

Percepción de pacientes con hipertensión, diabetes o ambas sobre la educación de enfermería al egreso hospitalario

Perception of Patients with Hypertension, Diabetes, or both Regarding Nursing Education upon Hospital Discharge

Percepção de pacientes com hipertensão, diabetes ou ambas sobre a educação de enfermagem na alta hospitalar



Gloria Isabel Gallego Ríos

Enfermera, Magíster en Gestión Integral y Calidad en Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. Correo electrónico: gloriaisabel.gallego@upb.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-4461-4455>

Marjorie Pérez-Villa

Enfermera, Magíster en Epidemiología, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Grupo de Investigación en Cuidado, Medellín, Colombia. Correo electrónico: marjorie.perez@upb.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1021-7054>

Artículo original

Recepción: 15/08/2025

Aprobación: 01/11/2025

Publicación: 19/01/2026

Resumen

Introducción: muchas personas mayores son dadas de alta sin la educación necesaria para continuar su cuidado en casa, lo que aumenta el riesgo de complicaciones, reconsultas y deterioro de la calidad de vida. La educación en salud es un factor clave para afrontar la enfermedad y favorecer la recuperación. **Objetivo:** describir el nivel de percepción de los pacientes con hipertensión, diabetes o ambas acerca de la educación brindada por el personal de enfermería al egreso. **Materiales y métodos:** estudio transversal con muestra por conveniencia de 60 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, diabetes mellitus o ambas. Se aplicó la Escala de Enseñanza de Calidad al Alta (QDTS) para evaluar la percepción sobre la educación brindada por enfermería. Se realizó análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** se incluyeron 60 pacientes; el 43,3% tenía entre 70 y 79 años, el 58,3% correspondía a mujeres y el 46,7% fue diagnosticado con hipertensión arterial. El puntaje promedio en la escala global fue de 6,2 (DE 1,6), evidenciando una baja percepción en la calidad de la enseñanza al alta. **Conclusión:** se requiere forta-

Como citar este artículo / How to cite this article: Gallego Ríos G.I., Pérez-Villa M. (2026). Percepción de pacientes con hipertensión, diabetes o ambas sobre la educación de enfermería al egreso hospitalario. *Boletín Semillero De Investigación En Familia*, 8(1), e-1332 DOI: <https://doi.org/10.22579/27448592.1332>

La Revista Boletín Semilleros de investigación en Familia es una revista de acceso abierto revisada por pares. © 2020. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Internacional Creative Commons Attribution 4.0 (CC-BY 4.0), que permite el uso, distribución y reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se acredite el autor y la fuente originales.

Consulte <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

OPEN ACCESS



lecer los espacios educativos y la articulación institucional para garantizar que el paciente reciba una orientación efectiva sobre sus cuidados durante la hospitalización y al egreso.

Palabras clave (Fuente: DeCS): hipertensión; diabetes mellitus; educación en salud; alta del paciente; educación en enfermería.

Abstract:

Introduction: Inadequate discharge education among older adults contributes to preventable complications, unplanned returns to care, and diminished quality of life. Targeted health education is essential to support self-management after hospitalization. **Objective:** To describe patients' perceptions of the education provided by nursing staff at discharge among individuals with hypertension, diabetes mellitus, or both. **Materials and methods:** We conducted a cross-sectional study using convenience sampling of 60 hospitalized patients with hypertension, diabetes mellitus, or both. Perceptions of discharge teaching were assessed with the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS). Data were analyzed using descriptive statistics and bivariate comparisons. **Results:** Of the 60 participants, 43.3% were aged 70–79 years, 58.3% were women, and 46.7% had hypertension. The mean global QDTS score was 6.2 (SD 1.6), reflecting a low perceived quality of discharge education. **Conclusion:** Strengthening structured educational practices and interdepartmental coordination is warranted to ensure that patients re-

ceive effective guidance for post-discharge self-care.

Keywords (Source: DeCS): Hypertension; Diabetes Mellitus; Health Education; Patient Discharge; Education, Nursing.

Resumo

Introdução: muitos idosos recebem alta sem a educação necessária para continuar os cuidados em casa, o que aumenta o risco de complicações, reconsultas e deterioração da qualidade de vida. A educação em saúde é um fator fundamental para enfrentar a doença e favorecer a recuperação.

Objetivo: descrever o nível de percepção dos pacientes com hipertensão, diabetes ou ambas sobre a educação fornecida pela equipa de enfermagem na alta. **Materiais e métodos:** estudo transversal com amostra por conveniência de 60 pacientes diagnosticados com hipertensão arterial, diabetes mellitus ou ambos. A Escala de Qualidade do Ensino na Alta (QDTS) foi aplicada para avaliar a percepção sobre a educação fornecida pela enfermagem. Foi realizada uma análise descritiva e bivariada. **Resultados:** foram incluídos 60 pacientes; 43,3% tinham entre 70 e 79 anos, 58,3% eram mulheres e 46,7% foram diagnosticados com hipertensão arterial. A pontuação média na escala global foi de 6,2 (DE 1,6), evidenciando uma baixa percepção da qualidade do ensino na alta. **Conclusão:** é necessário fortalecer os espaços educativos e a articulação institucional para garantir que o paciente receba orientação eficaz sobre os seus cuidados durante a hospitalização e na alta.

Palavras-chave (Fonte: DeCS): Hipertensão; Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Alta do Paciente; Educação em Enfermagem.

Introducción

La enfermedad es una realidad que acompaña a los seres humanos desde su concepción hasta su muerte. El manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) ha incrementado la expectativa de vida. Las posibilidades que brindan los cuidados y una atención más centrada en la enfermedad ayudan significativamente a que se reduzcan los índices de morbilidad y mortalidad. También la prevención y el control permiten que haya un notable aumento en la calidad de vida de los pacientes (1).

Por ello, resulta fundamental que el personal de salud brinde una educación adecuada, permitiendo que el paciente, sus cuidadores y familiares adquieran herramientas aplicables en el entorno domiciliario, lo que favorece el cuidado continuo y la calidad de este. En este contexto, tanto los profesionales en las unidades de salud, el personal de enfermería y las instituciones educativas deben impulsar y consolidar estrategias orientadas a mantener la calidad y continuidad de la atención (2,3).

En este sentido, nuestras instituciones de salud deben fortalecer sus procesos educativos, logrando avances positivos en la creación de planes educativos acordes con las necesidades de los pa-

cientes, y que logren integrar una interoperabilidad para que los sistemas de educación para la salud trasciendan los límites y las organizaciones puedan optimizar la prestación de servicios de salud (4,5). Específicamente, en el caso del alta de personas mayores con HTA y DM, es necesario, además de los tratamientos y medicamentos que se prescriben para continuar con el proceso de recuperación, una adecuada educación para el manejo de la enfermedad (6,7). Sin embargo, en muchas ocasiones la persona mayor es dada de alta sin la educación pertinente para continuar con su cuidado después del egreso de la institución (3). La educación para la salud tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, ya que representa una herramienta positiva para fortalecer la capacidad de las personas en la gestión de su propia salud. Además, fomenta cambios ambientales adecuados y promueve hábitos que favorecen estilos de vida más saludables (8).

Con relación a la HTA y DM, la educación es de alto valor por el factor de riesgo que representa. La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificables más comunes y se considera la tercera causa de mortalidad a nivel mundial, contribuyendo a aproximadamente una de cada ocho muertes (9,10). Una proporción significativa corresponde a personas mayores, debido al aumento global en la esperanza de vida y al mayor riesgo de desarrollar HTA a medida que avanza la edad.

La DM es un problema global en crecimiento, lo que se traduce en un in-

crecimiento en los costos en salud y un detrimento de la calidad de vida. La diabetes es una enfermedad en continuo crecimiento. En la actualidad, afecta a 415 millones de personas en todo el mundo, y se estima que para el año 2040 esta cifra alcanzará los 642 millones (11). Un estudio sobre envejecimiento y educación en salud indica que el crecimiento de la población mayor avanza de manera acelerada. Actualmente, se estima que en el mundo hay 600 millones de personas mayores, y en la próxima década esta cifra se duplicará. En México, durante ese mismo periodo, se prevé que un tercio de la población superará los 60 años. El envejecimiento conlleva una elevada carga de discapacidad y mortalidad, principalmente debido a enfermedades crónicas no transmisibles como la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. Ante este panorama, resulta fundamental que las personas mayores con hábitos poco saludables adopten cambios que favorezcan conductas más sanas (7).

Es fundamental, entonces, trabajar constantemente en la educación de los pacientes con estas enfermedades y para ello se deben elaborar programas educativos innovadores, que favorezcan estrategias de autocuidado (12). Asimismo, es necesario que el paciente, durante su proceso de hospitalización, reciba la educación pertinente y que la información recibida esté basada en las necesidades particulares del paciente; significa entonces una interacción directa entre el personal de la sa-

lud y los pacientes para una efectiva recuperación y restablecimiento de la salud. De este modo, se reconocen los cuidados profesionales en enfermería como un conjunto de enfoques humanísticos y científicos, adquiridos a través del conocimiento, que facilitan la asistencia y preparación de individuos, familias o comunidades para acceder a servicios personalizados (13). Esto facilitará que tanto el individuo como su familia adopten conductas favorables para alcanzar un estilo de vida saludable, identifiquen tempranamente signos de alerta ante la enfermedad y refuercen la práctica de enfermería a través de una interacción humana basada en el cuidado mutuo, promoviendo la apropiación del autocuidado y la atención al otro.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue describir el nivel de percepción de los pacientes con hipertensión o diabetes acerca de la educación brindada por el personal de enfermería al egreso hospitalario.

Materiales y métodos

Tipo de estudio y diseño

Estudio transversal descriptivo.

Población y muestra

Se invitó a participar en el estudio a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus o ambas, que fueron dados de alta en una clínica de tercer nivel en Medellín durante el segundo semestre de 2022 y el primero de 2023. La muestra estu-

vo conformada por todos los pacientes que cumplieran con los criterios de selección, sin realizar un cálculo previo de tamaño de muestra, para un total de 60 participantes. Se consideraron elegibles los adultos entre 60 y 90 años, con capacidad de hablar, leer y escribir, y sin discapacidad cognitiva. Se excluyeron aquellos cuya condición clínica impidiera la participación o que no aceptaran formar parte del estudio.

Instrumentos de recolección de datos

Se diseñó un instrumento de recolección con tres secciones: variables demográficas, variables clínicas y la Escala de Enseñanza de Calidad al Alta (*Quality of Discharge Teaching Scale*, QDTS) (14). Para este estudio se utilizó la versión traducida al español por la Dra. Marianne Weiss, autora de la escala, quien otorga permiso para su uso en investigación (15). Hasta el momento, no se cuenta con una validación específica de la QDTS en población colombiana. Sin embargo, la versión original en inglés ha sido utilizada y adaptada en países como Japón y China (16–19).

El QDTS consta de 24 ítems distribuidos en dos subescalas: contenido (6 ítems emparejados que comparan la información necesaria y la recibida) y entrega (12 ítems que valoran las habilidades del personal de enfermería como educador). Se aplica el día del alta y utiliza una escala Likert de 0 a 10 puntos, donde las puntuaciones más altas reflejan mejor percepción de la enseñanza recibida. El puntaje global se obtiene sumando ambas subescalas

y se clasifica en bajo (<7), moderado (7–7,9), alto (8–8,9) y muy alto (9–10) (14). La escala ha demostrado alta confiabilidad (de Cronbach 0,92) y adecuada validez de contenido (0,89) (20).

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de manera individual al momento del alta hospitalaria, una vez verificado el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. A cada paciente se le explicó detalladamente el propósito y los procedimientos del estudio, se le solicitó la firma del consentimiento informado y se le entregó una copia física de los instrumentos, los cuales fueron diligenciados junto con la investigadora principal.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia Bolivariana, según consta en el acta N° 15 de 2022.

Análisis de datos

Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel y analizados con el *software* estadístico SPSS, versión 25. Para las variables discontinuas se calcularon frecuencias absolutas y relativas, mientras que para las variables continuas se determinaron medidas de tendencia central y dispersión, utilizando la media y desviación estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico (Q1, Q3), según la distribución observada (21). Las puntuaciones de las subescalas se calcularon por separado y se resumieron

con el promedio de los ítems correspondientes, considerando que valores más altos reflejan una mayor percepción del paciente sobre la calidad de la enseñanza al alta. Finalmente, se compararon las puntuaciones de la escala QDTS en sus subescalas según la variable sexo, con el fin de identificar diferencias estadísticamente significativas en la percepción de la calidad de la enseñanza al alta.

Resultados

Se encuestó a 60 personas mayores, de las cuales el 43,3% tenían entre 70 y 79 años. El 58,3% eran de sexo femenino, el 73,3% contaba con nivel de escolaridad primaria, el 51,7% tenía pareja y el 86,7% recibía apoyo familiar (ver tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión o diabetes

Característica	N = 60 n (%)
Sexo	Mujer 35 (58,3)
	Hombre 25 (41,7)
Edad	Entre 60 y 69 años 14 (23,3)
	Entre 70 y 79 años 26 (43,3)
	Entre 80 y 90 años 20 (33,3)
Escolaridad	Analfabeta 2 (3,3)
	Primaria 44 (73,3)
	Secundaria 5 (8,3)
	Técnico 4 (6,7)
	Profesional 5 (8,3)
Estado civil	Con pareja 31 (51,7)
	Sin pareja 29 (48,3)
Situación laboral	Con empleo 7 (11,7)
	Sin empleo 19 (31,7)
	Pensionado 34 (56,6)
Estado socioeconómico	Estrato 1: Bajo-Bajo 5 (8,3)
	Estrato 2: Bajo 28 (46,7)
	Estrato 3: Medio-bajo 20 (33,3)
	Estrato 4: Medio 6 (10,0)
	Estrato 5: Medio -Alto 1 (1,7)

Característica	N = 60 n (%)
¿Con quién vive?	Cónyuge 23 (38,3)
	Hijos 15 (25,0)
	Otros familiares 14 (23,3)
	Solo(a) 7 (11,7)
	Amigos o conocidos 1 (1,7)
Apoyo familiar	Si 52 (86,7)
	No 8 (13,3)
¿Quién brinda el apoyo?	Familiar 52 (86,7)
	Ninguno 8 (13,3)

Fuente: elaboración propia.

Con relación a las características clínicas, se identificó una elevada carga de enfermedad, dado que casi la mitad de los pacientes presentan simultáneamente hipertensión y diabetes, con diagnóstico principalmente entre los 40 y 64 años. A pesar que la mayoría manifestó adherirse al tratamiento, más de la mitad había requerido hospitalización en el último año y solo una minoría su salud como “saludable” (Tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con hipertensión o diabetes

Característica	N= 60 n (%)
Diagnóstico	Hipertensión 28 (46,7)
	Diabetes Mellitus 5 (8,3)
	Ambos diagnósticos 27 (45,0)
Edad de diagnóstico de la hipertensión	<40 años 7 (11,7)
	Entre los 40 y 64 años 32 (53,3)
	≥65 años 16 (26,7)
	No diagnóstico 5 (8,3)
Edad de diagnóstico de la diabetes mellitus	<40 años 5 (8,3)
	Entre los 40 y 64 años 15 (25,0)
	≥65 años 14 (23,3)
	No diagnóstico 26 (43,3)
¿Con qué frecuencia se realiza un chequeo médico?	Cada 3 meses 40 (66,7)
	Cada 6 meses 10 (16,7)
	Una vez al año 1 (1,7)
	Solo cuando es necesario 9 (15,0)
¿Usted sigue las recomendaciones y prescripciones médicas?	Sí 53 (88,3)
	No 2 (3,3)
	Algunas veces 5 (8,3)

Característica	N= 60 n (%)
¿Ha estado hospitalizado en el último año por complicaciones de su hipertensión arterial y/o diabetes?	
Sí	35 (58,3)
No	25 (41,7)
¿Como evalúa actualmente su salud?	
Muy poco saludable	4 (6,7)
Poco Saludable	11 (18,3)
Algo Saludable	24 (40,0)
Saludable	18 (30,0)
Muy Saludable	3 (5,0)
¿Desde su EPS le programan capacitaciones y controles periódicos sobre su enfermedad de base?	
Sí	37 (61,7)
No	23 (38,3)
¿Cuál fue la razón por la cual estuvo hospitalizado en el último año?	
Descompensación DM	3 (5,0)
Descompensación HTA	6 (10,0)
Descompensación ambos diagnósticos	10 (16,7)
Otras complicaciones	41 (68,3)
Conocimientos sobre su enfermedad actual	
Mucho conocimiento	9 (15,0)
Poco conocimiento	34 (56,7)
Escasos conocimientos	13 (21,7)
Ningún conocimiento	4 (6,7)
Medicamentos tomados por día	
De 1 a 2	6 (10,0)
De 3 a 4	16 (26,7)
De 4 a 5	38 (63,3)
¿Con relación a su enfermedad actual quién se encarga de su cuidado y sus medicamentos?	
Un familiar	35 (58,3)
El paciente	21 (35,0)
Un cuidador/enfermero	4 (6,7)
¿Durante su última hospitalización, recibió información y educación sobre su enfermedad y su tratamiento antes de su alta hospitalaria?	
Sí	19 (31,7)
No	13 (21,7)
Solo un poco	28 (46,7)
¿Piensa que el personal de salud le proporcionó una educación clara y oportuna sobre su enfermedad y manejo para el momento de su alta hospitalaria?	
Sí	18 (30,0)
No	6 (10,0)
Solo un poco	36 (60,0)
¿En su última hospitalización le entregaron guía o formatos educativos antes de su alta hospitalaria?	
Sí	7 (11,7)
No	53 (88,3)

Característica	N= 60 n (%)
¿Antes de su alta hospitalaria le entregaron medicamentos e insumos que necesitaba en su hogar para su cuidado?	
Sí	8 (13,3)
No	52 (86,7)
¿Piensa que las instituciones de salud en su ciudad están satisfaciendo las necesidades educativas para mejorar la salud y el bienestar de los pacientes?	
Sí	27 (45,0)
No	8 (11,7)
Solo un poco	25 (41,7)

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la escala de calidad de la enseñanza al alta, el puntaje promedio global fue de 6,2 (DE 1,6), lo que refleja una baja percepción de los pacientes. En la subescala Contenido necesario, el puntaje promedio fue de 9,0 (DE 1,1), lo que indica que los pacientes consideraron alta la calidad de la información que necesitaban conocer antes del egreso. En la subescala Contenido recibido, el promedio fue de 4,7 (DE 2,8), evidenciando que percibieron como baja la cantidad de información efectivamente recibida. Finalmente, en la subescala Entrega de la educación, el puntaje promedio fue de 5,5 (DE 2,0), lo que sugiere que los pacientes valoraron como limitada la habilidad del personal de enfermería para proporcionar la información necesaria para el alta (ver Tabla 3).

Se compararon las puntuaciones de las subescalas según el sexo, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la subescala Entrega de la educación ($p=0,043$), donde los hombres [media 6,1 (DE 1,8)] presenta-

ron una mejor percepción que las mujeres [media 5,0 (DE 2,1)], aunque ambos se ubicaron en un nivel bajo. En las demás subescalas y en la escala global no se identificaron diferencias significativas.

Tabla 3. Descripción de la percepción de la calidad de la enseñanza a la hora de dar de alta al paciente

Subescala	Media (DE)	Percentiles		
		25	50	75
Contenido necesario	9,0 (1,1)	8,0	9,8	10,0
Contenido recibido	4,7 (2,8)	3,0	5,0	7,0
Entrega de la educación	5,5 (2,0)	4,0	5,4	7,3
Resultado global	6,2 (1,6)	5,0	6,2	7,6

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Una atención más centrada en la enfermedad, acompañada de cuidados integrales, contribuye de manera significativa a la reducción de la morbilidad y la mortalidad (1). De igual forma, las estrategias de prevención y el control favorecen mejoras sustanciales en la calidad de vida de los pacientes. En los hallazgos de este estudio se identificó una necesidad sentida de fortalecer la educación brindada al momento del egreso hospitalario, ya que los pacientes manifestaron no recibir información suficiente para el adecuado manejo de su enfermedad.

Adicionalmente, se evidenció que factores como la edad avanzada, las condiciones demográficas y las dificultades económicas pueden afectar de manera negativa la adherencia y el tratamiento de las enfermedades crónicas, debido a la falta de recursos para adquirir medicamentos, contra-

tar cuidadores o acceder a servicios de apoyo. Estas limitaciones, que suelen derivar en abandono, depresión y ansiedad, agravan el estado de salud y han sido reportadas previamente por otros autores (2,22-24). A ello se suma que los planes educativos institucionales no resultan suficientes ni eficaces para garantizar la información y formación necesarias que permitan un adecuado cuidado en el hogar.

En este escenario, el cuidado se constituye en un elemento esencial para mantener y restablecer la salud, al permitir la continuidad y el desarrollo de la vida (25). Según Meleis, este constituye tanto el fundamento de la práctica como el eje central del conocimiento en enfermería. Como disciplina, se concibe como una ciencia que prioriza al ser humano y combina la aplicación de saberes en el ámbito asistencial, la construcción de relaciones significativas entre quien brinda y quien recibe el cuidado, y la orientación hacia la preservación y fomento de la salud y el bienestar (26). Lo anterior implica una interacción directa entre el personal de salud y los pacientes, con el fin de favorecer procesos efectivos de recuperación y restablecimiento.

Desde esta perspectiva, los cuidados profesionales de enfermería integran enfoques humanísticos y científicos que, adquiridos de forma cognitiva, se orientan a brindar apoyo y fortalecer a individuos, familias y comunidades mediante servicios personalizados (13). La praxis de la enfermería se fundamenta, por tanto, en una interacción

humana con la persona enferma y su familia, de manera que ambos se apropien de la responsabilidad del cuidado de sí mismos y del otro.

El cuidado, sin embargo, no se limita al personal de salud. El paciente y su familia desempeñan un papel fundamental en este proceso. En particular, el paciente debe asumir un rol activo en su autocuidado, entendiendo que se trata de una responsabilidad personal con impacto directo en su salud y calidad de vida. Para lograrlo, resulta indispensable que reconozca la necesidad de educación y desarrolle las estrategias requeridas para implementar dicho cuidado (3). Esta dinámica se presenta en todos los grupos poblacionales y debe integrarse de manera constante en el proceso salud-enfermedad.

En el caso de la población mayor, la educación cobra más relevancia. En los últimos años se ha fortalecido este enfoque a través de la implementación de la andragogía, disciplina orientada a los procesos de aprendizaje en personas adultas, cuyo propósito de favorecer el desarrollo de sus capacidades, profundizar conocimientos y contribuir al mantenimiento o mejora del desempeño personal, profesional y social. El objetivo es que la persona mayor se apropie de estrategias y recursos pedagógicas que le permitan mantener su funcionalidad en los diferentes ámbitos de su vida (27).

En el contexto sanitario, la educación de la persona mayor se constituye en

un factor esencial para conservar y optimizar su estado de salud, tanto a partir de la experiencia adquirida durante la hospitalización, como mediante las prácticas cotidianas (28). En este sentido, la educación se configura como un determinante clave para afrontar la enfermedad y favorecer la posterior recuperación.

En el estudio de Maloney se identificó que gran parte de las personas responsables de brindar información a los pacientes, así como quienes diseñan y ejecutan planes educativos, reconocen tener escasa capacitación y recursos para garantizar un acompañamiento de calidad (17,29). De forma similar, Silva et al. evidenciaron la necesidad de fortalecer los programas educativos institucionales y de particularizar los protocolos de atención y formación, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario (23).

Estas limitaciones están relacionadas, en gran medida, con la escasez de personal y la falta de tiempo para dedicar a la educación de los pacientes. Maloney, además, subraya que las competencias comunicativas del personal influyen de manera directa en la percepción de los pacientes, ya que el uso frecuente de terminología técnica dificulta la comprensión y puede generar información incompleta o contradictoria (17,30). A ello se suma la baja participación de las familias en los procesos de cuidado y las restricciones económicas de algunos pacientes, lo cual limita una adecuada recuperación y el manejo efectivo de su enfermedad (31).

No obstante, también se reconoce el compromiso de muchos profesionales de la salud que asumen con responsabilidad la educación y el cuidado de los pacientes. Asimismo, las instituciones manifiestan la intención de mejorar y fortalecer sus planes educativos en todas las áreas, con el objetivo de optimizar la calidad del servicio y de la atención brindada. Aun así, persisten limitaciones relevantes que deben ser consideradas, entre ellas, la ausencia de una validación específica de la Escala de Enseñanza de Calidad al Alta en población colombiana.

Por otra parte, los hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer los escenarios educativos dentro de las instituciones de salud, generando estrategias que favorezcan el conocimiento y la apropiación de los cuidados por parte de los pacientes, tanto durante la hospitalización como al momento del egreso.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio permiten evidenciar la necesidad de fortalecer los procesos educativos liderados por el personal de enfermería al momento del egreso hospitalario, dado que influyen de manera directa en la percepción de los pacientes con hipertensión arterial, diabetes o ambas, sobre la calidad del cuidado recibido. Una educación estructurada, comprensible y adaptada a las características individuales del paciente, constituye un elemento esencial para favorecer la adherencia terapéutica, reducir complicaciones y contribuir a la mejora de la calidad de vida.

De igual forma, se resalta la importancia de involucrar a la familia en el proceso educativo y de avanzar hacia una mayor articulación entre las instituciones de salud, con el propósito de garantizar continuidad, coherencia y efectividad en la atención. Estas estrategias consolidan el papel de la enfermería en el fortalecimiento del autocuidado y permiten alcanzar resultados más consientes y sostenibles en el bienestar de los pacientes,

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de uso de IA

Los autores declaran que se utilizó IA únicamente como apoyo en la redacción y mejora del estilo del manuscrito. Todas las ideas, análisis e interpretaciones corresponden íntegramente a los autores, quienes asumen la responsabilidad total sobre el contenido final.

Agradecimientos

A cada uno de los pacientes que participaron, agradecemos su valiosa colaboración y la información brindada, la cual hizo posible el desarrollo de esta investigación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 [Internet]. Washington, DC; 2014. 64 p. Disponible en:

- <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>
2. Barrera Céspedes MC, Yardany RM, Ruiz MÁ, Masmela KM, Parada YA, Peña CA, et al. Complicaciones Agudas de la Diabetes Mellitus, Visión Práctica para el Médico en Urgencias: Cetoacidosis Diabética, Estado Hiperosmolar e Hipoglucemia. *Revista Cuarzo*. 2018;24(2):27-43. <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v24.n2.352>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Educación sobre diabetes: disminu-yamos el costo de la ignorancia [Internet]. Vol. 2. Washington, DC; 1996. 88 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3152/Educacion%20sobre%20diabetes%20disminuyamos%20el%20costo%20de%20la%20ignorancia.pdf?sequence=1>
4. Melo Castillo YP. Significados de la educación para la salud en contexto del adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista Cuarzo*. 2022;28(1):26-36. <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v28.n1.662>
5. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Cápsulas de conocimiento: Interoperabilidad en Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/ish/images/toolkit/IS4H%20CC_InteroperabilidadenSP.pdf?ua=1
6. Salazar Flórez JE, Arias Castro CE, Betancur Arango PA, Henao Ruíz K, Restrepo Arroyave N, Rodríguez Cárdenas E. Conocimiento sobre la enfermedad y complicaciones en los pacientes pertenecientes a un programa de diabetes. *Revista Cuarzo*. 2023;29(2):20-5. Disponible en: <https://revistas.juannncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/687>
7. Díaz-Ramos J, Gaxiola-Jurado N, Fraga-Ávila C, Zúñiga-Barba A, Leal-Mora D. Educación para la salud: envejecimiento exitoso a través del aprendizaje. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2016;(38):25-32. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/38/38_Diaz.pdf
8. García CP, Gallegos-Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horizonte de Enfermería*. 2019;30(3):271-85. Disponible en: <https://revistaciencia-politica.uc.cl/index.php/RHE/article/view/10870>
9. Hidalgo-Parra EA. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial: Artículo de revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud GESTAR*. 2019;2(4):27-36. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/7>
10. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2019;26(2):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.rc-car.2018.06.008>
11. Hevia V. P. Educación en diabetes. *Rev Med Clin Condes*. 2016;27(2):271-6. <https://doi.org/10.1016/j.rmc-lc.2016.04.016>
12. Duque Ortiz C, López Herrera FE, Escobar Muñoz MP, García Duque J. Una carga que complica la vida. la experiencia de iniciar una enfermedad crónica no transmisible. un estudio fenomenológico. *Gerencia y Políti-*

- cas de Salud. 2022;21:1-14. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ccve>
13. Mosquera Chávez VA. Cuidados de enfermería en la prevención de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2022;6(6):872-89. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3577
14. Weiss ME, Costa LL, Yakusheva O, Bobay KL. Validation of patient and nurse short forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and their relationship to return to the hospital. *Health Serv Res*. 2014;49(1):304-17. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12092>
15. Weiss M. Milwaukee: Marquette University; [citado 25 de agosto de 2025]. Quality of Discharge Teaching Scale, QDTS. Disponible en: <https://epublications.marquette.edu/qdts/>
16. Knier S, Stichler JF, Ferber L, Catterall K. Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Rehabil Nurs*. 2015;40(1):30-9. <https://doi.org/10.1002/rnj.164>
17. Maloney LR, Weiss ME. Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clin Nurs Res*. 2008;17(3):200-19. <https://doi.org/10.1177/1054773808320406>
18. You H, Lei A, Liu L, Hu X. Interaction mechanism of discharge readiness between discharge teaching and post-discharge outcomes in gynecological inpatients: a mediation analysis. *Langenbecks Arch Surg*. 2024;409(1):267. <https://doi.org/10.1007/s00423-024-03450-5>
19. Hongo H, Green J, Otsuka K, Jimba M. Development and psychometric testing of the Japanese version of the maternal breastfeeding evaluation scale. *J Hum Lact*. 2013;29(4):611-9. <https://doi.org/10.1177/0890334413491142>
20. Chen Y, Bai J. Reliability and validity of the Chinese version of the Readiness for Hospital Discharge Scale-Parent Form in parents of preterm infants. *Int J Nurs Sci*. 2017;4(2):88-93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.01.009>
21. Mohd Razali N, Bee Y. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*. 2011;2(1):21-33.
22. Páez JA, Triana JD, Ruiz MÁ, Masmela KM, Parada YA, Peña CA, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus: visión práctica para el médico de atención primaria. *Revista Cuarzo*. 2016;22(1):13-38. <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v22.n1.144>
23. Silva Silva V, Espinoza Quiroz P, Weiss M, Silva Silva V, Espinoza Quiroz P, Weiss M. Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad. *Index de Enfermería*. 2018;27(1-2):23-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-129
24. Aedo Romero V, Rivas Rivero E, Campillay Campillay M. Adherencia terapéutica en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus tipo II: una aproximación cualitativa. *Enfermería actual en Costa Rica*. 2022;(42):1-15. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/45422>
25. Colliere MF. Promover la vida [Internet]. 2.ª ed. México, D.F: Mc-

- Graw-Hill Interamericana Editores; 1993 [citado 5 de mayo de 2023]. 26 p. Disponible en: https://www.academia.edu/40376724/Marie_Fran%C3%A7oise_Colliere_Promover
26. Meleis AI. Theoretical Nursing: Development and Progress [Internet]. 6ta ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 382 p. Disponible en: <https://books.google.com.co/books?id=REG2lRVBS14C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
27. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina interna de México*. 2019;35(4):515-24. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
28. Saraiva Aguiar R, Salmazo da Silva H. Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora. *Enfermería Global*. 2022;21(65):545-89. <https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>
29. Lemos VC, de Azevedo Barros MB, Goldbaum M, Galvão Cesar CL, Guimarães Lima M. Prácticas autoreferidas para controlar la hipertensión y la diabetes mellitus en adultos mayores de Campinas, Brasil, en tres períodos. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2407. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2407>
30. Acuña M, Meek Torres S, Izaguirre Germain MP, et al. Comprensión de la terminología médica en adultos mayores: Un estudio transversal. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2024;84:1-9. Disponible en: https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol84-24/destacado/original_402.pdf
31. Duran-Badillo T, Herrera Herrera JL, Salazar Barajas ME, Míreles Alonso MA, Saavedra MO, Ruiz Cerino JM, et al. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería*. 2022;28. <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>