



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DISEÑO DE UN FORMATO DE PLAN DE ALTA DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE ALTA
ESPECIALIDAD**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

L.E.O. Minerva Santana Velasco

**DIRECTORA DE TESIS
M.S.C Miriam Tapia Domínguez**

Cuernavaca, Mor., mayo de 2019.



“2019, a 100 en memoria del General Emiliano Zapata Salazar”

Cuernavaca Mor, a 17 de Mayo del 2019

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: DISEÑO DE UN FORMATO DE PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD, trabajo que presenta la C. MINERVA SANTANA VELASCO, quien cursó el POSGRADO: MAESTRIA EN ENFERMERIA en la Facultad de Enfermeria de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

Table with 4 columns: COMISION REVISORA, APROBADO, CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS, SE RECHAZA. Rows list names like DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME, MAC. ALMA ROSA MORALES PEREZ, etc., with handwritten signatures.

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DISEÑO DE UN FORMATO DE PLAN DE ALTA DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR EN UN HOSPITAL DE ALTA
ESPECIALIDAD**

**TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA**

P R E S E N T A

L.E.O. Minerva Santana Velasco

**DIRECTORA DE TESIS
M.S.C Miriam Tapia Domínguez**

Cuernavaca, Mor. Mayo 2019.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por haberme dado la vida, pero sobre todo por el apoyo incondicional desde el inicio al final de este proyecto, así como su amor infinito que ha estado presente desde siempre.

A mi amado hijo Josué quien ha sido el motor de mi vida para seguir siempre hacia adelante.

A mis hermanos que sé que están ahí día a día para darme aliento en cada momento.

A mis amigos que siempre han estado en el momento más oportuno deseándome lo mejor de esta vida, y dándome ánimos.

Y aquellos que directa o indirectamente han apoyado este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por haberme permitido la oportunidad de llegar hasta el día de hoy, por haberme puesto pruebas que he podido superar. Por darme la oportunidad de crecer profesionalmente.

Agradezco a mi Directora de tesis M.S.C Miriam Tapia Domínguez por haber brindado la oportunidad de trabajar mano a mano con ella en este proyecto, así como su apoyo, paciencia y confianza.

Agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Morelos por ser mi Alma mater y acogerme en sus aulas para formar parte de esta gran familia de profesionales.

Agradezco a mis maestros los cuales pacientemente me han orientado y guiado a lo largo de esta travesía formativa, sin duda alguna de las mejores experiencias de vida.

Agradezco a mi familia por estar conmigo en todo momento, ¡los Amo!

Gracias a todos.

Índice

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
Resumen.....	VIII
Summary	IX
Introducción	10
CAPITULO I. GENERALIDADES.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Pregunta de investigación	15
Justificación.....	16
Objetivos	18
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.....	19
Marco referencial.....	19
Marco teórico.....	27
Bases Teóricas: Nola Pender	43
CAPITULO III. MÉTODOS.....	48
Área de Estudio	48
Tipo y diseño de investigación	48
Muestra	49
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	50
Periodo	50
Limitaciones	51
Instrumento de recolección de datos	51
Definición de variables	52
Método de recogida de datos	54
Análisis estadístico	55
Consideraciones éticas.....	55
CAPITULO IV. RESULTADOS	57

DISCUSION.....69

CONCLUSIONES71

RECOMENDACIONES72

 Bibliografía73

ANEXO 177

ANEXO 278

ANEXO 379

ANEXO 480

Resumen

Introducción

El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados en todos los niveles de salud, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo. Este proceso es esencial para el intercambio de información entre paciente, cuidadores y personal de enfermería responsable de la atención. **Objetivo** Diseñar un formato de Plan de alta de enfermería en los pacientes con enfermedades cardiovasculares. **Metodología** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, observacional mediante el uso de un instrumento validado por especialistas en la materia, aplicado en Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE), Emiliano Zapata, Morelos. **Resultado.** El 22.5% afirma que si cuenta con un instrumento a seguir durante la estancia hospitalaria del paciente y el resto no cuenta con el instrumento. El 92.5% menciona que si existe un instrumento propio de enfermería. El 87.5% menciona el paciente que si se les da información antes de regresar a casa para cuidar mejor su salud. **Conclusiones:** El diseño de este formato cuenta con una estructura en forma de lista de verificación de pacientes con cardiopatías permitiendo asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería proporcionando al paciente egreso hospitalario.

Palabras clave: Diseño, formato, enfermedades cardiovasculares, alta de enfermería.

Summary

Introduction

The nursing discharge plan is considered a vitally important document that guarantees the continuity of care at all levels of health, integrating the patient and / or the caregiver as the main axis of the same. This process is essential for the exchange of information between patients, caregivers and nursing staff responsible for care. **Objective** Validate a format through a methodology to implement the Discharge Plan for nursing care in patients with cardiovascular diseases. **Methodology** A quantitative, cross-sectional, descriptive, observational study was carried out using an instrument validated by specialists in the subject, applied in the Institute of Security and Social Services of State workers (ISSSTE), Emiliano Zapata, Morelos. **Result.** 22.5% affirm that if they have an instrument to follow during the patient's hospital stay and the rest do not have the instrument. 92.5% mention that there is an own instrument of nursing. 87.5% mentions the patient that if they are given information before returning home to better care for their health. **Conclusions** The design and validation of this instrument has a structure in the form of a checklist of patients with heart disease, which ensures the continuity of nursing care by providing the patient with hospital

Keywords: Design, validation, instrument, cardiovascular diseases, nursing care, discharge of nursing.

Introducción

El presente trabajo propone un Diseño de un formato de plan de alta de enfermería en pacientes con enfermedades cardiovasculares, en un hospital de alta especialidad, con la finalidad de contar con un formato para su manejo en los diferentes servicios donde el personal será el responsable de otorgar este cuidado de enfermería, de manera escrita para el paciente cardíopata y/o familiar, en el cual deberán firmar de haber recibido la información al momento de egresar de la institución.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), en los últimos años, se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no trasmisible (Las Enfermedades Cardiovasculares), en especial, en los países en desarrollo.

Estas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo y, por lo general, demandan apoyos de cuidado; quizá por ello, día a día se ha enfatizado más en la necesidad de ofertar a los pacientes un cuidado seguro, continuo e integral (Barrera et al.2006a; Sánchez, 2011).

El Plan de transición y de egreso hospitalario, conocido por algunos como plan de alta hospitalaria, es una expresión de este tipo de cuidado que adquiere relevancia en este contexto y, en particular, cuando en los sistemas de salud, a nivel mundial, el incremento del costo institucional presiona el paso de servicios de mayor a menor complejidad y de la institución al hogar, sin que exista la preparación adecuada para asumir esta responsabilidad de cuidado (Pinto et al. 2006; Barrera et al. 2006b).

El Plan de Alta se define como “La continuidad de los cuidados a domicilio” mismo que se lleva a efecto de manera coordinada entre el equipo de salud que comprende al personal médico y de enfermería, además de manera implícita involucra a la familia de aquel que egresa a su domicilio.

El plan de alta se considera un documento médico legal en países europeos y es importante resaltar que no es una copia del alta o receta médica, se considera un proceso sistemático de valoración, planeación, coordinación y ejecución del cuidado

enfermero, que busca asegurar los cuidados acordes a las necesidades de la persona, con la finalidad de que adopte prácticas que le permitan mantener o mejorar su estado de salud, para lo cual se dan a conocer a la persona y/o cuidador primario con una serie de recomendaciones individualizadas, en forma verbal y escrita, información que debe ser corroborada mediante la verbalización de la persona y/o cuidador, de tal forma que se asegure la comprensión de la información.

Este formato de Plan de Alta de Enfermería contara, con las siguientes variables sociodemográficas: nombre del paciente, cedula, edad, sexo, servicio, diagnóstico, días de estancia, si es el primer evento o subsecuente, fecha de ingreso y de egreso; en las variables independientes: Alimentación adecuada para este tipo de pacientes cardíopatas así como también los alimentos no permitidos, Medicamentos que por su temporalidad son de suma importancia para su tratamiento como antihipertensivos, beta bloqueadores, antiolesterolemicos, anticoagulantes, antiarritmicos, etc., actividad física/ejercicio así como la importancia de fortalecer el sistema circulatorio, en el ámbito sexual dependerá de la patología y de su evolución, la higiene se abordara el aseo corporal, lavado de manos, corte de uñas, en la eliminación se hará énfasis de la vigilancia de excretas y micciones por dia; y por último y no menos importante la identificación de signos de alarma como hipertensión arterial, dolor precordial u opresión en el pecho, diaforesis, desvanecimiento, dificultad para respirar.

El plan de alta “Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general”. Se inicia durante la hospitalización del paciente y finaliza con la elaboración de un informe a todos los pacientes que al abandonar el hospital precisen cuidados enfermeros y sean transferidos a otros niveles asistenciales.

Establece una vía de comunicación que contribuye a potenciar y clarificar el papel del profesional de enfermería en la población a la que atiende.

A continuación, se hace referencia de la Teórica de la cual me apoyare en esta búsqueda de acuerdo al modelo conceptual de sus teorías:

Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

El modelo de promoción a la salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El modelo de promoción a la salud, expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo.

La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. El modelo de promoción a la salud, expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud,

CAPITULO I. GENERALIDADES

Planteamiento del problema

El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados en todos los niveles de salud, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo.

Este proceso es esencial para el intercambio de información entre paciente, cuidadores y personal de enfermería responsable de la atención.

Autores como Semper (2010) refieren como la planificación del alta, es una característica de rutina en los sistemas de salud en muchos países, cuyo objetivo principal en la planificación del alta es reducir la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos al hospital no planificados y reducir los costos hospitalarios.

El Plan de alta de un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia antes y después del alta del paciente (Carpenito, 2010)

La importancia que tiene el protocolo de alta del paciente, aparentemente tan sencillo, es significativamente fundamental para el seguimiento continuo y permanente.

Existen casos en que el paciente debe depender total o parcialmente de personas que le ayuden a continuar su vida, es por ello que “La Enfermera también interviene en la formación de los familiares u otras personas de apoyo que atienden al paciente”, sin embargo, algunas veces esta información solo se da de forma verbal, ya que no se cuenta con algún formato de alta de enfermería que pueda ser utilizada como evidencia de cuidados de continuidad del paciente.

En el Hospital de Alta especialidad dentro de la prevalencia que se encontró en los registros encontrados se puede observar el índice de enfermedades cardiovasculares más frecuentes durante el primer semestre del 2018 en el periodo comprendido de Enero – Julio se encuentra en primer lugar el BAVC (Bloqueo aurículo ventricular completo) enseguida el SICA (Conjunto de padecimientos del corazón) y ocupando el

tercer lugar el IAM (infarto agudo al miocardio) todos estos con un mayor porcentaje en las personas del sexo masculino con un rango de edad de 60-69 años; es por eso la importancia de realizar este formato de alta para contribuir y fomentar el cuidado del paciente cardiópata.

Cabe mencionar que la inadecuada planificación de las altas hospitalarias (ej: solicitar el alta voluntaria antes de finalizar los tratamientos para un adecuado seguimiento post-hospitalario, la falta de comunicación al paciente o a sus familiares y de las necesidades posterior de la hospitalización, la falta del apego al tratamiento, etc.), atenta contra la seguridad de aquellos pacientes que pese a estar en condiciones de abandonar el hospital son todavía muy vulnerables a recaídas y reingresos en corto plazo. Muchos de ellos tienen nuevas necesidades de control y de medicamentos por tiempos prolongados que desconocen, y, si las instrucciones de alta no se cumplen, se encuentran más propensos a eventos adversos.

Es por eso la importancia de realizar este diseño de formato dado que, en el Hospital de alta especialidad, se carece de un documento de alta de enfermería en general y ni para pacientes con enfermedad cardiovascular; lo que nos da una clara idea que la promoción y la educación a la salud son estrategias de bajo costo, pero de gran impacto y constituyen una parte importante del cuidado enfermero.

De ahí surge la pregunta de investigación.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la Importancia del Diseño de un formato para el plan de alta de enfermería en el paciente con enfermedad cardiovascular?

Justificación.

Los profesionales de la salud en especial el de enfermería, desempeñan un papel trascendental en la atención que prestan a los pacientes, en particular en el momento de dar de alta al paciente, ya que es la principal promotora, educadora y cuidadora de la salud.

En el alta hospitalaria se traduce la responsabilidad, a enfermería y a la persona y familiar que están a punto de egresar del hospital, sin embargo, en estudios que se han realizado se ha observado que Casi la mitad de los pacientes hospitalizados experimenta errores, ya sea en el tratamiento, en exámenes, o en el seguimiento de resultados pendientes, y entre 19% y 23% sufren algún evento adverso post-alta, siendo los más frecuentes los derivados al apego a los medicamentos.

En 1984 surgió el plan de alta en enfermería en Estados Unidos; éste fue incluido dentro del sistema Medicare con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, por lo que éste se extendió rápidamente a Europa y América Latina, por ser considerado una herramienta de gran utilidad, planificando la educación sanitaria con el único fin de incorporar al paciente en su recuperación y bienestar al egreso hospitalario.

La tasa de reingresos a 30 días entre beneficiarios de Medicare (programa federal de Estados Unidos de Norteamérica que paga ciertos gastos en salud en personas ≥ 65 años) llega a 21%⁸. La Joint Commission (JC) (Grupo independiente de Estados Unidos de Norteamérica sin fines de lucro que administra los programas de acreditación para hospitales y otros centros prestadores de cuidados de la salud) instruyó a las instituciones a realizar una conciliación de las indicaciones de medicamentos (CIM) minuciosa en cada paciente que experimenta un egreso, un traslado dentro del hospital o un alta. Medicare en Estados Unidos de Norteamérica penaliza económicamente a los Hospitales si el paciente reingresa en un tiempo menor de 30 días.

En Estados Unidos se presiona a los hospitales a elaborar estrategias para reducir la duración de las estancias hospitalarias y la readmisión a los 30 días,

En investigaciones realizadas en España, el plan tiene una importante relevancia social, pues ha sido considerado como documento legal incluido en los registros clínicos de enfermería y, por ende, forma parte del expediente clínico. Cabe señalar que este plan se entrega por escrito y es totalmente independiente de la receta médica.

En España tratan de comparar y evaluar tanto los planes antiguos de este plan como los nuevos, con el propósito de unificar criterios. En el 2003, el Hospital Universitario de Alicante, España, evaluó el diseño de nuevos formatos para documentar el plan de alta en enfermería con base en el modelo de las catorce Necesidades de Virginia Henderson en el que se encontró un aumento del porcentaje de cumplimentación de este plan de 70 a 85%.

En México, existen pocos estudios sobre el plan de alta, de su aplicabilidad y cumplimentación. Con base en el diseño y validación del plan de alta en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, se identificaron algunas necesidades de información al egreso, como la dieta, el tratamiento farmacológico, entre otros con el fin de unificar los criterios en la elaboración de este plan para pacientes con afecciones cardiovasculares.

Aun cuando el plan de alta en enfermería forma parte de la formación profesional de la enfermería, no existe un documento formal y estandarizado del plan de alta en enfermería para que se pueda evaluar su impacto y trascendencia.

Por todo lo anterior mencionado surge la intención de realizar este diseño de formato de plan de alta, ya que actualmente en el Hospital de alta especialidad no se cuenta con un documento validado, que proporcione información a los pacientes con enfermedades cardiovasculares en los cuidados de enfermería para el egreso hospitalario, es por ello que se eligió este tema en el cual se retoman a las teóricas en enfermería con su teoría y su modelo de promoción a la salud: Teórica en Enfermería Nola Pender, El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Objetivos

General.

- Diseñar un formato de Plan de alta de enfermería a través de una metodología para proponer en los pacientes con enfermedades cardiovasculares de un hospital de alta especialidad durante el periodo de Enero a Marzo del 2019.

Específicos.

- Revisar literatura para recopilar información del plan de alta de enfermería aplicada en otras instituciones de salud en México.
- Conocer la importancia de un formato de plan de alta de enfermería a través de la aplicación de un cuestionario a pacientes con Enfermedad cardiovascular y a Personal de enfermería
- Analizar la información a través de una base de datos.
- Elaborar un formato de Plan de alta de enfermería fundamentado en evidencia científica.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO.

Marco referencial

En 1984 surgió el plan de alta en enfermería en Estados Unidos; éste fue incluido dentro del sistema Medicare con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, por lo que éste se extendió rápidamente a Europa y América Latina por ser considerado una herramienta de gran utilidad, planificando la educación en salud con el único fin de incorporar al paciente en su recuperación y bienestar al egreso hospitalario.

En el año 1999, el contrato de gestión de (AP) Alta Hospitalaria, determina la necesidad de definir planes de cuidados estandarizados para garantizar la utilización de los cuidados de enfermería en la Práctica habitual.

Un estudio de Yea-Ing, (2008), realizado con un grupo de pacientes donde la enfermera le brindó educación sobre el cuidado en el hogar al egreso hospitalario, concluyó que dicha acción aumenta la preparación de familiares y cuidadores y la satisfacción de sus necesidades.

A sí mismo, Pardo (2008) determinó que es posible desarrollar un mejor servicio de atención mediante un programa de información de alta de hospital, esto con el fin de lograr un alto nivel de satisfacción y seguridad con respecto al uso de medicamentos en el hogar.

Naylor (2011), elaboró un ensayo clínico aleatorio, dirigido a estudiar los efectos de un protocolo de planificación completa del alta, fue diseñado específicamente para los ancianos e implementado por enfermeras especialistas, con el fin de determinar los resultados en los pacientes y proveedores.

El estudio incluyó las siguientes variables: estancia hospitalaria inicial, duración de tiempo entre las tasas de re hospitalización y readmisión, alta hospitalaria inicial, gastos por atención (hospitalización inicial, re hospitalizaciones), servicios de salud después de la aprobación de la gestión y servicios de enfermería especializados, evidenció que desde el alta hospitalaria inicial a 6 semanas después de la aprobación de la gestión,

los pacientes en el grupo de intervención médica tenían menos reingresos y días total de readmisión hospitalaria y tasas más bajas para los servicios de atención médica, después de la aprobación de la gestión.

Las enfermedades coronarias son enfermedades crónicas y estos pacientes tienen un alto riesgo de sufrir nuevos eventos y una muerte prematura. El pronóstico puede mejorarse con una serie de intervenciones basadas en la evidencia, como se refiere en el Informe de la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud. En este sentido, el Servicio de Cardiología del Complejo Hospitalario de Navarra lleva a cabo desde junio del 2009 un Programa Educativo Grupal dirigido al paciente coronario y a su entorno familiar, se descubre que el momento adecuado para reforzar y motivar al paciente isquémico en la modificación de los estilos de vida inadecuados, es durante el ingreso en el centro hospitalario. Por lo que este momento es el aprovechado para iniciar el plan de autocuidados al alta, siendo posteriormente continuado por el equipo de Atención primaria. Las sesiones impartidas por Enfermería al paciente coronario y familia, en nuestro Servicio, se realizan dos días por semana, con una hora y media de duración aproximadamente. En cuanto a su contenido, debe indicarse que se proporcionan unos breves conocimientos sobre la cardiopatía isquémica.

Se informa sobre el concepto de factores de riesgo cardiovasculares y el modo de prevenirlos. Asimismo, se explican las formas de tratamiento y el beneficio del cambio de los estilos de vida. La participación de los pacientes y de los familiares en tales sesiones informativas reviste notable importancia y resulta asimismo enriquecedora para los propios educadores. El plan de cuidados informatizado existente en Atención preventiva y el estudio realizado en nuestro Centro describe el perfil de pacientes coronarios atendidos en el Programa de Educación Sanitaria Grupal, fue lo que impulsó a desarrollar un Plan de Cuidados adaptado a los mismos.

Se realizó un Estudio descriptivo y retrospectivo. Muestra de 446 pacientes ingresados con diagnóstico de cardiopatía isquémica, durante el período de Julio 2009 a septiembre 2010, en el Servicio de Cardiología, Área Clínica del Corazón del Complejo Hospitalario de Navarra. El estudio se llevó a cabo en el último trimestre 2010. No hubo exclusión ni por edad ni sexo. Se incluyeron los pacientes que accedieron

voluntariamente a la integración de dicho programa educativo y no padecían deterioro cognitivo.

Procedimiento: Valoración inicial de Enfermería, en base al modelo de V. Henderson, adaptada por ese hospital; Primer día de ingreso: Creación de grupos de trabajo, formados por doce enfermeras educadoras del Servicio de Cardiología y dos enfermeras de la Unidad de Programas de Cuidados del Hospital:

- Se identificaron los problemas más prevalentes estableciendo dos grupos de estudio:
a) Primer evento coronario b) Cardiopatía isquémica previa
- Utilización de la taxonomía NANDA.
- Definición de la escala Likert para los resultados según la taxonomía NOC.
- Determinación de las intervenciones según la taxonomía NIC.

Posterior a las sesiones de educación, se entrega un tríptico informativo sobre las enfermedades vasculares y se elabora un Informe de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería.

Otro estudio realizado sobre la elaboración de materiales informativos escritos para pacientes y cuidadoras existe un cuerpo de conocimiento bastante extenso que ha dado lugar a distintas guías y recomendaciones. Así, sabemos que la información ha de estar basada en la mejor evidencia científica disponible, lo que supone un trabajo previo de revisión de la literatura científica y una actualización de la misma y de los materiales que se elaboren.

La información debe estar expresada de forma clara y comprensible, utilizando palabras sencillas y sin tecnicismos, aclarando dudas, no creándolas, eliminando creencias erróneas y expresadas en un tono respetuoso e incluyente. Las enfermedades cardiovasculares son una serie de enfermedades crónicas degenerativas que afecta a un número elevado de pacientes, de ambos sexos, afecta mayoritariamente a una población muy vulnerable en su mayoría personas del sexo masculino.

Sus conocidos riesgos e importantes complicaciones han sido objeto preferente de los documentos informativos para pacientes, y familiares. Contrasta la baja frecuencia de

aparición de estas complicaciones con las necesidades informativas de pacientes y sus familiares. Por esta razón, desde la Consejería de Salud del gobierno andaluz y, en el contexto de la definición e implementación del Proceso Asistencial Integrado de Enfermedades Cardiovasculares se planteó la necesidad de elaborar un documento con información adicional para pacientes sobre dicho proceso asistencial.

El objetivo de este artículo es describir el proceso de elaboración del documento, destacando el procedimiento de validación del mismo y sus resultados.

Para elaborar el documento informativo sobre Enfermedades Cardiacas se elaboró una metodología que consta de siete fases se pueden agrupar en dos momentos:1) Elaboración del documento 2) Revisión y validación del mismo. Todo este procedimiento está sustentado y orientado en una serie de criterios de calidad definidos por el equipo a partir de las recomendaciones más habituales para la elaboración de información para pacientes en este artículo se describe fundamentalmente la segunda fase, el procedimiento de revisión y validación del contenido, por ser el objetivo central de este artículo. Dicho procedimiento responde a un diseño fundamentalmente cualitativo y fue realizado en Andalucía, en las provincias de Sevilla, Granada y Almería.

La Validación de contenidos clínicos por profesionales: Se realizó con el objetivo de garantizar que los contenidos clínicos del documento informativo sobre Enfermedades cardiovasculares fueran veraces, completos y actualizados, se invitó a un grupo de profesionales sanitarios a validar el documento.

La dinámica de trabajo fue la siguiente: Se realizó una reunión de presentación del proyecto donde se explicó qué tipo de documento se pretendía elaborar, los criterios de calidad, determinados y el procedimiento metodológico. Se distribuyó el documento borrador y un checklist para guiar la valoración. Dicho checklist incluía un listado de las dimensiones claves a valorar en el documento, junto con los criterios de calidad determinados previamente para el mismo. Los aspectos a valorar incluidos fueron: estructura del documento, contenido del mismo, estilo, diseño e ilustraciones. Se pidió al grupo que revisara que los contenidos del documento inicial se ajustaban a la evidencia científica y que respondía a las dudas más frecuentes de pacientes y

familiares. Dispusieron de quince días para ello. Cada integrante del grupo realizó una valoración individual del documento. Se hizo una reunión de consenso para poner en común las valoraciones individuales y llegar a acuerdos sobre los contenidos definitivos.

Análisis de legibilidad gramática: Se compone de la legibilidad gramatical (estructura y construcción gramatical) y la léxica (significado de las palabras). En la elaboración del documento se cuidaron todos estos aspectos, en este punto de la valoración del mismo, se hizo un análisis de la legibilidad gramatical, para garantizar que se cumplía este criterio.

El nivel de legibilidad gramatical del documento se analizó mediante una herramienta específica: el programa informático es la Escala INFLESZ que se basa en el cálculo de la Fórmula de Perspicuidad Este índice es un indicador de la dificultad para leer un texto. Se obtiene de la razón de las palabras no comunes y las palabras comunes que aparecen en un texto basándose para ello en un vocabulario básico definido.

Resultados Valoración de contenidos clínicos por profesionales sanitarios del estudio:

Participaron doce profesionales que habitualmente trabajan en el proceso asistencial: siete médicos especialistas en Cardiología, cinco enfermeras especialistas en cardiología.

Su valoración global fue excelente. Realizaron muchas sugerencias sobre el contenido, aunque también sobre aspectos como la redacción, el formato o la extensión del documento.

Sobre el contenido, se valoró que se ajustaba perfectamente a la evidencia científica más actualizada. Tan sólo se señalaron algunas imprecisiones, como una cierta confusión existente en el documento entre riesgos y complicaciones.

De la redacción, se destacaron algunos fragmentos del texto cuya redacción les parecía algo alarmante. Y se puso de manifiesto la necesidad de acortar las frases, algunas de las cuales se calificaron de “largas”.

En cuanto al formato, se comentó la pertinencia de sumar al escrito, la utilización de otros canales de transmisión de la información, haciendo especial hincapié en los

audiovisuales. También se sugirió publicarlo en un tamaño fácilmente manejable. Y se consideró muy extenso el documento (tenía 13 páginas), llegando a afirmar un profesional que “nadie se va a leer un documento tan largo”. Finalmente, el grupo valoró que merecía la pena incluir todos los contenidos abordados y valorar la extensión en la validación con pacientes.

Respecto al momento idóneo para entregar este documento informativo las y los profesionales opinaron mayoritariamente que era preferible “entregarla en el momento más cercano a la decisión sobre el alta hospitalaria”.

Análisis de legibilidad gramatical. -Como se explicó en el apartado de métodos, el análisis de legibilidad gramatical se realizó a través del programa INFLESZ, según el cual un texto es legible cuando puntúa por encima de 55.

El texto no pasó el test de legibilidad en el primer análisis, obtuvo una puntuación de 51'538. Fue necesario revisar el documento y modificar la redacción: acortando las frases y sustituyendo algunas palabras largas por otras más cortas, a través de sinónimos. De esta forma, el segundo análisis de legibilidad fue superado sin dificultad obteniendo mejor puntuación: 60.

Existen diversas investigaciones sobre la implementación del plan de alta, una de ellas es la del Hospital de Aspeyo, Madrid en 2002, donde identifican la falta de registro de las intervenciones e instrucciones proporcionadas por enfermería al paciente y familia durante el egreso hospitalario, por lo que implementan el proceso de alta de manera individualizada, con lo que consiguieron mejorar el estado de salud y continuidad de los cuidados, disminuyeron los reingresos y se afianzó la propia identidad de la enfermería, su autonomía profesional y el reconocimiento social.

A pesar de que el plan de alta debe ser individualizado, existen criterios generales como: proporcionar conocimientos fundamentales sobre su enfermedad, promocionar hábitos saludables que mejoren la calidad de vida, favorecer la corresponsabilidad del enfermo en su cuidado y evitar la aparición de complicaciones.

Como parte del proceso de atención de enfermería, el plan de alta requiere de la coordinación y cohesión de un equipo multidisciplinario, además de disminuir el impacto que sufre la persona durante la transición de los cuidados especializados hacia los primarios, donde obtendrá y/o reforzará conocimientos que generen actitudes que contribuyan a una mejor calidad de vida, además de corresponsabilizar al enfermo de su salud.

Hospitales como el de Navarra en España, han priorizado la importancia del seguimiento de procedimientos y cuidados mediante la aplicación de un programa de alta para los pacientes, el cual permite evaluar y mejorar la eficacia y eficiencia de las intervenciones proporcionadas de manera multidisciplinaria.

La consecuencia directa de la concepción del plan de alta y la real dimensión que adquiere en los registros de enfermería sobre las intervenciones educativas a la persona dentro del ámbito hospitalario, hace que sea necesario contar con un documento que deje constancia de la información proporcionada, así como el material de apoyo que le permita a la persona identificar explícitamente las recomendaciones para su autocuidado y con ello dar validez a las intervenciones.

Por lo expuesto, el objetivo de la presente investigación fue diseñar y validar un formato general –con orientación de lista de verificación– del plan de alta para la persona con alteración cardiovascular, a fin de proporcionar al personal de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez una herramienta que facilite la incorporación de este concepto a la práctica diaria, que incluya las necesidades de información identificadas en la persona y con ello obtener un respaldo tangible de la información proporcionada.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo para diseñar y validar un formato general del plan de alta para la persona con alteración cardiovascular en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez del 4 de enero al 26 de febrero del 2010.

Se identificaron las necesidades de información a través de un muestreo por conveniencia en 30 personas con alteración cardiovascular, que se encontraban

hospitalizadas y en el período de pre-alta (dentro de las 24 horas para el egreso hospitalario) orientados en sus tres esferas y que desearon participar. De manera paralela se diseñó un formato de plan de alta en forma de lista de verificación, en papel auto copiante tamaño media carta a partir de las recomendaciones identificadas en la literatura y aquéllas ineludibles para cubrir las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson, así como las referidas en el momento del alta por las personas con afección cardiovascular y/o cuidador primario. El formato consta con los datos personales del enfermo, el diagnóstico médico, el diagnóstico prioritario de enfermería y la fecha en que se aplica el plan de alta; además se integra por dos columnas, una donde se registra la educación para la salud proporcionada a la persona y/o cuidador previo al alta, y la segunda columna enlista los trípticos que se entregan en el momento del alta, los cuales contienen la información pertinente y las recomendaciones de enfermería para que la persona alcance la independencia en casa, ambas se marcan con una X en el rubro “sí o no” se entregó, finalmente, en el calce se registran la firma de la persona que recibe la información y la enfermera que la proporciona. Para comprobar la validez de contenido se realizó un juicio de 37 expertos, considerando su experiencia clínica y administrativa mayor a 3 años, se apoyó en el modelo de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería; posteriormente se aplicó una prueba piloto a 30 personas con alteración cardiovascular.

En los resultados se entrevistaron un total de 30 personas dentro previas al alta, la distribución en cuanto al sexo fue homogénea; con respecto a la escolaridad predominó el nivel primario con 37% respecto al nivel socioeconómico 74% de las personas pertenecen al nivel socioeconómico bajo. la opinión de las personas encuestadas se agrupó de acuerdo a las necesidades de información durante su egreso hospitalario, siendo la dieta 73%, el tratamiento farmacológico 70% y el problema de salud actual (60%) las principales inquietudes expresadas. El 59% de los expertos participantes corresponden al turno matutino, en relación a la categoría 65% son enfermeras generales y 27% jefes de enfermeras, con un promedio de 15.7 años de experiencia. En cuanto a la opinión sobre el formato, 86% lo consideró práctico y 89% expresó que contiene los puntos importantes que lo guían en la realización del alta.

Marco teórico

Diseño. - Proceso o labor destinada a proyectar, coordinar, seleccionar y organizar un conjunto de elementos para producir y crear objetos visuales destinados a comunicar mensajes específicos a grupos determinados.

El formato de plan de alta. - Es una herramienta que asegura la comunicación entre los profesionales de salud en los distintos niveles de asistencia. Diversas entidades de salud cuentan con un formato de plan de alta específico para la población que atienden, en el presente trabajo se incluyó la importancia de tomar en cuenta lo que requieren las personas y lo que el profesional de enfermería propone. Diferentes estudios demuestran que la implementación de un formato de enfermería para el egreso hospitalario proporciona un sistema de comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinario y el paciente, además de ser un documento profesional, autónomo y legal de la información entregada

Criterios de calidad para la elaboración de documentos escritos.

1. Implicación de pacientes y profesionales en el proceso de desarrollo de la información.
2. Definición inicial del propósito de la información, su objetivo y el público a quien va dirigida.
3. La información clínica estará basada en evidencia científica y en una revisión sistemática de la misma.
4. Con la información se dará respuesta a las preocupaciones o dudas más habituales de pacientes.
5. Utilización de un tono no alarmista ni paternalista, sino constructivo, positivo, que anime.
6. La información se transmitirá de una forma clara, fácil de comprender, sin tecnicismos, de la forma más breve posible y a través de caracteres muy legibles.

7. Se evitará duplicar informaciones.
8. Inclusión de información sobre los riesgos y beneficios de la intervención o tratamiento, si procede.
9. Se explicitará la autoría del documento y quién lo promueve y respalda.
10. Se explicitará la fecha de publicación y/o actualización.
11. Se incluirán referencias de las fuentes de evidencia o fuentes de referencia para posibles consultas
12. Definición del momento del proceso sanitario en el que se facilitará el documento. Referencia para posibles consultas. Información adicional.

Plan de Alta en Enfermería. - Es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo. Según L. Carpenito, el plan del alta de enfermería es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y asistencia social antes y después del alta del paciente.

Sin embargo, para que éste logre su objetivo se requiere tanto de una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud dentro del campo asistencial, como de la población en general. La aplicación de este plan favorece la atención primaria, ya que permite dar continuidad a los cuidados del paciente, evita complicaciones, reingresos y quejas; ello hace que se disminuya el costo de la atención hospitalaria.

El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico.

Asimismo, los pacientes deben recordar lo que les han enseñado y lo que han aprendido en el hospital para llevarlo a cabo en su domicilio. Debido a la gran cantidad de información que tienen que asimilar al momento del egreso es recomendable dar siempre el informe por escrito para utilizarlo como guía para el autocuidado. El plan de alta de enfermería es considerado tan importante como el alta médica, según investigaciones realizadas en España.

El plan de alta le permite al familiar o al cuidador conocer las recomendaciones individualizadas respecto al estado, de salud del paciente al egreso, por lo que la comunicación enfermera-paciente y/o familia debe ser efectiva para lograr la aplicación correcta del plan de alta. Éste se debe planear desde el primer contacto con el paciente y debe concluir cuando éste sea dado de alta. Las recomendaciones se deben proporcionar de forma oral y escrita verificando que hayan sido comprendidas en su totalidad, una vez que se haya firmado la salida por parte del médico. Cardozo refiere que la integración de la información al alta hospitalaria es el resultado de una buena comunicación entre los diferentes niveles de atención y propiciará un cuidado holístico a consecuencia de una comunicación efectiva del equipo multidisciplinario.

Cuidado: A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

En la literatura se describe como primaria, la estrategia de intervención poblacional, la identificación de individuos con un riesgo elevado de presentar una ECV y la toma de medidas preventivas individuales según el nivel de riesgo, para evitar o aplazar la aparición de acontecimientos cardiovasculares mayores.

Por otro lado, la prevención secundaria y rehabilitación cardíaca se lleva a cabo cuando aparecen síntomas de la enfermedad y tiene como objetivo evitar o aplazar lo máximo posible futuras recidivas. Estas personas requieren cambios drásticos en su estilo de vida y una apropiada medicación.

La intervención de enfermería en pacientes cardiopatas requiere del conocimiento, dominio y manejo de los contenidos y temas, manteniendo una constante actualización sobre estas patologías, para poder brindar la información adecuada y precisa a la población que lo requiera todos estos problemas y necesidades que tienen las personas con alguna afectación cardíaca dependientemente de la edad que tengan, cuando regresan a sus domicilios, pueden impedir que tengan una recuperación adecuada y conducir a un reingreso no esperado.

La tasa de reingresos es más alta en ancianos, particularmente en el anciano frágil y la Insuficiencia Cardíaca uno de los problemas médicos con índice de reingreso más alto.

Como un evento epidemiológico más se ha comenzado a estudiar la prevención del reingreso; así se ha cifrado que pueden prevenirse el 37% de reingresos dependientes de factores del hospital, el 38% de reingresos por factores clínicos y el 21% de reingresos por factores dependientes del enfermo.

Se ha estimado que el 70% de los reingresos totales de los ancianos pueden ser prevenidos a través de la información en el alta hospitalaria. Dentro de las causas que contribuyen a los reingresos inesperados se incluye: el manejo médico poco óptimo, carencia de suficientes recursos de servicios en el domicilio, fallos para completar el tratamiento prescrito, efectos secundarios de medicamentos y una carencia en la continuidad de cuidados por falta de información.

Se ha señalado que la fragmentación de la asistencia, la cultura del alto índice de hospitalización y la ausencia de coordinación entre ambos niveles asistenciales, son algunas de las causas de los reingresos hospitalarios en nuestro país.

Las medidas que han demostrado valor en evitar reingresos son:

- La intervención de Enfermería en el plan de egreso
- La educación del paciente
- El seguimiento del mismo
- La prevención de iatrogenias durante el ingreso previo.

También se ha estudiado y llevado a cabo, la implantación de un informe de enfermería al egreso debido a la necesidad de establecer sistemas de comunicación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

El informe es importante para la cooperación entre los profesionales de asistencia especializada y primaria, ya que establece una comunicación institucional y personal para garantizar la continuidad del proceso asistencial y facilita el seguimiento de los pacientes, por lo que constituye un elemento clave.

Enfermedad cardiovascular prematura. - Aparición de manifestaciones de enfermedad cardiovascular en hombres menores de 55 años o mujeres menores de 65 años.

Así mismo, es un medio de registro como inicio de valoraciones para posteriores actuaciones de enfermería, y hacer posible la continuidad de cuidados, junto con la preparación del individuo para que sea capaz de auto cuidarse en su domicilio.

Es evidente la heterogeneidad de la distribución de la cardiopatía, cuya prevalencia y mortalidad van de la mano de la magnitud de la prevalencia de los factores mayores de riesgo que ocurren en los estados federativos con mejor situación económica e influenciados por el estilo de vida.

La enfermedad de las arterias coronarias, también conocida como cardiopatía isquémica, es el tipo más común de enfermedad del corazón.

El infarto agudo de miocardio y la angina de pecho son las manifestaciones clínicas de este tipo de enfermedad del corazón causada principalmente por el endurecimiento de las arterias. La pirámide poblacional determina que la mayoría de nuestro adulto (75%) tiene menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, en datos absolutos el número de millones portadores de estos factores de riesgo, se ubica en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida.

Las Guías de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías

de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica es una enfermedad muy prevalente a nivel mundial, con una importante mortalidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. Sus dos formas clínicas generales de presentación (cardiopatía isquémica estable y síndrome coronario agudo) tienen mecanismos fisiopatogénicos distintos, lo cual implica una actitud terapéutica diferente.

La cardiopatía isquémica crónica constituye un síndrome caracterizado por una disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio que desde un punto de vista estructural, funcional o estructural y funcional afecte el libre flujo de sangre de una o más arterias coronarias epicárdicas o de la microcirculación coronaria.

Su principal sustrato fisiopatológico lo constituye la aterosclerosis coronaria definida como un complejo proceso inflamatorio y progresivo en donde intervienen numerosos mecanismos como la disfunción endotelial, la peroxidación lipídica, la sobre expresión de moléculas de adhesión celular, los depósitos de sales de calcio así como la trombosis intravascular entre otros.

La manifestación clínica más frecuente es la angina de pecho (angor pectoris); existen casos de pacientes con isquemia miocárdica crónica que permanecen asintomáticos durante largos períodos de tiempo (isquemia silente) como por ejemplo en diabéticos portadores de neuropatía autonómica.

Los principales factores de riesgo de la Cardiopatía Isquémica:

1. Edad avanzada
2. Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
3. Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
4. Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo)
5. Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno)

6. Tabaquismo
7. Hipertensión arterial.
8. Diabetes mellitus
9. Obesidad
10. Sedentarismo
11. El haber presentado previamente la enfermedad (los pacientes que ya han presentado angina o infarto tienen más riesgo que los que no los han presentado).

Los factores de riesgo no modificables son el género y la edad (hombres mayores de 40 años, mujeres mayores de 50 años); la herencia (antecedentes familiares de DM o cardiopatía isquémica en familiares directos con edad de presentación menor de 55 años en hombres y menor de 60 años en mujeres). Los factores de riesgo modificables está la DM, la HAS, las dislipidemias, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo, la piedra angular de la prevención primaria es la detección y tratamiento de estos padecimientos.

Los pacientes con múltiples factores de riesgo presentan el máximo riesgo de padecer enfermedad obstructiva de las arterias coronarias, por tanto, más posibilidades de angina o infarto. Además, en el llamado síndrome metabólico, es decir, asociación de obesidad, diabetes, aumento del colesterol e hipertensión, los pacientes presentan más riesgo. La probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular (coronaria) o de morir del corazón se puede calcular por distintas puntuaciones (SCORE, Framingham, etc.)

Infarto agudo de miocardio. - Es una enfermedad grave que ocurre como consecuencia de la obstrucción de una arteria coronaria por un trombo. La consecuencia final de la obstrucción de la arteria es la muerte (necrosis) del territorio que irriga la arteria obstruida. Por tanto, la importancia del infarto de miocardio dependerá de la cantidad de músculo cardíaco que se pierda.

El infarto suele ser un evento inesperado que se puede presentar en personas sanas, aunque generalmente es más frecuente en quienes tienen factores de riesgo y en enfermos que ya han padecido otra manifestación de cardiopatía isquémica.

El infarto se manifiesta por un dolor en el pecho de similares características a la angina, pero mantenido durante más de 20 minutos. Puede ir acompañado de fatiga, sudor frío, mareo o angustia. Va asociado con frecuencia a una sensación de gravedad, tanto por la percepción del propio enfermo, como por las respuestas urgentes que habitualmente provoca en el entorno sanitario que lo atiende. Pero la ausencia de esta sensación no excluye su presencia. Puede ocurrir en reposo y no remite espontáneamente.

La necrosis del territorio que se queda sin riego sanguíneo es progresiva. El daño se incrementa con el tiempo y, una vez muere la porción de músculo cardíaco, es imposible recuperar su función. Sin embargo, el daño sí se puede interrumpir si el miocardio vuelve a recibir sangre por medio de procedimientos que desatascan la arteria bloqueada.

Por ello, es fundamental que la persona con un infarto llegue al hospital lo antes posible. Lo ideal es que reciba atención en el transcurso de la primera hora desde el inicio de los síntomas. Si esto no es posible, durante las horas siguientes al infarto deberán aplicarle tratamientos como trombolisis (fármacos administrados por vía intravenosa que disuelven el trombo) o angioplastia (re canalización mecánica con catéteres de la arteria obstruida). En ocasiones, incluso puede precisar cirugía cardíaca urgente. Cuanto antes sea atendido el paciente mayores posibilidades tiene de evitar daños definitivos.

Angina de pecho estable. - los síntomas de dolor recurrente en el tórax debido a isquemia miocárdica. Quienes la han sufrido la definen con términos como opresión, tirantez, quemazón o hinchazón. Se localiza en la zona del esternón, aunque puede irradiarse a la mandíbula, la garganta, el hombro, la espalda y el brazo o la muñeca izquierdos. Suele durar entre 1 y 15 minutos. El dolor de la angina se desencadena tras el ejercicio físico o las emociones y se alivia en pocos minutos con reposo o nitroglicerina sublingual. Suele empeorar en circunstancias como anemia, hipertensión

no controlada y fiebre. Además, el tiempo frío, el tabaquismo, la humedad o una comida copiosa pueden incrementar la intensidad y la frecuencia de los episodios anginosos.

Diagnóstico

Se realiza fundamentalmente por la sospecha clínica de dolor torácico, aunque no se descartan pruebas complementarias si se presentan otros síntomas atípicos. A los pacientes con sospecha de angina de pecho estable, además, se les suele hacer un electrocardiograma.

Diagnóstico diferencial del Dolor Torácico Tratamiento

Angina de esfuerzo: Opresión retroesternal, dolor irradiado a cuello, maxilar inferior, epigastrio, hombros y brazo izquierdo, lo inicia el esfuerzo físico, cambios bruscos de temperatura, el postrando de comidas copiosas, disminuye con el reposo o la administración de nitratos. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos como diaforesis o náusea. Puede existir con disnea, mareo, lipotimia e incluso síncope, dichos síntomas pueden ser considerados como equivalentes anginosos aún en ausencia de dolor en ciertas poblaciones especiales como los diabéticos o los pacientes operados de revascularización miocárdica. Puede haber taquicardia, un cuarto ruido cardiaco, soplo de insuficiencia mitral, estertores pulmonares y en casos graves un ritmo de galope ventricular (tercer ruido cardiaco)

Pericarditis: Dolor pungitivo o urente, intenso, se puede auscultar un frote pericárdico; sin embargo, por su carácter evanescente, la ausencia de frote no descarta la posibilidad de pericarditis.

Disección aórtica: De aparición en tórax anterior, frecuentemente irradiado a espalda, intenso, transfictivo y asfixiante, comúnmente asociado a descontrol hipertensivo, frecuente en pacientes con enfermedades del tejido conectivo como el Síndrome de Marfán.

Embolismo pulmonar: Inicio súbito de disnea y dolor torácico ocasionalmente de las mismas características que el angor pectoris, se acompaña de taquicardia y taquipnea, en casos severos se agrega hipotensión arterial existen datos periféricos de trombosis venosa profunda.

Hipertensión arterial pulmonar: Presión torácica subesternal acompañada de disnea, cianosis o aumento del trabajo ventilatorio.

Diagnostico electrocardiograma en reposo:

El electrocardiograma es una de las herramientas más útiles para la Complementación diagnóstica. La detección de cambios eléctricos que sugieran isquemia miocárdica antigua o reciente (inversión de la onda T que sugiere isquemia subepicárdica o complejos QS u onda Q patológica (onda Q que representa el 30% o más del voltaje del complejo QRS) También detecta isquemia miocárdica tales como crecimiento de cavidades, alteraciones del ritmo o de la conducción.

Existen cuatro modalidades terapéuticas que son:

Medidas no farmacológicas, tratamiento farmacológico, y procedimientos de revascularización percutánea o quirúrgica. Tratamiento no Farmacológico

Las medidas No farmacológicas:

- Evitar el tabaco
- Vigilar la hipertensión y la diabetes y su tratamiento (peso, dieta, fármacos)
- Seguir una dieta baja en colesterol y grasas
- Alcanzar un peso corporal ideal
- Reducir el colesterol hasta obtener un LDL menor de 70 mg/d

Tratamiento Farmacológico:

Ingesta de medicamentos cuya principal función es impactar en la prevención secundaria de eventos isquémicos, otros fármacos en donde su objetivo primordial es lograr el alivio de los síntomas inherentes a la isquemia miocárdica;

Es importante separar las alternativas farmacológicas en tres grupos: el primero lo conforman aquellos medicamentos cuya principal función es impactar en la Prevención secundaria de eventos isquémicos, el segundo lo constituyen los

fármacos en donde su objetivo es lograr el alivio de los síntomas de la isquemia miocárdica; finalmente un tercer grupo de fármacos adyuvantes cuyo objetivo es lograr el control de las complicaciones a futuro de la cardiopatía isquémica crónica.

Hipolipemiantes Siendo las dislipidemias uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, y conocidas como estatinas, pravastatina (de 10 a 80 mg al día). y atorvastatina (de 20 a 80 mg/día c/24 hrs) la duración del tratamiento no está del todo establecida con base en el contexto clínico de los enfermos, su perfil de lípidos, la expresión de marcadores inflamatorios, y la realización o no de procedimientos de revascularización miocárdica, La ezetimiba es un fármaco que basa su mecanismo de acción en la inhibición de la absorción intestinal del colesterol, la dosis de 10 mg/día en combinación con una estatina Su indicación es para quienes no logran las metas terapéuticas de control de colesterol total y sus fracciones luego del tratamiento con dosis óptimas de estatinas y dieta. ha demostrado que puede disminuir hasta un 15% más los niveles de colesterol total y de C-LDL.

Antiagregantes Plaquetarios

El ácido acetilsalicílico se utiliza para la prevención de eventos adversos (infarto del miocardio, angina recurrente, muerte global, muerte cardiovascular, muerte súbita). Se ha demostrado que dosis entre 75 y 325 mg al día reducen estos eventos; de forma reciente, se ha documentado que este fármaco es capaz de reducir ciertos marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva ultrasensible y de este modo mejorar la función endotelial que, en la génesis y progresión del proceso ateroscleroso, Por este motivo, en ausencia de contraindicaciones formales (alergia, hipersensibilidad, sangrado activo, diátesis hemorrágica) su uso de forma indefinida en pacientes.

El Clopidogrel es una Tienopiridina que debe su acción anti plaquetaria a una inhibición de la adhesión y agregación plaquetaria mediante la vía del ADP, el incremento exponencial de los procedimientos de revascularización miocárdica por vía percutánea y el empleo de endoprótesis coronarias (Stents) ya que ha demostrado que en conjunto con los salicilatos brinda la mayor protección en la trombosis intrastent tanto de forma aguda como subaguda, la dosis de sostén es de 75 mg/día. Para aquellos pacientes

la duración del tratamiento va de uno a 3 meses después del procedimiento, mientras que en aquellos en quienes se utilizaron Stentsn liberadores de fármacos la duración va de 9 a 12 meses.

Terapia de reemplazo hormonal Estrogénico

La sustitución hormonal en diversos ensayos clínicos han demostrado la utilidad en la reducción de los niveles de colesterol total e incremento en las concentraciones de C-HDL en mujeres durante el climaterio, este efecto no se ha visto reflejado en una disminución de eventos cardiovasculares, se utiliza como prevención primaria o secundaria; su empleo se ha asociado a una mayor incidencia de eventos trombo embólico, litiasis vesicular, por lo NO se recomienda el empleo de hormonas como parte del manejo farmacológico de las pacientes con cardiopatía isquémica crónica resaltando que en mujeres en edad menopáusica con alteraciones lipídicas, deberá recomendarse estatinas o fibratos para el control del problema metabólico antes de decidir la terapia de reemplazo hormonal.

Control de los síntomas:

Nitratos

Son fármacos de gran impacto en el control de los síntomas, ejercen su efecto gracias a un mecanismo vasodilatador el cual disminuye el retorno venoso, la tensión de la pared y en consecuencia el consumo miocárdico de oxígeno (MvO₂); también ejercen un efecto vasodilatador coronario y sistémico con disminución de la poscarga y mejoría en el desequilibrio entre la oferta y demanda de O₂ al miocardio

El Dini trato de isosorbida tabletas de 10 mg, dosis promedio es 30 mg al día

en tres tomas, la duración del tratamiento ha sido difícil de establecer; se propone que en pacientes con síntomas de isquemia miocárdica persistente se utilicen de forma indefinida hasta que sean llevados a un procedimiento de revascularización miocárdica, mientras que en aquellos que han sido llevados a procedimientos intervencionistas o quirúrgicos de revascularización exitosos, la duración puede ser de 3 meses después de la intervención.

Calcio antagonistas

En conjunto con nitratos y los beta bloqueadores, el empleo de calcio antagonistas ha sido útil para el control de los episodios de angina. Su efecto antisquémico se logra mediante vasodilatación coronaria y periférica, se maneja en pacientes con isquemia miocárdica crónica; sin embargo, son las dihidropiridinas de segunda y tercera generación (Amlodipino, Felodipino), las fenilalquilaminas (Verapamilo) o los benzodiazepínicos (Diltiazem) los agentes con mejores resultados en los diferentes estudios clínicos.

Actualmente se debe considerar su empleo en pacientes con cardiopatía isquémica crónica en quienes el uso con betabloqueantes no sea suficiente para lograr el control de los síntomas, en aquellos pacientes isquémicos no aterosclerosos (vgr. Ectasia coronaria o angina vaso espástica) (Clase IIa, nivel de evidencia B) o en aquellos pacientes con cardiopatía isquémica crónica e hipertensión arterial sistémica.

Cabe señalar que debido a sus efectos inotrópicos negativos, estos fármacos no son recomendados en aquellos pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica (aquellos en quienes la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo se encuentre por debajo de 40%).

Estos son: Verapamilo tabletas 80 mg, felodipino tabletas 5 mg y amlodipino tabletas 5 mg. La nifedipina de corta duración no es recomendado para el manejo crónico de pacientes con cardiopatía isquémica debido a los efectos adversos que se presentan tales como hipotensión arterial severa, taquicardia refleja o fenómeno de secuestro coronario.

Beta bloqueadores

Los agentes betabloqueantes ejercen sus efectos benéficos mediante la disminución del MvO₂ debido a su acción cronotrópica e inotrópica negativas, a esto se le conoce como efecto Bowditch inverso, de este modo, en pacientes con Cardiopatía Isquémica Crónica ayudan a equilibrar la balanza entre la oferta y demanda de oxígeno por parte del miocardio, logrando así el control de la angina; sin embargo, sus efectos van más allá del control sintomático, ya que tienen un impacto benéfico en otros desenlaces

tales como la mortalidad especialmente cuando a la isquemia miocárdica se le suma insuficiencia cardiaca y arritmias ventriculares.

Se consideran candidatos ideales para el empleo de beta bloqueadores aquellos pacientes con angina relacionada a esfuerzos físicos, en quienes coexista hipertensión arterial sistémica o insuficiencia cardiaca, historia de taquiarritmias ventriculares o supra ventriculares, infarto miocárdico previo y un tono adrenérgico incrementado. Por otro lado, el empleo de estos fármacos debe evitarse en enfermos isquémicos portadores de asma e importante hiperreactividad bronquial, disfunción grave del ventrículo izquierdo, historia de trastornos distímicos severos, fenómeno de Raynaud con o sin claudicación intermitente, bradicardia sinusal significativa (FC menos de 40 LPM) o bloqueos atrio ventriculares avanzados y en aquellos pacientes con DM de difícil control^{3-6,29}.

El metoprolol tabletas 100 mg la dosis promedio va de los 50 a los 200 mg al día por vía oral en pacientes con antecedente de angina inestable, infarto del miocardio o insuficiencia cardiaca puede ser por tiempo indefinido, en ausencia de contraindicaciones para su uso.

Medicamentos adyuvantes

Inhibidores del Eje Renina-Angiotensina-Aldosterona

El control neurohumoral constituye un blanco terapéutico en pacientes con cardiopatía y disfunción ventricular izquierda, en aquellos sobrevivientes a un infarto miocárdico en quienes se documente depresión de la función ventricular izquierda con o sin síntomas de insuficiencia cardiaca el inicio y empleo indefinido de inhibidores de la ECA(IECAs).

El empleo de estos fármacos es útil en pacientes con cardiopatía isquémica crónica como aquellos que sean portadores de hipertensión arterial sistémica, DM o insuficiencia renal crónica en fases no terminales, debido a sus efectos protectores desde el punto de vista metabólico y renal. El Captopril y Enalapril con dosis promedio de 25 a 75 mg/día y de 10 a 40 mg/día.

Antagonistas de aldosterona

Ha demostrado ser una estrategia para disminuir la progresión del daño en pacientes con cardiopatía isquémica crónica sobrevivientes a un infarto del miocardio y en quienes se ha documentado deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo con una FEVI menor de 40% (Clase I, nivel de evidencia A). Así, el estudio EPHEBUS demostró una disminución de la mortalidad global y la muerte súbita en pacientes isquémicos después de un infarto agudo del miocardio cuando se inicia este fármaco entre los 3 y 14 días del evento agudo; hasta el momento no existe suficiente evidencia que sustente el empleo de la Espironolactona como equivalente de la Eplerenona en pacientes con cardiopatía isquémica crónica en ausencia de daño miocárdico severo y síntomas clínicos de insuficiencia cardiaca, tampoco se recomienda su uso.

Antiarrítmicos

Las arritmias cardiacas (fibrilación atrial, taquicardia ventricular sostenida) se presentan en los pacientes con cardiopatía isquémica crónica especialmente aquellos con daño miocárdico severo (FEVI \leq 30%) o con aneurisma ventricular con o sin trombo intracavitario. El medicamento más empleado para su control es la amiodarona un antiarrítmico de clase III con efecto betabloqueador agregado. La dosis diaria recomendada es de 200 mg en una toma y la duración del tratamiento deberá sustentarse con base en el control de los episodios de la arritmia aunque se establece un lapso promedio de 6 meses.

Anticoagulantes

En pacientes isquémicos con ectasia coronaria, disfunción grave del VI (FEVI \leq 30%), aneurisma ventricular con o sin trombo intracavitario, angina vasoespástica, fibrilación o flutter auricular y en aquellos portadores de prótesis valvulares mecánicas se recomienda el empleo de agentes anticoagulante orales. La Warfarina debe su acción a la inhibición de factores de la coagulación dependientes de Vitamina K, la dosis dependerá de cada paciente y del escenario específico y la duración del tratamiento será indefinida; sin embargo, se acepta como un nivel satisfactorio de anticoagulación a un INR entre 2.0 y 3.0 en ausencia de prótesis valvulares.

Tratamiento intervencionista

El desarrollo de la cardiología intervencionista ha tenido un crecimiento exponencial, más con el desarrollo de nuevas endoprótesis coronarias (Stents) en donde se ha podido reducir de forma significativa la reestenosis como principal limitante de estos procedimientos, de modo que en la actualidad es posible llevar a cabo procedimientos de revascularización miocárdica percutánea completa en pacientes isquémicos con enfermedad de uno o múltiples vasos con excelentes resultados técnicos inmediatos y a futuro.

Cabe señalar que al igual que para la cirugía de revascularización miocárdica, la decisión de a quien llevar a procedimientos de intervención coronaria percutánea (ICP) debe tomarse de forma conjunta y consensuada con los médicos clínicos y los intervencionistas mediante las sesiones médico quirúrgicas o en caso de urgencias durante el mismo procedimiento.

Tratamiento quirúrgico

Su objetivo es mejorar la sintomatología, el pronóstico y la calidad de vida de pacientes con cardiopatía isquémica. Los resultados de anastomosis aorto-coronarias con arteria mamaria interna son del 90% de permeabilidad a los 10 años, con vena safena reversa son de 40% a los 10 años. El riesgo de muerte aumenta con la edad sobre todo mayor de 70 años, si bien es importante reconocer que tras una cirugía exitosa la calidad de vida mejora en este grupo de pacientes. Un grupo de pacientes que merece especial atención es aquel con disfunción ventricular izquierda en el cual siempre y cuando exista documentación objetiva de isquemia y/o viabilidad miocárdica serán el grupo que más se beneficiará con la cirugía de revascularización.

Los factores de riesgo para cirugía coronaria son la edad mayor de 70 años, la reoperación, fracción de expulsión menor de 35%, infarto del miocardio menor de 7 días y la necesidad de balón intraortico de contra pulsación.

Bases Teóricas: Nola Pender

Nola Pender

Las bases que Nola Pender poseía en enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el integra diversas teorías. La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para el MPS

La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes auto creencias: auto atribución, autoevaluación y autoeficacia. La autoeficacia es una construcción central para el MPS (Pender, 1996; Pender et al.,2002). Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo.

El MPS es similar a la construcción del modelo de creencia en la salud (Becker, 1974), pero no se limita a explicar la conducta de prevención de la enfermedad. El MPS se diferencia del modelo de creencia en la salud porque en el MPS no tienen cabida el miedo o la amenaza como fuente de

motivación para la conducta sanitaria. Por este motivo, se amplía el MPS para abarcar las conductas que fomentan la salud, y se aplica de forma potencial a lo largo de toda la vida (Pender, 1996; Pender et al., 2002).

Los principales conceptos y definiciones que se presentan se encuentran en el MPS revisado (Pender, entrevista personal, 6 de mayo de 2004). A continuación, se exponen las características y las experiencias individuales que afectan a las acciones de la salud (Pender, currículum vitae, 2000).

Conducta previa relacionada: la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Factores personales: categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

Factores personales biológicos: incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

Factores personales psicológicos: incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Factores personales socioculturales: incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico. a continuación, se detallan una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto que están considerados como de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería (pender, 1996).

Beneficios percibidos de acción: los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras percibidas de acción: bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Autoeficacia percibida: el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. la autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Afecto relacionado con la actividad: los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. el afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

Influencias interpersonales: los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias situacionales: las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud. a continuación, se enumeran algunos antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales. un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir (pender, entrevista personal, 19 de julio, 2000).

Compromiso con un plan de acción: el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

demandas y preferencias contrapuestas inmediatas: las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para «picar» algo.

Conducta promotora de salud: el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.

Principales supuestos

Los supuestos reflejan la perspectiva de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. En la tercera edición de su libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1996) presenta los principales supuestos del MPS:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta (pp. 54-55).

Afirmaciones teóricas

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria, el MPS tiene una competencia o un centro orientado al enfoque (Pender, 1996). La promoción

de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano (Pender, 1996). En su primer libro, *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender (1982) afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En la cuarta edición de *Health Promotion in Nursing Practice* aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo (Pender et al., 2002), especificadas a continuación:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.

CAPITULO III. MÉTODOS.

Área de Estudio

El estudio se realizó en el hospital regional de alta especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE Emiliano Zapata; ubicado en avenida universidad número 40, colonia palo escrito, Emiliano Zapata, Morelos.

El Hospital consta de cinco plantas, en Planta Baja servicio de urgencias con 12 camillas y un área de Código Infarto, y Sala de choque, en Primer piso áreas de Quirófano central, ceye, hemodiálisis, diálisis peritoneal cirugía ambulatoria y el servicio de hemodinamia; Segundo piso áreas de terapias neonatales, pediátricas, Pediatría, ginecología y alojamiento conjunto, Unidad de cuidados intensivos con una ocupación para seis pacientes, Tercer piso consta de cuarenta y ocho camas censables para atención de pacientes de cirugía general, traumatología y ortopedia, onco quirúrgica, neurocirugía, angiología, urología, proctología, cuarto piso cuenta con cuarenta y ocho camas censables y brinda hospitalización a los pacientes de Cardiología, hemodinamia intervencionista, Medicina interna, Nefrología, Nefrología, Oncomedica, dermatología, epidemiología, cuenta con un área de Diálisis peritoneal y Terapia Intermedia.

Tipo y diseño de investigación

En esta investigación se utilizó el método Cuantitativo, Descriptivo, Transversal.

Cuantitativo. La investigación cuantitativa adopta una estrategia sistemática, objetiva y rigurosa para generar y refinar el conocimiento, en este diseño se utiliza inicialmente el raciocinio deductivo y la generalización, la investigación cuantitativa involucra el análisis de los números para obtener una respuesta a la pregunta o hipótesis de la investigación (Sousa, Driessnack & Costa Mendez 2007)

Descriptivo: Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan, recolectan datos sobre diversos

conceptos (variables), aspectos, dimensiones y componentes del fenómeno a investigar, en un periodo de tiempo (habitualmente corto). (Manterola & Otzen, 2014)

Transversal: En un estudio transversal, las variables son identificadas en un punto en el tiempo y las relaciones entre las mismas son determinadas. (Sousa, Driessnack & Costa Mendez 2007)

Material y Métodos

Para elaborar el formato de plan de alta de enfermería en pacientes con enfermedad cardiovascular, se utilizó una metodología que consta dos fases, y se agruparon en dos momentos: 1) Análisis del Diseño y 2) Elaboración del formato. El diseño del formato de alta está basado en la Teórica de enfermería de Nola Pender con su Modelo de promoción a la Salud; posteriormente se recurrió a explorar la información para que se fundamentara la elaboración del formato conforme a las Guías de Práctica Clínica. En este apartado se describe fundamentalmente la primera fase, el procedimiento del Diseño, por ser el objetivo central de este artículo. Dicho procedimiento responde a un diseño fundamentalmente cuantitativo y fue realizado en un Hospital de alta especialidad.

Muestra

- Profesionales de Enfermería (40) de las diferentes categorías y servicios donde manejan pacientes con Enfermedad Cardiovascular.
- Pacientes y familiares con Diagnostico de enfermedad Cardiovascular conteo un total (20).

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería que labora en los servicios de medicina interna, unidad de cuidados intensivos y hemodinámica.
- Enfermeras jefes de servicio de los diferentes categorías
- Pacientes cardiopatas en pre alta.

Criterios exclusión:

- Enfermeras que no pertenezcan a los servicio antes mencionados
- Enfermeras que no aceptan participar en este estudio.
- Pacientes con otras patologías.

Criterios de eliminación:

- Cuestionario Incompleto menor a 80%.
- Personal de otros servicios
- Pacientes con otros diagnósticos que no sean cardiovasculares

Periodo

Aplico en un periodo comprendido del 1º Enero - 31 de marzo 2019, y se llevó a cabo por los servicios hemodinamia, unidad de cuidados intensivos y medicina interna.

Limitaciones

Se debe tener en consideración que, para la interpretación de resultados de este estudio, el cuestionario fue auto aplicado, esto significa, que los participantes leían y respondían el cuestionario así que las respuestas fueron de acuerdo con la interpretación personal a cada uno.

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario: Consiste en un conjunto de preguntas respecto a Variables sociodemográficas

Los cuestionarios incluyen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas que son dicotómicas (dos posibilidades de respuesta) o incluir varias opciones de respuesta.

Se realizó mediante la aplicación de cuestionarios con preguntas cerradas con respuestas dicotómicas que consta de 15 reactivos cada uno.

Definición de variables:

Variable	Estadísticamente							
	Definición		Metodológicamente		Cuantitativa		Cualitativa	
	Conceptual	Operacion al	Dependien te	Independi ente	Continu a	Discreta	Nominal	Ordinal
Edad del profesional de enfermería	Tiempo de existencia desde su nacimiento			X		X		
Sexo del profesional de enfermería	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos	Femenino Masculino		X			X	
Tipo contratación base	Referente al lapso en meses/años	Años		X				X
Ultimo grado de estudios del paciente	Ultimo grado académico concluido cursado	Primaria Secundaria bachillerato Técnico Postécnico Licenciatura Maestría		x				x
Ultimo grado de estudios de enfermería	Ultimo grado académico concluido cursado	Técnico Postécnico Licenciatura Maestría		x				x
Pacientes con enfermedad cardiovascular (diagnostic	Las patologías que ha presentado el paciente	Infarto Dolor precordial Cardiopatía isquémica Hiperlipide		X			X	

				Estadísticamente				
Variable	Definición		Metodológicamente		Cuantitativa		Cualitativa	
	Conceptual	Operacional	Dependiente	Independiente	Continua	Discreta	Nominal	Ordinal
o)		Presión alta						
Estado civil del paciente	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Concubinato (a)		X			X	
Edad paciente dependiente	Tiempo de existencia desde su nacimiento			X		X		
Sexo del paciente dependiente	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos	Femenino Masculino		X			X	
Turno del profesional de enfermería	Tiempo durante los cuales diferentes grupos de trabajadores realizan su tarea.	Matutino Vespertino Nocturno Jornada acumulada		X			X	
Padece diabetes el paciente	Condición de salud	Si no		x			x	

					Estadísticamente			
Variable	Definición		Metodológicamente		Cuantitativa		Cualitativa	
	Conceptual	Operacional	Dependiente	Independiente	Continua	Discreta	Nominal	Ordinal
Padece hipertensión el paciente	Condición de salud	Si no		x			x	
Padece hiperlipidemia el paciente	Condición de salud	Si no		x			x	
Padece obesidad el paciente	Condición de salud	Si no		x			x	

Método de recogida de datos

Se solicitó la autorización mediante un documento oficial a la institución del hospital de alta especialidad, en el departamento de enfermería, con el propósito de obtener la información y autorización respectiva para la recolección de datos, que se realizó al profesional de enfermería, que laboran en la unidad de terapia intermedia del servicio de medicina interna, quienes previamente recibieron una explicación sobre el propósito del estudio explicando que se mantendrá su anonimato. Obtenido el consentimiento se les entrego el primer instrumento denominado: Cuestionario para el profesional de enfermera el mismo que fue resuelto en un tiempo aproximado de 10-15 minutos y el segundo instrumento es un cuestionario dirigido para pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos de investigación por medio de un programa SPSS es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales.

Consideraciones éticas

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

PRINCIPIOS

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Beneficencia y no maleficencia. - Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia. - La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía. - Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

CAPITULO IV. RESULTADOS

RESULTADOS DE ENCUESTAS DE PACIENTES CARDIOVASCULARES

Resultado de Cuestionario realizado a pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad cardiovascular en pre-alta.

Tabla 1. Se realizó el cuestionario a 20 pacientes hospitalizados del cuales se excluyeron 3 por entregarlo incompleto, el 70.6% Hombres y el 29.4% Mujeres.

sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hombre	12	70.6	70.6	70.6
Mujer	5	29.4	29.4	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Tabla 2. De los diecisiete resultados un porcentaje de 5.9 % son solteros, el 70.6% eran casados 23.5% divorciado

estado civil

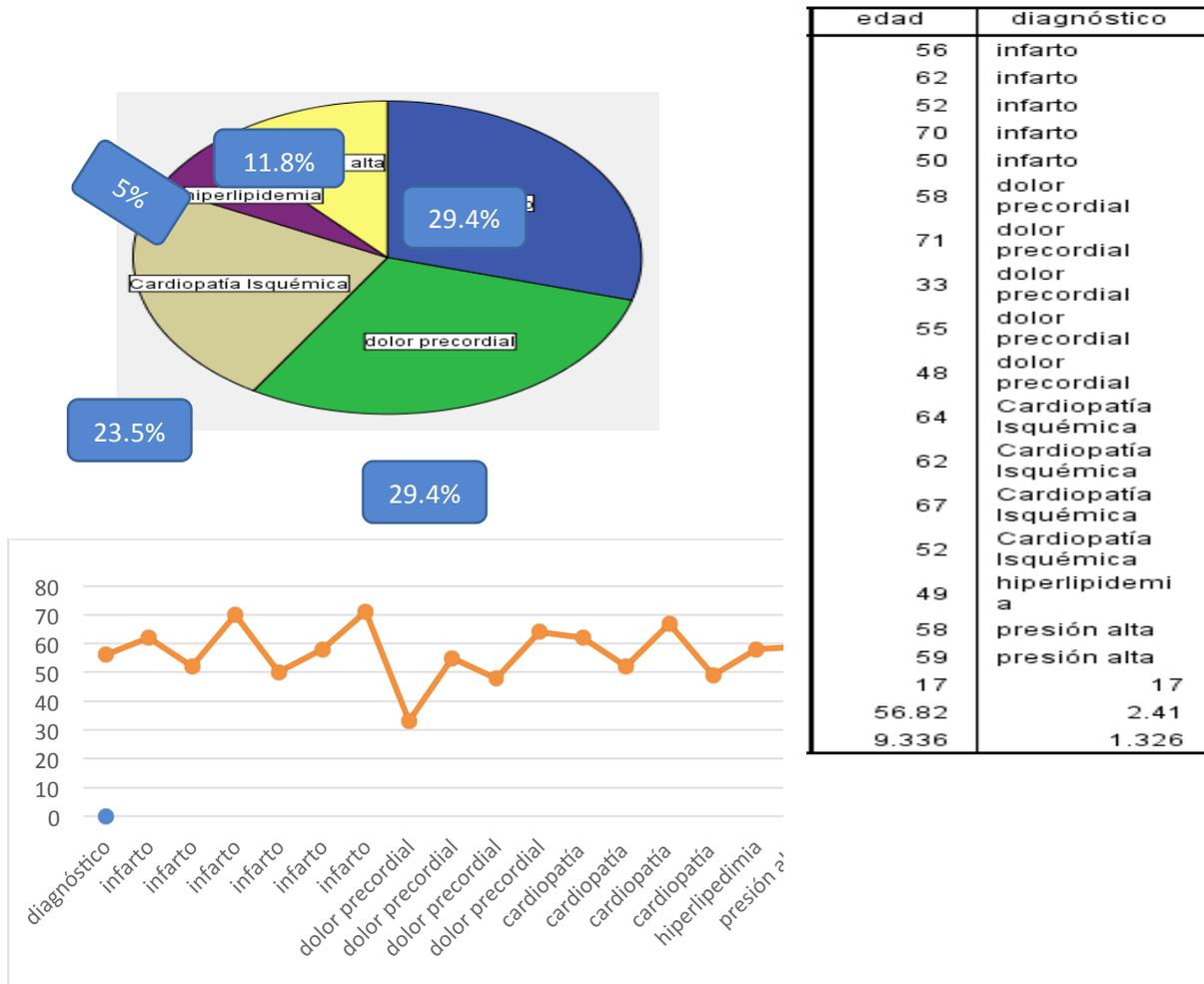
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido soltero	1	5.9	5.9	5.9
casado	12	70.6	70.6	76.5
divorciado(a)	4	23.5	23.5	100.0
Total	17	100.0	100.0	

Tabla 3. El Diagnostico que prevaleció fue el Infarto con un 29.4% al igual que el dolor precordial 29.4%, la Cardiopatía isquémica 23.5% por arriba de la hiperlipidemia con un 5.9%, Tensión arterial alta 11.8%

diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido infarto	5	29.4	29.4	29.4
dolor precordial	5	29.4	29.4	58.8
Cardiopatía Isquémica	4	23.5	23.5	82.4
hiperlipidemia	1	5.9	5.9	88.2
presión alta	2	11.8	11.8	100.0
Total	17	100.0	100.0	

RESULTADOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULARES

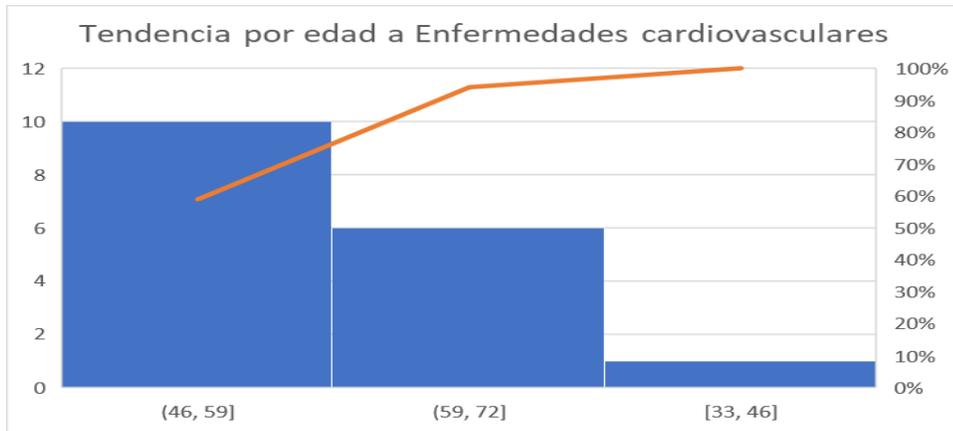


El valor de la media 56.82 años que equivalen aproximadamente a 56 años 7 meses nos indica que es la edad promedio en la que existe propensión de enfermedades cardiovasculares con una desviación estándar de 9 años 2 meses aproximadamente.

El gráfico muestra los porcentajes de tendencia a enfermedades cardiovasculares

Entre 46 y 59 años hay un 80% de probabilidades de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular.

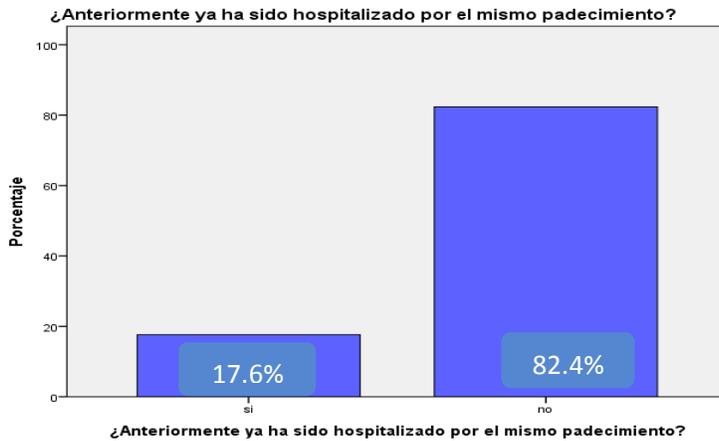
Total	N	17	17
	Media	56.82	2.41
	Desviación estándar	9.336	1.326



Con relación al ítem a hospitalización se describe lo siguiente

¿Anteriormente ya ha sido hospitalizado por el mismo padecimiento?

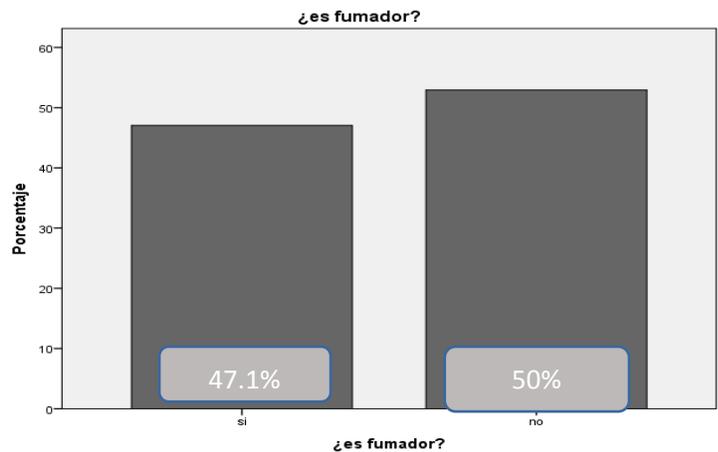
N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.82
Moda		2
Desviación estándar		.393
Asimetría		-1.866
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1



Del total de los encuestados dos refieren haber sido hospitalizadas por el mismo evento representando un 17.6%

Con relación al ítem es fumador. Se describe lo siguiente.

¿es fumador?		
N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.53
Moda		2
Desviación estándar		.514
Asimetría		-.130
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1

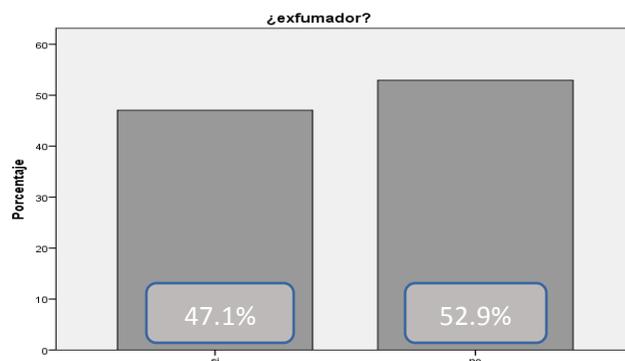


El paciente fue fumador en alguna etapa de su vida con un porcentaje de 47.1%.

Obteniendo estos un 50% más probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular.

En relación si con anterioridad el fumo.

¿exfumador?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	8	47.1	47.1
	no	9	52.9	100.0
Total	17	100.0	100.0	



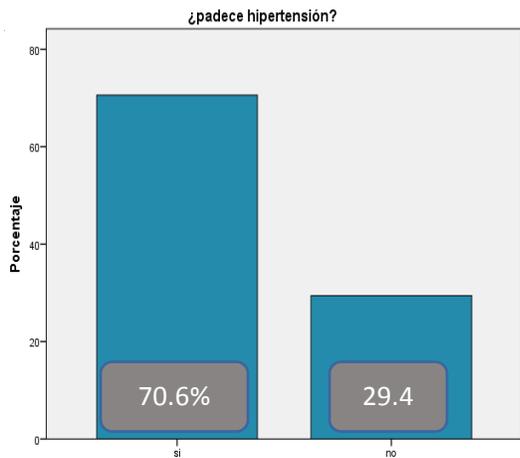
47.1% son exfumadores.

Con relación al ítem de: hipertensión:

¿padece hipertensión?		
N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.29
Moda		1
Desviación estándar		.470
Asimetría		.994
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1

¿padece hipertensión?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	12	70.6	70.6	70.6
	no	5	29.4	29.4	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

Resultado del paciente que padece hipertensión arterial con una probabilidad de 70.6 % de presentar una enfermedad cardiovascular.

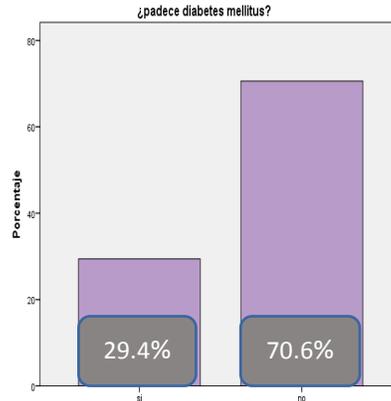


El 70.6% de pacientes encuestados presenta hipertensión arterial

El 29.4% no tiene hipertensión arterial

Con relación al ítem: diabetes mellitus

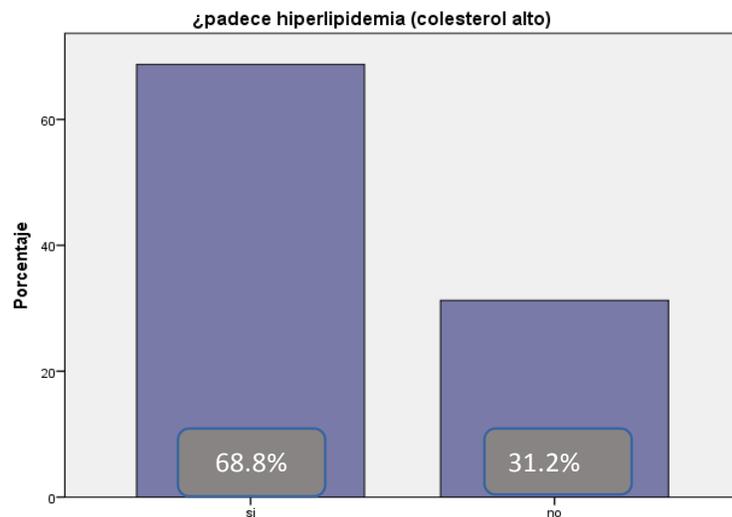
¿padece diabetes mellitus?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	5	29.4	29.4	29.4
	no	12	70.6	70.6	100.0
	Total	17	100.0	100.0	



El paciente Diabético tiene una probabilidad
 Del 29.4% de presentar alguna enfermedad
 Cardiovascular contra un 70.6% de una persona
 Que no tiene diabetes mellitus

Con relación al ítem: padece hiperlipidemia (colesterol alto)

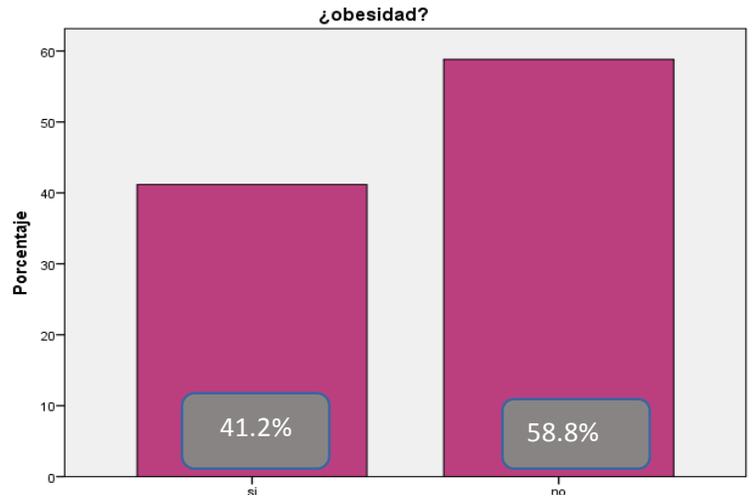
¿padece hiperlipidemia (colesterol alto)		
N	Válido	16
	Perdidos	1
Media		1.31
Moda		1
Desviación estándar		.479
Asimetría		.895
Error estándar de asimetría		.564
Rango		1



El paciente con hiperlipidemia tiene un 68.8% de probabilidad de presentar una enfermedad cardiovascular a una persona con cifras de colesterol normal que el riesgo es menor de 31.2%.de no presentar enfermedad cardiovascular

Con relación al ítem: padece obesidad.

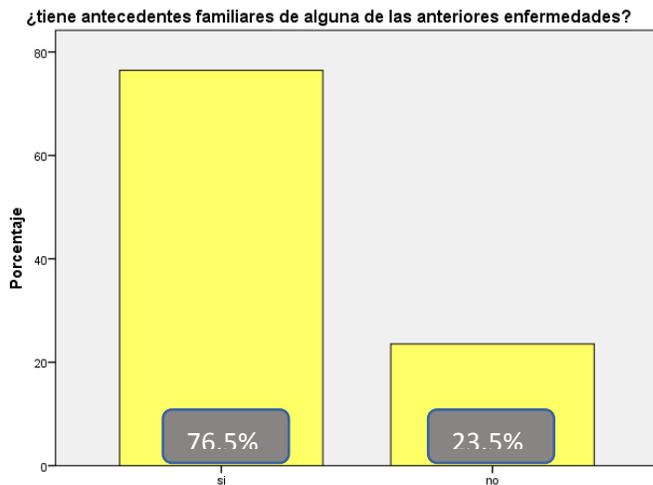
¿obesidad?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	7	41.2	41.2	41.2
	no	10	58.8	58.8	100.0
	Total	17	100.0	100.0	



La frecuencia de la obesidad es siete veces mayor con un riesgo de 41.2% de padecer alguna enfermedad cardiovascular, a una persona sin obesidad.

Con relación al ítem: tiene antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.

¿tiene antecedentes familiares de alguna de las anteriores enfermedades?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	13	76.5	76.5	76.5
	no	4	23.5	23.5	100.0
	Total	17	100.0	100.0	



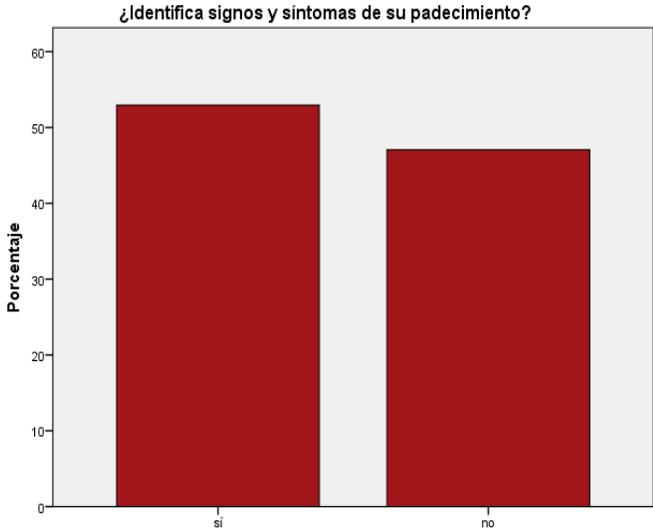
La prevalencia de tener alguna enfermedad cardiovascular es trece veces más frecuente con un porcentaje de 76.5% más elevada cuando refiere tener familiar con Antecedentes de enfermedades cardiovasculares, el riesgo disminuye a 23.5% cuando no existe relación con estas enfermedades

Con relación al ítem: identifica signos y síntomas de su padecimiento.

¿Identifica signos y síntomas de su padecimiento?		
N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.47
Moda		1
Desviación estándar		.514
Asimetría		.130
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1

El 52% desconoce signos y síntomas

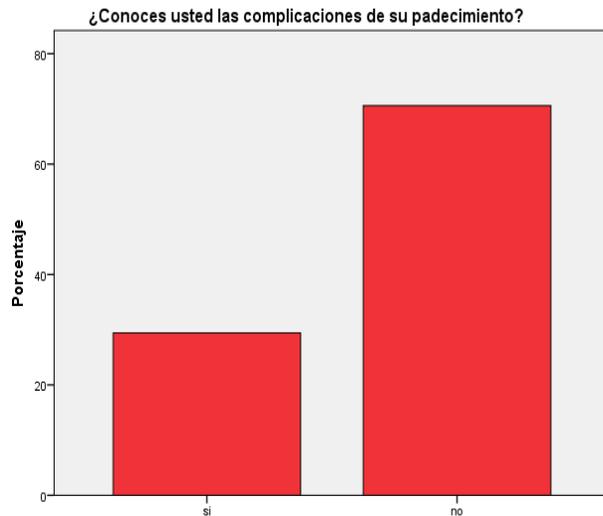
El 46% si los identifica.



Con relación al ítem: Conoce las complicaciones de su padecimiento

¿Conoces usted las complicaciones de su padecimiento?

N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.71
Moda		2
Desviación estándar		.470
Asimetría		-.994
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1

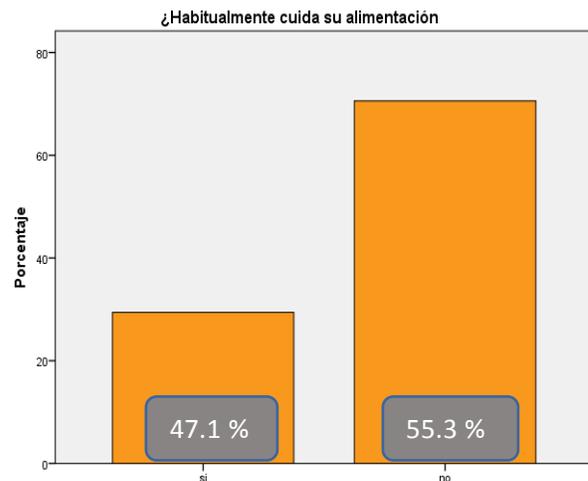


El 34% de pacientes refiere conocer las complicaciones de su padecimiento, el 66% los desconoce.

Con relación al ítem: cuida su alimentación

¿Habitualmente cuida su alimentación

N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.71
Moda		2
Desviación estándar		.470
Asimetría		-.994
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1

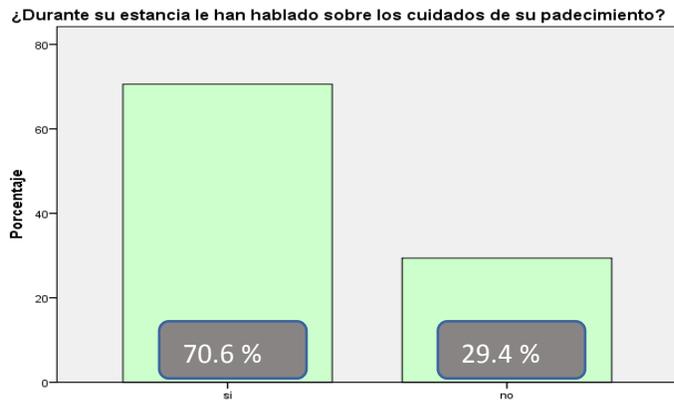


Solo un pequeño porcentaje del 47.1% cuida sus hábitos alimenticios, en su mayoría no cuida su alimentación un 55.3%.

Con relación al ítem: durante su estancia le han hablado sobre los cuidados de su padecimiento.

¿Durante su estancia le han hablado sobre los cuidados de su padecimiento?

N	Válido	17
	Perdidos	0
Media		1.29
Moda		1
Desviación estándar		.470
Asimetría		.994
Error estándar de asimetría		.550
Rango		1



El 70.6% de los pacientes refiere que no se le ha brindado la información correspondiente y necesaria con relación a los cuidados que debe tener en su padecimiento el 29.4% refiere si le han hablado sobre su enfermedad.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INFORMACIÓN

Se aplicaron los cuestionarios a 20 pacientes con enfermedad cardiovascular, de los servicios de hemodinamia, unidad de cuidados intensivos y medicina interna, de todos los turnos del hospital de Alta Especialidad, Emiliano Zapata.

Como se puede observar en la gráfica, el valor de la media 56.82 años que equivale aproximadamente a 56 años y 7 meses, esto indica que la edad promedio es la que prevalecen las enfermedades cardiovasculares con una desviación estándar

En lo referente a la edad entre 46 y 59 años hay una probabilidad de un 80% de sufrir alguna enfermedad cardiovascular

En relación a la pregunta a su primer evento cardiovascular es representado en un 100%

El 82.4 % no ha sido hospitalizado por el mismo padecimiento y el 17.6% si ha sido hospitalizado

En relación el porcentaje del 47.1 % de los entrevistados describieron que fue fumador lo que nos da una probabilidad aproximada del 50% de que un fumador padezca una enfermedad cardiovascular

De 12 pacientes nos muestra que el 70.6% padecen hipertensión a diferencia de 5 con un 29.4%

De 12 pacientes mencionan que no padecen diabetes mellitus con un 70.6% y el 29.4% padecen diabetes mellitus

El 68.8% padecen hiperlipidemia (colesterol alto) a diferencia del 31.2% que no padecen la enfermedad

Del total de la nuestra el 58.8% no refiere obesidad y el 41.2% manifestó obesidad

Los pacientes mencionaron que de los antecedentes familiares el 76.5% tienen antecedentes familiares y el 23.5% no presentan ninguna relación

Si realizan deporte o caminata con un 76.5% y el 23.5 no lo realiza

El 70.6% no conoce las complicaciones de su padecimiento y el 29.4 si las conoce

EL 52.9% de los pacientes identifican los signos y síntomas de su padecimiento y el 47.1% no los identifica

Ingieren sus medicamentos estrictamente los pacientes con el 100%

El 76.6% habitualmente no cuida su alimentación y el 29.4% si la cuida

El 76.6% ha sido informado sobre los cuidados de su padecimiento y el resto no se le informa

Cuestionario para el personal profesional de enfermería

En relación a los grados de Estudios del personal de enfermería el 40% son licenciadas de Enfermería seguido de un 35% tienen un pos técnico y el 12.5% una carrera técnica y con un 5% con estudios de maestría.

Del cuestionario aplicado al profesional de enfermería que labora en los servicios de hemodinamia, cuidados intensivos y medicina interna de las preguntas del cuestionario del 1 al 6 y del 9 al 13 resultaron con un 100% de afirmaciones por el cual no se realiza ningún estadístico

El 22.5% afirma que si cuenta con un instrumento a seguir durante la estancia hospitalaria del paciente y el resto no cuenta con el instrumento.

El 92.5% menciona que si existe un instrumento propio de enfermería.

El 87.5% menciona el paciente que si se les da información antes de regresar a casa para cuidar mejor su salud.

El 65. % habitualmente se le brinda información sobre el cuidado en casa y el 35% no se le brinda la información.

DISCUSION

El plan de alta en Enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados de todos los niveles asistenciales integrando al paciente y al cuidador primario. La aplicación de este plan favorece la aplicación primaria ya que permite dar continuidad los cuidados del paciente, evita complicaciones reingresos y quejas ya que disminuye el costo de la atención hospitalaria. El profesional de enfermería emite recomendaciones y proporciona orientación dentro del plan de alta con el fin de reincorporar al paciente a la sociedad, por lo que todo plan siempre debe brindar información de acuerdo con las necesidades del paciente en función de su diagnóstico. El plan de alta de enfermería no es considerado el mismo que el alta médica, según investigaciones realizadas en España.

En esta investigación participaron un total de 20 pacientes de los servicios de hemodinamia, terapia intensiva y medicina interna en lo referente a la edad entre 46 y 59 años hay una probabilidad de un 80% de sufrir alguna enfermedad cardiovascular, donde se aplicó un cuestionario a personal de enfermería con la finalidad de conocer si se brinda la información de cuidados de enfermería y si existe un documento validado, las respuestas de los pacientes describe que el 22.5% afirma que si cuenta con un documento a seguir durante la estancia hospitalaria del paciente, y el resto no cuenta con el documento., ya que se refieren al alta médica, esto justifica la importancia de contar con un documento diseñado y validado de enfermería en el plan de alta de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

De acuerdo con Carpenito este plan constituye un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de los cuidados para la salud y la asistencia social antes y después del alta.

La información se verifica para aclarar las dudas del paciente cuando se efectúan las recomendaciones en un 70% tal como lo plantea en función de que toda recomendación debe cumplir con ciertos criterios, tales como de forma oral y escrita además debe de ser clara y lo más comprensible, se debe verificar que ésta haya sido

entendida en su totalidad.; de esta forma se garantiza su correcta aplicación por parte del paciente y/o el familiar promoviendo su autocuidado.

“El código de ética de enfermería para las y los enfermeros en México en su capítulo II, artículo 7 establece que el profesional de enfermería, fomentará una cultura de autocuidado a la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona. Así mismo con la aplicación de este plan el profesional de enfermería da un cumplimiento disciplinar a nivel disciplinar como se establece que es responsabilidad de la enfermera(o) mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando éste se ejerce en las instituciones sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo, así mismo, la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, adentro dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información exceda del nivel de su competencia, se remitirá al miembro del equipo de salud más adecuado.

90% de los enfermeros perciben que el plan de alta tendría un impacto en la disminución de quejas reingresos hospitalarios, tal como lo plantea Cano, donde evidencian que, mediante la educación para la salud y el seguimiento vía telefónica, disminuye en un 29% los reingresos en la implementación planificada del alta en pacientes mayores de 65 años de edad. De igual forma Alonso ha demostrado que la aplicación del plan de alta entre otras medidas disminuye el número de reingresos, por lo que una intervención individualizada dentro del plan de alta, mejora el estado de salud y permite la continuidad de los cuidados disminuyendo así los reingresos por la misma causa., si se disminuyen los reingresos, se aumenta la calidad de vida, garantizando así su pronta recuperación y reintegración a la sociedad.

Los resultados de este estudio evidencian un alto porcentaje en relación al valor de la media con un 56.82 años que equivale aproximadamente a 56 años y 7 meses, esto indica que la edad promedio es la que prevalecen las enfermedades cardiovasculares De 12 pacientes nos muestra que el 70.6% padecen hipertensión a diferencia de 5 con un 29.4%, De 12 pacientes mencionan que no padecen diabetes mellitus con un 70.6% y el 29.4% padecen diabetes mellitus El 68.8% padecen hiperlipidemia (colesterol alto)

a diferencia del 31.2% que no padecen la enfermedad Del total de la nuestra el 58.8% no refiere obesidad y el 41.2% manifestó obesidad.

CONCLUSIONES

- ✓ El diseño de un formato con la estructura de una lista de verificación del plan de alta de los pacientes con cardiopatías permitirá asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería, teniendo un registro proporcionado al egreso hospitalario.
- ✓ El formato del plan de alta de cuidados de enfermería a pacientes cardiopatas permitirá tener un criterio amplio individualizado.
- ✓ La aplicación del plan de alta de enfermería permitirá fomentar el autocuidado, la promoción de la salud así mismo la reintegración de los pacientes a la sociedad proporcionando una mejor calidad de vida garantizando así su pronta recuperación.
- ✓ El plan de alta de enfermería es una herramienta fundamental para brindar cuidados de enfermería, siendo necesario que todo el personal de enfermería aplique el plan de alta en pacientes cardiopatas.
- ✓ En referencia a otros estudios perciben que el plan de alta tendría un impacto en la disminución de quejas, reingresos hospitalarios y complicaciones.

RECOMENDACIONES

- ✓ A través del plan de alta debe incluir los cuidados especializados que se requieran para cualquier padecimiento, pero aún es indispensable que se complementan de acuerdo a la situación y características particulares de cada paciente.
- ✓ A través del plan de alta También se pretende evitar errores, cuando se establezca, la capacitación que se esté proporcionando y de quiénes la reciben, de esta manera se debe hacer hincapié que la información debe ser de un cuidado seguro entendible y de calidad por parte del profesional de enfermería.
- ✓ Si el profesional de enfermería a lo largo del proceso de hospitalización que tiene a su cuidado de pacientes cardíopatas son deficientes y de mala calidad no se garantizará que el plan de alta favorezca y proporcione cuidados y seguridad al enfermo en el hogar, al momento de ejecutarlos y evaluarlos.

Bibliografía

- Andrietta, M., López Moreira, R., Botura, & A., Barros, I. (2011) Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. *Revista Latino-americana. Enfermagem* 19 (6), 09. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_23.pdf
- Arias, A., Serrano, M.E., Altamirano, B., Ortega, M., & González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 27 (3), 98-102. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>
- Arias, A.G., Serrano, M.E., Altamirano, B., Ortega, M., & González, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Revista mexicana de cardiología*, 27 (3), 98-102. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>
- Calletano, S. et al. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación inicial de enfermería. *Revista de Escuela de Enfermería USP*, 46 (6), 1415-1422. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/19.pdf>
- Carretero. M.J., -Gómez, S., Pérez, R., Amores., Rodríguez, M.A., & E. de la Mota, E. (2013). Elaboración y validación de un documento informativo sobre adenoamigdalectomía para pacientes. *Anales Sistema sanitario Navarra*, 26 (1), 31-33. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100003
- Cocotlea, J.J., Monsiváis, M.G. & Vélez, C.H. (2017). Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Revista Enfermería Universitaria*, 14 (4), 293-300. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n4/2395-8421-eu-14-04-293.pdf>
- Colet, J., Enjuanes, C., Lupón, J., Achirica, M., Badosa, N., Verdú, J.M. (2016). Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardíaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la

prevención de la hospitalización recurrente. *Revista Española Cardiología*, 69(10), 951–961. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/transiciones-cuidados-entre-insuficiencia-cardiaca/articulo/90459678/>

Cuesto, R. (2015). Plan de cuidados de enfermería estandarizados, para los pacientes que han sufrido un infarto agudo al miocardio. (tesis inédita de grado de enfermería). Universidad de Cantabria. Santander, España.

Eymin, G., Aizman, A., Lopetegui, M., & Manjarrez, E. (2014). Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. *Revista Médica Chile* 142, 229-237. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262733724_Proceso_de_alta_hospitalaria_revision_de_la_literatura

González, G.m., Herrera, B., Gómez, O., Carreño, S., & Díaz, L. (2017). METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN DEL “PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO” PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN COLOMBIA. *Revista Médica*, 25(2), 55-62. <https://doi.org/10.18359/rmed.3079>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2019). Plan de alta de enfermería. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/es_23.pdf

Jiménez, J.M. (2011). Las enfermedades cardiovasculares, gestión de Sistemas Subnacionales de Salud y recomendaciones para plan de acción. *Revista Cubana Salud Pública*, 37 (2), 154-158. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200009

López, A.A. et al. (2012). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores aparentemente sanos. *Gaceta Médica de México*, 148, 430-437. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n5/GMM_148_2012_5_430-437.pdf

Navarro, Y. & Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*, 19, 1-14.

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004

Pinzón, A.G. (2000). Educación del paciente cardiovascular en los programas de rehabilitación cardiaca. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 8 (1-4), 25-30. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4e.pdf>

Puntunet, B.M., López, F.L., Domínguez B.A., Cadena J.C., Ruíz, A.C., & Teniza, N, D. (2010). Diseño y validación de un formato general para documentar el plan de alta en la persona con alteración cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 18 (1-2), 18-22. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25681>

Sánchez, B., Carrillo, G. & Barrera, L. (2014). EL PLAN DE TRANSICIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO Y SU EFECTO EN EL CUIDADO DE LA SALUD: UNA REVISIÓN INTEGRADA. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 17(1), 13-23. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n1/v17n1a03.pdf>

Secretaria de Salud. (2010). Plan de alta de los servicios de enfermería. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/plan_de_alta.pdf

Vitolo, F. (2012) PLANIFICACIÓN DE ALTAS. Biblioteca Virtual Noble .1-9. Recuperado de <https://docplayer.es/32796516-Planificacion-de-altas-dr-fabian-vitolo-medico-noble-s-a.html>

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para el Profesional de Enfermería

Solo marque con una (X) la respuesta que usted considera correcta

Sexo (M) (H) Servicio _____ Turno _____

Edad 20-30 años () 31-40 años () 41-50 años () () 51-60 años () () +60 ()

Tipo de contratación: Base () () Antigüedad laboral _____

Ultimo grado de estudios: Carrera Técnica () Pos técnico () Licenciatura ()

Posgrado () Maestría ()

Puesto actual: Enfermera General () Especialista () Jefe de piso ()

NO.	ITEMS	SI	NO
1	¿Atiende pacientes con Enfermedad Cardiovascular?	SI	NO
2	¿Le brinda usted información durante su estancia hospitalaria?	SI	NO
3	¿Conoce usted los cuidados específicos de estas enfermedades cardiovasculares?	SI	NO
4	¿Habitualmente los pacientes le cuestionan sobre su enfermedad y cuidados?	SI	NO
5	¿Le interesaría obtener más información sobre estas enfermedades?	SI	NO
6	¿Cuándo un paciente refiere o presenta alguna alteración o sintomatología lo atiende inmediatamente?	SI	NO
7	Explica al familiar del paciente el tratamiento a seguir durante su estancia hospitalaria	SI	NO
8	En el servicio en el que labora existe algún instrumento propio de enfermería para brindar el alta de enfermería	SI	NO
9	Habitualmente cuando el paciente está de Prealta le brinda alguna información de cuidados en casa	SI	NO
10	Implementaría usted un instrumento como alta de enfermería	SI	NO
11	Se apoyaría usted de un tríptico o material de apoyo para el alta del paciente	SI	NO
12	Es importante brindar la información al paciente para evitar complicaciones	SI	NO
13	Es importante explicar los cuidados al paciente y familiar para que tenga una mejor calidad de vida	SI	NO
14	Si el paciente se informa antes de regresar a casa cuidara mejor de su salud	SI	NO
15	Habitualmente le brinda información sobre sus cuidados en casa?	SI	NO

ANEXO 2

Cuestionario para pacientes con Diagnostico de Enfermedad Cardiovascular

Datos Socio Demográficos del Evaluado:

Identificación del paciente _____ Edad _____
Sexo _____ Diagnostico _____ Estado
civil _____ Escolaridad _____

Solo maque con una (X) la respuesta que usted crea correcta.

- 1.- Este es el primer Evento Cardiovascular que presenta (Si) (No)
- 2.- Anteriormente ya ha sido hospitalizado por el mismo padecimiento (Si) (No)
- 3.-Es fumador (Si) (No)
- 4.-Exfumador (Si) (No)
- 5.-Padece Hipertensión (Si) (No)
- 6.-Padece Diabetes Mellitus (Si) (No)
- 7.-Padece de Hiperlipidemia (Colesterol Alto) (Si) (No)
- 8.-Obesidad (Si) (No)
- 9.-Tiene Antecedentes familiares de alguna de las anteriores enfermedades (Si) (No)
- 10.-Realiza algún deporte o caminata (Si) (No)
- 11.-Conoce usted las complicaciones de su padecimiento (Si) (No)
- 12.-Identifica signos y síntomas de su padecimiento (Si) (No)
- 13.-Usted ingiere sus medicamentos estrictamente (Si) (No)
- 14.-Habitualmente cuida su alimentación (Si) (No)
- 15.-Durante su estancia le han hablado sobre los cuidados de su padecimiento (Si) (No)

ANEXO 3

OFICIO DE SOLICITUD DE PERMISO PARA LA INVESTIGACION

Emiliano Zapata Morelos 7 de Enero 2019.

**Coordinación
Enseñanza e Investigación
Dra. Gisela T. Alanís Ocampo
Presente.**

Por medio de la Presente la que suscribe **LEO Minerva Santana Velasco** me permito solicitar a usted el Permiso para poder realizar el Proyecto de Investigación de Tesis con el Título **”Diseño de un formato para el Plan de Alta de Enfermería en pacientes con Enfermedad Cardiovascular”** con el fin de concluir el proyecto y obtener el grado de Maestría en Gestión del Cuidado

Agradezco de antemano el tiempo de atención prestada a mi solicitud le envió un cordial saludo.

LEO MINERVA SANTANA VELASCO

ANEXO 4

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CÉDULA: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ SERVICIO: _____ DÍAS DE
 ESTANCIA: _____

 _____ 1RA. VEZ () REINGRESO ()
 DIAGNÓSTICO: _____
 FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE EGRESO: _____

DIETA: HIPOSÓDICA, HIPOCOLESTEROLEMICA	ALIMENTOS NO PERMITIDOS		
<p>Consumo de menos de 7% de grasas saturadas del total de la ingesta calórica diaria Consumo de menos de 200 mg de colesterol por día Se sugiere: <u>Desayuno:</u> 1 taza de café descafeinado puede ser con leche deslactosada, pan tostado o pan integral (1 rebanada), fruta picada.</p> <p><u>Colación:</u> Sándwich de queso panela con rebanada de nopal</p> <p><u>Comida:</u> ensalada verde, jitomate sherry, uva con pollo a la plancha, gotas de aceite, agua de sabor.</p> <p><u>Colación:</u> 1 porción yogurt deslactosado con nuez</p> <p><u>Cena:</u> 1porción de cereal integral con leche deslactosado</p>	<p>Sal, grasas saturadas, bebidas embriagantes, edulcorantes artificiales, carnes rojas, bebidas energizantes. (en caso de consumir carne de pollo o pescado tendrá que ser a la plancha),</p>		
MEDICAMENTOS:	DOSIS	VÍA	TIEMPO
1.- Hipolipemiantes (pravastatina, atorvastatina y ezetimiba) 2.- Antiagregantes plaquetarios (asa, clopidrogel,) 3.- Nitritos (parche nitroglicerina, isosorbide de 10mg) 4.- Antirritmicos 5.- Betabloqueadores 6.- Calcio antagonista 7.-Medicamentos adyuvantes (IECAS)			
<p>ACTIVIDAD FISICA: <u>Actividad física regular supervisada por programas de rehabilitación cardiaca en pacientes de alto riesgo (infarto reciente, post. Operados de cirugía de revascularización miocárdica, falla cardiaca)</u></p>	<p>TIPO DE EJERCICIO AEROBICO: <u>Actividad física aeróbica regular y moderada de acuerdo a síntomas (Caminata al aire libre 20 – 30 minutos diariamente, mínimo 30 minutos 3 veces a la semana, la primera y segunda semana, posteriormente podrá incrementar la caminata a 30-60 minutos diariamente cinco veces a la semana)</u></p>		
<p>ACTIVIDAD SEXUAL: <u>1ra. Semana: Se recomienda reposo</u> <u>2da. Semana: Se recomienda no realizar esfuerzos, ni actividad que lo fatigue</u> <u>3ra. Semana: Podrá iniciar actividad sexual sin realizar demasiados esfuerzo ni fatiga, en caso de presentar debilidad o falta de aire suspender toda actividad física</u></p>			

Higiene General	
Preferentemente se sugiere Baño diario, corte de uñas de manos y pies, corte de cabello.	
Eliminación	
Es importante la vigilancia de la eliminación ya que se debe de evitar el estreñimiento, se sugiere la ingesta de alimentos con fibra, y, la ingesta de abundante líquidos (agua pura).	
Identificación de signos de alarma	
Dolor precordial, presión arterial alta, palpitaciones frecuentes (taquicardia), sudoración profusa, vertigo o desvanecimiento, falta de oxígeno, dificultad para respirar.	
Otras recomendaciones	
Suspension total de Tabaco Moderar el consumo de alcohol Evitar sobrepeso, manteniendo un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 24.9 kg/m ² SC así como un perímetro abdominal menor de 89 cm en mujeres y de 102 cm en hombres Se sugiere no suspender los medicamentos hasta que se le indique, seguir las recomendaciones al pie de la letra, se sugiere estar pendiente de signos y síntomas que presente en casa, vigilancia frecuente de presión arterial, estar pendiente de su próxima cita, si tiene alguna duda anote en una libreta para consultar posteriormente, no deje perder su próxima cita.	

FECHA/HORA	NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA	MÉDICO TRATANTE

RECIBE INFORMACION

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE _____

NOMBRE Y FIRMA FAMILIAR _____

Instrucciones de llenado de formato de plan de alta

1.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:

Anotar datos completos del paciente, cedula completa, edad, sexo) Registrar con letra legible.

2.- DIETA SUGERIDA:

Se debe informar sobre el tipo de dieta que puede ingerir en el desayuno, comida cena y las colaciones, es importante hacer hincapié de los alimentos que no debe consumir)

3.- MEDICAMENTOS:

Se debe informar el tipo de medicamento, para que se utiliza, dosis, vía, el tiempo que lo deberá tomar y la importancia de cada medicamento.

3.- ACTIVIDAD FISICA:

Se debe recomendar el tipo de ejercicio que puede realizar, empezando por la primera semana.

4.- ACTIVIDAD SEXUAL:

Informar de acuerdo a la evolución del paciente.

5.- HIGIENE GENERAL:

Escribir las medidas de higiene

6.- ELIMINACION:

Sugerencias para mantener sistema digestivo sin problemas de eliminación

7.- IDENTIFICACION DE SIGNOS DE ALARMA:

Explicar los signos y síntomas de alarma, que hacer en caso de existir algún síntoma que pueda generar alguna complicación.

8.- RECOMENDACIONES:

Alguna recomendación específica de su tratamiento.

Sugerencia para citas posteriores o estudios etc

9.- ANOTAR FECHA Y HORA DE ENTREGA DE ALTA DE ENFERMERIA:

Nombre y firma del paciente y familiar que recibe la información.