de hospitalización de los pacientes y sus cuidadores familiares.

## CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaramos no tener conflicto de intereses en el desarrollo de la presente investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Chinn Peggy; Falk-Rafael Adeline.** Embracing the focus of the discipline of nursing: Critical caring pedagogy. *Journal of Nursing Scholarship*, 2018, v. 50, n. 6, pp. 687-694.  
<https://doi.org/10.1111/jnu.12426>
2. **Hower Kira-Isabel; Vennedey Vera; Hillen Hendrik-Ansgar; Kuntz Ludwig; Stock Stephanie; Pffaff Holger; et ál.** Implementation of patient-centred care: which organizational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organizations. *British Medical Journal Open*, 2019, v. 9, n. 4, e027591.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027591>
3. **Moreno-Monsiváis María-Guadalupe; Interrial-Guzmán María-Guadalupe.** Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería*, 2013, v. 21, n. 4, pp. 185-189.  
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>
4. **Narayan Venkat; Gregg Edward; Fagot-Campagna Anne; Gary Tiffany; Saaddine Jinnan; Parker Corrette; et ál.** Relationship between quality of diabetes care and patient satisfaction. *Journal of the National Medical Association*, 2003, v. 95, n. 1, pp. 64-70.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2594360/>

5. **Lexa Frank-James.** 300,000,000 customers: Patient perspectives on service and quality. *Journal of the American College of Radiology*, 2006, v. 3, n. 5, pp. 346-350.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2005.11.014>
6. **Shirley Eric; Sanders James.** Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 2013, v. 95, n. 10, pp. 1-4.  
[10.2106/JBJS.L.01048](https://doi.org/10.2106/JBJS.L.01048)
7. **Billing Kathryn; Newland Henry; Selva Dinesh.** Improving patient satisfaction through information provision. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, 2007, v. 35, n. 5, pp. 439-447.  
<https://doi.org/10.1111/j.1442-9071.2007.01514.x>
8. **Locke Robert; Stefano Mariane; Koster Alex; Taylor Beth; Greenspan John.** Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 2011, v. 27, n. 11, pp. 1016-1021.  
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e318235be06>
9. **Rosenkrantz Andrew-B; Pysarenko Kristine.** The service encounter in radiology: Acing the "Moments of Truth" to achieve patient-centered care. *Academic Radiology*, 2015, v. 22, n. 2, pp. 259-264.  
<https://doi.org/10.1016/j.acra.2014.09.009>
10. **Guevara-Lozano Maryory; Arroyo-Marles Ligia-Patricia; Pérez-Giraldo Beatriz; Sánchez-Herrera Beatriz.** Commitment and human tone: The difference between traditional service and nursing care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2019, v. 37, n. 1, e05.  
<http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n1e05>
11. **Biblioteca Virtual en Salud.** Terminología DeCS/MeSH. *Investigación Metodológica de Enfermería*. 2019.  
[http://www.bvs.hn/php/decsws.php?lang=es&tree\\_id=H01.770.644.145.390.634&page=info](http://www.bvs.hn/php/decsws.php?lang=es&tree_id=H01.770.644.145.390.634&page=info)
12. **Polit Denise; Hungler Bernadette; Palacios Roberto; Féher-de-la-Torre Guillermina.** *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos*. 6.a ed. México, Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000, pp. 398-401, ISBN: 978 97 010 26 908
13. **Universidad de La Sabana.** El campus biomédico® de la Universidad de La Sabana: sentido de responsabilidad social. 2017.  
<https://www.clinicaunisabana.edu.co/misionyvisionclinicauniversidaddelasabana/responsabilidadsocial/>
14. **Roy Callista.** *The Roy Adaptation Model*. 3.a ed. New Jersey, Editorial Pearson, 2009, ISBN: 978 01 303 84 973
15. **Arroyo Ligia-Patricia; Guevara Maryory; Pérez Beatriz; Sánchez Beatriz.** Commitment and a sense of humanity for the adaptation of patients during hospital care. *Journal of Nursing Management*, 2018, v. 5, n. 26, pp. 548-554.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12581>
16. **Manzini Jorge-Luis.** Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*, 2000, v. 1, n. 2, pp. 321-334.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>

17. **Universidad de La Sabana.** "Compromiso con la naturaleza". Proyecto educativo institucional. 2018, p. 5.  
<https://www.unisabana.edu.co/nosotros/proyecto-educativo-institucional/>
18. **Kutney Ann; McHugh Matthew; Sloane Douglas; Cimiotti Jeannie; Flynn Linda; Neff Donna; et ál.** Nursing: A key to patient satisfaction. Health Affairs, 2009, v. 28, n. 4, pp. 669-677.  
<https://dx.doi.org/10.1377%2Fhlthaff.28.4.w669>
19. **Jones Aled.** Admitting hospital patients: A qualitative study of an everyday nursing task. Nursing Inquiry, 2007, v. 14, n. 3, pp. 212-223.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00370.x>
20. **Carr Eloise; Meredith Paul; Chumbley Gillian; Killen Roger; Prytherch DR; Smith GB.** Pain: A quality of care issue during patients' admission to hospital. Journal of Advanced Nursing, 2014, v. 70, n. 6, pp. 1391-1403.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12301>
21. **Páez Francesc; Recha Sancho; Altadill Ámposta; Montaña Rosa-Radua; Anadón Chorto; Castells Salvado.** Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. Revista de Calidad Asistencial, 2010, v. 25, n. 5, pp. 308-313.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.03.002>
22. **Faeda Marilian-Silveira; Perroca Márcia-Galan.** Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2016, v. 24, n. e2723.  
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0645.2723>
23. **Dyrstad Diagrunn; Laugaland Kristin; Storm Marianne.** An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - exploring patient and next of kin perspectives. Journal of Clinical Nursing, 2015, v. 24, n. 11-12, pp. 1693-1706.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.12773>
24. **Dempsey Christina; Reilly Barbara; Buhlman Nell.** Improving the patient experience: Real-world strategies for engaging nurses. Journal of Nursing Administration, 2014, v. 44, n. 3, pp. 142-151.  
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000042>
25. **Abizanda Pedro; León Matilde; Romero Luis; Sánchez Pedro-Manuel; Luengo Carmen; Domínguez Laura; et ál.** La pérdida funcional al ingreso, principal variable explicativa de discapacidad y mortalidad al alta y al mes en ancianos hospitalizados. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2007, v. 42, n. 4, pp. 201-211.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73552-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73552-7)
26. **Armstrong Merry.** Patients' experience of a planned admission program: implications for nursing practice and research. Archives of Psychiatric Nursing, 1996, v. 10, n. 4, pp. 207-213.  
[https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(96\)80025-2](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(96)80025-2)
27. **Johansson Kirsi; Katajisto Joku; Salanterä Sanna.** Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: Towards greater patient empowerment. Journal of Clinical Nursing, 2010, v. 19, n. 21-22, pp. 2980-2988.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x>
28. **Murphy Gina; Willetts Katherine; Duphiney Lindsay; Dalton Joanne, David Daniel.** Implementation analysis of a nurse-led observation unit. Journal of Nursing Administration, 2016, v. 46, n. 4, pp. 187-192.  
[10.1097/NNA.0000000000000324](https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000324)

29. **Jansson Inger; Pilhammar Ewa; Forsberg Anna.** Obtaining a foundation for nursing care at the time of patient admission: A grounded theory study. *The Open Nursing Journal*, 2009, v. 31, n. 3, pp. 56-64.  
<https://doi.org/10.2174/1874434600903010056>
30. **Nursing Advisory Board.** Expedite inpatient admissions. Washington, 2014.  
<https://www.advisory.com/research/clinical-best-practice-collaborative/resources/2014/emergency-department-efficiency-resource-guide/expedite-inpatient-admissions>
31. **Perry Denise.** ADT nurses can help ease bed constraints, patient volumes. *Hospital Peer Review*, 2017, v. 42, n. 6, pp. 63-65.  
<https://www.reliasmedia.com/articles/140711-adt-nurses-can-help-ease-bed-constraints-patient-volumes>
32. **Surca Teresa; Rodríguez Elvira.** Cotidiano del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente hospitalizado. *Revista Ciencia y Tecnología*, 2017, v. 13, n. 2, pp. 35-46.  
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/1854/1788>
33. **Flórez Inna-Elida; Montalvo Amparo-Astrid, Romero Elizabeth.** Asociación entre el nivel de incertidumbre y el tipo de enfermedad en pacientes hospitalizados en UCI. *Avances en Enfermería*, 2018, v. 36, n. 3, pp. 283-291.  
<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.66508>
34. **Cruz Luisa-María; Márquez María-Teresa; Barreño María-Isabel; Perales María-Auxiliadora; Martínez María-Paz; Ortega Angela-María.** La familia en el ingreso: ¿Amenaza o posibilidad? *Revista Enfermería Docente*, 2016, n. 1, v. 106, pp. 331-332.  
[http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/viewFile/393/pdf\\_335](http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/viewFile/393/pdf_335)
35. **Díez-Manglano Jesús; Arnal-Longares M-J; Al-Cheikh-Felices Patricia; Garcés-Horna Vanesa; Pueyo-Tejedor Pilar; Martínez-Rodes Pablo; et ál.** Puntuación de la escala de Norton al ingreso y mortalidad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista Clínica Española*, 2018, v. 218, n. 4, pp. 177-184.  
<https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.02.009>
36. **Morgado-Bode Yara-Lidia; Ramos-Carménate Angela-Isabel; Pérez-Castellanos Yusdani; Consuegra-Valle Amaury; Hernández-Díaz Marisel.** Comportamiento de las orientaciones metodológicas del ingreso en el hogar. *Gaceta Médica Espirituana*, 2006, v. 8, n. 2.  
<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1489/html>
37. **Mateo-Rodríguez Ana-María; Becoechea-Gómez Begoña; Peña-García Isabel; Pérez-Pérez Lucía; Santos-Gómez Cristina.** Información general al ingreso, cumplimiento de las normas y repercusión en el desgaste profesional de enfermería. *Ética de los Cuidados*, 2018, v. 11, n. e11885.  
<http://ciberindex.com/index.php/et/article/view/e11885>
38. **Roy Callista.** Nursing knowledge in the 21st century domain-derived and basic science practice-shaped. *Advances in Nursing Science*, 2019, v. 42, n. 1, pp. 28-42.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000240>
39. **Smith Marlaine.** Regenerating nursing's disciplinary perspective. *Advances in Nursing Science*, 2019, v. 42, n. 1, pp. 3-16.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000241>
40. **Carvajal-Hermida Elsa-Yolanda; Pérez-Giraldo Beatriz; Sánchez-Herrera Beatriz.** Fortalecimiento de las alianzas docencia-servicio para el avance de la enfermería en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2017, v. 16, n. 32, pp. 96-107.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.fads>