Universidad Estatal del Sur de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería

Proyecto de investigación previo a la obtención del título:

Licenciado en Enfermería

Tema:

Plan de alta y la aplicación por el profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Autor

Cesar Augusto Choez Gonzalez

Tutor

Lcda. Jaqueline Beatriz Delgado Molina

Jipijapa - Manabí - Ecuador

Septiembre 2018

Certificación del tutor

Lcda. Jaqueline Beatriz Delgado Molina, docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, certifica que el señor Cesar Augusto Choez Gonzalez, es el autor del proyecto de investigación titulado: **"plan de alta y la aplicación por el profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez**", el mismo que se desarrolló siguiendo la normativa establecida y los estándares de investigación científicas según las normas Vancouver.

Jipijapa, 14 de septiembre de 2018

_____

Lcda. Jaqueline Beatriz Delgado Molina

Tutora

Aprobación del trabajo

Facultad de Ciencia de la Salud

Carrera de Enfermería

Proyecto de investigación:

"Plan de alta y la aplicación por el profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez"

Sometido a evaluación al tribunal de defensa de proyecto de investigación de la carrera de Enfermería.

Jipijapa, 14 de septiembre del 2018

Aprobación del trabajo

Calificación del trabajo escrito……

Calificación de la defensa ……..

Nota final ……..

Dr. Robert Zambrano Santos

Presidente del tribunal

Lcda. Miladis Plasencia López

Docente miembro de tribunal

Dra. Yelennis Galardy Domínguez

Docente miembro de tribunal

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo va dedicado ante todo a Dios, por el milagro de la vida. A mi madre, **María Lucias Gonzalez Reina**, pilar fundamental para cumplir mis metas, inspiración positiva de amor infinito, constancia y esfuerzo. Gracias por darme la mejor herencia de una madre a su hijo, la educación. Miles de gratitud mujer de mi vida por el apoyo y confianza deposito en mí durante todos estos años.

A mi hija, Leila Choez, hermosa princesa, a quien desde el dia en que supe que vendrías a mejorar mi vida, te convertiste en la razón primordial para seguir avanzando, buscando un futuro mejor para ti. A mis hermanos, por su gran apoyo en los momentos buenos y sobretodo en los malos, por sus consejos y palabras de aliento, que me animaron a no darme por vencido.

También extiendo mi infinito agradecimiento a la persona que se ha ganado mi aprecio, admiración y amor J. Litardo, quien siempre ha sido mi apoyo en cada momento que necesité. Mil gracias por siempre creer en mí y estimularme cada dia a que crea en mis capacidades para lograr mis metas.

Reconocimiento

Mi gratitud a quienes conforman el departamento de docencia e investigación del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, a la gerente general Ing. María Fernanda Arroyo y demás autoridades, por la aprobación favorable ante el desarrollo del trabajo investigativo en tan prestigiosa casa de salud.

Un agradecimiento especial a cada una de las Licenciadas de Enfermería del área de gíneco-obstetricia por su apoyo, confianza y comprensión en cuanto a su participación en la ejecución del trabajo de campo.

De igual manera mi agradecimiento infinito a la Universidad Estatal del Sur de Manabí, ilustre entidad de educación superior que me abrió sus puertas y con su guía e instrumentos me permitió llegar a la formación profesional como Licenciado en Enfermería. A la coordinadora de la Carrera de Enfermería, Lic. Liliana Calderón, por permitirme desarrollar el presente trabajo investigativo.

También extiendo un inmenso agradecimiento a mi tutora, Lcda. Jaqueline Beatriz Molina Delgado, quien con su orientación basada en sus amplios conocimientos, durante la elaboración del trabajo de titulación, me dio las pautas necesarias para la culminación propicia del trabajo investigativo.

Índice

Portada I

Certificación del tutor II

Aprobación del trabajo III

Dedicatoria IV

Reconocimiento V

Resumen VIII

Summary IX

9. Introducción 1

10. Marco teórico 7

10.1. Plan de alta 7

10.1.1. Concepto 7

10.1.2. Componentes del plan de alta de enfermería 7

10.1.3. Objetivo del plan de alta de enfermería 10

10.1.4. Elaboración del plan de alta de enfermería 10

10.1.5. Aplicación del plan de alta 11

10.1.6. Definiciones conceptuales referentes al plan de alta 11

10.1.6.1. Paciente hospitalizado 11

10.1.6.2. Egreso hospitalario 11

10.1.6.2.1. Egreso por alta médica 11

10.1.6.2.2. Egreso voluntario 12

10.1.6.3. Reingreso 12

10.2. Enfermería 12

10.2.1. Funciones de enfermería 12

10.2.1.1. Función asistencial 13

10.2.1.2. Función administrativa 14

10.2.1.3. Función investigativa 14

10.2.1.4. Función docente 15

10.2.2. Profesional de enfermería 15

10.2.3. Dimensión humana 16

10.2.3.1. Interacción enfermera-paciente 16

10.2.3.2. Educación al paciente 16
10.2.4. Teorías y modelos de enfermería 17
10.2.4.1. Florence Nightingale – teoría del entorno 17
10.2.4.2. Callista Roy – modelo de adaptación 18
10.2.4.3. Virginia Henderson - definición de enfermería 19
10.2.5.4. Dorothea Orem – teoría general de enfermería 22
10.2.5.5. Marjory Gordon - 11 patrones funcionales 24
11. Diagnostico o estudio de campo 27
12. Diseño de la propuesta 33
13. Conclusiones 40
14. Recomendaciones 41
15. Bibliografía 42
16. Anexos 45

Resumen

El plan de alta de enfermería es un documento escrito que sirve de guía al paciente para continuar con el tratamiento en el hogar, el enfermero se enfoca en la educación como el factor principal para su uso, sin embargo éste es realizado de forma rápida y sin un proceso educativo al paciente. El objetivo de la investigación es valorar el cumplimiento del plan de alta y la aplicación por el profesional de enfermería del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas. Los métodos teóricos utilizados en el estudio fueron bibliográfico, descriptivo, transversal, analítico y deductivo. Como métodos empíricos se aplicó una encuesta a 22 enfermeras de cuidado directo y el análisis de 300 historias clínicas escogidas de forma aleatorias, obteniendo como resultado un 85% del plan de alta lo elabora y ejecuta el interno de medicina, mientras que el 70% del personal de enfermería lo realiza en forma oral. Aunque no se cuente con un formulario de plan de alta para enfermería, la educación de forma verbal colabora en gran medida al cumplimiento de las intervenciones plasmadas en el formulario, motivando como propuesta el diseño de un formulario de "Plan de Alta de Enfermería", el mismo se convierte en una herramienta útil para el profesional de enfermería y más aún para el paciente, al contar con indicaciones por escrito de forma clara y legibles a las que pueden acudir las veces que sean necesarias si se le olvida, evitando su reingreso hospitalario.

Palabras claves: autocuidado, educación al paciente, cuidado continuo

Summary

The nursing discharge plan is a written document that serves as a guide to the patient to continue with the treatment at home, the nurse focuses on education as the main factor for its use, however this is done quickly and without delay. An educational process for the patient. The objective of the research is to assess the fulfillment of the discharge plan and the application by the nursing professional of the Dr. Gustavo Dominguez Hospital, in the city of Santo Domingo de los Tsáchilas. The theoretical methods used in the study were bibliographic, descriptive, analytical and deductive. As empirical methods, a survey was applied to 22 nurses of direct care and the analysis of 300 randomly selected clinical histories, obtaining as a result 85% of the discharge plan is elaborated and executed by the medical intern, while 70% of the Nursing staff do it orally. Even if you do not have a discharge plan form for nursing, verbal education contributes greatly to compliance with the interventions included in the form, motivating as a proposal the design of a "Nursing Discharge Plan" form, it becomes a useful tool for the nursing professional and even more so for the patient, by having clear and legible written instructions to which they can go as many times as necessary if they forget, avoiding their hospital re-entry.

Keywords: self-care, patient education, continuous care

9. Introducción

El plan de alta en enfermería apareció por primera vez en 1984 en Estados Unidos, como parte del sistema medicare o sistema de salud de un solo pagador, extendiéndose de forma rápida a Europa y América Latina, por ser una herramienta de gran utilidad en la educación sanitaria (1). Dicho plan presenta como finalidad aportar los cimientos educativos necesarios para el cuidador en el hogar o fomentar el autocuidado del paciente ayudando en la reincorporación a su vida cotidiana tras el alta hospitalaria. Al igual que precisa disminuir gastos económicos al paciente, costos de la estancia hospitalaria y evitar el reingreso a la casa de salud.

Medicare propone entregar a los pacientes, instrucciones claras en el plan de alta de enfermería, al igual que controles médicos tomados para reducir los reingresos (2). Es por esta razón que las indicaciones por escrito entregadas al paciente después de su egreso, debe ser explicitas con un lenguaje comprensible, buscando la captación de lo plantea, teniendo en cuenta que la información es amplia y variada sí, solo se la realiza de forma oral se corre el riesgo de no cumplir el objetivo deseado.

Por lo que se podría considerar un mecanismo obligatorio y una estrategia de intervención del personal de salud (3). Más aun para el profesional de enfermería, que debería garantizar al paciente un cuidado seguro e integral. Y al cuidador familiar, la preparación para que pueda desempeñar dicho rol, siendo éste, un factor muy importante para el cumplimiento y el éxito de las actividades a desarrollar dentro del plan de alta de enfermería.

El plan de alta de enfermería es un conjunto de actividades favorable a la atención primaria por parte del profesional de enfermería. Llevando a cabo la continuidad de los cuidados una vez egrese el paciente hacia su casa (4). La educación se centra básicamente en cuidados de acuerdo a la patología médica, haciendo énfasis por lo general en la administración de medicación prescrita (detallando dosis, hora, presentación y tiempo de duración), signos de alarma (fiebre, vomito, cambio en la coloración de la piel, entre otros), curación de herida (lesiones, curaciones quirúrgica cuando lo amerite), higiene, alimentación y actividad física.

Cabe destacar que el eje en que se centra el plan de alta de enfermería es la educación (5). Por tal motivo el enfermero debe de hacer énfasis en la importancia de cada elemento que lo

forman, teniendo en cuenta que para ejecutar un plan de alta de enfermería cubriendo todas las necesidades del usuario, se debe hacer uso de la valoración, iniciando desde cuando el paciente hace su ingreso a la unidad, valiéndose del tiempo que permanece en la casa de salud, para instruir al paciente si el caso lo permite, como también a los familiares, una vez planteado el plan de alta de enfermería serán quienes cumplan con el rol de cuidador activo dentro de la cotidianidad de su domicilio.

A sabiendas, de que la profesión de enfermería en la actualidad es una disciplina identificada por la realización de una ardua labor en el cuidado del paciente sano y enfermo. Teniendo sus bases en los principios y fundamentos teóricos dentro de diversas teorías y modelos de enfermería, desarrollado por grandes personajes, como por mencionar, la madre de la enfermería Florence Nightingale y al igual que Callista Roy, destacan el aporte transcendental de considerar las condiciones donde se desenvuelve la persona (6). Esto hace que el enfermero/a identifique, dónde y cómo actuar para brindar cuidados favorables a la recuperación del paciente, haciendo valido el objetivo del plan de alta de enfermería que es cubrir las necesidades básicas evitando complicaciones en el usuario.

También se podría decir que aportaciones como las de Virginia Henderson, donde enfatiza la importancia de elaborar y ejecutar planes de cuidados de enfermería fundamentados en la identificación de necesidades de Maslow. Y Dorothea Orem, por su parte en las necesidades asociadas al autocuidado. Dichas aportaciones dan una guía al personal de enfermería para efectuar acciones guiadas a colaborar en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, tanto dentro como fuera del área hospitalaria. Teniendo en cuenta que el plan de cuidado realizado para solucionar las necesidades presentadas por el paciente, son una base de donde se puede partir para la realización de un plan de alta, es aquí donde esta herramienta toma especial relevancia, promoviendo el autocuidado.

En la búsqueda de información se pudo constatar evidencias de investigaciones sobre la temática citada, en un Distrito de Estados Unidos de Norte América, un estudio de Garcés Carranza Cesar, detalla el trabajo en equipo multidisciplinario, para la formulación y ejecución del plan de alta hospitalario (7). Como bien lo manifiesta este personaje la ayuda de otro profesional como es el trabajador social, médicos, psicólogos, nutricionista, entre otros

puede fortalecer en el seguimiento y verificación del cumplimiento de los objetivos planteados dentro del plan de alta.

En España una investigación realizadas por enfermeras de dicho lugar, detallan los efectos del plan de alta en la diada de pacientes con enfermedades crónicas y el cuidador familiar (8). Destacando de esta forma lo favorable que es la intervención de enfermería durante la planeación del plan de alta en este tipo de pacientes y el desempeño del cuidador. También se fija como objetivo enfatizar en la carga que tiene el familiar cuidador, como ya se lo ha explicado, hace parte importante del cumplimiento de lo planificado dentro del plan de alta de enfermería.

En México, se encontró varias investigaciones que evidencian la aplicación del plan de alta, en una revista de enfermería de esta localidad, un estudio denominado; plan de alta de enfermería, modelo de una institución de tercer nivel de atención en la ciudad de México (9). Realizado por varios autores quienes destacan que el proceso de atención de enfermería no acaba con el egreso del paciente, si no que se debe planificar acciones orientas a la continuidad del cuidado, apoyado en diagnósticos de enfermería, por lo tanto esto permite, mediante el acompañamiento donde se exploran creencias, valores, costumbres y los aspectos socio-económicos, contribuyan a formar un plan de alta de enfermería integral, que no solo se lo vea como un documento facilitador de información, sino también buscar un enfoque teórico conducente a dar respuestas a las necesidades sociales.

Por otra parte un estudio denominado, intervención de enfermería en una persona con síndrome de Guillain-Barré tipo AMAN, bajo la teoría de Dorothea Orem (5). Se explica la importancia del plan de alta de enfermería especializado en esta patología, crea base prácticas y efectivas en cuanto a cubrir las necesidades presentadas en este tipo de paciente, dejando entrever que una valoración exhaustiva, la formulación y ejecución de acciones de enfermería, así como en muchos caso multidisciplinaria (médicos especialistas, terapista, psicólogos, etc.) aportan resultados favorables ante cualquier problema de salud.

En Chile una publicación de varios autores crea una revisión literaria sobre el proceso de alta hospitalaria (2). Dentro de este se pone en evidencia una intervención de enfermería desde el dia 3 antes del alta, basado en la educación en diferentes campos clínicos, como farmacia,

medicina, nutrición, refuerza en gran medida la compresión del plan de alta por parte del usuario. Este trabajo investigativo deja divisar que el plan de alta de enfermería, puede ser fortalecido si se toma en cuenta la intervención de profesionales de otra rama de la salud.

Colombia también registra aportaciones de investigaciones sobre el plan de alta, analizadas desde el punto de vista del cuidador familiar (10). Valorando la sobrecarga que este podría tener, si se tiene en cuenta al cuidador le recae gran parte del cumplimiento de las actividades trazadas en la guía denominada plan de alta. Por lo que él o la enfermera, tiene el deber de abarcar dentro del plan de alta de enfermería, actividades que ayuda a disminución las molestias que podrían afectar la salud del cuidador activo.

En nuestro país también se podría decir que es escaso el abordaje del tema, son pocas las Instituciones de Salud donde se ha indagado e investigado acerca de esta problemática mostrando la evidencia de su aplicación, como lo es el caso de un egresado de la Universidad de Loja, en un área del Hospital de la parroquia de Zumba, de la provincia de Zamora (4). Denotando que antes de su intervención el plan de alta de enfermería, se realizaba de forma oral, lo que le lleva a la implementación de este documento en la mencionada casa de salud, mostrando al plan de alta como una ayuda en gran medida a la recuperación de los pacientes egresados de esta casa de salud.

Otro trabajo que abarca al plan de alta y su aplicación por parte de enfermería, es el realizado por Gabriela Álvarez, egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad de Loja (11). En esta temática tratada no solo desde el egreso sino también del ingreso del paciente a la unidad de salud, la misma aborda desde la insatisfacción que refieren los pacientes en cuanto a la atención brindada por el personal enfermero, cosa que en el trascurrir del proceso de investigación, encuentra controversias como la no existencia de un formulario de plan de alta de enfermería aplicado a escala nacional y como ya se vio anteriormente solo se lo realiza de manera oral, de este modo se corre el riesgo de no cumplir con el fin diseñado.

La importancia de la investigación radica en la poca evidencia científica y por ende el desconocimiento de esta problemática en el personal de enfermería, en la poca información de la aplicación de un plan de alta en las instituciones de salud a nivel nacional. Y teniendo en cuenta que para los y las enfermera, el brindar un cuidado de calidad, calidez e integral, es el

auge de la práctica diaria, si se da tiempo significativo a la educación del paciente y el familiar, se estará cumpliendo con uno de los objetivo que se plantea el personal de enfermería durante el tiempo que ejerce la profesión, como lo es el fomento del autocuidado y mantenimiento de la autonomía en el paciente. No hay que dejar de lado, el propósito primordial del plan de alta es prevenir el reingreso a la casa de salud, así como el deterioro de la salud.

En tanto que a nivel de Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas, pertenecientes a la zonal 4 – salud, no se muestran estudios que abarquen el contenido de plan de alta de enfermería, en los últimos cinco años. Siendo muy poco tratado el tema y a pesar de que en el dia a dia del actuar de enfermería, sea una herramienta muy útil en el transitar de información entre enfermero/a – paciente, sin dejar de lado el ámbito familiar, pudiendo ser un recurso que ayude al profesional a brindar un cuidado acorde a las necesidades de cada paciente. No se le ha dado la importancia del caso, dejando de lado un recurso que si se aplica dentro de la labor de enfermería se obtendría resultados que favorezcan la salud de la persona, la familia y la sociedad.

Antes lo expuesto, se podría decir que a nivel institucional tampoco se ha realizado estudios donde se abarque el tema o se evalúen la aplicación del plan de alta de enfermería, visto desde el enfoque de la salud pública, nos permite aportar como parte del sistema sanitario resultados en la prevención, promoción y rehabilitación de la salud, teniendo como eje central al paciente, la familia y la comunidad. Y sobre todo evitando el reingreso del paciente a las instalaciones hospitalarias, colaborando en la disminución de costos en los recursos de la Institución, el Distrito, la Zonal y el Ministerio de Salud Pública.

También se pretende aportar reseñas que sean de utilidad para la comprensión de la temática, ante todo se pueda considerar como un factor importante dentro del esquema de estudio en las carreras de enfermería y se considere su aplicación en las instituciones de salud del país. Validando al plan de alta de enfermería como un recurso de gran utilidad en la prevención de la salud, promoción del autocuidado y la disminución de reingresos hospitalarios en los tres niveles de atención. Como también se le reconozca como un documento legal dentro de la historia clínica del paciente.

El objeto de la investigación es el plan de alta de enfermería, el campo de estudio es la Enfermería por ser la ciencia cuyo eje central es el cuidado de la persona sana o enferma, como también la educación a la persona, familia y comunidad. El objetivo general se centra en valorar el cumplimiento del plan de alta y la aplicación por el profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez; se plantea como tareas científicas las siguientes:

a) Determinar los datos sociodemográficos del profesional de enfermería del área de gíneco-obstetricia

b) Verificar el desempeño del profesional de enfermería en la ejecución del plan de alta y de qué forma lo realiza.

c) Valorar la eficacia del plan de alta en la disminución de reingresos

d) Elaborar la propuesta para solucionar la problemática.

Se realizó un estudio a través de los métodos bibliográficos, descriptivo transversal mediante las variables plan de alta (dependiente) y la aplicación por el personal enfermero (independiente) en el área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. Donde también se consideran los métodos analíticos y deductivos aplicados a los datos obtenidos mediante los instrumentos de investigación empíricos, como la encuesta para la recolección de información. Se revisa una muestra de 300 historias clínicas del periodo de octubre 2017 a marzo 2018, escogidas de forma aleatoria. También se trabaja con el registro de reingresos proporcionado por el departamento de admisión de dicha casa de salud.

La población de estudios estuvo conformado por 26 enfermeras que laboran dentro del área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano. No se aplica muestreo por considerar que la población total no es mayoritaria. Fueron criterio de inclusión: 22 profesionales de enfermería de cuidado directo, porque en las actividades que realizan a diario se centra la investigación., siendo criterio de exclusión: 3 enfermeras que al momento del trabajo de campo se encontraban de vacaciones y una enfermera que realiza función de coordinadora del área.

10. Marco teórico

10.1. Plan de alta

10.1.1. Concepto

El plan de alta de enfermería es un documento escrito que proporciona información importante e individualizada al paciente y cuidador primario (4). Elaborado por el profesional de enfermería que asiste al paciente durante su instancia en la Unidad de Salud. Teniendo en cuenta que a más de ser un documento que informa al paciente las acciones a realizar en el hogar, permite también la continuidad de los cuidados y la comunicación de los profesionales de enfermería en los tres niveles de atención definidos por el Ministerio de Salud Pública.

10.1.2. Componentes del plan de alta de enfermería

Basando en trabajos investigativos sobre lo que es el plan de alta de enfermería y mencionando a manera guía el descrito por Beltrán Neto Stefany, egresada de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo (12). Se podría considerar que los componentes de un plan de alta por lo general abracan:

Uso y manejo de la medicación

El paciente al igual que el cuidador o la familia en general deben conocer la presentación, nombre, dosis, hora de administración, tiempo que dure el tratamiento, efectos secundarios, vía correcta. También haciendo énfasis en la verificación de la fecha de caducidad y la forma de almacenamiento (12). el conocimiento de estos componentes por partes del pacientes es de gran utilidad al momento de poner en práctica el plan de alta de enfermería, teniendo en cuenta que no solo vamos a favorecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico sino también se podría aportar en la disminución de la automedicación.

Signos y síntomas de alarma

Es de vital importancia la educación del paciente sobre los signos y síntomas de alarma que se pudieran presentar de acuerdo a la situación particular que enfrente, siendo más usuales el dolor, la fiebre, aumento de volumen, entumecimiento parestesia, frialdad y cambio en la

coloración de la piel, erupciones cutáneas entre otros. Cabe destacar que se debe orientar al paciente por si presenta alguna de las manifestaciones antes mencionadas acuda a la casa de salud más cercana, siempre teniendo en cuenta la atención por niveles (primer, segundo y tercer nivel de atención).

Cuidados especiales

Teniendo en cuenta que al momento del egreso hospitalario, el paciente y los familiares deben de estar empoderados para cubrir la realización de algunos procedimientos o técnicas especiales como las curaciones, el cuidado de heridas, el manejo de sondas, ostomías, al igual que conocer los materiales necesarios para el cuidado en casa y como conseguirlos, son algunas de las medidas en las que el personal de enfermería brinde la atención, tiene el deber de proporcionar la educación necesaria al paciente y este pueda cumplir con la realización de dichos procedimientos en los cuales se debe hacer énfasis el uso de barreras de protección que ayuden a la prevención de infecciones.

Alimentación

El personal de enfermería debe ofrecer a los pacientes la información necesaria en cuanto a los alimentos que debe ingerir a diaria y que van de acuerdo a las indicaciones médicas, y se debe enfatizar en el uso de los diferentes tipos de dietas establecidas de acuerdo a las necesidades de cada paciente, como las detalladas a continuación:

Dietas de progresión: en este tipo de dietas encontramos las liquidas destinada a pacientes con problemas gastrointestinales o que estén en la etapa de recuperación tras un proceso quirúrgico. Las semisólidas compuestas para pacientes con problemas de masticación. La blanda indicada para pacientes con problemas relacionados al aparato digestivo.

Dietas con restricción de calorías: destinadas exclusivamente para personas obesas o con un grado de sobrepeso alto, por lo que se debe disminuir el consumo de calorías y suplantarlo con minerales esenciales para la salud. En este tipo de dietas se encuentran; hipocalórica de 1000 kcal, hipocalórica de 1500 Kcal y la hipocalórica de 1800 Kcal.

Dietas proteicas: dentro de estas se encuentran las hipo-proteicas, disminución de proteína, se aplica a personas con enfermedades renales. hiper-proteicas, aumento de proteínas diarias que se indican para pacientes con desnutrición, infecciones, cáncer o VIH. Sin gluten, proteína presente en muchos alimentos, aplicable a personas que sufren estreñimiento.

Higiene

Componente de importancia, teniendo en cuenta que es un mecanismo de protección y de eliminación de microorganismos patógenos. Aquí se toma en cuenta el baño, el lavado de las axilas para eliminar las bacterias que generan el mal olor, la piel con su función protectora y termorreguladora que a través del sudor depura el cuerpo de agentes nocivos. Los ojos, los oídos, las fosas nasales se lavan a diario, no se debe hacer uso hisopos puesto que podría dañar las paredes nasales o las del conducto auditivo. El lavado de manos es otro factor muy importante, como bien se sabe este procedimiento evita la propagación de agentes potencialmente dañinos para la salud y es un método eficaz de prevención de infecciones (12).

Actividad física

La Organización Mundial de la Salud, define a la actividad física como cualquier movimiento corporal a través de los músculos que demanden gasto de energía. También indica que no debe ser confundido con el ejercicio, ya que este es una variante de actividad física, organizada y repetitiva que se realiza con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de ésta. Por lo que se considera que la actividad física debe de ser parte de un plan de alta en aquellos paciente que estén en la capacidad de cumplir con ello, puesto que un nivel adecuado de actividad física, ayuda a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, metabólicas, cáncer e incluso depresión, mejora la salud ósea y funcional, así como también es un determinante para el gasto energético reduciendo la aparición de sobrepeso a cualquier edad (13).

Cabe mencionar que los componentes del plan de alta de enfermería se plantean de acuerdo a las necesidades o al problema de salud que presente el paciente, por tanto varían los componentes que lo conforman acorde al área o servicio hospitalario donde se aplique, así como al diagnóstico actual del paciente.

10.1.3. Objetivo del plan de alta de enfermería

Como objetivos del plan de alta de enfermería, ya sea en cualquier tipo de egreso del paciente donde el cuidado en casa es primordial para la recuperación de la salud y aún más en el egreso a petición en el que muchas veces los riesgos en la salud son elevados, y los pacientes no consideran las consecuencias de ello, por ende es de suma importancias cumplir los objetivos planteados, como los siguientes:

Procurar continuidad del cuidado al paciente en el hogar.

Estimular al paciente en cuanto a su autocuidado teniendo en cuenta sus capacidades funcionales

Reducir al máximo el reingreso por complicaciones secundarias o por incumplimiento del tratamiento (4).

Proporcionar al paciente en caso de no poseer autonomía del cuidado, un cuidador familiar capacitado para suplir las necesidades de este y cumplir a cabalidad las actividades planeadas dentro del plan de alta.

Disminuir el costo de la estancia hospitalaria, de materiales e insumos. Teniendo en cuenta el factor económico del paciente, lo precisa, que no se vea afectado, incurriendo en gastos innecesarios.

10.1.4. Elaboración del plan de alta de enfermería

El plan de alta se crea mediante la intervención diaria del personal enfermero y acorde a las necesidades del paciente una vez que egrese de la unidad prestadora de servicios. Teniendo en cuenta que la participación del equipo de salud, el paciente y el cuidador familiar establecen el excito o fracaso de este. También se consideran los componentes que conformen el plan de alta diseñados acorde a las necesidades del paciente y del área donde se planee.

Dentro de la elaboración se debe considera que antes de la ejecución del plan de alta de enfermería, los familiares o el cuidador debe ser notificado anticipadamente de la posible fecha y hora del egreso, para que se adopte en el domicilio los recursos necesario de acuerdo a

las necesidades y condiciones del usuario. Al igual que asegurarse de la comprensión de la información previamente brindada al cuidador o al paciente, haciendo énfasis en aquellos componentes considerados de mayor importancia, como la aparición de signos y síntomas de alarma teniendo claro a dónde acudir en caso de su aparición (4).

10.1.5. Aplicación del plan de alta

La aplicación del plan de alta de enfermería favorece la atención dentro de los diferentes niveles del sistema de salud, siempre y cuando se cumpla los objetivos ya definidos. Es responsabilidad del personal de enfermería velar por el cumplimiento del plan de alta, proporcionando la recuperación y reintegración del paciente a la sociedad. El profesional enfermero conociendo de la abundancia de información que se le brinda al paciente en el plan de alta, al momento del egreso, le convendría proporcionar el informe por escrito a manera de guía en la ejecución dentro hogar (4).

10.1.6. Definiciones conceptuales referentes al plan de alta

10.1.6.1. Paciente hospitalizado

Se lo define a la persona que ocupa una cama de hospital mientras es atendida por diagnostico o tratamiento. Se excluye a los recién nacidos sanos en alojamiento conjunto, solo se le considera que demanda cuidados especiales. De igual manera al lactante que acompaña a la madre hospitalizada.

10.1.6.2. Egreso hospitalario

Es el retiro de un paciente hospitalizado de los servicios del hospital. El egreso implica la culminación del periodo de internación y la presencia de una cama vacía, ya sea por alta o fallecimiento (14). Por tal motivo se hace importante la participación de enfermería, asegurándose del bienestar del paciente una vez se dé su egreso al domicilio.

10.1.6.2.1. Egreso por alta médica

Este tipo de egreso se produce cuando el paciente se retira vivo del hospital, ya sea por alta médica definitiva, transitoria o por traslado a otra casa de salud. Este tipo de egreso es el más

realizado dentro del área hospitalaria, tras la valoración por el medico el paciente sale del servicio de hospitalización siendo en ese momento cuando el plan de alta toma importancia para el cuidado continuo.

10.1.6.2.2. Egreso voluntario

Salida intencional del usuario de una casa de salud a pesar de las indicaciones médicas y recomendaciones de enfermería (15). También se lo denomina alta a petición, donde el personal médico y de enfermería explica al paciente los riesgo que implica el abandonar las instalaciones hospitalarias, razón por la cual se hace vital la intervención de un plan de alta de enfermería enfocado a resolver las necesidades que el paciente presente.

10.1.6.3. Reingreso

Se podría definir como reingresos al ingreso programado o urgente que se lleva a cabo tras el alta del paciente en un tiempo determinado por la causa de su primer ingreso o diferente a ésta (16). Las causas que provocan el reingreso puede ser la misma con la que acudió a la casa de salud por primera vez o de otras índoles, en un tiempo determinado de 30 dias posterior al egreso.

10.2. Enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras manifiesta que la enfermería abarca los cuidados, tantos autónomos como en equipo, ofrecidos a las personas de todas las edades, familia, grupos sociales y comunidad, a sanos y enfermos en todos los ámbitos, donde se hace relevancia en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas que presentan alteración en la salud, discapacitados y moribundas (17).

10.2.1. Funciones de enfermería

Las ciencias físicas y la conducta han sido parte importante en la consolidación de conocimientos en la enfermería, por lo que es considerada una profesión que cuenta con sus propias teorías, ciencia, tecnología, procesamientos construidos gracias a la participación continua de los profesionales de enfermería. Dentro de las funciones de enfermería se la clasifica según el grado de participación, en las que encontramos las funciones delegadas o

dependientes, siendo las que realiza el/la enfermera/o ya sea por asignación, colaboración o competencia. Y las funciones independiente, ejecutadas de forma autónomas, teniendo en cuenta el actuar ético y la responsabilidad que conlleva el ejercicio diario. Ambas funciones el enfermero las sustenta en la práctica basada en evidencias (18).

El proceso de atención de enfermería, siendo un método científico estructurado, lógico y sistemático en la práctica asistencial ayuda a que el profesional de enfermería con cada una de sus cinco etapas brinde cuidados acorde a las necesidades del paciente, familia y la comunidad (19). Cada etapa del proceso de enfermería como la valoración donde se van a obtener datos significativos de forma objetiva, subjetiva. El diagnóstico, se realiza con la habilidad de ejercer un juicio clínico en cada etapa de la vida con problemas reales o potenciales, el cual el enfermero aprueba y trata de forma independiente para la elaboración de un plan de cuidados. La planeación, es la elaboración de actividades conjuntamente con el paciente, tiene la finalidad de prevenir, disminuir, regular o eliminar los problemas definidos como diagnósticos de enfermería. La ejecución, no es otra cosa que poner en marcha las actividades planeadas anteriormente. Y la evaluación, es una comparación sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Cada una de estas etapas proporciona al enfermero las bases necesarias para cumplir con las funciones propias de la enfermería siendo asistencial, investigativa, administrativa y de docencia.

10.2.1.1. Función asistencial

Como base de la función asistencial se encuentras las acciones de enfermería, cumpliendo con el propósito de satisfacer las necesidades de los seres humanos, donde se centra en acciones que ayudan al logro del quehacer enfermero, encaminados a brindar un cuidado individualizado e integral y continuo girando en torno a la pluriculturalidad (19). Cumplir con el proceso de atención de enfermería, en cada una de sus etapas (valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación) como método científico, prestando las bases teóricas en la labor diaria de enfermería, cubriendo las necesidades de cada paciente. Proporciona las condiciones idóneas al paciente en el momento del ingreso, registrando en el expediente clínico todo lo observado, lo realizado y deja pendiente, como también los medicamentos en cuanto a la aplicación y manejo adecuado del mismo.

Valora e interpreta junto con el medico las condiciones de salud de la persona, ejecuta acciones especiales de enfermería encaminadas a sustentar la vida del paciente y proporcionar la reinserción a la colectividad, ya sea con autonomía o en dependencia de un familiar, al que el enfermero proporciona la educación necesaria para que el cuidado en casa sea apropiado. Cuidado continuo llevado a cabo a través del plan de alta, donde el enfermero una vez haya cumplido con el proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas tendrá la información necesaria para su implementación en el hogar ayudado por un familiar que cumplirá el rol de cuidador activo.

10.2.1.2. Función administrativa

Cuando se habla de la función administrativa de enfermería es aquella en donde se planifica, ejecuta y evalúa todo lo concerniente al trabajo individual como colectivo, donde el actuar es en base a optimizar el tiempo, recurso y energía (18). Esta función se lleva a cabo cuando se ostenta un cargo dentro de las instituciones, al igual que en la función docente y asistencial. La administración es un factor importante en cada aspecto de la vida profesional, ayudando a cumplir el rol de forma eficiente y efectiva.

También se tiene en cuenta que la enfermería es el vínculo entre los cuidados y el sistema de salud, donde se abarcan actividades propias del profesional enfermero como la creación de normas estandarizadas basadas en evidencia científicas, encaminadas a mejorar la práctica, realiza y evalúa el sistema de informes y reportes de enfermería, faculta funciones y establece actividades al personal que está a su cargo, administra materiales e insumos utilizados en la atención del paciente (19).

10.2.1.3. Función investigativa

Es el proceso científico a través del cual se valida o mejora los conocimientos ya existentes, al igual que se genera nuevos conocimientos sobre la labor de enfermería (19). Dentro de esta función el enfermero/a elabora todo tipo de investigaciones científicas tanto en su ámbito como en las de otras profesiones, contribuyendo al desarrollo de la disciplina, la perfección de procesos y acciones que se realizan en mejora y conservación de la salud.

Mediante la función investigativa se identifican problemas, situaciones críticas, al igual que las estrategias dando soluciones a las mismas, viabilizando el mejoramiento de la práctica de enfermería (18). El proceso de investigación permite a la profesión avanzar en la mejora de los cuidados y en la búsqueda de soluciones pertinentes y acordes a las necesidades de la persona, familia y comunidad. Permite el desarrollo de la profesión.

10.2.1.4. Función docente

En cuanto al proceso de enseñanza – aprendizaje donde se centra la función de docencia, el profesional enfermero, tiene el deber de proporciona educación formal o informal a futuros profesionales de enfermería, así como también a otros profesionales, cumpliendo con la educación continua que exige, una sociedad cada vez más competente (19). En esta función también se incorpora la educación al paciente y la familia, considerada como el factor coadyuvante al logro de los objetivos de los cuidados enfermero.

Para la efectividad en la educación, se precisa de la comunicación en el diario vivir de las personas y las instituciones, por lo que si la comunicación es fluida conlleva a la coordinación de procesos de forma oportuna (18). El profesional de enfermería para llevar a cabo la comunicación con el paciente y el resto del personal de salud debe de hacer uso de la empatía, característica esencial del enfermero, llegando a través de esta a formar ese vínculo enfermera-paciente, donde a más de ser el apoyo que necesita para resolver las necesidades presentadas, es la guía hacia la ejecución del autocuidado o la enseñanza de los cuidados que requieren ser ejecutados por un cuidador familiar.

10.2.2. Profesional de enfermería

Es la persona que brinda un servicio a la comunidad en compañía del resto del equipo de salud, abarcando los cuatros ejes del sistema de salud, la promoción, prevención, tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de la salud, identificando y tratando las necesidades humanas reales o potenciales en los sujetos sanos o enfermos, cumpliendo el objetivo primordial de la profesión como es el conservar y fomentar la salud (20). A más de cumplir con un proceso de formación académica, el cual es validado por una institución de educación

superior, debe de poseer características propias de la profesión, haciendo su definición como profesional de enfermería.

10.2.3. Dimensión humana

Hace referencia al vínculo creado entre el profesional de enfermería y el paciente, donde la relación interpersonal está basada en la interacción con respeto, cordialidad, un leguaje claro e información adecuada, lo que incide en la satisfacción del paciente (19). Dentro de esta dimensión se consideran los aspectos a tratarse a continuación.

10.2.3.1. Interacción enfermera-paciente

La interacción enfermera-paciente obtiene su génesis en el trato y comunicación que existe entre el prestador de cuidados y el usuario. El profesional enfermero, a través de la confianza y empatía proporciona un trato digno, respetando creencias, religión, sexualidad y etnia. No solo cumple con la administración de medicación sino también intenta proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, despeja dudas y solventa emociones en cuanto al problema de salud que exterioriza (19). Es aquí donde el profesional de enfermería logra la conexión con el paciente, factor importante al momento de la elaboración de intervenciones y sobre todo en la ejecución de las mismas, si la enfermera o enfermero se gana la confianza del paciente la educación brindada en cuanto a los cuidados hospitalarios como en el hogar tendrían una mejor acogida y entendimiento, logrando resultados favorables.

10.2.3.2. Educación al paciente

La información ofrecida al paciente debe ser detallada en cuanto al diagnóstico y tratamiento, como también dar a conocer sus derechos y obligaciones dentro de la casa de salud. Otro aspecto relevante en cuanto a la educación, es que se realiza desde que es hospitalizado, como se sabe desde ese momento el profesional de enfermería tiene la oportunidad de educar al paciente, la familia y si se da el caso al cuidador familiar. El enfermero debe asegurarse que la información brindada sea captada de forma adecuada y así las acciones planificadas para la continuidad de los cuidados en casa, plasmadas en el plan de alta, obtenga el logro de los resultados esperados.

10.2.4. Teorías y modelos de enfermería

La enfermería en la actualidad es una disciplina definida por su ardua labor en el cuidado del usuario. Su evolución se ha basado en fortalecer la integración y desarrollo de sus principios y fundamentos reunidos en varias teorías y modelos (6). Dichos modelos y teorías proporcionan al enfermero una guía para el desenvolvimiento adecuado en la práctica diaria de la profesión, encaminada al cumplimiento de la razón de ser de la misma, como lo es el cuidado del individuo, la familia o la comunidad. Las teorías y modelos de enfermería brindan al enfermero las herramientas necesarias en la identificación de las necesidades, al igual que las pautas para actuar en la solución de las mismas, encaminadas en su mayoría en el fomento del autocuidado del paciente, como en la educación oportuna y continua del mismo. Como las citadas para este trabajo investigativo, por su aporte relevante a la formación de la profesión de enfermería, entre las que se muestran a continuación:

10.2.4.1. Florence Nightingale – teoría del entorno

Flores Nightingale, la madre de la enfermería moderna, centró su teoría en el entorno físico donde se desenvuelve la persona, detallando la intervención en los cinco elementos fundamentales de un entorno saludable; aire puro, luz, higiene, eliminación de agua residuales y agua potable. Florence enfatiza que un hábitat donde el respirar un aire libre de contaminación colabora en la recuperación de la salud así como en mantenerla. La luz era otro factor importante en la teoría de la madre de la enfermería moderna, pues especificaba, luz solar era una necesidad concreta del paciente, la cual posee efectos beneficiosos en el cuerpo humano. La higiene, es el factor de suma importancia donde Florence se enfoca en el paciente, el profesional enfermero y el espacio físico que ocupan, hacía referencia al entorno sucio como el origen de infecciones. Para esta teórica aun si la higiene y la ventilación son apropiadas, sino se realizaba una adecuada manipulación y eliminación de las excreciones corporales y aguas residuales no se evita contaminaciones. Nightingale enseñaba a las enfermeras a bañaran a los enfermos diariamente, como también fomentaba la realización por ellas y sobre todo el lavaran las manos constante (21).

La teoría de Florence Nightingale aporta información que el profesional de enfermería en la actualidad aplica dentro del desempeño de sus funciones, como al momento de la evaluación

de un paciente, donde se identifican necesidades a través del entorno en el cual se sitúa y la elaboración de acciones específicas enfocadas a solucionarlas. También se toman los elementos cooperadores para orientar la educación del paciente al momento del egreso, teniendo presente que el plan de alta elaborado por el enfermero está enfocado en las necesidades individuales del usuario y abarcando hasta el entorno en el que habita.

10.2.4.2. Callista Roy – modelo de adaptación

Las fuentes teóricas del modelo de adaptación de Callista Roy se basan en la teoría de Von Bertalanffy y en la teoría de la adaptación del psicólogo fisiólogo Harry Helson (22). Roy basa su modelo en dos pilares teóricos como son la adaptación y los sistemas humanos, donde define a la adaptación como el proceso en el cual las personas, piensas, analizan y deciden la interacción con el entorno que lo rodea. Y los sistemas humanos, lo describe como el conjunto de las partes conectadas por medio de una función a un todo, y girando alrededor de un propósito, sin dejar de lado la independencia de las partes.

Roy es considerada la teorista que más ha desarrollado la teoría de la adaptación en los que ha detallado problemas, modos y niveles de adaptación a estímulos ya sean por procesos propios o aprendidos por los seres humanos, los cuales denomina como sistema holístico (22). El profesional de enfermería con la ayuda de la teoría de Callista Roy, enfoca su atención a la identificación de la capacidad del paciente para adaptarse a los problemas de salud enfrentados, siendo desde esta perspectiva de donde va a elaborar y dirigir la intervenciones plasmadas en el plan de alta, sobre todo la educación que se debe brindar en base a las situaciones encontradas.

En su modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta”. Razón suficiente para centra su modelo en la promoción de la adaptación, identificando a los estímulos recibidos del medio donde se desenvuelve, situación aprovecha en la valoración de los pacientes y de esta manera lo clásica como:

Los estímulos focales, siendo el objeto o situación encontrada presente en la conciencia de la persona, haciendo que ésta enfoque toda su actividad en el estímulo gastando toda su energía en enfrentarlo. En otras palabras es lo primero enfrentado de forma inmediata.

Los estímulos contextuales, siendo aquellos que colaboran con el estímulo focal, pudiendo mejorar o empeora la situación actual del paciente.

Los estímulos residuales, factores ambientales que pueden aparecer dentro o fuera de los sistemas adaptativos humanos, y su intervención no están clara dentro de la situación actual (23). Son todos aquellos experimentados por las personas en el pasado.

Al tener en cuenta la teoría de Roy y su clasificación de los estímulos el personal de enfermería encuentra en ellos una guía para la valoración y detención de aquellas causas externar incitadoras del deterioro de la salud del paciente, facilitando la elaboración de intervenciones buscando la solución de ellos, en donde la elaboración de un plan de alta es una herramienta eficaz al logro del objetivo planteado como prestador de cuidados, donde la continuidad del cuidado es el eje central y fundamental.

10.2.4.3. Virginia Henderson - definición de enfermería

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba, la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias (21). La enfermería basa su génesis en el cuidado de las personas, siendo la conceptualización del paciente por parte de esta teórica, lo que ayuda a él o la enfermera a aplicar el proceso de atención de enfermería estructurando cada etapa en la búsqueda de la solución de las necesidades y brindándole la independencia, la integridad e integración de mente y cuerpo, de la misma manera se enfoca en alentar a la consideración y realidad, la enfermería es una disciplina independiente de la medicina y cumple funciones específicas, ayudando al cumplimiento de su razón de ser.

También se debe mencionar que Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermera (21). Virginia toma de referencia las necesidades de Maslow para la realización de las 14 necesidades humanas básicas que en la actualidad ayudan al profesional de enfermería al cumplimiento de su rol y sobre todo a la elaboración de planes de cuidados individualizados, enfocados a

resolver las necesidades afectadas identificadas en el paciente. Proporciona las pautas para continuar con el cuidado del paciente una vez el personal médico efectué el alta, plasmando actividades, fomentando la ejecución de los cuidados en el hogar por parte del paciente o la familia. Las 14 necesidades humanas básicas diseñadas por Virginia Henderson son:

1) Respiración normal

2) Nutrición e hidratación

3) Eliminación de los desechos orgánicos

4) Movimiento

5) Sueño y reposo, vestirse y desvestirse

6) Usar prenda de vestir adecuada, termorregulación

7) Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno

8) Mantener la higiene personal

9) Evitar los peligros del entorno y dañar a los demás

10) Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones necesidades miedos u opiniones

11) Vivir según sus valores y creencias

12) Trabajar y sentirse realizado

13) participar en actividades recreativas

14) aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad (24).

La valoración integral y correcta realizada por el profesional de enfermería, ayuda a la identificación de problemas reales o potenciales, aplicando los 14 necesidades básicas humanas de Henderson, se incita a tener en cuenta cada una de ellas al momento de la

elaboración de un plan de cuidados, cuando se encuentra hospitalizado o por otro lado cuando el paciente egrese de la unidad hospitalaria, a través del plan de alta de enfermería, donde la educación acorde a la cultura del paciente y familia de forma verbal y escrita contribuyen a la continuidad de los cuidados y la recuperación de la salud, proporcionando la solución a las necesidades básicas antes mencionas que se encuentren alteradas.

Virginia, también definió conceptos de la meta paradigma. Ayuda al empoderamiento de los meta paradigma pues sus definiciones dejan apreciar el gran aporte, significado con el que ha contribuido, para así el personal enfermero entienda su función y pueda actuar en base a cada definición. Se citan a continuación:

Persona: individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para el bien morir. Considerando a la persona como una unidad donde influye el cuerpo como la mente y posee necesidades básicas para cubrir (24). Siendo el trabajo de enfermería quien descubre las necesidades y las resuelve de manera íntegra sin dejar de lado ni un solo aspecto del individuo, si considera se encuentre alterando el funcionamiento normal de cada necesidad fisiológica y fisiopatológica.

Entorno: Henderson lo relaciona con la familia y su responsabilidad para proporcionar cuidados (24). Donde enfermería proporciona las acciones encaminadas a los individuos incapaces de su independencia, obtenga a un cuidador familia (padres, hijos, esposo) sean quienes sirvan de apoyo en el desarrollo de la recuperación de su autonomía. Para ello los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de instruir al individuo que cumplirá el rol de cuidador activo dentro de su hogar, solventando de esta manera la alteración de la salud presentada por el paciente.

Salud: ésta teorista refiere, es la capacidad de la persona para funcionar con autonomía en base a las 14 necesidades básicas, similares a la de Maslow (24). Mencionando a la salud, como la armonía que debe existir en cuanto al funcionamiento integral y normal de cada componente del cuerpo humano tanto físico como psicológico, al igual en el ámbito social donde se desempeña.

Tomando en consideración las definiciones conceptuales realizadas por Henderson, dan la importancia de la valoración exhaustiva y detallada del paciente para la elaboración de acciones, las cuales al momento de su ejecución cumplan con los resultados esperados. Y debiendo tener en cuenta cada aspecto del ser humano y el medio donde interactúa para encaminar las intervenciones, provocando un cambio en el estado actual del paciente. Este modelo en base a sus 14 necesidades humanas básicas da guías para la realización de planes de cuidados en el ámbito hospitalario, así como también en la elaboración de plan de alta, entregado momentos antes de la salida de la casa de salud, donde radica la importancia de la detención de problemas y el fomento de autocuidados a través de la educación al paciente y la familia.

10.2.5.4. Dorothea Orem – teoría general de enfermería

La teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, es como un modelo conductual compuesto por tres subteorias relacionadas. En donde el rol del profesional de enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que el paciente no puede efectuar en un momento de la vida y conservan su existencia (25).

Dorothea Orem en su teoría de autocuidado cita: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar” (5). Esta teórica a través de su teoría explica que el autocuidado es una contribución constante de la persona a su propia existencia, en donde el o la enfermera cumple una función de suma importancia siendo este quien proporcione la educación y el fomento del autocuidado de cada individuo.

Dentro de esta teoría Dorothea define tres requisitos de autocuidados. Entendidos como los objetivos que se quieren alcanzar con el autocuidado. Siendo: requisitos de autocuidados universales, comunes para todos los seres humanos e incluyen conservación del aire, agua, eliminación, sueño y reposo, interacción social y prevención de riesgo. Requisitos de autocuidado del desarrollo, promover las condiciones para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos

momentos del proceso evolutivo. Requisito de autocuidado de desviación de la salud, surgen o están vinculados a los estados de salud (5). Siendo de importancia para enfermería, al momento de llevar a la práctica dichos requisitos, los cuales ayudarían al logro de las actividades encaminadas a suplir las funciones del paciente no realizar con autonomía o también al fomento de la educación continua.

Los enfermeros/as actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, se basa en la sustentación de ayuda y/o suplencia de los enfermeros al paciente (25). Métodos que buscan resolver los problemas de salud presentados en el usuario, haciendo de sustituto en los aspectos de su vida no pudiendo efectuar con independencia. El enfermero se convierte en el ejecutor de las acciones no realizadas por paciente, por mostrar dificultad en su ejecución. Los métodos descritos por Orem se detallan a continuación:

Actuar en lugar de la persona, en donde el enfermero cumple el rol de suma importancia en la supervivencia del paciente, se vuelve el factor primordial en la conservación de la vida solventando los procesos biológicos que permitan la vida, como en el caso de los pacientes inconscientes.

Ayudar u orientar a la persona ayudada, el enfermero basa su aplicación en la educación adecuada y requerida por el paciente de acuerdo a la situación que presente. Un ejemplo de esto son las recomendaciones sanitarias, las cueles el profesional de enfermería brinda a una mujer en estado de gestación.

Ayudar física y psicológicamente a la persona ayudada, el profesional enfermero cumple su función asistencial, ayudando a aplicar el tratamiento al paciente colaborando en la mejora de las dolencias. De la misma manera buscará proporcionar la guía en el ámbito psicológico provocando la adaptación positiva a la situación actual.

Promover un entorno favorable al desarrollo personal, factor importante en la prevención de enfermedades, promover medidas higiénicas, favoreciendo la conservación del medio donde desenvuelve la persona, la familia y la comunidad, teniendo un impacto positivo para la conservación de la salud.

Enseñar a la persona a que se ayude, brinda una educación continua al paciente encaminada al autocuidado, es el eje principal del plan de alta, por ejemplo si tenemos un paciente con una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, la educación se basa en el cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico y en el cambio del estilo de vida en donde la alimentación y el ejercicio cumplen un rol fundamental.

10.2.5.5. Marjory Gordon - 11 patrones funcionales

La Dra. Gordon fue una profesora e investigadora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud. Valoración que en la actualidad permite al personal enfermero aplicar en la creación de planes de cuidados basados en los 11 patrones funcionales desarrollado por esta teórica, en donde los enfermeros centran su atención en aquellos reconocidos como afectados (26).

Marjory Gordon fue la primera presidenta de la NANDA y también denominada "leyenda viviente" por la Academia Americana de Enfermería. Los patrones funcionales creados por Marjory están jerarquizado acorde a los dominios de la NANDA, siendo una herramienta muy útil en la aplicación de diagnósticos de enfermería. Al igual que en la valoración de los patrones funcionales en aquellos pacientes egresos del medio hospitalarios, permitiendo hacer diagnósticos y crear intervenciones dirigidas a la continuidad de los cuidados en el hogar (26).

Cada patrón es una expresión de integración psicosocial; los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, culturales, sociales y espirituales (6). La valoración de enfermería se la realiza de forma integral, donde cada aspecto de la vida del usuario cuenta, logrando identificar aquellas necesidades que deben ser solventadas. Los patrones funcionales se describen a continuación (27):

Patrón de percepción y mantenimiento de la salud. Valora todo aquello en cuanto a la salud actual y acontecimiento del pasado, provocando compromiso en la salud del individuo, la familia y la comunidad. En donde se detallan todos los aspectos afectados, así como también todas las enfermedades que padezcan.

Patrón nutricional metabólico: Dentro de este patrón se consideran las dietas acorde a la salud del paciente, donde se valoran el efecto en la salud. Además se pueden tomar en cuenta en

este apartado la aplicación de pruebas conducentes a medir el impacto en el desarrollo de la recuperación de la salud, como el control de la glicemia capilar en diabéticos.

Patrón de eliminación: En cuanto a la valoración de este patrón encontramos los medios de eliminación de los desechos biológicos del cuerpo humano, verificando su función y la frecuencia normal. La aplicación de actividades de enfermería como el manejo de sondaje vesical y el control estricto de ingesta y eliminación.

Patrón actividad/reposo: Valora el funcionamiento de los sistemas del cuerpo humano, las alteraciones presentadas, medidas a través de los signos vitales. Del mismo modo se registran los procedimientos realizados para resolver las necesidades expuestas en el paciente, como en la dificultad respiratoria donde se administra oxigenoterapia.

Patrón de sueño y reposo. En este componente se observa los aspectos intervinientes en la conciliación del sueño y el reposo, en especial aquello que no permiten el descanso del paciente durante las horas consideraras normales, adultos 8 horas de sueño diario y los niños 12 horas de sueño.

Patrón cognitivo perceptual: Al momento de valorar este patrón pueden considerarse escalas como las de Maslow o EVA (escala de valoración del nivel de dolor). También se valora la forma de tratar del personal de salud hacia el paciente, provocando muchas veces la no participación en las intervenciones planeadas para la rehabilitación de la salud.

Patrón auto concepto – percepción. Se describe la forma como el paciente se siente en cuanto a la situación actual de salud, evidenciadas en ocasiones de forma negativa, provocando en el paciente problemas tanto físicos como emocionales, influyendo de forma negativa o positiva en el mejoramiento del paciente. Describe en el usuario la forma de relacionarse con la familia y su entorno, donde la colaboración positiva de quienes lo rodean proporciona un efecto beneficioso en la misma. También se toma en cuenta el rol desempeñado por el paciente en la sociedad y la familia, pudiéndose ver afectado.

Patrón sexualidad – reproducción. Se valoran los patrones de la sexualidad que en ocasiones presentan un problema para la salud del paciente, como por ejemplo los problemas de

hiperplasia prostática. Así como también la interacción del paciente con su pareja, lo que provoca efecto negativo o positivo.

Patrón de afrontamiento al estrés: La situaciones que se presentan a su alrededor provocan que el paciente se adapte de forma positiva a estas o dando pautas, efectuando acciones perjudiciales para la salud, tratando de olvidar la situación que lo aqueja. En otras palabras es la actitud tomada por el paciente cuando afronta problemas en su bienestar físico, psicológico o emocional.

Patrón valores – creencias. Se valoran los factores en cuanto a religión, la cultura y la relación familiar que son bases de suma importancia e influyen en la salud y por supuesto en la realización de intervenciones en el tratamiento, encaminado a la recuperación o el mantenimiento de la salud.

11. Diagnostico o estudio de campo

Se realizó un estudio a través de los métodos bibliográficos, descriptivo, transversal, mediante las variables plan de alta (dependiente) y la aplicación por el personal enfermero (independiente) en el área de gíneco-obstetricia del hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Donde también se consideran los métodos analítico y deductivo aplicados a datos obtenidos mediantes los instrumentos de investigación empíricos, como la encuesta, aplicada a las Licenciadas de Enfermería que realizan cuidado directo y la revisión de una muestra de las historias clínicas del periodos comprendidos entre octubre 2017 a marzo 2018, al igual que la matriz de registro de reingresos que el departamento de admisión de la casa de salud proporcionó.

La población de estudio estuvo conformado por 26 enfermeras de cuidado directo del área de gíneco-obstetricia, no se aplica muestreo por considerar que la población total no es mayoritaria. Fueron criterios de inclusión: 22 profesionales de enfermería, porque en las intervenciones realizadas a diario se centra la investigación. Como criterio de exclusión: No se toma en consideración a 3 enfermeras durante la intervención, al momento del trabajo de campo se encontraban de vacaciones y 1 enfermera por realiza trabajo de coordinación del área.

Como instrumentos se utilizó, una encuesta con 11 preguntas dirigidas a la población de estudio conformado por 22 profesionales de enfermería del área de gíneco-obstetricia. Así como también se evalúa las historias clínicas de las pacientes egresadas durante el periodo de octubre 2017 a marzo 2018, teniendo como muestra 300 carpetas, escogidas de forma aleatoria. Los datos obtenidos fueron ingresados y almacenados en una base de datos Microsoft Excel 2013. Para la recolección de datos, se redactó una solicitud dirigida a la gerente del Hospital Dr. Gustavo Domínguez Zambrano, con su respectivo protocolo de investigación en salud, solicitud de evaluación de investigación observacional, carta de compromiso y de confidencialidad, requisitos fundamentales para la obtención del permiso para desarrollar el trabajo investigativo en tan prestigiosa casa de salud.

La encuesta aplicada a las profesionales de enfermería, resuelven las **tereas científicas** planteadas en el trabajo investigativo, como **la primera** que se basaba en determinar los datos

sociodemográficos del personal de enfermería, se ejecutó las encuestas al grupo de estudio durante cada dia de acuerdo al turno de trabajo asignados en su horario mensual, obteniendo los datos sociodemográficos en el 100% predomina el género femenino así como el 100% poseen título de tercer nivel de educación.

En cuanto a los parámetros de edad, el 68% se encuentran en los rangos de edad de entre 20 a 29 años, el 27% comprende desde 30 a 49 y el 5% de 50 a 65 años de edad. El tiempo de labor refleja que el 45% tiene entre 1 a 20 años dentro de la institución, el 41% reporta tener menos de 1 años laborando y solo el 5% más de 20 años (ver anexo #3).

Los resultados obtenidos de los datos sociodemográficos del personal enfermero, permiten concluir que predomina el género femenino, la mayoría adultas jóvenes por su puesto se encuentran en edad productiva, proporcionado un nivel óptimo en desempeño de su rol profesional. Favoreciendo la atención integral al usuario.

Para el profesional enfermero el ejecutar acciones encaminadas a la recuperación de la salud del paciente es el factor primordial por lo que para la constancia de la **segunda tarea científica** encaminada a verificar el desempeño de las enfermeras en la ejecución del plan de alta, así como también conocer la forma de realizarlo (ver anexo #4), donde predomina un 68% seleccionando al interno de medicina como el ejecutor de esta actividad, seguido de un 14% para la opción del médico tratante quien lo emite, el 9% señalan al profesional de enfermería.

También se pregunta a cada licenciada encuestada la forma en efectúan el plan de alta, dando como resultado un 45% de estas indican realizarlo de forma verbal, el 27% expresa hacerlo de forma escrita y el 27% dice que lo realiza tanto escrito como verbal.

Ante la comprobación de este objetivo se exploraron 300 historias clínicas escogidas de forma aleatoria en las que se constata, en un 85% de las carpetas es el interno de medicina quien elabora y aplica el plan de alta, para el efecto dentro de la institución se lo denomina “información al Paciente”, mientras un 15% de carpetas restantes no consta la aplicación de este formulario. También se comprueba que 70% de las enfermeras detallan realizarlo de forma oral dentro de su reporte de enfermería (ver anexo #5).

Por otro lado también se consulta sobre las causas que podrían intervenir en la no implementación del plan de alta de enfermería dentro del área, atribuyendo en un 55% a la falta de tiempo y de personal de enfermería, el 23% lo atribuye a la sobrecarga de trabajo, mientras un 14% dice se podría deber a la no disponibilidad de un formulario para enfermería en la institución, y por último el 9% expresar sería debido a todos los antes mencionados.

En la verificación del plan de alta de enfermería se considera, que la asignación de pacientes es también un determinante para valorar la aplicación de este por el profesional de enfermería, teniendo un 53% expresando que por lo general en cada turno tienen a su cuidado de entre 12 a 16 pacientes, el 26% refiere entregársele en el cambio de turno de 17 o más paciente, mientras un 21% manifiesta, solo se le asignan de 7 a 11 usuario.

Tomando en cuenta la cantidad de pacientes que diariamente egresan de las instalaciones hospitalarias del servicio de gíneco-obstetricia se le pidió a las licenciadas interrogadas, escojan el rango de su consideración, observando a un 45% señalar entre 17 o más pacientes son dados de alta en un dia, el 36% dicen entre 12 y 16 paciente y el 18% restante solo de 7 a 11 usuarios egresan diariamente.

Según los resultados obtenidos el profesional de enfermería no desempeña el cumplimiento del plan de alta, ya sea por diferentes causas, como la no disponibilidad de un formulario especifico, la falta de tiempo y personal, la sobrecarga de trabajo, son factores obligatorios que encaminan a realizarlo independiente, brinda la información de forma verbal y haciendo de su respaldo el registro dentro del reporte de enfermería.

De acuerdo a los objetivos por lo que se plantea la elaboración y ejecución de plan de alta de enfermería, y teniendo en cuenta la **tercera tarea científica** es valorar la eficiencia del plan de alta en la disminución de reingresos hospitalarios, donde a través de varias preguntas diseñadas en la encuesta aplicada, así como en la observación y análisis de las historias clínicas se detallan los datos coadyuvante a medir el objetivo planeado (ver anexo #6).

Para efecto en la medición de la tarea antes mencionada se interroga sobre si dentro del servicio de gíneco-obstetricia se realiza el registro de los reingresos hospitalarios, por lo que

se obtiene un 59% de las enfermeras participantes en la investigación expresan no realizárselo, mientras el 41% manifiestan, si se lo lleva a cabo.

Tras la investigación se sabe que dentro de la institución si se realiza el registro de reingresos, función desempeña por el departamento de admisión, quien facilitan los datos de los registros de reingresos realizados durante el periodo de octubre 2017 a marzo 2018, periodo escogido para el desarrollo del trabajo investigativo, se constata 169 reingresos clasificados por meses en los cuales se obtiene el 22% en el mes de diciembre con 38 reingresos, seguido por 22% en enero con 37, marzo el 21%, febrero con 27 reingresos representa el 16%, en el mes de noviembre solo se registran 14% de un total de 23 reingresos, y octubre el 5% de los reingresos detallados (ver anexo #7).

Al preguntar sobre la causa por lo que se dan los reingresos en el área de trabajo, las profesionales a cargo del cuidado del paciente, manifiestan en un 50% se debe a la poca información sobre el tratamiento ambulatorio, en cuanto, el 36 % lo asocian al bajo recurso económico y el 14% manifiesta, las antes mencionas más la iatrogenia son las causas de reingresos a las instalaciones de la casa de salud.

En la información obtenida de la observación de las historias clínicas escogidas aleatoriamente se pudo constatar que el plan de alta o la información al paciente, en un 57% es decir 170 expedientes se encontraba la evidencia del formulario entregado al usuario al momento del alta, el cual contenía letra legible y acorde a la educación del paciente. En cambio el 28% es decir 85 carpetas contenían un plan de alta con letra ilegible y como es de imaginarse no acorde a la educación al paciente y en ocasiones se hace uso de palabras técnicas (ver anexo #6). También se percibe en un 14% de las historias clínicas seleccionadas no constaba la ejecución de un plan de alta, pero si encuentra la aplicación de la educación al paciente dentro del reporte de enfermería.

Considerando el desempeño diario de la función asistencial de enfermería, se plantea la interrogante y de acuerdo a las consideraciones de cada enfermera, interviniente en la aplicación de la herramienta para obtener datos, cuales serias la causa de los reingresos hospitalarios en donde el 55% concuerdan que podría deberse a el incumplimiento del plan de

alta por parte del paciente y el 36% señalan como causa al factor económico deficiente del paciente.

Según el registro de regresos realizado por el departamento de admisión del Hospital Dr. Gustavo Domínguez, el 25% de los reingresos son por parto por cesárea electiva presentado como base un diagnóstico de egreso anterior como diabetes mellitus originada con el embarazo, polihidramnios, placenta previa preeclampsia leve a modera o severa, entre otras causas. El 20% se dan por parto único espontaneo, donde intervienen patologías clínicas de un ingreso anterior entre las que tenemos infección genital en el embarazo, anemia, la preeclampsia, enfermedades del sistema respiratorias, etc. La atención materna por problemas fetales generan el 11% de reingresos un ejemplo de estos es hipertensión gestacional.

Dentro de las causas de reingresos también se encuentran la infección de herida quirúrgica obstétrica con un 7% atribuido a causas como hematoma de herida quirúrgica obstétrica. Para el sistema de salud los reingresos por causas de infección conllevan a la preocupación, por este motivo y aunque no sea un porcentaje elevado, el objetivo de todo profesional de la salud es disminuir el reingreso al mínimo, más en factores como este que se puede evitar con énfasis en la educación al paciente, fomentando el autocuidado con elementos encaminados a consolidar los conocimientos brindados al paciente, como lo es el plan de alta.

En un 4% se encuentra el absceso de la glándula de Bartholini. La amenaza de aborto, la sepsis puerperal y la infección genital en el embarazo ocupan cada una el 3%, el 24% restante se encuentra repartido en mínimas cantidades a diferentes patologías como el trabajo de parto prematuro espontaneo, los partos por cesáreas de emergencias, entro otros (ver anexo #8)

Tras la ejecución del plan de alta de enfermería, ya sea de forma oral o escrita, se le consulta a las licenciadas, dentro de la intervención de este en que componente hacen énfasis al momento de la explicación al paciente, obteniendo un 77% lo manifiesta hacer énfasis en la medicación prescrita, los signos de alarma, la alimentación, y los cuidados de la herida. El 14% da a conocer hacerlo solo en la medicación prescrita, y el 9% hace hincapié en los signos de alarmas.

Por último y como **cuarta tarea científica** se planteó elaborar una propuesta para resolver la problemática investigada y basándose en los datos obtenidos en el proceso del trabajo de campo, al comprobarse la no participación activa del personal de enfermería en la ejecución del plan de alta, también teniendo en cuenta que dentro de esta institución de salud quien lo realiza y ejecuta es el interno de medicina, se elaboró un formato de plan de alta de enfermería, considerando ciertos parámetros del ya existente en la institución.

Las taxonomía Nanda, Nic y Noc proporcionan al enfermero datos como los diagnósticos, intervenciones y la clasificación de resultados, facilitando la elabora de planes de cuidados. Y pensado en hacer uso de estos datos en el formato de plan de alta de enfermería, se interroga sobre si conocen las taxonomías antes mencionada, obteniendo un 91% de las enfermeras sí conocen sobre el tema y solo un 9% dicen no conocer sobre el tema.

Otro punto tomando en cuenta fue, si dentro de su intervención diaria en la realización de planes de cuidados hacían uso ellas, respondiendo un 41% a veces hacer uso de esta herramienta de trabajo en la realización de planes de cuidados, el 27% manifiesta que siempre lo realiza, el 23 % en cambio lo efectúa rara vez, y solo el 9% nunca lo usa (ver anexo #9).

12. Diseño de la propuesta

Formato de plan de alta de enfermería, intervención para el cuidado continuo del paciente.

Grupo al que va dirigido

Personal de enfermería de las áreas de gíneco- obstetricia, medicina interna, pediatría y neonatología.

Pacientes que egresan de estas instalaciones hospitalarias.

Introducción

La enfermería es la rama de la ciencias humanas, que tiene a su cargo el cuidado del individuo, la familia y la comunidad, tanto sanos como enfermos, colaborando conjuntamente el resto del personal de salud en los tres niveles de atención orientando los servicios de salud hacia el cumplimiento de los cuatros pilares fundamentales de modelo de atención integral (MAIS), como son la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fortalecer el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud y los cuidados paliativos. Por lo que la intervención de enfermería es de suma importancia en la atención al paciente, teniendo en cuenta que el miembro del equipo de salud que está en constante interacción con este, por lo que precisa proveer un cuidado continuo pudiéndose extrapolar hasta el hogar del paciente.

El profesional de enfermería en su diaria labor, centra su atención en el paciente, por lo que se apoya en el proceso de atención de enfermería en sus cinco fases, cuando al momento del ingreso de un paciente al área hospitalaria se pone en marcha la primera etapa, valorando al paciente de forma integral, apoyado de instrumentos como la observación y la entrevista, donde se obtienen datos de varias fuentes, para luego pasar a la segunda etapa, el diagnostico formulado a partir de los datos obtenidos y haciendo uso de las taxonomía NANDA, lo que da la pauta a la siguiente esta, la planificación de intervenciones encaminadas a resolver los problemas encontrados en la valoración, registrados en el plan de cuidados de enfermería, los cuales serán ejecutados por el enfermero haciendo realidad la recuperación de la salud en el paciente, teniendo la oportunidad que dentro de estas cuarta etapa se empiece con la autoeducación del paciente, factor importante para el cumplimiento del plan de alta una vez

egrese el paciente. Por último la quita etapa es la evaluación, que se realiza la etapas anteriores, dando resultados positivos si la intervención es acorde a la necesidades encontradas o negativos si en algún momento no se cumplió a cabalidad con este proceso enfermero.

Los cuidados brindados por el profesional enfermero, no solo se limitan al área hospitalaria, sino que también abarcan el exterior, donde la educación al paciente en cuanto a su autocuidado es el factor más importante por ende es aquí donde toma especial relevancia el plan de alta de enfermería, que es el un documento escrito donde el profesional enfermo plasma información importante e individualizada al paciente o cuidador familiar, procurando el cuidado continuo, dicha información debe ser explicada acorde a la cultura del paciente y el nivel de educación que posea, sobre todo evaluada por el prestador de servicio de salud, procurando su correcto entendimiento.

Por lo ante expuesto se plantea el siguiente formulario de plan de alta de enfermería, basando en el modelo que se realiza por el profesional médico del área de gíneco-obstetricia, denominado “formato de información al paciente’. El formulario dirigido al personal enfermero consta de datos de identificación, donde se encuentra los datos personales del paciente así como la fecha de ingreso y egreso, el motivo del ingreso, la fecha de la próxima cita y el diagnostico de enfermería al alta. Los cuidados específicos, abarcando la alimentación, el aseo personal, ejercicios físicos, curación de herida quirúrgica, catéter, sonda vesical. También se describe los medicamentos indicados precisando nombre, presentación, dosis, vía, hora y duración del tratamiento. Por último se encuentran los signos y síntomas de alarma, detallando los principales que podrían aparecer en los pacientes egresados de las áreas de gíneco-obstetricia, medicina interna, pediatría y neonatología. Y como no se puede olvidar el nombre y firma tanto del paciente como del profesional que lo elabora y aplica.

Justificación

La aplicación de un plan de alta de enfermería, donde el factor primordial es la educción al paciente, la familia y la comunidad. Dicho plan aplicado por los enfermeros ayuda a la empatía del paciente hacia el equipo de salud, cosa que pone en manifiesto que el paciente quiera actuar en compañía del profesional de enfermería. Si se pone en marcha un plan de alta aplicado por el enfermero ayuda a la captación adecuada de la información planeada para el cuidado continuo en el hogar, además que sirve de ayuda para la disminución de reingresos, que dentro del área de intervención de la investigación no presenta un porcentaje elevado, pues la disminución del mismo es vital en la atención materno-infantil de excelencia.

Objetivo

Implementar el formulario de plan de alta de enfermería en las diferentes áreas del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Objetivos específicos

1. Socializar el formato del plan de alta de enfermería al personal enfermero
2. Aplicar el plan de alta en las áreas de gíneco-obstetricia, neonatología, medicina interna, pediatría
3. Facilitar el cumplimiento del tratamiento del paciente en el domicilio del paciente

Formato de plan de alta de enfermería

Datos De Identificación
Nombre del paciente _____ edad _____ sexo _____ Servicio _____ número de H. Cl. _____ fecha de ingreso _ _/_ _/_ _ _ _ Fecha de egreso _ _/_ _/_ _ _ _ motivo de ingreso_____ Fecha de la próxima cita médica _____ Diagnóstico de enfermería al egreso: _____ _____

Cuidados Específicos	
Alimentación	
Aseo	
Ejercicio Físico	
Curación de Herida	
Catéteres	
Sondas vesical	
OTROS	

Medicamentos Indicados					
NOMBRE	PRESENTACIÓN	DOSIS	VÍA	HORA	DIAS DE TRATAMIENTO

signos y síntomas de alarma		
signos y síntomas		**acciones recomendadas ante la presencia de signos y síntomas de alarma**
-Dolor de cabeza -zumbido en el oído -visión borrosa con puntos de lucecitas -disminución o ausencia de movimientos del niño -hinchazón en pies, manos y cara -Perdida de líquido o sangre por vagina -Dolor en la herida -enrojecimiento	-Piel azulada, amarillenta o muy pálida del niño -Fiebre -Piel muy fría -Vomito constante -Llanto frecuente -Mal olor, secreciones de pus o sangre, enrojecimiento y la inflamación de la piel alrededor del cordón umbilical	Asistir al Centro de Salud o medico particular de su confianza o llamar al 911

Nombre y firma del paciente o del familiar que recibe la información: _____

Nombre y firma del profesional de enfermería: _____

Instructivo de llenado del formato de plan de alta

Datos	Anotar
Nombre del paciente	Se anotan nombres y apellidos completos del paciente
Edad	Se anota el número de años cumplidos de la persona. En caso de ser menor de un año, se indicaran los meses en relación al año separado con una diagonal. Ejemplo: 6 meses = 6/12
Sexo	Colocar F si es femenino o M si es masculino.
Servicio	Anotar con letra legible el nombre del servicio al que corresponde el paciente
Número de historia clínica	Se anota los números de historia clínica o cedula de ciudadanía en su totalidad.
Fecha de ingreso	Día, mes y año en que el paciente es ingresado al servicio, al iniciar el llenado de la hoja Ej. d/m/a
Fecha de egreso	Se coloca la fecha día, mes y año en la cual el paciente es egresado del hospital
Motivo de ingreso	Se especifica el motivo por el que egreso o diagnóstico médico.
Fecha de próxima cita medica	Se anota dia, mes y año, de ser posible también la hora
Diagnóstico de enfermería al egreso	El diagnóstico de enfermería con el que egresa el paciente posterior a su hospitalización. Ejem. Dx Ingreso: post cesárea Dx de Egreso: riesgo de proceso infeccioso relacionado con déficit de autocuidado manifestado por caso omiso a las indicaciones de curación de herida quirúrgica.
Cuidados específicos Alimentación	alimenticio que debe seguir el paciente, incluye alimentos que favorecen la recuperación y los que están prohibidos. Especificar número de comidas al día cantidad y calidad incluso de líquidos
Aseo	Establecer los aspectos de higiene personal en general, cuando se requiera hacer énfasis a un padecimiento en específico, por ejemplo en el caso del paciente con DM hacer énfasis en la higiene

	de los pies
Ejercicio físico	Establecer un programa de actividad o ejercicio que debe tener en cuenta la condición física del paciente, así como sus intereses, estilo de vida, capacidades y tipo de rehabilitación
Curación de heridas	Establece los cuidados de la herida (de acuerdo al tipo de herida) Identificar signos de infección: rubor, color, dolor, olor, salida de secreción e inflamación
Catéteres	Establece los cuidados del sitio de inserción y cuidados específicos
Otros	Cuidados y recomendaciones específicas e individuales de acuerdo a la patología del paciente que pueden comprometer sus funciones vitales o causar complicaciones
Medicamentos indicados Nombre	Nombre del fármaco completo sin utilizar abreviaturas, o símbolos
Presentación	Orientar sobre las presentaciones según la prescripción
Dosis	Orientar sobre la cantidad y unidades de medida
Vía	Se indica la vía de administración de los fármacos vía oral, Intramuscular, Sublingual, Subcutánea, Intravenosa, OFT Oftálmica, Óptica, Vaginal, Nasal o rectal; según sea el caso. También se especificara PRN (Por razón necesaria: Se explicaran cuáles son las razones
Hora	Se especifica la hora indicada para la ingesta del fármaco
Días de tratamiento	Anotarlos días de duración del tratamiento de acuerdo a las indicaciones médicas, expresarlo con número y de acuerdo con fechas. Ejemplo: Duración 10 días Fecha: 25 junio 2018 al 04 de julio del 2018. Hacer hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren medicación durante largo tiempo
Signos y síntomas de	Signos y síntomas Informar acerca de los signos de alerta que

alarma enferma debe conocer	indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída.
Acciones recomendadas de acuerdo a los signos y síntomas	Establecer las acciones que debe llevar a cabo si se presentan signos y síntomas de alarma
Nombre y firma del paciente	El paciente o familiar colocara su firma y nombre, al final de explicar el plan de alta, como parte de la seguridad de que comprendió el contenido de dicho plan
Nombre y firma del profesional de enfermera	El profesional de enfermería colocará la firma de visto bueno

13. Conclusiones

Al término del trabajo investigativo, tras el procesamiento, análisis y registro de los datos obtenidos se concluye:

Los datos sociodemográficos del personal de enfermería, reflejan el predominio del género femenino, todas con título de tercer nivel, el rango de edad es imperado por la población adulta joven que tiene laborando dentro de la institución por un tiempo considerado.

El personal de enfermería no participa directamente con la elaboración y aplicación del plan de alta, solo realiza recomendaciones verbales.

La aplicación del plan de alta por parte del interno de medicina sumado a la educación que brinda el personal de enfermería contribuye a la disminución de reingresos hospitalarios.

Se propone el formulario denominado "formato de plan de alta de enfermería" en el área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez. Que busca la participación activa de este miembro del equipo de salud, como también guiar el cuidado continuo y la práctica de autocuidado.

14. Recomendaciones

Las indicaciones que hace el personal médico y de enfermería, en el plan de alta, deben ser acordes a la cultura y educación del paciente, para lograr una comunicación dinámica que busque el cumplimiento del tratamiento en su totalidad, haciendo énfasis en el autocuidado del paciente.

Involucrar al paciente y la familia en la participación activa al momento de elaborar un plan de alta de enfermería. Buscando la empatía con el equipo de salud y la mejora en la captación de la información plasma en el formulario.

Implementar un formato de plan de alta en la mayoría de sus componente no tengan que ser escritos a mano, lo que ayuda a horrar tiempo y a la claridad de las indicaciones.

Participación estructurada de los distintos niveles de atención, con más énfasis en el nivel primario de salud, ayudando al seguimiento y verificación del cumplimiento correcto del plan de alta de enfermería, teniendo en cuenta en este nivel se realizan actividades comunitarias, las que facilitan el acceso al domicilio del paciente.

15. Bibliografía

1. Lopez TE, Alba LA, Cordoba AM, Campos CE. Plan de egreso de enfermeria y su impacto en la disminucion de reingresos hospitalarios. Enfermería neurológica. 2014 Dec; 13(2).

2. Eymin G, Aizman A, Lopetegui m, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalria, revisión de la literatura. Med Chile. 2014 junio; 142.

3. Fanny c. carga del cuidador asistente al programa plan de egreso hospitalario. enfermeria neurologica. 2014;(4).

4. Narváez RE. Aplicacion del plan de alta de Enfermería por parte del personal de Enfermería del Hospital Zumba. tesis para la obtencion de licenciatura en enfermeria. Loja: Universidad Nacional de Loja, carrera de Enfermería; 2016.

5. Cancino MK, Balcázar MV, Matus MR. Intervención de enfermería en una persona con sindrome de guillen barre tipo AMAN, bajo la teoria de Dorothea Orem. Enfermería universitaria. 2013 agosto; 10(1).

6. Martínez LM, Pérez CM, Montelongo MP. intervencion de enfermeria en una lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. Enfermería Universitaria. 2013 Dec; 11(1).

7. Garcés CC. trabajo social y el plan de alta del hospital. revista analisis, upr. 2013; 14(1).

8. Mero MB, Vargas HY, Carrillo GM, Alarcón TK. efecto del programa plan de egreso en la diadapersona con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. Enfermeria clinica. 2017 noviembre;(1).

9. Arroyo LS, Vasquez CR, Chávez CR, Martinez BM, Nájera OM. Plan de alta de enfermería, modelo de una institución de terrcel nivel de atención en la ciudad de México. Revista mexicana de enfermería. 2017 abril; 5(5).

10. Ortiz NV, Gallardo SR, Benavides Af. carga sdel asistente al programa de plan de egreso hospitalario. editorial UNIMAR. 2016.

11. Gabriela ÁN. nivel de aplicaciom del protocolo de admision y alta por el personal de enfermería a los usuarios de los servicios de pediatría y emergencis del Hoapital general Puyo. tesis para obtencion de titulo de Licenciada en Enfermeria. Loja: Universidad de Loja, Carrera de Enfermeria; 2013.

12. Beltrán NS. NIVEL DE INFORMACIÓN DEL PLAN DE EGRESO POR PACIENTES DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL LATACUNGA, NOVIEMBRE 2017- MARZO 2018. Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, Carrera de Enfermería; 2018.

13. Salud OMdl. actividad fisica. Organización Mundial de la Salud. 2018.

14. INEC , OMS. REGISTRO ESTADÍSTICO DE EGRESOS. Instituto Nacional de Estadisticas y Censos. 2015 octubre; 6.

15. Universitario SS. PROCEDIMIENTO: EGRESO DEL PACIENTE -. Seguro Social Universitario. 2016 mayo; 04.

16. Espinar MJ, Rodríguez CG, Espinar ML. Análisis de los reingresos como indicador de calidad del hospital San Juan de la Cruz. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2013 Agosto.

17. Enfermeras CId. Definición de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería. 2018 junio, 19.

18. Álvarez NG. "NIVEL DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE ADMISIÓN Y ALTA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL PUYO. AÑO 2013 – 2014". Tesis de Grado Previa a la obtención de Título de Licenciada en Enfermería. Puyo-Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Carrera de Enfermeria; 2015.

19. Pineda OA. CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA QUE RECIBEN LOS USUARIOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL JULIUS DOEPFNER DE ZAMORA. AÑO 2015. TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÌTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA. Zamora - Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Carrera de Enfermeria; 2015.

20. Chihuahua UAd. ¿Quien es un profesional en Enfermería? Chihuahua, México: Universidad Autonoma de Chihuahua, Facultad de Enfermeria y Neurologia; 2012 febrero.

21. Raile AM, Marriner TA. Modelos y teorías de Enfermería. 9th ed. Barcelona - España: ELSEVIER ; 2018.

22. Hernández GJ, Jaimes VM, Carvajal PY, Suárez SD, Medina RP, Fajardo NS. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoracón reportados por la literatura en escenarios cardiovasculares. Cultura del Cuidado de Enfermería. 2016 junio; 13(1).

23. Díaz de Flores L, Durán de Villalobos MM, Gallego de Pardo P, Gómez DB, Gómez de Obando , González de Acuña , et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. Aquichán. 2002 juni/diciembre; 2(1).

24. Galvis LM. teorias y modelos de enfermeria usandos en la enfermería psiquiatrica. revista Cuidate. 2015 mayo; 6(2).

25. Prado SL, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica. 2014 diciembre - noviembre; 36(6).

26. Siles GJ. El año en que Marjory Gordon y las Bostonianas desembarcaron en Alicante. Cultura de los cuidados. 2015 junio; 42(17).

27. Barrera ML. PROCESO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS DE TERCER GRADO BASADO EN LA TEORIA DE GORDON. REVISTA ELECTRÓNICA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FESI-UNAM. 2017 AGOSTO; 6(12).

16. ANEXOS

Anexos

ANEXO #1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud

Carrera de Enfermería

Encuesta dirigida a: Profesionales de Enfermería del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Objetivo: valorar el cumplimiento del plan de alta y la aplicación por parte del profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Solicito a usted conteste con la verdad a las preguntas aquí planteadas, de antemano se le agradece la información brindada. Por favor marque con un visto la respuesta que considere correcta.

Edad _____ tiempo de labor _____

Genero _____ nivel de educación _____

1. ¿comúnmente a cuantos pacientes le asignan en su turno de trabajo?

a) De 7 a 11 ☐

b) De 12 a 16 ☐

c) De 17 o mas ☐

2. ¿Conoce usted la taxonomía NANDA, NIC y NOC?

a) Si ☐ b) No ☐

3. ¿Aplica las taxonomías NANDA. NIC y NOC en sus planes de cuidados?

a) Siempre ☐

b) A veces ☐

c) Rara vez ☐

d) Nunca ☐

4. Del equipo de salud del área. ¿Quién elabora y aplica el plan de alta para el paciente?

a) Médico tratante ☐

b) Lic. De enfermería ☐

c) Médico residente ☐

d) Interno de medicina ☐

☐

e) Interno de enfermería

f) Auxiliar de enfermería.

g) todos

5. ¿Cómo realiza el plan de alta de enfermería?

a) Forma verbal b) forma escrita c) ambas

6. ¿En el plan de alta que usted le hace a un paciente, que elemento enfatiza?

a) Alimentación

b) Medicación prescrita

c) Signos de alarma

d) Cuidados de herida

e) Todos

Otros _____

7. Como profesional de enfermería. ¿Cuáles de las siguientes opciones considera usted seria causa de la no implementación del plan de alta de enfermería?

a) Disponibilidad del protocolo de plan de alta

b) Falta de tiempo y personal

c) Sobrecarga de trabajo

d) Todos

Otros_____

8. ¿Llevan un registro de reingresos hospitalarios?

a) Si b) No

9. ¿Los reingresos hospitalarios más comunes en esta área, se da por?

a) Mala práctica medica

b) Poca información sobre el tratamiento ambulatorio

c) Bajo recurso económico

d) Todos

10. Marque con un visto. ¿de las siguientes opciones cuales considera usted que serían causa de reingresos de los pacientes?

a) Incumplimiento del plan de alta por parte del paciente

b) Falta de tiempo del personal enfermero para la aplicación del plan de alta

c) Factor económico deficiente por parte del paciente ☐

d) Poco/poca educación al paciente ☐

11. Diariamente cuantos pacientes egresan de esta área.

a) De 7 a 11 ☐

b) De 12 a 16 ☐

c) De 17 o mas ☐

ANEXO # 2

ANEXO #2. ESQUEMA DE VALORACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

VARIABLE	INDICADOR	CANTIDAD	PORCENTAJE
quien aplica el plan de alta	Médico		
	Enfermera		
	Interno de medicina		
	Interno de enfermería		
	Sin plan de alta		
	Total		
presentación de la información del plan de alta	legible, acorde a la educación del paciente		
	no legible o no acorde a la educación del paciente		
	sin plan de alta		
	total		
Reportes de enfermería que detallan la aplicación de plan de alta de forma oral	si reportan la aplicación del plan		
	no reportan la aplicación del plan		
	Total		

Elaborado por Cesar Augusto Choez Gonzalez

Fuentes: historias clínicas del área de gíneco obstetricia.

Anexo #3. Cuadro 1

Cuadro 1. Datos sociodemográficos del personal de enfermería del área de gíneco-obstetricia.

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
edad	20 a 29	15	68%
	30 a 49	6	27%
	50 a 65	1	5%
	total	22	
genero	masculino	0	0%
	femenino	22	100%
	total	22	
Tiempo de labor	menos de 1 año	9	41%
	1 a 20 años	12	55%
	mas de 20 años	1	5%
	total	22	
Nivel de educación	Licenciatura	22	100%
	Masterado	0	0%
	Doctorado	0	0%
	Total	22	

Fuente: profesionales de enfermería del área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #4. Cuadro 2

Cuadro #2. Indicadores de verificación del desempeño del personal enfermero en el plan de alta

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Elemento que enfatiza	Alimentación	0	0%
	Medicación prescrita	3	14%
	Signos de alarma	2	9%
	Cuidados de herida	0	0%
	Todas	17	77%
	total	22	100%
Número de pacientes que le asignan	7 a 11	4	18%
	12 a 16	12	55%
	17 o mas	6	27%
	total	22	100%
Como lo realiza el plan de alta la enfermera	forma verbal	10	45%
	forma escrito	6	27%
	ambas	6	27%
	total	22	
Elabora y aplica el plan de alta	Medico tratante	3	14%
	Lic. de Enfermería	2	9%
	Médico residente	1	5%
	Interno de medicina	15	68%
	Interno de Enfermería	0	0%
	Auxiliar de Enfermería	0	0%
	Todas	1	5%
	Total	22	100%
causa de la no implementación del plan de alta enfermero	disponibilidad de protocolo del plan de alta	3	14%
	falta de tiempo y personal	12	55%
	sobrecarga de trabajo	5	23%
	Todas	2	9%
	total	22	100%

Fuente: personal enfermero del área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #5. Cuadro 3

Cuadro 3. información obtenida de la valoración de historias clínicas

Variable	Indicador	Cantidad	Porcentaje
Quien aplica el plan de alta	Médico	0	0%
	Enfermera	0	0%
	interno de medicina	255	85%
	interno de enfermería	0	0%
	sin plan de alta	45	15%
	Total	300	
Reportes de enfermería que detallan la aplicación de plan de alta de forma oral	si reportan la aplicación del plan	209	70%
	no reportan la aplicación del plan	91	30%
	Total	300	

Fuente: profesionales de enfermería del área de gíneco-obstetricia del Hospital Gustavo Domínguez

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #6. Cuadro 4

Indicadores que valoran la eficacia del plan de alta en la disminución de reingresos

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
se lleva un registro de reingresos	si	9	41%
	no	13	59%
	Total	22	
reingresos en el área se dan por	mala práctica médica	0	0%
	poca información sobre el tratamiento ambulatorio	11	50%
	bajo recurso económico	8	36%
	Todos	3	14%
	Total	22	
considera como causa de reingresos	incumplimiento del plan de alta por parte del paciente	12	55%
	falta de tiempo del profesional enfermero para la aplicación de plan de alta	0	0%
	factor económico deficiente por parte del paciente	8	36%
	poco/a educación al paciente	2	9%
	Total	22	
Pacientes que egresan	7 a 11	4	18%
	12 a 16	8	36%
	17 o mas	10	45%
	total	22	100%

Fuente: profesionales de enfermería del área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #7. Cuadro 5

Total de reingreso clasificados por meses

Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Octubre	9	5%
Noviembre	23	14%
Diciembre	38	22%
Enero	37	22%
Febrero	27	16%
Marzo	35	21%
Total	169	100%

Fuente: Departamento de admisión del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #8. Cuadro 6

Cuadro #6. Valoración de historias clínicas

Variable	Indicador	Cantidad	Porcentaje
Presentación de la información del plan de alta	Legible, acorde a la educación del paciente	170	57%
	No legible o no acorde a la educación del paciente	85	28%
	Sin plan de alta	45	15%
	total	300	

Fuente: Historias clínicas del área de gíneco-obstetricia

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez

Anexo #9. Cuadro 7

Reingresos hospitalarios según el registro de admisión del hospital Dr. Gustavo Domínguez

diagnostico de egreso	Diagnóstico de reingreso	Frecuencia	Porcentaje
diabetes mellitus que se origina con el embarazo diabetes mellitus no especificada, en el embarazo infección del riñón en el embarazo Polihidramnios infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo embarazo doble placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación diabetes mellitus preexistente insulinodependiente, en el embarazo otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio preeclampsia several infección genital en el embarazo	parto por cesárea electiva	42	25%
otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación infección del riñón en el embarazo reacción de incompatibilidad al grupo ABO preeclampsia, no especificada diabetes mellitus que se origina con el embarazo infección genital en el embarazo enfermedades del sistema	parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice	8	5%
	parto único espontáneo, sin otra especificación	25	15%

respiratorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio			
placenta previa con hemorragia			
anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio			
trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio			
infección de la vejiga urinaria en el embarazo			
parto único espontáneo, sin otra especificación	retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	3	2%
falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	3	2%
p+b24:b26arto único espontáneo, sin otra especificación			
infección genital en el embarazo			
falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación			
preeclampsia, no especificada			
enfermedades del sistema circulatorio que complican el embarazo, el parto y el puerperio	atención materna por problemas fetales no especificados	19	11%
infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo			
hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]			
preeclampsia leve a moderada			
Polihidramnios			
parto único espontáneo, sin otra especificación	dehiscencia de sutura obstétrica perineal	4	2%
cistocele	cistocele	2	1%
leiomioma del útero, sin otra especificación	leiomioma del útero, sin otra especificación	2	1%
diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo que complican el embarazo, el parto y el puerperio	2	1%

aborto no especificado incompleto, sin complicación	otras hemorragias post-parto inmediatas	5	3%
hiperemesis gravídica leve			
falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	amenaza de aborto	3	2%
amenaza de aborto			
infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	infección del riñón en el embarazo	3	2%
infección del riñón en el embarazo	hemorragia y hematoma que complican un procedimiento, no clasificados en otra parte	3	2%
hemorragia y hematoma que complican un procedimiento, no clasificados en otra parte	leiomioma del útero, sin otra especificación	2	1%
aborto retenido	absceso de la glándula de bartholin	6	4%
atención materna por otros problemas fetales especificados			
quiste de la glándula de bartholin			
atención materna por otros problemas fetales especificados			
parto único espontáneo, sin otra especificación	infección de herida quirúrgica obstétrica	11	7%
hematoma de herida quirúrgica obstétrica			
atención materna por presentación de nalgas			
fracaso de la inducción médica del trabajo de parto	atención materna por signos de hipoxia fetal	2	1%
infección genital en el embarazo	atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	1	1%
falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación			
parto único espontáneo, sin otra especificación	sepsis puerperal	5	3%
preeclampsia, no especificada			
hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]	infección genital en el embarazo	5	3%
parto único espontáneo, sin otra especificación			

embarazo doble infección genital en el embarazo infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación	trabajo de parto prematuro espontáneo con parto prematuro	3	2%
falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia preeclampsia	parto por cesárea de emergencia	4	2%
esterilización otros quistes ováricos y los no especificados	otra reacción a la punción espinal y lumbar	2	1%
parto por cesárea electiva	absceso de la mama asociado con el parto	3	2%
otras enfermedades especificadas y afecciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio	hidronefrosis con obstrucción de la unión útero-pélvica	1	1%
	total	169	

Fuente: Departamento de admisión del hospital Dr. Gustavo Domínguez

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

Anexo #10. Cuadro 8

Cuadro 8. Conocimientos de profesional enfermero

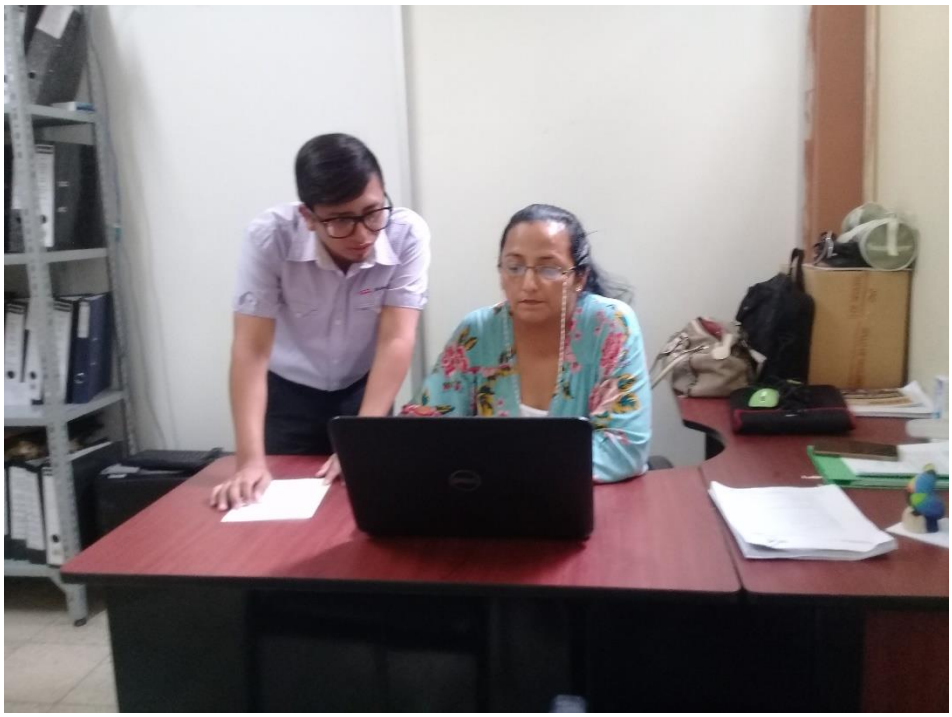
Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
conoce las taxonomías NANDA, NIC Y NOC	si	20	91%
	no	2	9%
	Total	22	
	siempre	6	27%
aplica las taxonomías NANDA, NIC y NOC	a veces	9	41%
	rara vez	5	23%
	nunca	2	9%
	total	22	

Fuente: personal de enfermería del área de gíneco-obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Domínguez

Autor: Cesar Augusto Choez Gonzalez, investigador.

ANEXO 11. FOTOS

Tutorías con la Lcda. Jaqueline Beatriz Delgado Molina

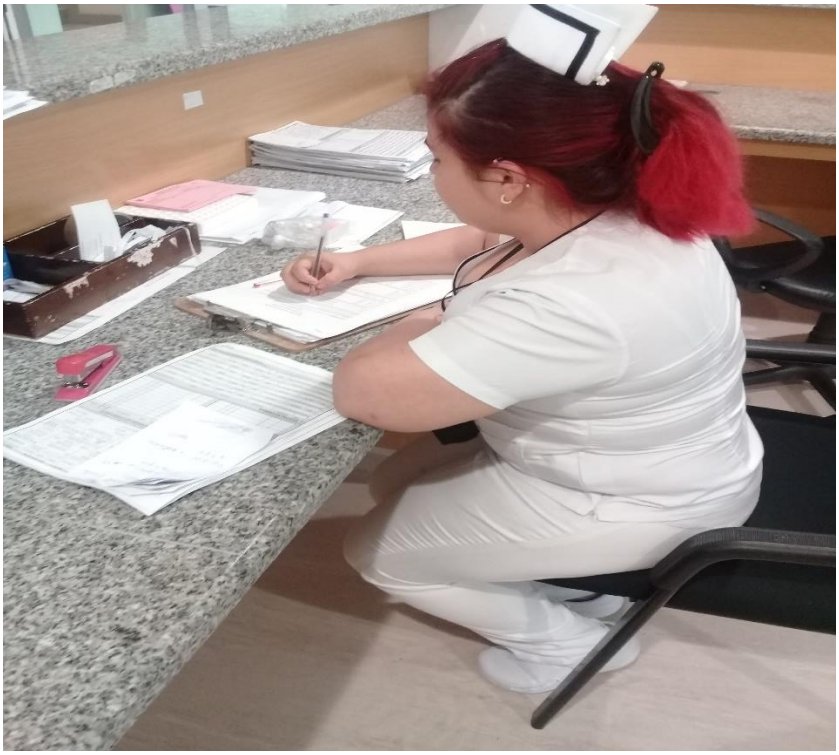


Tutorías con el Dr. Robert Zambrano

Tutoría con la Lcda. Miladis Plasencia

Tutoría con el abogado Sidar Solórzano

Aplicación de la encuesta a las enfermeras de gíneco-obstetricia



Revisión de las historias clínicas