



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA  
INSTITUCIÓN PÚBLICA DE ATENCIÓN  
HOSPITALARIA EN SALUD**

**TESINA  
PARA OBTENER EL GRADO DE**

**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL:  
ADMINISTRACION Y GESTION DEL CUIDADO DE LA  
SALUD**

**PRESENTA**

**L.E. PRISCILA LÓPEZ EGUIZA**

**DIRECTORA  
DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ**

Cuernavaca; Mor, Marzo 2020.



FACULTAD DE ENFERMERÍA

JEFATURA DE POSGRADO

Cuernavaca Mor., 10 de Marzo del 2020.  
ASUNTO: Votos Aprobatorios

DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ  
JEFE DEL PROGRAMA DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: **PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN SALUD**, trabajo que presenta la **L.E. LÓPEZ EGUIZA PRISCILA**, quien cursó el POSGRADO: **ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA OPCIÓN TERMINAL: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

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

ATENTAMENTE

VOTOS APROBATORIOS			
	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
E.E. IVONNE PATRICIA TORRES PAZ			
DRA. CLARA IRENE HERNÁNDEZ MÁRQUEZ			
E. E. TERESA OJEDA CHACÓN			
E.E. MA. LUISA GUTIÉRREZ FIERRO			

\*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación.

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo a quien siempre ha sido una gran bendición y pilar importante en mi vida; quien, en momentos de dificultad, ha sido mi motor, compañera de aventuras, pruebas, retos y mi mejor amiga; a mi madre.

Mamá gracias por toda tu paciencia amor y esfuerzo para conmigo y tu familia te amo mucho.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a Dios por no dejarme caer y permitir llegar a culminar este reto.

A mi familia por apoyarme en cada reto de mi vida.

A mi asesora de tesis que siempre estuvo ahí con sus enseñanzas a pesar de mis altas y bajas.

A mis maestros por haber compartido sus experiencias y conocimientos

A mis compañeros por compartir conmigo durante todo un año.

# ÍNDICE

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	6
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Antecedentes históricos.....	9
1.2. Conceptualización del plan de alta .....	10
1.3. Marco Normativo .....	11
1.4. El papel de la enfermera en el alta hospitalaria.....	13
1.5. Características que se asocian con reingreso hospitalario.....	15
1.6. Paciente con enfermedad crónica no transmisible.....	17
1.8 Modelo de enfermería Dorothea Orem.....	21
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
CAPITULO III. OBJETIVOS.....	32
Objetivo General .....	32
Objetivos Específicos.....	32
CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE ALTA.....	33
ANEXO 1 __. Diagrama de flujo proceso de Alta Hospitalaria. ....	36
ANEXO 2 __. Cronograma de actividades de estrategia de mejora 2020.....	37
ANEXO 3.__ Guía de referencia para el plan de alta .....	38
Guía de capacitación de plan de alta .....	42
Instrumento de Estratificación del Riesgo de reingreso Hospitalario.....	49
ANEXO 4.__ Instrumento de registro de capacitación de plan de alta.....	107
ANEXO 5.__ Tríptico de capacitación de plan de alta .....	108
ANEXO 6.__ Instrumento de evaluación pre y post capacitación .....	109
ANEXO 7.__ Control de resultados pre y post capacitación .....	111

## INTRODUCCIÓN

Cuidar es servir y asistir así como tener la responsabilidad de lo que le suceda a una persona y es propio de la naturaleza humana. Nace como intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud; pese a que el cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de salud, enfermería es quien destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. La noción del cuidado ha sido considerada la esencia y la base de la profesión, dado que se reconoce al cuidado humano como objeto de estudio y práctica de la enfermería profesional.

La «Gestión del Cuidado de Enfermería» se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados; oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud; teniendo como propósito adecuar la atención a las necesidades del enfermo, las demandas de sus familiares, cuidadores y la comunidad.

Enfermería es responsable de la gestión, debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina, que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado; participando en forma activa en enseñar a familiares y cuidadores de personas con enfermedades avanzadas, para ofrecer una mejor calidad de vida, comodidad y dignidad en las diferentes etapas de la vida.

El alta hospitalaria del paciente se define como el conjunto de actividades que se realizan para favorecer la continuidad de cuidado del paciente y familia fuera del medio hospitalario. Existe evidencia de como un plan de alta estructurado adaptado a cada caso y su planificación anticipada; reduce discretamente las

estadías hospitalarias, así como la tasa de readmisión y mejora la calidad de vida en comparación con la atención habitual.

El plan de alta de enfermería surge en Estados Unidos, en 1984, al darse cuenta que los pacientes psiquiátricos eran dados de alta sin un seguimiento adecuado. Lo cual, producía el reingreso como consecuencias de no reconocer problemas tratables, tales como la falta de adherencia a los medicamentos, dieta, ejercicio o a cuidados post alta deficientes. Entonces, se empezó a penalizar a las instituciones debido a los elevados costos que se generaban al sistema de salud.

El reingreso hospitalario se ha estudiado bajo distintas perspectivas, una de ellas como indicador de calidad asistencial, se ha encontrado que las personas con edad avanzada representan un grupo vulnerable para el reingreso hospitalario, así como con la asistencia recibida y la capacidad organizativa del sistema sanitario, el consumo de varios medicamentos, al igual que padecer insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, o ser hipertenso. Asimismo, con la comorbilidad del paciente, se observado menor riesgo de las mujeres o el efecto protector de la inmunización frente a la gripe.

En cuanto a las variables asociadas a la asistencia sanitaria, las estancias hospitalarias prolongadas conllevan mayor probabilidad de reingreso; a su vez la estructura socio-familiar y recursos económicos del paciente, como los pacientes de edad avanzada que viven solos y tienen dificultades económicas, que presentan mayor riesgo de reingreso comparado con los que viven con un cuidador informal o cuentan con mayores recursos económicos.

Se ha encontrado que los problemas comunes que requieren de la intervención de las enfermeras y trabajadores de salud incluyen: movilidad de la persona; medicación; tratamientos respiratorios; cuidados de heridas, alimentación por sonda, cuidados de estomas, prevención de úlceras por presión, cuidados de traqueostomía.

Sin embargo, en este documento se propone una estrategia de plan de alta enfermería en una institución pública de atención hospitalaria enfocada a enfermedades crónicas no transmisibles las cuales de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos años se ha generado una alarma mundial por su incremento en especial en países de desarrollo convirtiéndose en un problema de salud pública, siendo estas enfermedades responsables de 35 millones de fallecimientos al año; así mismo se elaboró una guía de plan de alta dirigida al personal responsable de los usuarios con las características ya mencionadas.

# CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Antecedentes históricos

Fue a finales de los setentas, que el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica, se dio cuenta que mucho de los pacientes psiquiátricos eran dados de alta sin un seguimiento adecuado, lo cual producía el reingreso como consecuencia de no reconocer problemas tratables tales como la falta de adherencia a los medicamentos, dieta, ejercicio, o a cuidados post alta deficientes; entre otros. En 1984 surge en este país el plan de alta de enfermería.<sup>1</sup>

Posteriormente fue incluido dentro del sistema *Medicare*, con el propósito de reducir los costos del sistema de salud, el cual se extendió rápidamente hacia Europa y América Latina, tal como lo fue en San José, Costa Rica en donde desarrollaron un programa del alta Hospitalaria programada en el área de cirugía general con la finalidad de mostrar un modelo a implementar para otras instituciones hospitalarias nacionales e internacionales.<sup>2</sup>

En Zumba, Ecuador al no contar con un protocolo de plan de alta se dieron a la tarea de diseñarlo, capacitar a su personal, logrando su implementación<sup>3</sup>. En el Hospital Juárez México la Jefatura de los servicios de enfermería elaboraron un procedimiento de plan de alta el cual fue iniciando en el área de ginecología y obstetricia.

El sistema sanitario público de la comunidad de Andaluza España, estableció entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria, por lo que se hace especial mención a la atención domiciliaria de enfermería como proveedora de cuidados.

Otro ejemplo es el Proyecto RED (alta rediseñada) desarrollado por el Centro médico de la universidad de Boston proyecto basado en la evidencia que defiende los beneficios de preparar a los pacientes para el momento del alta desde que llegan al hospital para el buen funcionamiento del proceso, se designa una persona responsable de coordinar el alta entre el equipo de cuidados y el paciente <sup>5</sup>

## **1.2. Conceptualización del plan de alta**

El Plan de alta consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta. Cabe destacar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras por parte del profesional de enfermería, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado por el enfermo y su familiar o cuidador.

El plan de alta de enfermería, según la Enfermera Carpenito, es 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 del paciente.

### **Tipos de altas**

Al egresar el paciente de una institución de salud, el medio externo puede convertirse en algo angustiante, lo que le ocasiona tensión emocional, ya que al mismo tiempo que le complace y entusiasmo ir a su hogar, también le atemoriza apartarse de la seguridad que le representa el hospital. Por lo general, los pacientes egresan de una unidad asistencial cuando ya no requieren los servicios que esta presta; sin embargo puede suceder que el paciente abandone el hospital contra el parecer del personal médico y de enfermería.

La atención de enfermería que se proporciona al paciente que se marcha debe ser del hospital debe ser de comprensión y ayuda, igual a la que se dio al ingresar y durante su estancia. El alta o egreso del paciente de una institución de salud debe considerarse como un proceso de transferencia en el que debe de participar el equipo de salud , paciente y familia, así como contar con los recursos materiales y equipos necesarios para la continuidad y calidad de su atención integral.

- **Alta por defunción:** es la salida del establecimiento de un paciente internado que ha fallecido y un médico ha firmado el certificado de defunción.
- **Alta por fuga:** es la salida fortuita del establecimiento sin ser oficial ni avisar a personal del hospital.
- **Alta voluntaria:** es la salida del establecimiento que el paciente solicita al médico aun cuando no ha terminado su tratamiento.
- **Alta por traslado:** es la salida del paciente del establecimiento cuando se contra refiere a su unidad de origen.
- **Alta por mejoría:** es la salida del establecimiento del paciente una vez que ha terminado su tratamiento, se ha resuelto su problema de salud por el cual acudió y el médico lo da de alta.<sup>6</sup>

### 1.3. Marco Normativo

En nuestro país, la Ley General de Salud CAPITULO II Educación para la Salud; ARTÍCULO 112 La educación para la salud numeral III, establece que, se debe orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades<sup>7</sup>.

## **El expediente clínico como instrumento legal**

El expediente clínico es utilizado como un instrumento legal, en el cual las enfermeras tienen que registrar las necesidades y cuidados que el paciente manifieste, ya sean físicas, sociales o morales. Por lo tanto, juega un papel importante con carácter de prueba reconstruida, por lo que es utilizado como evidencia entre el usuario y los prestadores de servicio de salud al permitir evaluar el acto médico.<sup>8</sup>

Por lo anterior, es de vital relevancia registrar los cuidados y orientación otorgada durante la estancia hospitalaria, para evitar problemas de tipo legal, en la norma NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, especifica los datos que se deben registrar en el expediente y en apartado 9.1 el correspondiente a la hoja de enfermería.<sup>9</sup>

## **Importancia de la planificación del alta hospitalaria**

La preparación del paciente para el alta empieza desde el mismo momento del ingreso. La entrega del plan de alta sobre cuidados que debe seguir el usuario y /o familia son de gran utilidad, puesto que existen dudas y temores a los que se deben enfrentar una vez saliendo del hospital. Un seguimiento por parte del personal de enfermería en el centro de salud le permitirá una continuidad permanente de sus cuidados, ayudándole a conseguir su completa autonomía.

Realizar una buena valoración de forma individualizada permitirá poder planificar el alta. El objetivo va encaminado a; comprobar si hay limitaciones físicas que puedan dificultar la realización de los autocuidados. Detectar si existe la necesidad de continuidad de la asistencia por parte de centros de cuidados asistidos. Reconocer aquellos problemas potenciales o reales para poder preverlos.

Asegurarse de que se puede contar con personas de referencia (familiares, cuidadores) que ayuden a proporcionar los cuidados básicos.<sup>10</sup>

#### **1.4. El papel de la enfermera en el alta hospitalaria**

En la década de los 80 el Plan de Alta (PA) hospitalaria era percibido como sinónimo de suceso, misión cumplida o final triunfante de una serie de sofisticados cuidados médicos y de enfermería; no obstante, en caso de haber existido un gran número de pacientes correctamente capacitados, no hubieran reingresado al hospital por complicaciones que podrían ser prevenidas o controladas desde el hospital, sobre todo, en el hogar.

Diferentes enfoques reconocen que el Plan de alta es una herramienta útil en el proceso de transmisión de la responsabilidad del cuidado al usuario y cuidador primario, así como para otros profesionales de salud. Dicho plan consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta y se han llevado a cabo los trámites previos a ésta.

Los profesionales de enfermería tienen una posición clave en la coordinación de los cuidados, por ser los más cercanos al paciente y su familia; por lo que, es su deber proporcionar capacitación, generar confianza, así como seguridad al cuidador primario de acuerdo con las respuestas humanas y requerimientos de cada usuario; de esta manera se favorece la calidad del cuidado. Girard, manifiesta que a los enfermos y familiares hay que enseñarles y motivarlos para llevar a cabo el autocuidado desde que el profesional de enfermería los atiende por primera vez.

En países como Canadá, España y Portugal, cuentan con enfermeras de enlace, quienes inician la planificación del alta hospitalaria, después de identificar al paciente que necesita de sus servicios o después de recibir la solicitud de referencia,<sup>11</sup> se les considera extremadamente importantes en el alta hospitalaria para asegurar que los pacientes reciban los cuidados planificados, según sus

necesidades y para que los servicios de diferentes niveles de atención a la salud puedan operar como una red, de forma articulada y coherente.

Se ha descrito que la continuidad de cuidados enfermeros tiene dos finalidades; el primero es atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención enfermera en la asistencia sanitaria; la segunda implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales (personas, entornos e información); por lo que el ejercicio de la enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Por lo anterior, la enfermera responsable del paciente que esté próximo a irse a casa debe de ser capaz de identificar y priorizar el seguimiento de los cuidados que deban ser prestados/ supervisados en aquellos usuarios que sean frágiles, vulnerables o en riesgo dentro de los cuales se incluyen las personas ingresadas por la complejidad de su estado de salud, características sociales de su entorno, o que requieran de tecnología para el autocuidado, así como la coordinación con un equipo multidisciplinario para garantizar una atención integral y continua de las necesidades de cuidados dentro de los cuales se encuentran la siguiente población diana entre los distintos ámbitos asistenciales.<sup>12</sup>

- Pacientes con estancias medias largas (superiores a 20 días), pacientes con múltiples reingresos (3 o más ingresos en el último año) o repetidas visitas a urgencias.
- Pacientes con alto nivel de dependencia.
- Pacientes que necesitan de diferentes ámbitos asistenciales y de diferentes profesionales para controlar su proceso.

- Paciente con criterios de alto riesgo debido al déficit de autocuidado, al inefectivo manejo terapéutico, al inefectivo afrontamiento/adaptación a su patología.
- Paciente con criterios de alto riesgo debido al entorno social o familiar.
- Paciente con ineficiencia de la red de soporte de cuidados.
- Paciente con necesidades de cuidados complejas y con interacciones de múltiples factores físicos, sociales, emocionales y del entorno.
- Pacientes con necesidades de cuidados paliativos.
- Niños menores de 2 años tras recibir el alta hospitalaria.
- Paciente que necesita procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Paciente que necesita gestión del suministro de material sanitario/aparataje especial.
- Pacientes con deterioro de la integridad cutánea: úlceras, heridas...que precisan cuidados de forma continua.
- Pacientes portadores de sondas, catéteres u otros dispositivos.
- Pacientes con nutrición enteral o portadores de ostomías.

### **1.5. Características que se asocian con reingreso hospitalario**

El reingreso hospitalario se ha estudiado bajo distintas perspectivas, una de ellas como indicador de calidad asistencial; en personas con edad avanzada representa un grupo vulnerable para el reingreso hospitalario y se considera un es un factor de riesgo que puede desencadenar un proceso de declive en el estado funcional y una pérdida de calidad de vida, es bien conocido las elevadas tasas de frecuencia de reingreso en pacientes de este grupo etéreo, les sucede un alto número de reingresos, entre el 10-25% de los pacientes con estas edades reingresan en los 3 primeros meses tras el alta hospitalaria, y el 40-50% lo hacen entre los 6-12 meses.

Así mismo se ha observado cómo los pacientes de edad avanzada que viven solos y tienen dificultades económicas, presentan mayor riesgo de reingreso que los que viven con un cuidador informal o cuentan con mayores recursos económicos; ya que los cuidadores son considerados una pieza clave en la continuidad del cuidado en el domicilio y asumen la función de suplencia para el autocuidado de un enfermo a su cargo, por lo que es preciso contar con ellos.

La función e implicación del personal de enfermería en el proceso asistencial, tanto en atención primaria en salud como en hospitalaria, son beneficiosas para el control de los reingresos. Se ha descrito que los pacientes adscritos a un equipo asistencial de enfermería tienen menor riesgo de reingresar, por lo que Un objetivo fundamental de la actividad enfermera es potenciar el autocuidado y control de los problemas de salud en estos pacientes.

Los factores relacionados con la asistencia recibida y la capacidad organizativa del sistema sanitario influyen en la probabilidad de reingreso en un paciente de edad avanzada, así como el consumo de varios medicamentos, al igual que padecer insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, o ser hipertenso.

- **La comorbilidad** del paciente, establecida mediante el índice de Charlson, también se ha asociado a mayor probabilidad de tener un reingreso en los seis meses siguientes al ingreso índice; por otro lado se ha observado el menor riesgo de las mujeres o el efecto protector de la inmunización frente a la gripe.
- **Pluripatología:** La cual se define como la población de pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas con un grado equivalente de complejidad, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones.

- **Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.
- **Fragilidad:** es el “estado de reserva fisiológica” disminuida, lo que lleva asociado un aumento del riesgo de discapacidad.
- **Discapacidad:** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

#### **1.6. Paciente con enfermedad crónica no transmisible**

El envejecimiento de la población, que se ha venido presentando en México desde los 60's y se intensificará en las próximas décadas, la conjunción de un periodo de brusco descenso de la natalidad, unido al aumento de la esperanza de vida, está condicionando importantes cambios demográficos, una de las implicaciones del envejecimiento, desde el punto de vista clínico, es el hecho de que cada vez son más las personas que presentan dos o más enfermedades crónicas, lo cual representa un gran reto para las finanzas públicas y para el actual sistema fiscal. Esta transición generará presiones fiscales por una necesidad de aumentar el gasto público.<sup>13</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos años se ha generado una alarma mundial por el incremento de la enfermedad crónica no transmisible, en especial en países de desarrollo convirtiéndose en un problema de salud pública, de acuerdo a las estimaciones de la OMS, estas enfermedades son las responsables de 41 millones de fallecimientos al año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. ,<sup>14</sup> lo cual implica un reto a los sistemas de salud de todo el mundo, así como el desarrollo de nuevas estrategias ya que dichas enfermedades son complejas, se prolongan en el tiempo de estadía hospitalarias, y se requiere de cuidados complejos para ser manejados por las familias del usuario en su domicilio posterior al alta, lo cual se genera una ocupación considerable de las camas hospitalarias, consumo de recursos en salud, resultados deficientes post alta y reingreso hospitalario.

Ante este panorama, se hace necesario que en todo el mundo las enfermeras tomen la iniciativa para abordar esta amenaza creciente para la salud, a través de un cuidado seguro, continuo e integral; siendo una de las acciones necesarias para reforzar este punto, el desarrollo e implementación de procedimientos estandarizados en beneficio de todos los participantes.

### **Conceptualización del paciente crónico**

El Paciente crónico se define como aquel que tiene una afección permanente e incurable con periodos de estabilidad y recaídas, lo cual obliga al paciente a requerir servicios sanitarios de forma continua. Entre los principales padecimientos crónicos destacan por su alta prevalencia: enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular), enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónica), diabetes, cáncer y procesos degenerativos articulares. Los pacientes crónicos además requieren de la implementación de acciones de autocuidado, por ello se deben incorporar las herramientas de valoración integral.

Con la finalidad de dar respuesta a estas necesidades se propone un plan de alta para continuidad de los cuidados que debe seguir el usuario con enfermedad crónica no transmisible y / o familia desde su ingreso hospitalario hasta que se va a su domicilio.

### **1.7 Diabetes mellitus**

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por hiperglucemia secundaria a un defecto en la acción y/o secreción de insulina, que se acompaña de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las proteínas, lo que conlleva una afectación microvascular y macrovascular que afecta a diferentes órganos blanco.<sup>15</sup>

Las complicaciones microvasculares incluyen la retinopatía, nefropatía, neuropatía y las macrovasculares (enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular periférica y vascular periférica) siendo estas últimas las más comunes y responsables de casi el 70 % de las muertes en las personas con diabetes por enfermedades cardiovasculares.

En el contexto mundial, la DM es un problema de salud pública, por ser una de las enfermedades crónicas más prevalentes asociada a una elevada morbilidad y mortalidad.<sup>14</sup> Actualmente más de 382 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad y se estima que alcance los 592 millones para el 2035. Alrededor de 5,1 millones de personas de entre 20 y 79 años murieron a causa de la diabetes en el año 2013, representando una defunción cada seis segundos.

La diabetes tiene un alto impacto en la hospitalización y en los costes sanitarios. Los pacientes con diabetes consumen más recursos sanitarios que los individuos que no la padecen. Así, en EE.UU., el 22% de las estancias hospitalarias corresponden a pacientes con diabetes<sup>16</sup>

El riesgo global de morir entre las personas diabéticas es casi el doble que el de sus homologas no diabéticas en la población adulta de España. Más del 50% de los enfermos diabéticos mueren de enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatía isquémica. Además, hoy en día, en los países desarrollados, la diabetes es la principal causa de ceguera, insuficiencia renal terminal y amputación no traumática de extremidades inferiores.<sup>17</sup> Todo ello justifica que la diabetes mellitus constituya uno de los diagnósticos más frecuentes en los pacientes hospitalizados y también el creciente interés sobre el manejo de la hiperglucemia durante la hospitalización.

Por otro lado, el envejecimiento poblacional está condicionando un marcado incremento de los pacientes con pluripatología. Un estudio realizado en servicios de Medicina Interna andaluces concluyó que el 42% de los pacientes hospitalizados eran pluripatológicos, siendo la diabetes, junto a las cardiopatías, una de las enfermedades más prevalentes en estos pacientes. También se ha comunicado que el 39% de los pacientes con insuficiencia cardiaca y el 26% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica ingresada en unidades médicas generales de nuestro país tienen diabetes. Además, la población diabética hospitalizada por patologías médicas tiene una elevada morbimortalidad a corto plazo.

En un consenso en España se publicó sobre el tratamiento de la hiperglucemia en el hospital. En el cual se indicaba que el momento del alta suele ser una de las situaciones más conflictivas en los pacientes con diabetes hospitalizadas por motivos no relacionados con el control glucémico, y se resaltaba la importancia de una adecuada planificación del alta hospitalaria.

### **Importancia de la educación para la salud**

La educación aplicada a una enfermedad crónica como la diabetes, facilita a la persona diabética y su familia el aprendizaje de habilidades y conocimientos necesarios para asumir una actitud positiva frente a su enfermedad, potencia

elecciones responsables para que asuman acciones de autocuidado, así como el apoyo necesario para que puedan formar parte activa del tratamiento;<sup>24</sup> de manera que se logre prevenir, retrasar o disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones que generan tanto impacto en las esferas sociales, psicológicas y económicas de las personas afectadas y sus familias.

## **1.8 Modelo de enfermería Dorothea Orem**

Los modelos y teorías de enfermería contribuyen a fortalecer la práctica clínica, la investigación, la formación y el desarrollo de la profesión; el modelo propuesto por Dorothea Orem, es considerado como una de las grandes teorías de la enfermería, ya que se desarrolla en un modelo conceptual rico en fundamentos científicos.

El motivo de elegir esta teoría es por su relación con el tema de interés ya que como la autora de este modelo refiere que el cuidado de enfermería debe orientarse a conocer, apoyar y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico, a su vez sugiere métodos de ayuda de atención de la enfermería cuando sea necesario actuar por otros, orientar siempre, ofrecer y proporcionar apoyo, mantener equilibrio con el entorno y practicar la docencia.

Los elementos más importantes de su modelo son tres teorías íntimamente relacionadas, las cuales a continuación se mencionan.

- **Teoría del autocuidado:** Describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
- **Teoría del déficit del autocuidado:** Describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente
- **Teoría de sistemas enfermeros:** Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Propone tres sistemas para brindar la atención de enfermería ver figura 1.

1. Sistema compensador.
2. Sistema parcialmente compensador.
3. Sistema de apoyo educativo.

Describe las acciones de enfermería de enfermería como una forma deliberada y consiente de proporcionar asistencia aquellos que son incapaces de cubrir sus necesidades de autocuidado en su salud, desde su punto de vista el paciente es una persona o grupo de personas que necesitan ayuda para realizar el autocuidado; al mismo tiempo relaciona el autocuidado con determinados requisitos universales.

La capacidad del individuo para realizar el autocuidado de su salud se altera por su estado fisiológico, intelectual, emocional, social y económico. En términos generales la salud, desde la perspectiva de Orem, es la habilidad para cubrir las necesidades universales del desarrollo y las relacionadas con la salud.

La salud es un estado continuo que se ve afectado por la cantidad y calidad de los cuidados que cada persona realiza. Los niveles de salud se sostienen o se alteran mediante el funcionamiento normal, la compensación de las incapacidades, la educación y la guía psicosocial.

La enfermera entra en relación con el paciente cuando existe la incapacidad para mantener la cantidad y la calidad del autocuidado. La complejidad de la relación entre la enfermera y el paciente se produce conforme al déficit del autocuidado. Las enfermeras contribuyen al estado de bienestar manteniendo la salud, ayudando a la recuperación y proporcionando educación sanitaria y ayuda.<sup>24</sup>



Fuente: administración de los servicios de enfermería; séptima edición; María de la luz Balderas Pedrero; Mc Graw Hill pag 321.

Según Orem el cuidado en sí mismo (como acciones individuales) son los requisitos del cuidado que describe en tres tipos.

### Requisitos universales

Son comunes a todos los seres humanos durante las etapas del ciclo vital. Se ajusta a la edad el desarrollo y el ambiente, se asocian a los procesos de vida para tener para mantener la integridad de la estructura de funcionamiento. La atención de enfermería se orienta a mantener el aporte del aire, agua y alimentos, mantenimiento normal de excretas. Actividades de descanso y ejercicio, equilibrio social, prevención de peligros para la vida.

**Cuidados de sí mismo.** - Están asociados a los procesos de desarrollo y que pueden afectar a la salud. La atención de enfermería se orienta a la creación y mantenimiento de las condiciones vitales que promueven el desarrollo y la maduración durante las etapas de vida. es importante proveer cuidado prenatal, al nacimiento neonatal, durante la infancia, adolescencia, en la edad adulta para evitar que se presenten condiciones que afecten la vida o el desarrollo de la persona o si se presentan, mitigar los efectos.

**Cuidados de sí mismo por desviación de la salud.** - Se presentan con la existencia de defectos genéticos, de constitución y estructura relacionada con sus efectos. Atención de enfermería a los problemas presentados por la enfermedad en cambios obvios en la estructura física, hábitos y dependencia parcial o total.

La familia, la comunidad y el medio ambiente son componentes importantes para el autocuidado. El núcleo de atención de la enfermería es el paciente, y la meta es hacer que este participe en el autocuidado.<sup>18</sup>

## MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Existen diversas investigaciones relacionadas con informes, planes y programas de alta hospitalaria conformados por estrategias desarrolladas por los profesionales de enfermería, con el propósito de brindar herramientas a las personas y sus familias acerca de los cuidados en el hogar asociados con su problema de salud.

Coleman, encontró en su estudio que el hecho de poner en marcha en el momento de la transición un programa estructurado de cuidados centrado en el entrenamiento personal de cada paciente, disminuía las tasas de reingreso a los 30 y 60 días tras el alta hospitalaria.<sup>19</sup>

A nivel internacional, se identifican los programas y estudios que apoyan el seguimiento del cuidado en el hogar, mediante redes de apoyo a la familia facilitando la transición del hospital a la casa teniendo un impacto positivo en el costo efectividad del mismo.<sup>20</sup>

Otras investigaciones mediante la elaboración de informes de alta de enfermería basados en el Modelo de catorce necesidades de Virginia Henderson, a través de un registro de valoración sistémica del estado del paciente y la especificación de los cuidados enfermeros requeridos al ser dados de alta con el cual concluyeron que el registro de enfermería garantiza la continuidad de los cuidados ,la coordinación interprofesional, facilita la información acerca de la administración de la medicación, ayudando a evitar errores.<sup>21</sup>

En un meta-análisis de estudios randomizados, controlados y relacionados concluyeron que la preparación de planes del alta en los ancianos, reduce los reingresos, la hospitalización y mejora la calidad de vida. Además, determinó que la preparación del alta es una cuestión clave para garantizar la transparencia y

seguridad efectiva de las personas mayores entre los servicios de hospitalización y la atención comunitaria.

En San José, Costa Rica, desarrollaron un programa del alta Hospitalaria programada en el área de cirugía general con la finalidad de mostrar un modelo a implementar para otras instituciones hospitalarias nacionales e internacionales, con base a una valoración de necesidades al ingreso como al egreso, para la elaboración de un plan de intervención para el usuario y su familia durante el internamiento y el día de egreso, evidenciando que los beneficios obtenidos fueron la preparación oportuna de acuerdo al grado de dependencia y condición de salud, para el autocuidado del paciente por parte de la familia al momento de egresar del centro hospitalario, la coordinación con la red externa de salud, la reubicación oportuna de los usuarios con problemas sociales, así como la agilización con los trámites administrativos . En Zumba, Ecuador no contaban con un protocolo de plan de alta por lo que decidieron diseñarlo, capacitar a su personal e implementarlo.

Braun, mostró que pacientes que reciben llamadas telefónicas a la semana, al mes y a los 3 meses del alta, están más satisfechos, realizan los exámenes solicitados con mayor frecuencia ( $p = 0,02$ ), y tienen una tendencia a menos reingresos ( $p = 0,06$ ). Harrison mostró que los pacientes contactados por teléfono dos semanas después del alta, tuvieron menos reingresos a 30 días ( $p = 0,04$ )<sup>22</sup>.

Naylor, publicó un estudio en que distribuyó en forma aleatoria a adultos de 70 años y más con patología cardíaca médica y quirúrgica a recibir un manejo convencional o un manejo coordinado por un *case manager* consistente en un protocolo exhaustivo de planificación que se extendía hasta 2 semanas posterior al alta. El protocolo era manejado por una enfermera geriátrica, se iniciaba 24 a 48 horas después del ingreso, se aplicaba cada 48 h, y consistía en educación, en una evaluación continua de las necesidades tanto de pacientes como de sus cuidadores, y en la elaboración de un plan de alta en conjunto con ellos y con

el equipo de salud. Al momento del alta se entregaba una epicrisis (historia clínica) al paciente, y se enviaba una copia a los médicos que los controlarán. Los pacientes recibían una visita a domicilio por la enfermera y 2 llamadas telefónicas en el período (Además de contar con un número de teléfono disponible para dudas). Los pacientes con patología médica tuvieron menos reingresos a 6 semanas ( $p = 0,04$ ), menores días totales y ( $p \leq 0,01$ ), costos totales ( $p = 0,02$ ) y costos en los reingresos a 6 semanas ( $p = 0,001$ ).

El sistema sanitario público de la comunidad de Andalucía España, establece entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones, por lo que se hace especial mención a la atención domiciliaria de enfermería como proveedora de cuidados dirigidos a prevenir el deterioro funcional y la promoción de la salud y es también un elemento clave para garantizar la continuidad de cuidados entre los diversos niveles asistenciales y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales siendo los receptores personas con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, con necesidades de asistencia para la realización de las actividades, manejo y control de síntomas y del régimen terapéutico relacionado con su proceso.<sup>24</sup>

Otro ejemplo es el Proyecto RED (alta rediseñada) desarrollado por el Centro médico de la universidad de Boston en el que el personal de salud prueba estrategias para mejorar el proceso del alta hospitalaria con el fin de promover la seguridad del paciente y reducir las tasas de re-hospitalización, se trata de un proyecto basado en la evidencia que defiende los beneficios de preparar a los pacientes para el momento del alta del mismo instante en que llegan al hospital para el buen funcionamiento del proceso, se designa una persona responsable de coordinar el alta entre el equipo de cuidados y el paciente, así como mejorar el flujo de información con el personal de atención primaria.

En América Latina, la continuidad del cuidado ha sido un desafío para los sistemas de salud, porque hay deficiencia en la coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo que resulta en dificultades en el acceso a los servicios de salud, duplicidad de pruebas diagnósticas, fragilidad en cuanto a la articulación entre el hospital y la Atención Primaria en Salud (APS), en el momento del alta hospitalaria, ineficiencia o ausencia de la contrarreferencia para pacientes con diferentes problemas de salud, incipiente e ineficaz planificación del alta hospitalaria <sup>29</sup>. Con el fin de buscar, en el campo de la Enfermería, prácticas exitosas, que contribuyan efectivamente a la continuidad de la atención en el contexto brasileño, se desarrolló un proyecto multicéntrico, en Canadá, España y Portugal, centrado en las prácticas de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria. Se optó por estos países porque trabajan con la enfermera de enlace, la cual tiene un importante papel en la mejora de la comunicación y de la coordinación de los cuidados. Por lo que en dicho estudio se evidenció la importancia de las instituciones hospitalarias para designar un profesional para la coordinación del proceso del alta hospitalaria del paciente, desempeñando la función de articuladora entre los profesionales, entre los servicios de diferentes niveles de atención y abogando en favor del paciente, pues, sin acciones de coordinación, es difícil promover la continuidad del cuidado.

## **CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo con la literatura consultada la mayoría de los hospitales carecen de una política clara con respecto a las entregas de turno, los traslados entre servicios clínicos y el alta del paciente, procesos que son cruciales en la seguridad del paciente, en el caso del alta hospitalaria pese a que es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo.

La elaboración de la misma se ha aprendido por imitación y de manera no estandarizada siendo un proceso complejo y multidisciplinario que debería ser especialmente minucioso en pacientes con alto riesgo de reingreso o de eventos adversos, se ha documentado como una planificación inadecuada puede derivar en mayores reingresos, eventos adversos e insatisfacción de paciente y familia.

Aproximadamente la mitad de los pacientes hospitalizados han experimentado errores, ya sea en el tratamiento, en exámenes o en el seguimiento de resultados pendientes, entre el 19 y 23% sufren algún evento adverso post- alta siendo la medicación el más frecuente.

En un estudio realizado en Norteamérica se entrevistó a 400 pacientes tres semanas después de su alta hospitalaria, se demostró que cerca del 20% experimentaron al menos un evento adverso durante la transición del hospital a sus domicilios. De estos daños, el 33% era prevenible y podrían haber sido menos severos con una adecuada planificación al alta. La mayoría de estos eventos se debieron a la inadecuada comunicación del plan de seguimiento entre el personal responsable de la hospitalización y el paciente, sus familiares o los profesionales de atención extra hospitalaria.

En México, existen pocos estudios sobre plan de alta y en el estado de Morelos, la mayoría de las instituciones de salud, el alta hospitalaria se lleva a cabo de manera rutinaria mediante una nota de alta médica y no por medio de un formato estructurado de plan de alta de enfermería donde se oriente a los usuarios y familia y no solo de manera verbal, sino escrita sobre los cuidados a seguir en su domicilio posterior al egreso; por consiguiente no se cuenta con un procedimiento estandarizado de alta hospitalaria a nivel institucional en ocasiones el personal da la orientación de manera verbal al usuario con la información registrada en la nota de alta médica.

Lo anterior aunado a que, cada vez son más los pacientes que sufren de accidentes en edades productivas, madres en extremos de edad, así como enfermedades crónicas degenerativas, durante un tiempo más prolongado y con necesidad de mayor número de pruebas y atención más completa, situaciones que conllevan aún incremento de la necesidad de información.

Tanto para los pacientes como a los familiares, todo paciente y especial los considerados crónicos, requiere de cuidados integrales que, de llevarse a cabo podrían reducir significativamente las tasas de readmisión hospitalaria y mejorar el apego al tratamiento recomendado, disminución de las complicaciones por desconocimiento de los cuidados que deben continuar en el domicilio por lo que es una realidad la necesidad de planificar y elaborar un plan de alta estructurado adaptado a cada paciente, ya que de no efectuarse de forma adecuada se seguirá produciendo efectos colaterales y generando costos que repercuten en el gasto de bolsillo de las familias, instituciones sanitarias, disminuyendo además el nivel de confianza de los usuarios que recibieron la atención.

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

Cada vez son más las instituciones que reconocen la importancia del momento de transición del paciente del entorno hospitalario al ambulatorio por lo que las estrategias destinadas a mejorar el proceso de alta son múltiples, algunas han sido estudiadas por separado; mientras que otras como programa, muchas de estas intervenciones pueden no ser aplicadas a nuestro medio, pero sientan las bases para desarrollar estudios en las instituciones de atención hospitalaria en salud de nuestro estado.<sup>33</sup>

Existe evidencia de como un plan de alta estructurado adaptado a cada caso y su planificación anticipada, reduce las estadías hospitalarias; así como la tasa de readmisión, mejorando la calidad de vida en comparación con la atención habitual, tal es el caso de Estados Unidos, Costa Rica entre otros países, en los cuales han encontrado resultados favorables con la implementación de planes, informes y programas de alta, los cuales sugieren que la información sobre los cuidados en salud al alta hospitalaria debe comenzar inmediatamente después del ingreso.

Por lo que el control de este proceso es uno de los elementos claves a tener en cuenta en la gestión hospitalaria, puesto que su implementación ha demostrado beneficios en la reducción de costos en las instituciones de salud, así como respaldo legal del registro de la orientación otorgada por profesional de enfermería responsable de la coordinación de los cuidados en el usuario y familia posterior al egreso, reduciendo en estos últimos, el temor e inseguridad por desconocimiento y no estar familiarizados con dichos procedimientos.

De ahí radica la importancia de contar con procedimientos estandarizados y personal de enfermería capacitado ya que se ha demostrado que una orientación oportuna y seguimiento adecuado contribuye en la disminución de complicaciones o eventos adversos por problemas tratables tales como falta de adherencia al tratamiento farmacológico, dieta, actividad física, o cuidados post alta deficientes.

## **CAPITULO III. OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Proponer una estrategia de plan de alta de enfermería en una institución pública de atención hospitalaria en salud para lograr la continuidad del cuidado del usuario y familia desde su ingreso hasta el egreso a su domicilio.

### **Objetivos Específicos**

- Diseñar un plan de alta de acuerdo al riesgo de cada paciente.
- Capacitar al profesional de enfermería en el procedimiento de plan de alta, promoviéndolos instrumentos y documentos correspondientes.
- Identificar áreas de oportunidad de mejora mediante la consulta del profesional de enfermería responsable de la orientación al usuario, así como en el usuario.

## **CAPÍTULO VI. PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE ALTA**

La presente estrategia tiene como objetivo el diseño y presentación de un plan de alta de enfermería en una institución de atención hospitalaria que sirva como guía para el profesional de salud encargado de dar orientación al usuario familia sobre los cuidados a seguir en su domicilio, con la finalidad de dar continuidad a los mismos, como se ha descrito anteriormente, existen estudios donde se documenta los beneficios que conlleva la implementación de planes de alta no solo en los usuarios, personal de salud sino a nivel institucional repercutiendo en la disminución de los costos de la misma. (Ver Anexo 1 y 2)

Los participantes serán los profesionales de enfermería de una unidad de atención hospitalaria en salud que atiendan a pacientes adultos con enfermedades crónicas no trasmisibles desde su ingreso a urgencias, durante su internamiento y hasta su egreso a su domicilio , ya que con base, a la revisión bibliográfica se determinó que los pacientes que presentan dichas enfermedades tienen mayor riesgo de reingreso hospitalario debido a su comorbilidad, complicaciones, motivo por el cual anterior se consideró necesario diseñar un plan de alta enfocado a este grupo de pacientes, así como un diagrama de flujo del proceso de alta hospitalaria. (Ver Anexo 3)

El personal de enfermería de las diferentes áreas y turnos, sería capacitado de acuerdo a los lineamientos y procedimientos establecidos en la institución para cumplir en tiempo y forma con lo planeado. Además se ha elaborado una Guía de Referencia para el Plan de Alta, donde se desarrolla el siguiente contenido. (Ver Anexo 3),

1. Generalidades del plan de alta
2. Importancia del plan de alta de enfermería
3. Marco normativo
4. Factores asociados a reingreso hospitalario
5. Instrumento de estratificación del reingreso hospitalario

6. Problemas comunes que requieren la intervención del profesional de enfermería durante la planificación del alta.
7. El papel de enfermera ante el alta hospitalaria.
8. Temas dirigidos al usuario y la familia en los que el personal de enfermería puede dar orientación ante el egreso.
9. Estrategia plan de alta en el paciente con enfermedades crónicas no transmisibles.

La guía tiene la finalidad que el personal de enfermería conozca la importancia de la orientación al paciente desde que ingresa a la unidad de salud hasta que su egreso y en consecuencia mantenga en su domicilio de los mejores cuidados que eviten reingresos continuos o incluso la muerte.

Se solicitará una cita a las autoridades de la institución, incluido el Director, Jefa de Enfermeras, Coordinadora de Enseñanza, Supervisoras, Coordinadora de Calidad y Jefas de Servicio para efectuar la presentación del proyecto en busca de su aprobación y resolución de dudas o preguntas.

Una vez aprobado, se programarán las sesiones de capacitación dirigidas al personal de enfermería en los diferentes turnos y áreas labores, durante el mes de mayo y junio del 2020, con la vinculación de la en coordinación de enseñanza. (Ver anexo 4 y5).

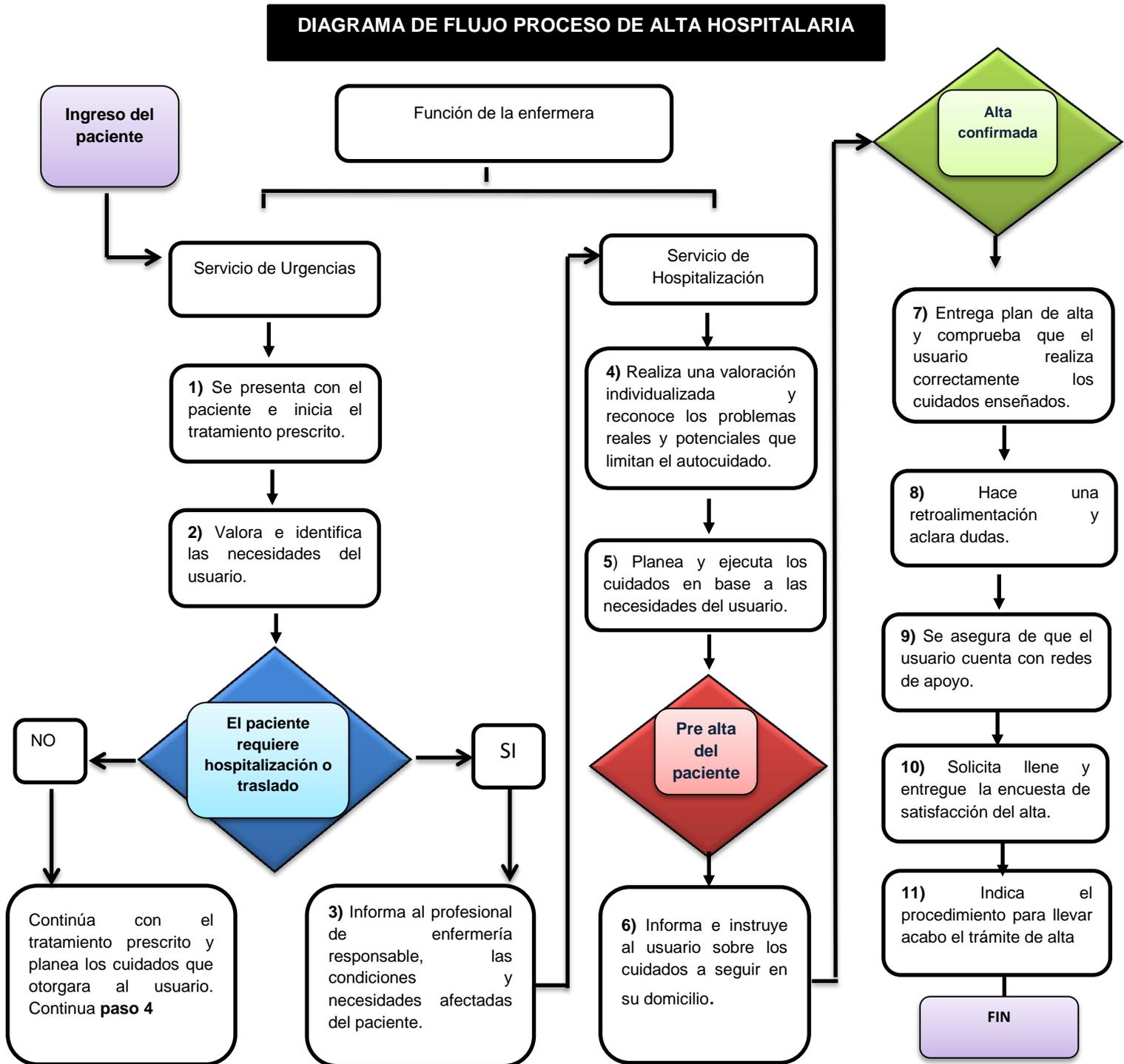
Durante la capacitación se realizará una evaluación previa y posterior (Ver Anexo 6), donde se determinará el conocimiento acerca de la temática abordada. Para ello, se solicitará el apoyo de la Jefa de Enfermeras para que los tiempos y los momentos de la capacitación no afecten la operatividad diaria de la institución. Los resultados se concentrarán en el formato de Control de la evaluación pres y post capacitación (Anexo 7).

La implementación de esta intervención se realizará a partir del mes de junio del presente año en los usuarios que sean ingresados al departamento de urgencias, durante su internamiento y hasta el egreso a su domicilio se brindará la orientación de acuerdo a sus necesidades y entrega de plan de alta por escrito según corresponda, dicho plan estará integrado por los cuidados que el paciente deberá seguir en su domicilio para lograr la continuidad y evitar complicaciones; la capacitación debe ser documentada en la hoja de registros de enfermería, haciendo referencia de quiénes proporcionan la capacitación y quiénes la reciben, de esta manera se tiene la certeza que se van a proporcionar cuidados seguros y de calidad en el hogar.

- a) Plan de alta para paciente diabético;
- b) Plan de alta para paciente hipertenso, y
- c) Plan de alta para paciente cardiópata.

Se deberá realizar una evaluación con la finalidad de identificar áreas de oportunidad para la mejora, del plan de alta, así como la percepción del personal de enfermería y los usuarios (Ver Anexo 5 ); por lo que se sugiere realizar la primera evaluación a los dos, seis meses después de la implementación y posteriormente una vez al año. Para lo cual se proponen dos instrumentos de evaluación dirigidos a los participantes.

ANEXO 1 \_\_. Diagrama de flujo proceso de Alta Hospitalaria.



**ANEXO 2 \_\_. Cronograma de actividades de estrategia de mejora 2020.**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Ene</b>	<b>Feb</b>	<b>Mar</b>	<b>Abril</b>	<b>May</b>	<b>Jun</b>	<b>Jul</b>	<b>Ago</b>	<b>Sept</b>	<b>Oct</b>	<b>Nov</b>	<b>Dic</b>
1. Revisión bibliográfica del tema de interés plan de alta.												
2. Diseño de estrategia de mejora plan de alta.												
3. Presentación del proyecto ante los directivos de la institución de interés.												
4. Capacitación del profesional de enfermería.												
5. Implementación de la intervención.												
6. Evaluación del plan de alta por el profesional de enfermería y satisfacción del usuario.												

**ANEXO 3. \_\_ Guía de referencia para el plan de alta**



**ELABORADO POR:  
ESTUDIANTE DE POSGRADO  
PRISCILA LOPEZ EGUIZA**

## PRESENTACIÓN

El plan de alta es un documento que proporciona información importante e individualizada al paciente y cuidador primario por lo que la presente guía tiene la finalidad que el profesional de enfermería conozca la importancia de dicho plan y pueda establecer una orientación adecuada desde el ingreso del usuario hasta su egreso para favorecer la continuidad de los cuidados en su domicilio y así evitar reingresos continuos o incluso la muerte.

## INTRODUCCIÓN

La planificación del alta es un proceso y no un evento aislado, cuyo objetivo es que en el momento de abandonar el hospital el usuario cumpla con el tratamiento prescrito y con las instrucciones brindadas para evitar eventos adversos y reingresos a corto plazo, por lo cual es necesario facilitar al paciente y familia la información necesaria en el conocimiento de su enfermedad, tratamiento y cuidados a seguir; por lo que, el papel del profesional de enfermería desde el ingreso y hasta egreso será el abordaje integral para la prevención complicaciones, así como la identificación de problemas reales o potenciales que puedan dificultar el procedimiento.

En esta guía se plasmará un panorama general de los cuidados y plan de alta que el usuario deberá realizar en su domicilio, haciendo énfasis en el paciente con enfermedades crónicas siendo el profesional de enfermería el encargado de proporcionar el plan de alta en base a las necesidades encontradas el cual se entregará de forma escrita posterior a la orientación, verificando la comprensión del usuario y familia antes de irse a casa.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Proponer una guía de referencia de plan de alta en una institución pública de atención hospitalaria, para lograr la continuidad del cuidado de los usuarios y familia desde su ingreso hasta el su egreso.

### **Objetivos Específicos:**

- Elaborar un documento que sirva de guía de referencia de plan de alta desde el ingreso hasta su egreso hospitalario.
- Describir como debe ser la orientación que se otorga al usuario ante el egreso para dar seguimiento a los cuidados prescritos.

## Guía de capacitación de plan de alta

### **Marco Normativo**

En nuestro país, la Ley General de salud en el numeral III, establece que, se debe orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

### **El expediente clínico como documento legal**

El expediente clínico es utilizado como un instrumento legal, en el cual las enfermeras tienen que registrar las necesidades y cuidados que el paciente manifieste, ya sean físicas, sociales o morales. Por lo tanto, juega un papel importante con carácter de prueba reconstruida, por lo que es utilizado como evidencia entre el usuario y los prestadores de servicio de salud al permitir evaluar el acto médico.

### **¿Cuáles son los tipos de egreso?**

- Alta por mejoría
- Alta Voluntario
- Alta por Fuga
- Alta por defunción

### **¿Qué es el Plan de alta de enfermería?**

Es un proceso sistemático de valoración y coordinación que facilita la administración de cuidados para la salud y la asistencia social antes y después del alta de paciente.

### **¿Cómo surge?**

A finales de los setentas, que el Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica se dio cuenta que mucho de los pacientes psiquiátricos eran dados de alta sin un seguimiento adecuado lo cual, producía el reingreso como consecuencia de no reconocer problemas tratables tales como la falta de adherencia a los medicamentos, dieta, ejercicio, o a cuidados post alta deficientes; por ello, en 1984, surge en este país el plan de alta de enfermería.

### **¿Cuáles son los objetivos del plan de alta de enfermería?**

- Ofrecer continuidad de la asistencia en el hogar.
- Motivar al paciente en actividades de autocuidado dentro de sus capacidades funcionales.
- Mantener en grado óptimo la actividad física y mental compatible con sus capacidades.
- Disminuir al máximo reingresos por complicaciones secundarias.

### **¿Cuáles son los beneficios del plan de alta de enfermería?**

Existe evidencia documentada de como un **plan de alta estructurado y adaptado** a cada caso, así como su planificación anticipada:

- Reduce discretamente las estadías hospitalarias y la tasa de readmisión
- Mejora el apego al tratamiento recomendado en comparación con la atención habitual.
- Por lo que se sugiere que la información sobre los cuidados en salud al alta hospitalaria del paciente; debe comenzar inmediatamente después del ingreso.

## ¿Cuáles son los factores asociados con reingresos hospitalarios documentados?

### **Asociados al reingreso**

- severidad de la enfermedad.
- comorbilidades.
- Ingresos previos a urgencias u hospitalización.
- sexo masculino
- Ser mayor de 65 años
- Deficiencias en el autocuidado
- Síntomas depresivos
- Bajo nivel socioeconómico

### **Descritos con menor riesgo de reingreso**

- Intervención quirúrgica
- Parto

## **¿Cuál es el son las intervenciones de la enfermera ante el alta hospitalaria?**

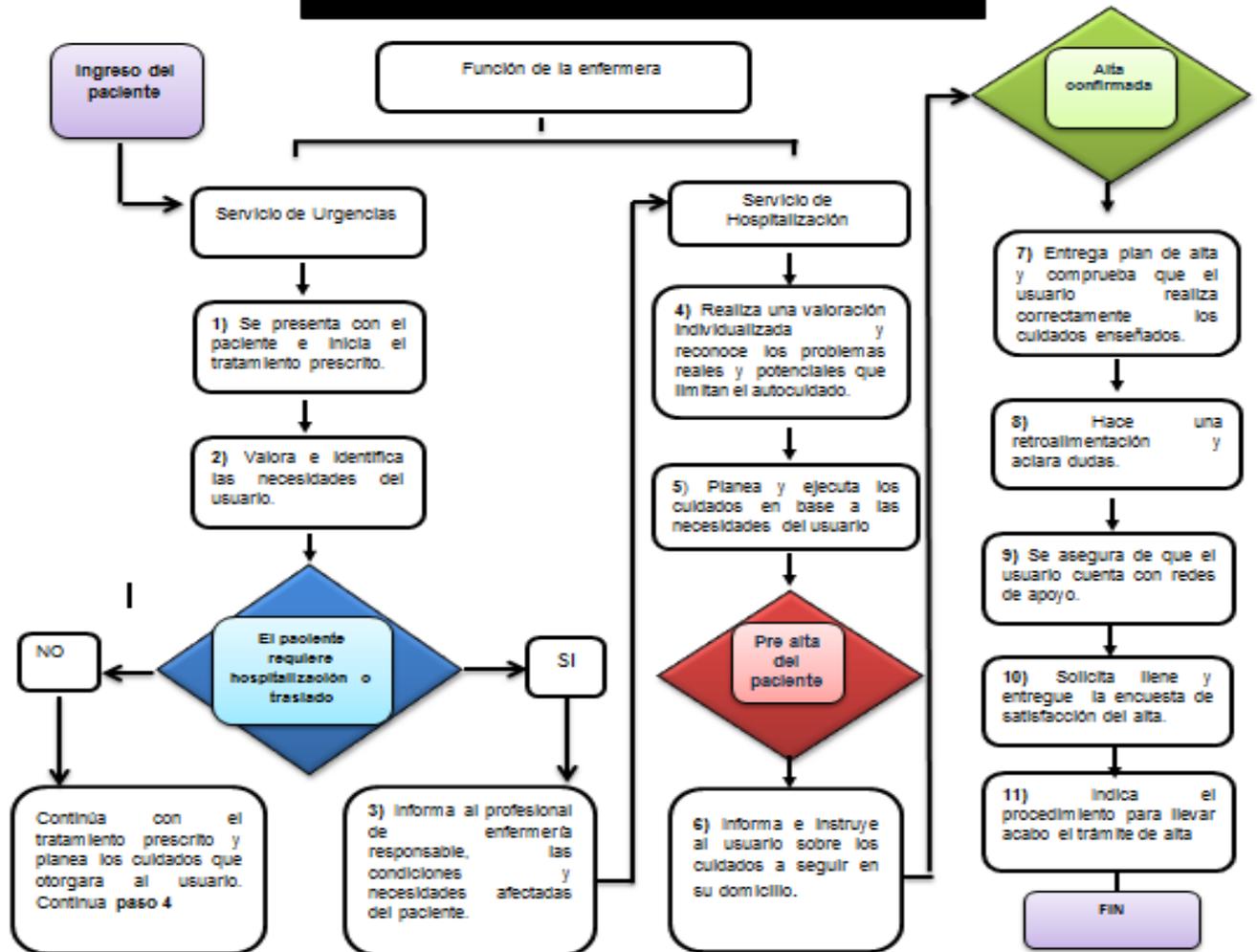
Cuando el alta hospitalaria está próxima la enfermera a cargo del paciente debe comenzar con el proceso de educación para la salud en autocuidados tanto para el paciente como para sus cuidadores de acuerdo a las necesidades y riesgo de reingreso que se presenten.

### **Intervenciones de enfermera gestora ante el alta hospitalaria**

- Identificar las posibles altas que a corto plazo están pendientes de generarse durante la hospitalización.
- Detectar las necesidades de ayuda complementaria de carácter social, psicológico, emocional y/o espiritual que no cubiertas que dificultan el cumplimiento del tratamiento y las instrucciones al alta.
- Considerar los factores en el ámbito personal, familiar, hábitos de vida, diagnósticos, tratamiento y otras consideraciones que puedan modificar la evolución tras el alta.
- Priorizar su atención en los pacientes con mayor riesgo de Descompensación y/o reingreso.
- Promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables, implicando siempre al cuidador y/o familia.

- Orientar al usuario y familia sobre el tratamiento a seguir y la importancia de no suspenderlo, interacciones farmacológicas, uso racional de medicamentos, sobre las actividades diarias que puede retomar, así como instruir en la identificación de signos de alarma y cuidados especializados.
- Fomentar el uso de redes de apoyo en los usuarios que así lo requieran.
- Reevaluar la adherencia del usuario al tratamiento de forma periódica.

## DIAGRAMA DE FLUJO PROCESO DE ALTA HOSPITALARIA



## Instrumento de Estratificación del Riesgo de reingreso Hospitalario.

CRITERIOS	PUNTUACIÓN	
1. Estancias superiores a 20 días, 3 o más reingresos o repetidas visitas a urgencias.	1	0
2. Presenta comorbilidades asociadas o severidad de la enfermedad.	1	0
3. Presenta alto nivel de dependencia o limitación para moverse.	1	0
4. Pertenece al género masculino	1	0
5. Requieren manejo multidisciplinario y de diferentes ámbitos asistenciales.	1	0
6. Presenta déficit del autocuidado, manejo terapéutico o de adaptación inefectivo de su padecimiento.	1	0
7. Su entorno social o familiar no es favorable.	1	0
8. No cuenta con red de apoyo.	1	0
9. Su nivel socioeconómico es bajo	1	0
10. Necesita de cuidados complejos.	1	0
11. Pacientes con necesidades de cuidados paliativos.	1	0
12. Es menores de 2 años o mayor de 65 años.	1	0
13. Requieren de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.	1	0
14. Necesita gestión del suministro de material sanitario/ aparataje especial.	1	0
15. presenta deterioro de la integridad cutánea, úlceras, heridas que requieren cuidado continuo.	1	0
16. Porta sondas, catéteres u otros dispositivos.	1	0
17. Requiere de nutrición enteral y porta ostomías.	1	0
18. Presenta síntomas depresivos.	1	0

Fuente: de elaboración propia de acuerdo a bibliografía consultada

### RIESGO

Clasificación	Puntuación
Alto Riesgo	13-18
Mediano Riesgo	7-12
Bajo Riesgo	0-6

**¿Cuáles son los problemas comunes que requieren de la intervención de enfermería durante la planificación del plan de alta?**

Movilidad de la persona



Medicación



Tratamientos respiratorios

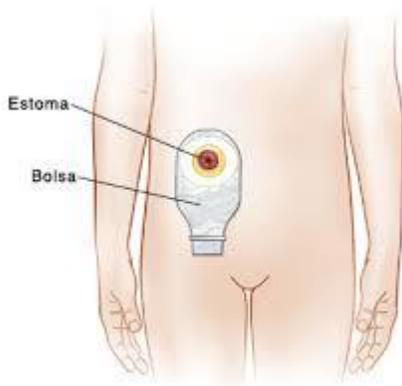


Cuidados de heridas

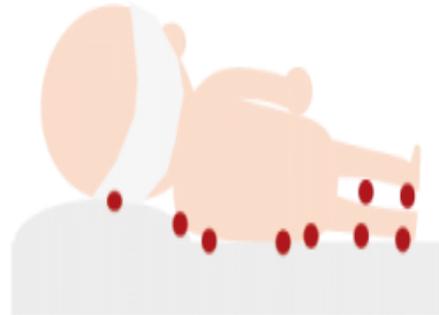


**¿Cuáles son los problemas comunes que requieren de la intervención de enfermería durante la planificación del plan de alta?**

Cuidado de estomas



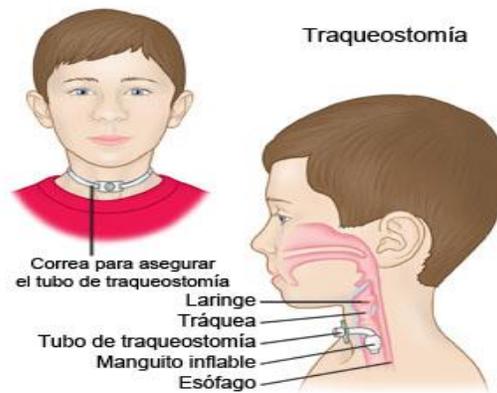
Prevención de úlceras por presión



Alimentación por sonda



Cuidados de traqueostomía



## ¿Cuáles son los temas en que puedo dar orientación?

- Alimentación
- Higiene
- Actividad ejercicio físico
- Tratamiento respiratorio si amerita en domicilio
- Medicación
- Signos y síntomas de alarma
- Problemas del movimiento
- Cuidados de colostomías.
- Cuidados de heridas
- Prevención de úlceras por presión
- Cuidados de traqueostomía
- Alimentación por sonda de gastrostomía
- Otras recomendaciones que se considere necesarias en base a las necesidades encontrada.

## ALIMENTACIÓN

El plan de alimentación para las personas sanas es aquel que el individuo suele realizar cotidianamente y que le permite la preservación de la salud.

- El plan alimentario personal se realiza considerando que, la alimentación es el aporte a la persona de los nutrimentos necesarios para su crecimiento, desarrollo y funcionamiento adecuado.
- Ser un satisfactor emocional a través de la selección y preparación de los alimentos, del consumo de la comida, por su sabor, color, olor, textura y presentaciones agradables.
- Realizarse en un clima agradable, dando tiempos específicos, sin tensiones y permitiendo la convivencia humana.

Para integrar una alimentación recomendable deben ser aplicados los principios básicos de combinación, variación e higiene de los alimentos en la preparación de las comidas, en el marco cultural de cada región.

### **Objetivos del manejo nutricional**

- Mantener el estado de nutrición óptimo para las circunstancias fisiopatológicas del individuo.
- Corregir las deficiencias nutricias que existan.
- Lograr que la persona obesa y/o desnutrida alcance el peso saludable y lo mantenga. Evitar la pérdida de peso.
- Proveer descanso fisiológico al órgano afectado (en caso necesario).
- Aportar la energía y los demás nutrimentos que requiere el organismo en cantidad suficiente.
- Brindar orientación alimentaria al individuo y su familia. Se recomienda que esta sea centrada en la persona, orientada al cambio en la conducta, realista y medible.

- Ofrecer una alimentación sensorialmente atractiva.
- Procurar que las comidas se realicen en un lugar especial y acompañados, de preferencia en familia o con el grupo al que la persona pertenece.



### **Orientación alimentaria al paciente y su familia**

La orientación alimentaria es una herramienta para la prevención y/o tratamiento de enfermedades relacionadas con la alimentación. Se basa en elementos tanto de tipo nutricional como educativos, de comunicación, psicológicos, e idealmente deben tomarse en cuenta todas las esferas que conforman al ser humano, biológica, psicológica y social.

La orientación alimentaria se emplea tanto a nivel comunitario como individual, como un medio para el fomento de hábitos de alimentación correctos en la población sana. En las personas que por su patología, requieren de un plan de alimentación específico, se busca la modificación de algunas de sus prácticas de consumo de alimentos.

La labor del personal de salud es ardua, ya que la modificación de hábitos representa un reto debido a que suelen estar muy arraigados y presentan varios factores de influencia y resistencia, que en muchas ocasiones dificultan el cambio. Son elementos indispensables para la orientación alimentaria la claridad en el manejo de la información, la práctica y paciencia.

## TRATAMIENTO RESPIRATORIO

Muchos pacientes con enfermedades respiratorias y padecimientos requieren cuidado en el hogar. Entre dichos pacientes se incluyen aquellos con bronquitis crónica o enfisema, asma, entre otros; los cuales, requieren tratamientos respiratorios periódicos con inhaladores, nebulizadores y algunos enfermos que necesitan oxígeno en casa. Las medidas de seguridad para las enfermedades o padecimientos respiratorios incluyen la limpieza y almacenamiento seguro del equipo, su uso seguro, para evitar explosiones y fuego por el oxígeno. La limpieza y el almacenamiento seguro se realizan a menudo con agua potable. Cada fabricante tiene recomendaciones acerca de la frecuencia de la limpieza y los tipos de sustancias químicas y productos de limpieza por utilizar.

La oxigenoterapia en el hogar representa un riesgo de seguridad específico. Así mientras que el oxígeno no es inflamable, su presencia aumenta la velocidad y el tamaño del fuego de la forma explosiva por lo que la seguridad contra incendios es fundamental. Los pacientes y la familia necesitan instrucción amplia en el mantenimiento de las llamas abiertas (velas, fuego de cocina, y materiales para fumar), la distancia a la fuente de oxígeno y el paciente cuando utiliza el oxígeno. Ya que de no seguir las recomendaciones puede presentarse un incendio de la casa, quemaduras graves y muerte.

Por lo anterior, se recomienda a los pacientes y familias colocar letreros con la leyenda de “No fumar” en la entrada principal para alertar a los visitantes antes de entrar. Si es posible, los pacientes deben tener o estar provistos de extintores de incendios para proporcionar un nivel adicional de seguridad.

## MEDICACIÓN

Una persona a quien le han diagnosticado una enfermedad o está hospitalizada puede estar confusa en el seguimiento del tratamiento. Los medicamentos que tomaba antes de la admisión en el hospital no son los mismos en el alta y a menudo se les entrega una lista de lo que deben tomar sin darle previamente una explicación detallada. Esto crea confusión y podría contribuir a un error.

Entre los tipos de errores de medicación específica para los cuidados al hogar se incluye la toma de la dosis equivocada, la cantidad u omisión de medicamentos, o tomar un medicamento no indicado; del mismo modo, cuando los medicamentos tienen nombres que se parecen o se oyen iguales. Otros tipos de errores incluyen seguir tomando un medicamento después de que ya sea caducado, también para ahorrar costos, los pacientes pueden tratar de hacer que sus prescripciones duren más, por lo que cortaran las pastillas por la mitad o reducirán el número de dosis que toman en un día, y algunos. Muchas veces estos errores se producen por falta de conocimiento de los pacientes o por errores en la transcripción de las indicaciones.

La polifarmacia es una de las principales causas de errores de medicación en el ámbito de atención en el hogar, definida como la ingesta de cinco o más medicamentos. La ingesta de múltiples medicamentos coloca a los pacientes en riesgo de sufrir efectos adversos; además de hacer más confusa la ingesta y la administración.

Los pacientes pueden dejar de tomar sus medicamentos por una variedad de razones: el costo, el temor de los efectos secundarios, problemas visuales, dificultades para leer una etiqueta, dificultades cognitivas. A veces los pacientes interrumpen sus medicamentos porque se sienten mejor y creen que ya no necesitan seguir tomando su prescripción.

El adulto mayor es el grupo de población con mayor riesgo de experimentar efectos adversos de los medicamentos. El incumplimiento, la automedicación, la poli patología y la polifarmacia son particularmente comunes en estas edades y modifican el efecto de los medicamentos. A su vez el envejecimiento puede alterar el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de muchas sustancias y hacer a los mayores más susceptibles a los efectos negativos de los medicamentos.

Las intervenciones de enfermería deben incluir la enseñanza al paciente y al cuidador para realizar y mantener actualizado en cuadro de ingesta de medicamentos con nombre comercial y genérico, dosis y horario. Esto es una herramienta educativa muy útil cuando el paciente debe tomar varios medicamentos en distintos momentos del día; el cual debe mantenerse actualizado durante la visita al médico y retirar aquellos que sean suspendidos.

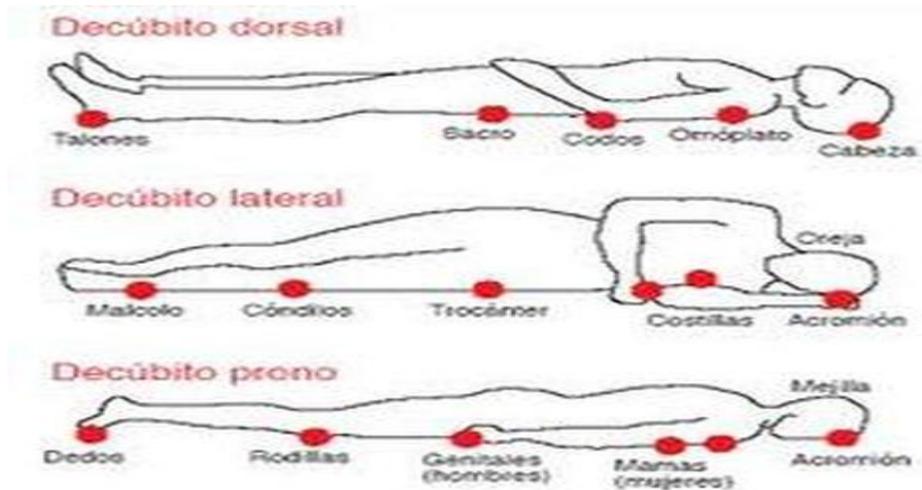
Es útil guardar los medicamentos que se suspendieron y solo mantener al alcance los que se deben de tomar actualmente; además es recomendable mantener el cuadro en un lugar común como la puerta de refrigerador, para que sea accesible a todos en una situación de emergencia. Dicho cuadro se bene escribir en letras grandes de color azul o negro sobre papel blanco para facilitar la visión de un adulto mayor. Para los pacientes que no pueden leer, puede ser útil pegar una muestra de cada pastilla y su nombre en el cuadro.

### **Orientación sobre la medicación**

- Se debe dar los medicamentos a la hora indicada, la dosis prescrita verificando la fecha de caducidad.
- Si el paciente tiene instalada una sonda nasogástrica o gastrostomía romper la capsula. Si son pastillas triturarla y poner su contenido en un vaso y diluirlas con poca agua (30ml) al dárselas y después enjuagar la sonda como se le indico.
- Establecer horarios para la toma de medicamentos junto con el paciente.



## PROBLEMAS DEL MOVIMIENTO



- Se debe Cambiar de posición a la posición al paciente cada dos horas manteniendo posturas adecuadas.
- Proteger con almohadillas las zonas de presión (rodillas, tobillos, codos, nuca orejas, cadera) para evitar úlceras.
- Realizar ejercicios de los arcos de movimiento, girar brazos y piernas cuidadosamente en forma circular, y si el paciente no puede realizarlo solo que lo haga con apoyo del familiar hasta donde sea posible.
- Mantener la cama limpia, cómoda y sin arrugas para evitar la lesión de la piel.
- Ayudar al paciente a moverse fuera de la cama por ejemplo: moverlo de la cama a la silla o un sofá, vigilarlo constantemente para evitar riesgo de caídas.
- Apoyar a la persona en sus actividades de la vida diaria; baño vestido, alimentación, peinado, ir al baño, corte de uñas, lavado de dientes, lavado de manos.
- Mantener la integridad de la piel, conservándola limpia y seca.
- Bañar al paciente con jabón suave y agua tibia.
- Untar algún tipo de crema o aceite en la piel.

## CUIDADOS DE COLOSTOMÍA

Pasados cuatro o cinco días de la intervención quirúrgica debe valorarse la posibilidad de iniciar la educación para el cuidado de la ostomía. Es preciso reforzar la información que se ofreció al paciente en el preoperatorio. La educación va dirigida al propio ostomizado y en la medida que él lo permita, a su familia. Tiene que ser lo más clara posible de manera que pueda alcanzar la mayor autonomía posible en sus cuidados: la higiene, la elección del dispositivo, los hábitos alimentarios, el vestuario, la vida social y laboral y el regreso a sus actividades cotidianas.

El objetivo es favorecer la aceptación de su estoma y promover la autonomía en su entorno familiar y social. Habrá que tener en cuenta: Visualización del estoma: es importante el primer contacto visual con el estoma para realizar los cuidados



El aprendizaje de la higiene del estoma será progresivo: Retirada del dispositivo: explicar al paciente que debe retirar el dispositivo desde arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar estirla.

- Antes de retirar la bolsa hay que vaciarla en el inodoro, si la deposición es líquida, o directamente en la misma bolsa, si la deposición es compacta, y la bolsa/placa se eliminan directamente en la basura envuelta en papel de periódico o bien en una bolsa de plástico. Se recomienda vaciar la bolsa varias veces durante el día cuando se encuentre llena en su tercera parte.
- Para realizar la limpieza del estoma y zona periestomal: enseñar a realizar la higiene del estoma y de la piel periestomal en cada cambio de dispositivo; utilizar una esponja suave, jabón neutro y agua, limpiar la piel con movimientos circulares desde dentro hacia fuera y secar la zona suavemente con pañuelos de papel sin frotar, pero asegurándose de que quede completamente seca, al tiempo que se observa el estado de la piel.
- Se debe medir del diámetro de la estoma: antes de aplicar el siguiente dispositivo hay que saber con exactitud la medida de la estoma para poder ajustar el adhesivo lo máximo posible y así prevenir irritaciones cutáneas.
- Alimentación: no es preciso que la persona ostomizada haga un régimen alimentario estricto si con anterioridad a la intervención quirúrgica no lo seguía. Seguirá la alimentación prescrita por el cirujano durante el postoperatorio, pero posteriormente podrá ir incorporando nuevos alimentos según la tolerancia. Existen una serie de recomendaciones:
  - ✓ Comer a horas regulares.
  - ✓ Masticar bien los alimentos.

- ✓ Seguir una dieta equilibrada. Mantener una ingesta hídrica adecuada, especialmente las personas portadoras de una ileostomía y más en periodos de verano por el mayor riesgo de deshidratación. Ir introduciendo progresivamente nuevos alimentos en la alimentación diaria para poder comprobar la tolerancia.
  - ✓ Se deben incorporar los derivados lácteos con cierta prudencia y siempre que las deposiciones sean lo más compactas posibles.
  - ✓ En caso de diarrea se eliminarán de la dieta. Es más aconsejable que las personas portadoras de una ileostomía sigan una dieta astringente, sin llegar a ser muy estricta, pero siempre teniendo como referencia la tolerancia y la apetencia.
  - ✓ Hay alimentos, como son la cebolla, los ajos, los espárragos, las coles y las bebidas gaseosas, que aumentan la formación de gases y con ello el olor de la deposición. No se pretende que los eliminen de sus dietas, pero sí que sepan reconocerlos para ingerirlos con mayor precaución. Cuidados pre y postoperatorios de las derivaciones intestinales.
  - ✓ Por el contrario, existen algunos alimentos que ayudan a disminuir el olor de las heces, como son el yogur, la mantequilla, el perejil, etc.
- Actividad laboral: una vez que se ha superado el periodo de convalecencia es interesante que pueda incorporarse a su actividad laboral en la medida que su salud se lo permita.

- Actividad social, viajes, deporte y ocio: la persona portadora de una ostomía que se siente recuperada no tiene por qué limitar los viajes, pero es preciso que conozca unas recomendaciones básicas y que siempre lleve consigo el material necesario para el cuidado de dicha ostomía. Dependiendo de las zonas donde se desplace se aconseja tener cuidado con el agua. Se evitarán las actividades que comprometan el estoma, aunque por ejemplo se puede seguir con el deporte que se realizara antes de la intervención, siempre y cuando éste no requiera un gran esfuerzo abdominal.

Aspectos recomendables para comentar en el momento del alta son: Aconsejar cortar el pelo alrededor del estoma con tijeras, nunca con maquinilla, para facilitar la adherencia del dispositivo.

No se deben emplear los aceites o cremas hidratantes en la zona de la estoma, ya que pueden dificultar la adherencia del dispositivo. Explicar que el diámetro de la estoma en los primeros meses después de la intervención se reduce, por lo que es aconsejable medir siempre la estoma antes de colocar el siguiente dispositivo.

Es importante informar al portador de una ostomía de que tiene que realizar un tacto con el dedo meñique o índice a través de la estoma cada dos o tres semanas para mantener el buen caudal de la estoma.

Se debe advertir sobre los alimentos que dan un olor característico a las heces (u olor más intenso y desagradable), como los espárragos, los ajos, las cebollas, algunos pescados, etc.

Recomendar evitar el sobrepeso para que no se dificulte la colocación del dispositivo. El ejercicio físico es beneficioso para la salud, pero hay que evitar algunos deportes como el kárate o el boxeo por el riesgo de dañar la estoma.

Cuando el paciente se duche puede hacerlo con o sin bolsa, pero siempre que se bañe en el mar o la piscina utilizará la bolsa. Evitar las prendas ajustadas. Abordar

el tema de la sexualidad y recomendar una consulta con el cirujano, el urólogo o el ginecólogo en caso de problemas.

Es esencial dar las recomendaciones necesarias para poder seguir una vida normal (trabajo, ocio, viajes, etc.) recalcando la importancia de llevar, siempre que salga de casa, el material preciso para cambiarse en caso de fugas u otras incidencias. Exponer de manera muy sencilla aquellas complicaciones más habituales de la estoma y de la zona periestomal.

Explicarle los signos de alarma y que frente a cualquier cambio repentino en el tamaño, color o aspecto la estoma, olor, aparición de problemas en la piel o el pio estoma, solicite una consulta con el médico.

El paciente deberá tener en cuenta lo que ha aprendido en el hospital y conocer el manejo de los dispositivos empleados, para lo cual puede ser conveniente proporcionarle el material necesario para los primeros días.

El paciente puede bañarse o ducharse con la bolsa puesta o quitada. No es recomendable utilizar aceites o cremas de baño porque dificultan la adherencia de los dispositivos. Cuidados pre y postoperatorios de las derivaciones intestinales en algunas ocasiones, al llevar a cabo la higiene del estoma es posible que aparezca un escaso sangrado. Esto se considera normal, puesto que la estoma está muy vascularizada. Si el sangrado fuera frecuente se tiene que consultar con el especialista. El dispositivo ha de desecharse envuelto en papel fuerte y dentro de una bolsa de plástico.

Para el cambio del dispositivo Las bolsas se cambiarán o vaciarán cuando tengan llenos dos tercios de su capacidad. El dispositivo se tiene que despegar con suavidad, de arriba hacia abajo, siempre protegiendo la piel alrededor del estoma. Nunca se arrancará. Para colocar el dispositivo correctamente debe ajustarse el borde inferior del diámetro del disco o de la bolsa a la estoma. La frecuencia del cambio dependerá del tipo de ostomía. No es recomendable que los cambios se lleven a cabo después de las comidas porque pueden aparecer más descargas que los dificulten.

**Características de los dispositivos** Existen varias clases de dispositivos: Cerrados con filtro. Abiertos con filtro. Sistemas de una pieza. Sistemas de dos piezas. Bolsas de urostomía con válvula antirreflujo.

**Consejos dietéticos** Se puede continuar con la dieta habitual. El hecho de tener una estoma no implica que se deba llevar ninguna dieta específica si antes de la intervención no se hacía, aunque es recomendable evitar bebidas y alimentos que aumenten la producción de gases, como las cebollas, el repollo, los guisantes, las legumbres y las bebidas gaseosas.

**Recomendaciones** Es necesario que el paciente lleve siempre consigo un dispositivo y el material necesario para realizar la higiene por si tuviera que cambiarse fuera del domicilio. Asimismo, tendrá que conocer el diámetro de su estoma, el dispositivo y el nombre del protector cutáneo en caso de utilizarse.

## CUIDADOS DE HERIDAS

- Realizar curación si procede (como se enseñó en el hospital) Observar si existen cambios en la herida cada vez que se hace la curación: enrojecimiento, inflamación dolor, aumento de la temperatura en la zona presencia de secreción. Si existe informar al médico.
- Cuidados del sitio de la herida (bañarse de forma que limpie y cuide la zona de la herida y realizar curación de acuerdo a lo indicado en el hospital.
- Cambiar las gasas según la cantidad de líquido que drene la herida.
- Desechar el material de curación en una bolsa especial para ello.
- Acudir al retiro de puntos en la fecha señalada en el carnet.
- Acudir a consulta puntualmente.



## CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA



La traqueotomía es una intervención quirúrgica que consiste en realizar un pequeño orificio en el cuello, para comunicar la tráquea con el exterior y permitir la entrada de aire a los pulmones.

- Su dieta debe ser normal, rica en fibra, de fácil deglución, bebiendo abundantes líquidos evitando así el estreñimiento. Si padece alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, colesterol, etc.) deberá llevar el tipo de dieta recomendada por su médico. Puede tener más aerofagia (eructos, gases).
- Debe ducharse o bañarse a diario evitando siempre que el agua le llegue a la estoma. Se aconseja mejor ducha que baño (para evitar la entrada de agua durante la ducha incline la cabeza mirando al suelo)
- Debe tener precaución para que no entre jabón o espuma por la estoma, y durante el afeitado deberá controlar que no penetren ni pelos ni perfumes en él. Se recomienda afeitarse con maquinilla eléctrica.
- No olvide la higiene de las fosas nasales y de la boca al menos después de las comidas principales. Realizar visitas periódicas al dentista.
- Recuerde lavarse las manos antes y después de sus cuidados de la cánula y de la estoma.

- Podrá vestir como siempre teniendo en cuenta que las camisetas, camisas, jerséis, corbatas y pañuelos no le opriman en la zona de la cánula
- Prepare y lleve siempre consigo el kit de limpieza.
- Antes de iniciar el cuidado de la estoma debe lavarse las manos con agua y jabón. La piel alrededor de la estoma se limpiará siempre que sea necesario y al menos dos veces al día, con agua jabonosa, suero fisiológico y gasas; es importante mantener limpia y seca la piel para evitar la maceración de la zona, una vez limpia la piel cambiará el apósito de la estoma.

Se debe cambiar la cinta que fija la cánula al cuello y la cánula interna. La cinta que fija la cánula al cuello la tendrá que cambiar siempre que se ensucie y se puede reutilizar lavándola con agua y jabón neutro. Es importante que la cinta se mantenga en buen estado para evitar una salida accidental de la cánula (revisar los velcros). La cinta no debe ir ni muy apretada porque puede producir heridas ni demasiado floja porque entonces la cánula se puede mover, puede dañar la mucosa y además salirse de forma accidental. La medida óptima para la fijación de la cinta es que su dedo pueda meterse sin dificultad entre la cinta y el cuello. La parte de la cánula que requiere de su limpieza es la cánula interna por lo que recomendable limpiar ésta al menos tres veces al día y en caso de que haya muchas secreciones tantas veces como sea necesario. Se limpiará con agua caliente y jabón neutro.

**En caso de presentar signos de alarma deberá de acudir a urgencias o con su médico tratante.**

- Dificultad respiratoria (sudoración, asfixia, presencia de tapón mucoso, etc.).
- Si la estoma está muy enrojecido, inflamado y presenta mucho dolor.
- Si hay cambio en el color y olor de las secreciones.
- Si saliese alimento por el estoma (no siga comiendo)

## ALIMENTACIÓN POR SONDA DE GASTROSTOMÍA

La gastrostomía es la colocación de una sonda en el estómago para la alimentación, y actualmente es la técnica más utilizada. Se realiza en pacientes que no pueden alimentarse por vía oral, por ejemplo, aquellos con trastornos neurológicos y disfunción de la deglución. También está indicada para descompresión gástrica en los pacientes que no pueden llevar sonda nasogástrica o en pacientes con elevado riesgo de complicaciones pulmonares. Por lo que el usuario deberá seguir las recomendaciones prescrita por la enfermera de la Unidad de salud responsable del paciente, en cuanto a tomas, duración e hidratación y limpieza de la sonda.

La gastrostomía se considera madura y cicatrizada transcurridos unos catorce días desde su colocación. La limpieza de la estoma se realizará diariamente con agua y jabón neutro con movimientos circulares desde la estoma hacia fuera; girar la sonda en el sentido de las agujas del reloj y hacia arriba y hacia abajo para favorecer la tunelización.

### **Precauciones que debe seguir antes, durante y al término de la alimentación por sonda de gastrostomía.**

- Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos de la misma en el estómago.
- Evitar la alimentación si los residuos en ese momento son abundantes.
- Proporcionar la alimentación en forma líquida cuidando su consistencia para evitar que se tape la sonda.
- Seguir la dieta sugerida.
- Evitar que entre aire en el estómago (darle la alimentación como se enseñó en el hospital).
- Mantener al paciente en posición sentada durante la comida, hasta 30 minutos después de esta.
- Enjuagar la sonda con 30 mililitros de agua hervida para limpiar los residuos de comida que pudieran quedar, para evitar que se tape la sonda.
- Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vomito.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto con la sonda y secar perfectamente todos los días.

## **ESTRATEGIA PLAN DE ALTA EN ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES**

- a. Plan de alta para paciente diabético
- b. Plan de alta para paciente hipertenso
- c. Plan de alta para paciente cardiópata

---

## **Plan de alta en el paciente diabético**

---

La diabetes es una enfermedad en la que los niveles altos de glucosa afectan el funcionamiento de todo el organismo. La diabetes puede tener consecuencias a corto y largo plazo que afectan la calidad de vida de las personas que la padecen.

Existen muchas acciones que ayudan a su control y a la prevención de las secuelas. El paciente es la parte principal del tratamiento y su participación es indispensable para el control adecuado de la enfermedad. Por lo tanto, debe conocer su enfermedad, su manejo y sus metas.

La dieta, el ejercicio y un estilo de vida saludable facilitan el control de la diabetes y son la piedra angular del tratamiento. Ningún medicamento tendrá el efecto deseado sin una dieta o ejercicio adecuados. El tratamiento debe adecuarse a cada paciente y a su estilo de vida.

La comunicación con el médico facilita el ajuste del tratamiento, mientras que el control diario con el automonitoreo y la bitácora permiten al paciente tomar decisiones en su vida diaria.

Formar hábitos nuevos le hará más fácil lograr el control de su enfermedad: establecer horarios para los alimentos, ejercicio y medicamentos es importante. Aprender sobre su enfermedad le ayuda a resolver problemas y mejorar sus niveles de glucosa. Entre más rápido aprenda a controlar su enfermedad mejor será su salud en este momento y en el futuro.

## **Alimentación**

El objetivo de la dieta además de controlar sus niveles de glucosa, es mantener un peso ideal para prevenir el desarrollo de otras enfermedades.

El control de la diabetes depende en gran parte de los alimentos que consume, no solo de su cantidad, sino también su calidad. Al momento de ser diagnosticado con diabetes, se recomienda ser valorado por un nutriólogo o un especialista en dietas para personas con diabetes. Los datos que usted debe obtener en esta valoración son cuántas calorías debe de tener su dieta, número de porciones y alimentos que puede consumir y cuales debe sustituir.

Se sugiere elaborar una lista cuando haga sus compras y solo compre lo que necesita, así como evitar alimentos prohibidos en su despensa.

Programe sus actividades, salidas, vacaciones y festividades de manera que no tenga que romper su dieta elija platillos saludables cuando coma fuera de casa, tomando en cuenta el tamaño de las porciones y los alimentos permitidos, siga un horario para comer.

En caso de tener dudas consúltelas con su médico y busque alternativas en su alimentación, como recetas nuevas o más agradables.

## Actividad Física

La práctica de ejercicio físico incrementa la tolerancia a la glucosa y produce una rápida y mejor utilización de ésta, ayuda a mejorar el control de los niveles de glucosa, a controlar el peso y a lograr las metas de salud. Mantenerse activo lo llenará de energía y lo hará sentirse mejor, sin embargo, debe tener en cuenta que antes de empezar cualquier rutina de ejercicio deberá ser valorado por un médico para que sea adecuada con su condición física, edad, estado general de salud, tolerancia al ejercicio y gusto personal.

- Es fundamental realizar con frecuencia autocontroles de glucemia para adquirir experiencia sobre la respuesta de nuestro organismo al ejercicio físico y a las variaciones de la glucemia, así como Es importante adaptar la dieta y la medicación a la actividad física que va a realizarse.
- Los ejercicios y deportes que precisan un esfuerzo mantenido también son muy adecuados para las personas con diabetes, ya que no precisan de un consumo brusco de energía.
- El ejercicio debe ser de preferencia de tipo aeróbico: caminata, natación, ciclismo, baile; se recomienda hacer un mínimo de 30 minutos de ejercicio 3 veces por semana o más si es posible y en caso de estar indicado.
- Recuerde empezar con ejercicio ligero y aumente progresivamente cada semana hasta tolerar una rutina completa. Por ejemplo: inicie con 10 minutos 3 veces por semana y aumente 5 minutos a su rutina cada semana hasta llegar a la meta propuesta, sin embargo es importante poner metas que pueda cumplir y llevarlas a cabo.
- No sobrepase el tiempo ni la intensidad del ejercicio que se le ha indicado. El ejercicio excesivo puede ser tan dañino como una vida sedentaria, sobre todo en personas con diabetes, ya que pueden tener alteraciones graves en los niveles de glucosa.
- Busque un ejercicio que le agrade realizar para que aumente el interés por hacerlo.

- Consiga el equipo y vestimenta adecuados para cada tipo de ejercicio. Especialmente cuide que sus zapatos sean adecuados y no afecten a sus pies.
- Revise sus niveles de glucosa antes y después del ejercicio para asegurar que se encuentre en niveles normales.
- Evite hacer ejercicio intenso en ayuno o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su rutina.
- Las personas que se administran insulina deben hacer ejercicio después de haber ingerido alimentos, si practican actividades físicas severas y prolongadas, tales como deportes de resistencia, deben realizar un ajuste en su tratamiento diabético y monitorizar la glucemia antes, durante y después del ejercicio.
- Es fundamental realizar con frecuencia autocontroles de glucemia (y cuerpos cetónicos en caso necesario) para adquirir experiencia sobre la respuesta de nuestro organismo al ejercicio físico y a las variaciones de la glucemia.

## **Medicación**

El tratamiento actual del enfermo diabético exige un abordaje múltiple, dirigido no sólo a ajustar en lo posible los niveles de glucemia de forma permanente, sino a prevenir y a tratar la constelación de alteraciones metabólicas, así como las complicaciones, que tan frecuentemente surgen en el curso de la enfermedad. Este tratamiento se basa, lógicamente, en la dieta ajustada a las necesidades vitales de cada persona, en la insulina, y en los diversos fármacos orales que, por uno u otro mecanismo, consiguen reducir los niveles de glucemia.

Los medicamentos para controlar los niveles de glucosa son un complemento del tratamiento para las personas con diabetes. La base de su control es la dieta y el ejercicio. Ningún medicamento logra un control de la glucosa si no hay cambios en el estilo de vida.

A continuación se describen los fármacos hipoglucemiantes.

**Fármacos que disminuyen la absorción de hidratos de carbono** por inhibición de las enzimas alfa-glucosidasas intestinales, inhibiendo el desdoblamiento de los disacáridos en monosacáridos.

### **Fármacos que actúan sobre los niveles de insulina**

La insulina se caracteriza por actuar rápidamente y durante un período corto. Se prepara en solución cristalina, que puede ser inyectada por cualquier vía, incluida la intravenosa.

**Sulfonilureas:** Tienen la acción secretagoga de la insulina en el páncreas, mejoran la potenciación de la acción de la hormona en los tejidos.

**Meglitinidas:** Actúan de la misma manera que las sulfonilureas, pero se unen en otras zonas.

**Metformina** tiene efectos favorables sobre los lípidos, con reducción de los triglicéridos, LDL y colesterol total.

**Tiazolidinadionas o glitazonas:** Reducen la resistencia a la insulina, preferentemente en tejidos periféricos, grasos y musculares, aunque también hepático, inhibiendo la gluconeogénesis hepática.

**Fármacos que reducen la absorción de glucosa en el intestino:** La fibra dietética es un conjunto de sustancias de origen vegetal que no pueden ser digeridas por el tracto digestivo humano.

### **Recomendaciones que debe seguir**

- Tome sus medicamentos en el horario establecido y en la cantidad.
- Lleve consigo una lista de los medicamentos que toma y sus horarios por si debe tomarlos fuera de casa o referirlos a un médico. Ver Figura 1.
- Pregunte a su médico todas sus dudas sobre el medicamento: para qué sirve, cómo debe tomarlo en ayuno o con alimentos, si puede combinarse con otros medicamentos, en qué orden debe tomarlos, que sucede si no lo toma.
- Debe indicar a su médico todos los tratamientos que lleva para que él pueda prevenir interacciones y efectos adversos.
- No tome medicamentos ni remedios que no le han sido indicados por un profesional de la salud.
- Si debe tomar varios medicamentos puede serle útil un pastillero para colocarlos sin que se le olviden.
- Si le cambian la dosis o tipo de medicamento debe llevar un control más estricto de sus niveles de glucosa y registrarlos en una bitácora para que su médico pueda saber cómo respondió al manejo y cuál será el ajuste necesario que se debe hacer en caso de que tenga problemas.

**Figura 1. Ejemplificación de listado de medicamentos prescritos**

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	OBSERVACIONES
Insulina de acción intermedia	30UI Y 18UI	30 min antes del desayuno y 30 min antes de cenar	No aplicar si no se consumen alimentos

**Figura 2. Registro de niveles de glucosa.**

Fecha	Hora	Glucosa capilar	Observaciones
8 de marzo 2020	8:00 am	230mg/dl	Se administró insulina

### **Complicaciones debidas al descontrol de la glucosa**

- Se sabe que con el tiempo la diabetes descontrolada lleva a complicaciones importantes: Problemas renales, problemas visuales, alteraciones en el funcionamiento de los nervios, alteraciones en la circulación sanguínea.

- Todas estas complicaciones crónicas pueden años en presentarse pero llevan a discapacidad, menor calidad de vida e incluso a la muerte. Afortunadamente estas complicaciones pueden prevenirse o retrasarse.
- Si usted logra controlar sus niveles de glucosa con el tratamiento quiere decir que usted tiene una diabetes controlada, no que la diabetes ha desaparecido. Una vez que se le diagnostica diabetes, el tratamiento debe continuar de por vida.
- Entre mejor control tenga de sus niveles de glucosa menor será el riesgo de complicaciones crónicas.

### **Recomendaciones adicionales**

- Comente con los que le rodean que está bajo tratamiento médico para que le puedan ayudar en caso necesario.
- Tenga siempre a la mano una identificación, el teléfono de un hospital o de su médico, esto será útil en caso de una reacción adversa.
- Un vez que forme un hábito para tomar sus medicamentos su control será mucho más sencillo.
- Acuda al médico si los niveles de glucosa son muy altos o bajos a pesar de sus esfuerzos por controlarlo, o si tiene alguna infección, accidente o algún evento que des controle su glucosa.
- Atienda cualquier otro problema de salud: hipertensión, obesidad, colesterol, etc. Esto ayudará al control de sus niveles de glucosa.
- Revise sus pies diariamente para evitar complicaciones, el daño a los nervios y a los pies puede ser silencioso, aunque no tenga molestias, cuide sus pies.
- Acuda a valoración por un oftalmólogo por lo menos una vez al año.
- Debe hacerse pruebas de la función renal por lo menos una vez al año también.
- Se recomienda aplicarse la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo cada 5 años. El resto de esquema de vacunas se puede aplicar normalmente según su edad.

- Es importante llevar un automonitoreo de los niveles de glucosa, es decir, medir sus niveles de glucosa con un glucómetro para saber en dónde está y a dónde quiere llegar.
- Acuda al dentista a revisión por lo menos cada 6 meses ya que la diabetes favorece infecciones, caries y pérdida de los dientes.
- No falte a sus citas de laboratorio ni con el médico. Si pierde su cita, procure conseguir otra inmediatamente.
- Evite infecciones: lávese las manos, lleve un aseo regular, no coma alimentos en la calle, lave sus dientes, revise su piel diariamente, use ropa y zapatos que no le causen lesiones en la piel ya que se pueden infectar.
- Reciba tratamiento para otras enfermedades que puedan contribuir al daño crónico como la hipertensión o el colesterol alto.
- Debe dejar fumar el tabaco aumenta el riesgo de todas las complicaciones crónicas.
- Desarrolle hábitos saludables: con la dieta, ejercicio, medicamentos, revisión de pies, y todo lo que implica su control.
- Tome el control de su enfermedad: no deje que la enfermedad lo controle a usted, una actitud participativa mejora su control y evita complicaciones, si usted no hace nada al respecto de su enfermedad, las consecuencias llegan pronto.
- Tener una vida saludable es responsabilidad de cada uno, esta responsabilidad es mayor si usted padece diabetes.
- No se desanime, no siempre es fácil lograr el control o mantenerlo, es un proceso que a veces puede parecer lento, pero que lo llevará a sus objetivos. Si usted logra llevar un buen control de sus niveles de glucosa puede tener una calidad de vida normal durante mucho tiempo.

**FUENTE:** Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes. Guía Rápida de Autocuidado. [https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes\\_Spanish.pdf](https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf)

## ESTRATEGIA PLAN DE ALTA EN PACIENTE DIABETICO

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

DIAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN



El objetivo de la dieta es controlar sus niveles de glucosa, así como mantener un peso ideal por lo que se recomienda:

- Ser valorado por un nutriólogo para llevar un adecuado consumo de alimentos, porciones y calorías.
- Consumir mayormente alimentos integrales, frutas (sugeridas por el especialista) y vegetales.
- Limitar alimentos con altos contenidos de azúcar.
- Limitar el consumo de alcohol.

### ACTIVIDAD FISICA



- Realizar ejercicio: caminata, natación, ciclismo, baile; mínimo de 30 minutos de ejercicio 3 veces por semana.
- Iniciar el ejercicio de forma paulatina, inicie con 10 minutos 3 veces por semana y aumente 5 minutos a su rutina cada semana sin sobre pasar el tiempo e intensidad recomendado.
- Revise sus niveles de glucosa antes y después del ejercicio y realizar la actividad física después de haber ingerido alimentos.
- Use vestimenta y calzado adecuado para evitar daño en sus pies.

## MEDICACIÓN



- Establezca un horario para tomar sus medicamentos.
- Lleve consigo una lista de los medicamentos que toma y sus horarios por si debe tomarlos fuera de casa o referirlos a un médico. .
- Pregunte a su médico todas sus dudas sobre los medicamentos prescritos.
- No tome medicamentos ni remedios que no le han sido indicados por un profesional de la salud.

## RECOMENDACIONES ESPECIALES



- Revise sus pies diariamente.
- Acuda a valoración por un oftalmólogo y pruebas de la función renal una vez al año.
- aplicarse la vacuna contra la influenza una vez al año y la del neumococo cada 5 años.
- Acuda a revisión con dentista por lo menos cada 6 meses.
- No falte a sus citas de laboratorio ni con el médico.
- Evite infecciones mediante una buena higiene

## COMPLICACIONES DE LA DIABETES DESCONTROLADA



- Problemas renales.
- Problemas visuales.
- Alteraciones en el funcionamiento de los nervios.
- Alteraciones en la circulación sanguínea como infartos cerebrales o cardiacos.

## CUIDADO DE LOS PIES



- Debe lavarlos diariamente con agua tibia y jabón neutro.
- Secar con toalla suave, no olvidar secar entre los dedos.
- Cortar uñas en forma recta.
- Usar zapatos cómodos y a la medida.
- Revisar los zapatos antes de usarlos.
- Cubrir los pies con calcetines o medias evitando que queden apretados.
- Las callosidades deben ser tratadas por un podólogo.
- No caminar debe caminar descalzo.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DA LA ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

FUENTE: Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes. Guía Rápida de Autocuidado.  
[https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes\\_Spanish .pdf](https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf)

---

## **Plan de alta en el paciente hipertenso**

---

### **Que es la hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es una enfermedad de la pared arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor y disminución de la luz de la arteria, en la mayoría de los casos la causa se desconoce, se denomina primaria, existe un componente genético o hereditario que provoca que una persona la desarrolle en algún momento de su vida. Este riesgo aumenta aún más cuando ambos padres son hipertensos.

En un pequeño porcentaje la causa es secundaria a algunas enfermedades del riñón, las glándulas suprarrenales y algunos medicamentos. Finalmente, una causa importante es el consumo excesivo de alcohol.

### **Medicamentos que pueden incrementar la presión arterial.**

Algunos medicamentos, como las anfetaminas, las gotas nasales, los corticoides, el uso crónico de antiinflamatorios y los anticonceptivos orales, pueden producir un aumento de la presión. El uso crónico de antiinflamatorios. Es frecuente encontrar que en pacientes que tenían su presión arterial controlada, se vuelve más difícil su control por el uso de estas drogas. En ese caso lo conveniente es que le comente a su médico qué fármacos está tomando, para ajustar las dosis o para que le indique fármacos que no producen este efecto sobre la presión arterial.

Los descongestivos nasales pueden provocar hipertensión porque con tienen sustancias vasoconstrictoras que alivian la congestión nasal pero pueden provocar un aumento de la presión arterial. Los anticonceptivos orales pueden producir hipertensión arterial en un 5% de los casos. Se asocian con hipertensión en las mujeres con sobrepeso o en aquellas que son mayores de 35 años. Si usted es hipertensa y los está tomando, lo primero que debe hacer, es confirmar con su

médico que sean la causa de su hipertensión, en cuyo caso deberá plantearse si no hay algún otro método anticonceptivo que sea mejor para usted.

Para confirmar dichos diagnósticos es probable que su médico solicite un monitoreo ambulatorio de presión arterial (también llamado Holter de presión arterial de 24 horas).

### **Clasificación de la hipertensión arterial**

**Presión arterial normal:** se considera aquella igual o menor de 120-80 mm Hg. Esto se debe a que en un estudio —que incluyó un millón de personas— demostró que cuando la presión arterial sistólica o máxima es mayor de 115 mm Hg y de 75 mm Hg la diastólica o mínima, aumenta el riesgo de presentar un evento cardiovascular.

**Prehipertensión:** Esta denominación se debe a que, la gran mayoría de las personas que tienen estos valores durante el seguimiento de largo plazo, desarrollan hipertensión.

**Estadios I y II:** El estadio I define hipertensión arterial. El estadio II nos dice que ésta es de grado moderado o severo.

**Figura 1. Clasificación de la hipertensión arterial**

<b>CATEGORIA</b>	<b>SISTÓLICA</b>	<b>DIASTÓLICA</b>
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSIÓN	120-139	80-89
<b>HIPERTENSIÓN</b>		
ESTADIO 1	140-159	100
ESTADIO 2	160	90-99

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favalaro.

## **Sintomatología**

Pueden aparecer síntomas inespecíficos, como dolores de cabeza, irritabilidad, cansancio y mareos. Pero en la mayoría de los casos no provoca síntomas.

La Medición de la toma de la presión se puede hacer en el domicilio si está indicada por el médico, en la actualidad existen equipos automáticos que son útiles y de muy fácil manejo. Los más útiles son los que tienen un manguito que se coloca en el brazo no se recomiendan los equipos que registran la presión arterial en el dedo ni en la muñeca porque son inexactos. Es conveniente que su médico controle el funcionamiento correcto del equipo antes de usarlo. Es importante que sepa que una toma aislada de presión arterial elevada no debe ser motivo de angustia, ya que raramente.

## **Complicaciones de la hipertensión arterial**

### **Ataque cerebrovascular**

Es la complicación más frecuente del paciente hipertenso.

Existirían dos tipos fundamentales de ataque cerebral: el isquémico, que es el producido por la obstrucción de una arteria y que comúnmente se denomina trombosis cerebral, y el hemorrágico, que es el que se origina por la ruptura de un vaso sanguíneo con la consecuente hemorragia.

A diferencia del infarto de miocardio, cuyos síntomas son bien conocidos por todos, el ataque cerebrovascular no se manifiesta con dolor. Algunos síntomas que deben alertarnos sobre un ataque cerebrovascular son las alteraciones de la sensibilidad, la pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, la dificultad para hablar o entender y la pérdida fugaz de la visión de uno o de los dos ojos. El tratamiento reduce marcadamente el riesgo de presentarlo.

La hipertensión, el colesterol elevado, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo muy importantes para la aparición de esta complicación.

## **Hipertrofia ventricular izquierda**

Es el engrosamiento de las paredes del corazón, como consecuencia de una elevación crónica de la presión arterial. Su presencia favorece otras complicaciones, como la insuficiencia cardíaca. El tratamiento de la hipertensión puede lograr que la hipertrofia no progrese e incluso, en algunos casos, que se normalice.

## **Insuficiencia cardíaca**

Se manifiesta por falta de aire, cansancio y retención de líquido. Los dos factores de riesgo más importantes para desarrollarla son la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial.

## **Insuficiencia renal**

Los pacientes hipertensos tienen cinco veces más riesgo de desarrollarla que los normotensos (presión arterial normal). Se manifiesta por un aumento de la creatinina (mayor de 1,5 mg/dl). La diabetes y la hipertensión arterial son las principales causas de insuficiencia renal.

### **Figura 2. Complicaciones de la hipertensión arterial**

- Ataque cerebrovascular.
- Angina de pecho.
- Infarto de Miocardio.
- Hipertrofia ventricular izquierda
- Insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal.

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

## **Disfunción sexual como efecto adverso del tratamiento farmacológico antihipertensivo**

La disfunción sexual puede ser un efecto adverso de algunos fármacos antihipertensivos y, como consecuencia de ello, una de las principales razones de falta de adherencia al tratamiento. Las drogas antihipertensivas que pueden afectar la función sexual son los diuréticos (tiazidas y espironolactona) y los betabloqueantes (no selectivos), pero esto generalmente sucede cuando se utilizan dosis altas de estos medicamentos y no ocurre con las dosis que utilizamos actualmente. Mientras los inhibidores de la enzima de conversión y los antagonistas cálcicos tienen un efecto neutro, algunos estudios sugieren que los antagonistas de la angiotensina incluso pueden mejorarla

El sildenafil “viagra” demostró que es eficaz y seguro en pacientes con disfunción eréctil, pero antes de tomarlo hay que realizar una evaluación para descartar cualquier enfermedad cardiovascular. Los pacientes con hipertensión arterial que se encuentran medicados no tienen contraindicaciones para su uso. A diferencia de las personas que tuvieron un infarto de miocardio reciente, en las que padecen insuficiencia cardíaca, arritmias graves o en aquellas que están tomando nitritos (medicamento que se utiliza para calmar el dolor en pacientes con angina de pecho).

## **Apnea del sueño**

Es una de las principales causas secundarias de hipertensión arterial y de que la presión arterial no pueda normalizarse; por lo tanto, roncar a veces es más que hacer un ruido molesto cuando uno duerme. Pacientes hipertensos, habitualmente con sobrepeso u obesidad y que roncan durante la noche pueden tener esta enfermedad denominada apnea del sueño, situación ésta en la que el ronquido pasa a ser un síntoma más de una enfermedad. La obesidad es una enfermedad asociada muy frecuente.

Los síntomas que presenta una persona con este trastorno son: ronquidos durante el sueño con pausas pronunciadas de la respiración, despertares nocturnos reiterados, sueño poco reparador, somnolencia diurna excesiva, dolor de cabeza por la mañana e hipertensión arterial.

### **Causas que llevan a algunos pacientes a interrumpir el tratamiento antihipertensivo**

- La mayoría de los pacientes no se sienten enfermos y, por lo tanto, no ven una justificación para realizar un tratamiento.
- Algunas personas creen que con tomar la medicación por un tiempo logran curarse. Es frecuente escuchar: “Como tenía la presión normal y me sentía bien, dejé de tomar el medicamento”.
- Algunas personas abandonan el tratamiento porque la medicación presenta efectos colaterales como tos, dolor de cabeza, cansancio, edema, impotencia sexual.
- Hay pacientes que están tomando muchas clases de medicamentos y deciden suspender los de la presión porque se sienten bien.
- Consideran que su esquema de tratamiento es demasiado complicado.

### **Tratamiento no farmacológico**

La modificación del estilo de vida o tratamiento no farmacológico ha demostrado que es muy beneficioso, porque se consigue disminuir la presión arterial sin efectos colaterales. (Figura 3).

---

#### **Figura 3. Medidas de tratamiento no farmacológico**

-Actividad física.

-Reducción del peso.

-Disminución del consumo de sal.

-Abandono del hábito de fumar.

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

## Actividad Física

Se ha demostrado que un plan de actividad física disminuye la presión arterial en un promedio de 10 mm de mercurio; Además, se obtienen otros beneficios tales reducción del sobrepeso, disminución del nivel de triglicéridos, aumento del colesterol HDL (el “bueno”) y probable disminución del colesterol LDL (el “malo”). Finalmente, la actividad física reduce las respuestas exageradas a situaciones de estrés. El ejercicio debe ser de tipo aeróbico o dinámico (caminar, correr, nadar, etc.). Es importante que el ejercicio se realice en forma regular y progresiva.

Quien comienza un programa de ejercicio, especialmente si ha llevado una vida sedentaria, al principio no debería excederse, después de acostumbrarse a cierto nivel de actividad, aumente la intensidad o la duración (o ambas) de su ejercicio. El ejercicio, igual que una alimentación adecuada, es un compromiso para toda la vida. Si lo interrumpe, rápidamente se pierden los efectos saludables.

A continuación se muestra una tabla que puede servirle de guía. Se sugiere que la actividad física se realice cinco veces por semana (Ver Figura 4). Practicado de esta forma, el ejercicio no es peligroso, pero igual es imprescindible que antes de comenzar un plan de actividad física consulte con su médico.

**Programa de actividad Física Figura 4.**

<b>N0. de Semana</b>	<b>Caminar normalmente</b>	<b>Caminar rápidamente</b>	<b>Caminar normalmente</b>	<b>Minutos</b>
1	5min	5 min	5 min	15 min
4	5min	10 min	5 min	20 min
8	5min	30 min	5 min	40 min
12	5min	40 min	5 min	50 min

Fuente: Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

## Alimentación

La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension [Propuesta alimentaria para detener la hipertensión]), es un tipo de alimentación, rica en frutas y verduras, con bajo contenido en grasas saturadas y totales y rica en potasio, magnesio, calcio y fibra, que demostró que disminuye la presión arterial (Ver Figura 5).

---

### Figura 5. Dieta DASH

- Frutas y verduras
- Lácteos descremados
- Abundante en potasio y magnesio
- Calcio y fibras
- Bajo contenido en grasas saturadas

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

## Alimentos que se deben evitar

Actualmente existe acuerdo en que con una reducción moderada del consumo de sal, se reduce levemente la presión arterial. Evite los alimentos con gran contenido de sodio: fiambres, embutidos, quesos duros, etcétera. Prepare las comidas sin sal y luego agréguele pequeñas cantidades para darle sabor (Ver Figura 6).

**Figura 6. Grupo de alimentos que debe considerar.**

<b>Alimentos prohibidos</b>	<b>Alimentos limitados</b>	<b>Alimentos permitidos</b>
Sal común de mesa	Pan tipo francés	Frutas frescas
Sal marina	Mermeladas	Verduras frescas
Embutidos	Queso blando	Lácteos (leche y yogures)
Quesos de rallar, gruyere	Galletitas de agua o dulces	Pastas secas
Pan con grasa Salsa	Pastas frescas	Carnes blancas y rojas magras
Enlatados en general	Cereales de desayuno	Pan sin sal
Caldos en cubo o sopas comerciales		Queso sin sal
Salsa de soja		Aceites

Fuente: Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

## **Tabaquismo**

El tabaquismo aumenta 10 veces la posibilidad de desarrollar un infarto de miocardio. El 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen relación directa con el hábito de fumar.

## Alcohol

El alcohol en pequeñas cantidades (una copa de vino diaria) tendría un efecto beneficioso, ya que podrían incrementar el colesterol HDL (bueno), pero el exceso de alcohol puede provocar hipertensión arterial, daño al músculo cardíaco, aumento de los triglicéridos, arritmia y mayor riesgo de muerte súbita.

## Tratamiento farmacológico

A continuación mencionamos los fármacos que más frecuentemente se usan para controlar la presión arterial.

- **Diuréticos:** Son drogas eficaces y seguras para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los principales trabajos que demostraron que el tratamiento reduce el riesgo de presentar ataque cerebrovascular se llevaron a cabo con estos fármacos. Se pueden administrar una vez por día, son muy económicos, generalmente bien tolerados en dosis bajas y son ideales para asociar con otros fármacos como los betabloqueantes o los inhibidores de la enzima de conversión o los antagonistas de la angiotensina.

**Nombres genéricos:** hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida, espironolactona, amilorida, triamtirene y furosemida.

- **Betabloqueantes:** También son útiles en pacientes con angina de pecho, arritmias o para prevenir un segundo infarto. Deben indicarse con extrema precaución en personas con depresión o enfermedad arterial periférica y están contraindicados en pacientes con asma bronquial.

**Efectos adversos:** cansancio y frialdad en las extremidades.

**Nombres genéricos:** atenolol, metoprolol, propranolol, nadolol, penbutolol, timolol, bisoprolol, nebivolol. Bloqueantes beta y alfa.

- El carvedilol es un betabloqueante con propiedades vasodilatadoras y antioxidantes. Es una droga antihipertensiva eficaz y la duración de su efecto es de 24 horas, por lo que puede administrarse en una toma diaria. No afecta el perfil lipídico ni aumenta la glucosa. Se comprobó que disminuyen la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca leve, moderada y severa.

**Nombres genéricos:** carvedilol, labetalol.

- **Bloqueantes cálcicos:** Estas drogas actúan provocando vasodilatación y así logran disminuir la presión arterial. Generalmente, pueden administrarse en una toma diaria y no tienen efecto perjudicial sobre el metabolismo de los lípidos. Recientemente, en dos grandes estudios se demostró su eficacia en pacientes mayores de 60 años, su utilidad en pacientes diabéticos y en la prevención de la demencia.

**Los efectos adversos:** más frecuente son edema (retención de líquido) en los miembros inferiores, dolor de cabeza, palpitaciones y enrojecimiento facial. Pueden asociarse con otros fármacos como los IECA o los betabloqueantes. **Nombres genéricos:** nifedipina, amlodipina, felodipina, nitrendipina, isradipina, lercanidipina, verapamilo y diltiazem.

- **Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)** Son sustancias vasodilatadoras, pero actúan por un mecanismo diferente del de los bloqueantes cálcicos. Los IECA pueden emplearse en pacientes con hipertensión leve, moderada o severa. han demostrado que mejoran la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, consiguen disminuir o normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y disminuir la incidencia de un segundo infarto de miocardio. Pueden administrarse con otras drogas, como diuréticos o bloqueantes cálcicos y se pueden administrar una o dos veces por día. Se toleran bien.

**El efecto adverso más frecuente** es la tos seca irritativa (10 a 25%). No deben usarse durante el embarazo y se sugiere que tampoco se indiquen en mujeres jóvenes en edad de gestar, ya que pueden quedar embarazadas y sufrir algún daño.

**Nombres genéricos:** enalapril, perindopril, quinapril, ramipril, captopril, lisinopril, trandolapril y benazepril.

- **Antagonistas de la angiotensina:** Representan una nueva clase de medicamentos. Pueden usarse tanto en personas jóvenes como en mayores. Tienen una acción terapéutica similar a la de otros fármacos antihipertensivos (IECA), pero se caracterizan por presentar una incidencia menor de efectos adversos.

Hay evidencia de que estos fármacos tienen el efecto de disminuir la progresión de la aterosclerosis, mejorar la función intelectual, retrasar la progresión de la enfermedad renal en pacientes diabéticos, consiguen disminuir o normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y finalmente pueden mejorar la función sexual.

Pueden tomarse una vez al día dada su acción prolongada y asociarse con otros fármacos, como diuréticos o bloqueantes cálcicos.

No deben usarse durante el embarazo.

**Nombres genéricos:** Losartán, valsartán, irbesartán, candesartán y telmisartán.

- **Alfabloqueantes:** Tienen un efecto beneficioso en pacientes con adenoma de próstata. Su principal efecto adverso es que pueden provocar hipotensión postural (disminución de la presión arterial en el momento de pararse) y esto es un problema, fundamentalmente en personas mayores.

**Nombres genéricos:** prazosina, doxazosina. Combinaciones fijas Es una alternativa terapéutica que puede mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Al combinar dos fármacos antihipertensivos, en una sola pastilla, que tienen acciones complementarias, se bloquean mecanismos diferentes que generan hipertensión, pudiéndose controlar así la presión arterial en un gran porcentaje de casos. Drogas de acción central Finalmente, la alfametildopa ha demostrado su eficacia y seguridad en pacientes con hipertensión durante el embarazo. También puede utilizarse en pacientes que presenten enfermedades respiratorias.

Figura 7. Tratamiento farmacológico.
-Diuréticos
-Betabloqueantes
-Bloqueantes cálcicos
-Bloqueantes alfa y beta
-Inhibidores de la enzima de conversión
-Antagonistas de la angiotensina
-Alfabloqueantes
-Drogas de acción central
-Combinaciones fijas

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

**Objetivos terapéuticos en el paciente hipertenso** El tratamiento del paciente hipertenso debe ser integral. A continuación detallamos los objetivos terapéuticos que debe alcanzar con respecto a su presión arterial, colesterol LDL y glucemias. Es fundamental que usted conozca esto y que participe en una forma muy activa, junto con su médico, para lograrlos. Ver Figura 8.

**Figura 8. Objetivos terapéuticos en el paciente hipertenso**

Presión Arterial	< 140 / 90 mm Hg
Colesterol-LDL	< 130 mg/dl
Glucemia	< 100 mg/dl

**Fuente:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

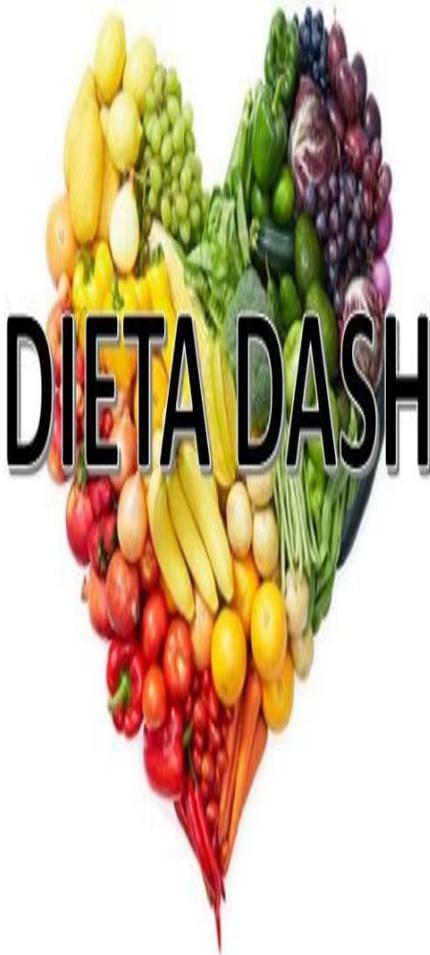
# ESTRATEGIA PLAN DE ALTA PARA EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

DIAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

## ALIMENTACIÓN



La dieta dash esta respaldada por diversas investigaciones que demuestran su efectividad para reducir la presión arterial, colesterol y mejora en la sensibilidad a la insulina.

**6 a 8** Porciones diarias  Granos enteros y cereales integrales Basada en una dieta de 2000 Kcal

**4 a 5** Porciones diarias  Frutas  Verduras  Nueces, semillas y leguminosas

**2 a 3** Porciones diarias  Grasas y aceites  Leche y productos lácteos bajos en grasa

Menos de **6** Porciones diarias  Carnes magras, aves y pescado

Menos de **5** Porciones por semana  Azúcar o productos azucarados

*No solo es una dieta baja en sal y sodio, sino que promueve el consumo de frutas, verduras y cereales integrales, además de ser rica en potasio, magnesio, calcio y fibra.*

*Esta diseñada para personas con hipertensión, pero ha demostrado ser eficaz en reducción de peso y dislipidemias. Su variedad de grupos de alimentos la hacen apta para toda la familia.*

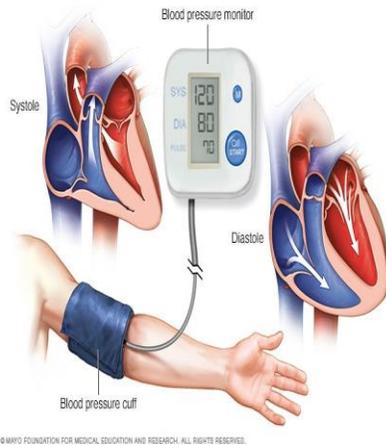


## ACTIVIDAD FISICA



- Es importante que el ejercicio se realice en forma regular y progresiva.
- Si ha llevado una vida sedentaria, al principio no debería excederse, después de acostumbrarse a cierto nivel de actividad, aumente la intensidad de su ejercicio.
- La actividad física recomendada debe ser de tipo aeróbico o dinámico como, caminar, correr, nadar.
- Antes de comenzar un plan de actividad física consulte con su médico.

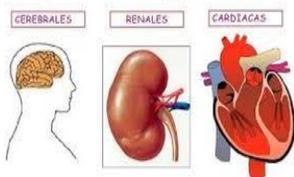
## TRATAMIENTO



El objetivo del tratamiento es prevenir las complicaciones de la hipertensión y mejorar así su expectativa y calidad de vida.

- La gran mayoría de veces se necesitan dos o más fármacos para controlar la presión arterial (PA < 140/90 mm Hg).
- El tratamiento no farmacológico, como disminuir el consumo de sal, realizar actividad física diaria, mantener una alimentación y un peso saludable, es la base para tener buena salud. .
- El tratamiento antihipertensivo es seguro y en la gran mayoría de los casos es para toda la vida.

### Complicaciones de la hipertensión arterial



- Ataque cerebral
- Infarto de miocardio
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal

## INFORMACIÓN ADICIONAL



- El exceso de alcohol puede provocar hipertensión arterial, daño al músculo cardíaco, aumento de los triglicéridos, arritmia y mayor riesgo de muerte súbita.
- El tabaquismo aumenta 10 veces la posibilidad de desarrollar un infarto de miocardio.
- Algunos fármacos antihipertensivos pueden afectar la función sexual como es el caso diuréticos tiazidas y espironolactona y los betabloqueantes cuando se utilizan dosis altas de estos no ocurre con las dosis que utilizamos actualmente.
- Algunos medicamentos, como las anfetaminas, las gotas nasales, los corticoides, el uso crónico de antiinflamatorios y los anticonceptivos orales, pueden producir un aumento de la presión.
- Los pacientes con hipertensión arterial que se encuentran medicados no tienen contraindicaciones para su uso de viagra.
- Evite los alimentos con gran contenido de sodio: fiambres, embutidos, quesos duros.
- Prepare las comidas sin sal y luego agréguele pequeñas cantidades para darle sabor.
- La apnea del sueño es una de las principales causas secundarias de hipertensión arterial y de que la presión arterial no pueda normalizarse.

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DA LA ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA ORIENTACIÓN: \_\_\_\_\_

---

**FUENTE:** Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

Las enfermedades cardiovasculares se refieren a un grupo de enfermedades que involucran al corazón y a los vasos sanguíneos, entre ellas se encuentran las enfermedades coronarias, el infarto agudo al miocardio, arterioesclerosis, angina de pecho.

El infarto al miocardio se define como la necrosis (muerte de las células) de un órgano o parte por falta de riego sanguíneo debido a una obstrucción de la arteria correspondiente, en este caso hacemos referencia al músculo cardíaco.

Se puede producir por bloqueo de las arterias coronarias, las causas más comunes son por coágulos de sangre o depósitos de grasa en las paredes de las arterias.

## Plan de alta en el paciente con cardiopatía isquémica

---

Las enfermedades del aparato cardiovascular son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo occidental y México no es la excepción. Datos procedentes de la Dirección General de Epidemiología dependiente de la Secretaría de Salud señalan a las enfermedades del aparato cardiovascular como la principal causa de muerte global en la población mexicana siendo la enfermedad isquémica del corazón la principal responsable de las muertes de origen cardíaco. Asimismo, el gasto destinado para su diagnóstico y tratamiento impacta de forma trascendental a los sistemas de salud pública y privada.

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.

Tratamiento Los objetivos terapéuticos que se persiguen en los enfermos con cardiopatía isquémica crónica incluyen el control de los síntomas anginosos, mejorar la calidad y pronóstico de vida, controlar la progresión de la enfermedad, evitar la presentación de síndromes isquémicos coronarios agudos y disminuir la mortalidad asociada a la enfermedad. <sup>1</sup>

Para el logro de estos objetivos es importante controlar de forma estricta los factores de riesgo vasculares y mantener siempre una visión preventiva independientemente del nivel de atención que se ocupe del manejo de los pacientes. En la actualidad se aceptan cuatro grupos de modalidades terapéuticas que son complementarios e incluyen: medidas no farmacológicas, tratamiento farmacológico, y procedimientos de revascularización percutánea o quirúrgica.

**Fuente:** Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica IMSS.

## ESTRATEGIA PLAN DE ALTA EN PACIENTE CON CARDIOPATIA ISQUEMICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ GENERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ CURP \_\_\_\_\_

DIAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

#### Dieta Mediterránea



Se recomienda seguir una dieta mediterránea. Que se caracteriza por :

- Abundancia de productos frescos de origen vegetal, (frutas, verduras, cereales, papa, frutos secos)
- Disminución de productos ricos en azúcares refinados y carnes rojas,
- El aceite de olivo como fuente de grasa
- consumo de queso, yogurt, pollo y pescado en cantidades moderadas.

### ACTIVIDAD FÍSICA



- Antes de iniciar un programa de ejercicio se requiere una evaluación médica para evaluar los riesgos y establecer objetivos de ejercicio adecuados.
- Posterior a la evaluación de esfuerzo se recomienda desarrollar actividad física, regular suficiente y supervisada de acuerdo a la prescripción médica.
- Se recomienda realizar ejercicio físico un mínimo de 30 minutos tres o cuatro días a la semana, preferiblemente de forma diaria, junto con un aumento de las actividades de la vida diarias (por ejemplo, trabajo de la casa, cultivar un huerto) siempre y cuando no haya contraindicación.

## MEDICACIÓN



- No suspender el tratamiento aunque sienta mejoría.
- Si experimenta alguna reacción debe ponerse en contacto con su médico para ajustar la dosis o en caso de ser necesario cambiar de medicamento o suspenderlo.

## SIGNOS DE ALARMA



Si presenta alguno de estos síntomas llame inmediatamente una ambulancia para que lo traslade a la unidad de urgencias más cercana

- Dolor en pecho de tipo opresivo, que puede irradiarse hacia los brazos, hombro izquierdo, codos, espalda o Mandíbula.
- Sensación de muerte
- Dificultad para respirar o falta de aliento.
- Nauseas o vomito
- Mareos o desmayo
- Sudor frio
- Palidez

<p><b>RECOMENDACIONES ADICIONALES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar la medicación regularmente según se lo hayan indicado.</li> <li>• Evitar el consumo de tabaco, ya que las sustancias que contienen dañan los pulmones, vasos sanguíneos y al corazón</li> <li>• Modificar su alimentación evitar la sal, azúcar y grasas.</li> <li>• Mantener su tensión arterial, dentro de parámetros óptimos.</li> <li>• No suspender medicación.</li> <li>• Cuidar su peso, para evitar acumulación de grasas en las arterias.</li> <li>• Mantenga su azúcar en control, ya que la acumulación de azúcar en las arterias produce endurecimiento y estrechamiento.</li> <li>• Tomar de laboratorios de control por lo menos cada 6 meses.</li> <li>• Realizar actividad física de acuerdo a prescripción médica en relación al nivel de afectación de su corazón.</li> <li>• Disminuya el consumo de sal, no tomar más de 2 tazas de café al día.</li> </ul>
---	--

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN DA LA ORIENTACIÓN:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA ORIENTACIÓN:** \_\_\_\_\_

---

**FUENTE:** Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica IMSS.

**ANEXO 4. Instrumento de registro de capacitación de plan de alta**

**UNIDAD DE ATENCIÓN HOSPITALARIA EN SALUD**

Lista de asistencia

**Tema:** Plan de alta de enfermería.

FECHA	NOMBRE	TURNO	SERVICIO	FIRMA

## ANEXO 5. Trípico de capacitación de plan de alta

### DIRIGIDO A:

Personal de Enfermería y pasantes.



### INFORMES

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN /  
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA

Tel. 3-11-22-29 (directo)

101-34-00 Ext. 2337

Av. Domingo Díez esq. Dr. Gustavo Gómez  
Azcarate S/N

Col. Lomas de la Selva, Cuernavaca, Morelos.

### CUERPO DIRECTIVO

#### DR. CANTU

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MORELOS

**DRA. ANGELA PATRICIA MORA GONZALEZ**

DIRECTORA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
MORELOS

#### MTRA. ROBERTA TAPIA GOMEZ

JEFA DE LA UNIDAD ESTATAL DE ENFERMERÍA

**DR. VICTOR MANUEL MARTINEZ JARDON**

DIRECTOR DEL H.G.C. "DR. JOSÉ G. PARRES"

**DR. MARCO ANTONIO SALAZAR BUSTAMANTE**

SUBDIRECTOR MEDICO DEL H.G.C. "DR. JOSÉ G. PARRES"

**DRA. CLARA ISABEL GARCIA SANCHEZ**

JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN H.G.C. "DR. JOSÉ  
G. PARRES"

#### MTRA. ALEJANDRA ADAME GARDUÑO

JEFE DE ENFERMERAS DEL H.G.C. "DR. JOSÉ G. PARRES"

**LIC. ENF. RICARDO GONZALEZ HERNANDEZ**

SUBJEFE DE ENFERMERAS DEL H.G.C. "DR. JOSÉ G.  
PARRES"

**LIC. ENF. MARIA ELENA GARCIA MALDONADO**

COORDINADORA DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA

**L.E. JAQUELINE SANCHEZ POLANCO**

COORDINADORA DE ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA

SERVICIOS DE SALUD MORELOS  
HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA.  
"DR. JOSÉ G. PARRES"  
INVITA AL CURSO:

## "PLAN DE ALTA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA EN SALUD"

### TEMA CENTRAL: PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Coordinador : E.E Francisca Carreño Delgado

Coordinador : E.E Francisca Carreño Delgado



### Objetivo general:

Proponer una estrategia de plan de alta de enfermería para lograr la continuidad del cuidado de usuario y familia desde su ingreso hasta el egreso a su domicilio.

### Dirige :

E.E Priscila López Eguiza.

FECHA	TEMA	Nombre del ponente
Junio 2020		
7:30-8:00	Registro de participantes	Pasante Enfermería
8:00-8:30	Evaluación Inicial	E.E Francisca Carreño
8:30-9:30	Generalidades de plan de alta.	E.E Priscila López Eguiza.
9:30-10:30	Importancia del plan de alta marco normativo.	E.E Priscila López Eguiza.
10:30-11:00	Receso	
11:00-12:00	Factores asociados a reingreso hospitalario.	E.E Priscila López Eguiza.
12:00-13:00	Problemas comunes que requieren la intervención de enfermería para la planificación del alta.	E.E Priscila López Eguiza.
13:00-14:00	Papel de la enfermera en el alta hospitalaria	E.E Priscila López Eguiza.
14:00-15:00	Como estructurar un plan de alta	E.E Priscila López Eguiza.

FECHA	TEMA	Nombre del ponente
Junio 2020		
7:30-8:00	Registro de participantes	Pasante Enfermería
8:00-8:30	Plan de alta en el paciente hipertenso.	E.E Priscila López Eguiza.
8:30-9:30	Orientación alimentaria en el paciente crónico previo al egreso.	LIC Luz Elena Hernández Bustos.
9:30-10:30	Prevención de úlceras por presión en el paciente con problemas de movilidad.	Mtra. Juliana Vargas
10:30-11:00	Receso	
11:00-12:00	Plan de alta en el paciente diabético.	E.E Priscila López Eguiza.
12:00-13:00	Plan de alta en el paciente con cardiopatía isquémica	E.E Priscila López Eguiza.
13:00-14:00	Satisfacción del paciente con el proceso de alta.	L.E Lizet Gasca
14:00-15:00	Evaluación Final	E.E Francisca Carreño

## ANEXO 6. Instrumento de evaluación pre y post capacitación

### INSTRUCCIONES

Subraye la respuesta que considere correcta, cabe mencionar que la información que proporcione será confidencial.

Nº. FOLIO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ AÑOS DE SERVICIO: \_\_\_\_\_  
TURNO \_\_\_\_\_ ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS \_\_\_\_\_ TIPO DE CONTRATACIÓN: \_\_\_\_\_  
SERVICIO EN DONDE LABORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS

1. ¿Cómo se define el plan de alta de enfermería?  
a) La nota de alta médica  
b) recomendaciones verbales a los usuarios  
**c) Documento que garantiza la continuidad de los cuidados posterior al egreso en todos los niveles asistenciales.**

2. ¿Cuál fue motivo por el que surgió el plan de enfermería?  
**a) Reducir los costos del sistema de salud**  
b) Mejorar las políticas en salud  
c) Cumplir con el proceso de acreditación

3. ¿Cuáles son los beneficios de la implementación de un plan de alta de enfermería?  
a) Evitar reingresos hospitalarios por causas prevenibles  
b) Dar continuidad a los cuidados  
**c) todas las anteriores**

4. Establece en el numeral III que se debe orientar y capacitar a la población en temas de salud.  
a) Modelo de Atención de enfermería  
**b) Ley General de Salud**  
c) Ley general del trabajo  
d) Proceso de atención de enfermería

5. Son considerados como factores asociados al reingreso hospitalario  
a) Ser mujer, haber tenido una cirugía o parto.  
**b) ser hombre, ser mayor de 65 años, severidad de la enfermedad**

## PREGUNTAS

6. ¿Cómo debe de darse la información al usuario sobre los cuidados a seguir en su domicilio (plan de alta)?

- a) Por escrito
- b) De manera Verbal
- c) Ambas**

7. ¿Cuándo debe de darse la planificación del alta?

- a) Desde el ingreso del usuario a la institución**
- b) cuando tenga la nota medica de alta
- c) antes de que termine el turno

8. ¿cuáles son los tipos de alta?

- a) Alta por mejoría, alta por defunción, alta por traslado
- b) Alta por traslado, alta por fuga, alta voluntaria
- c) Todas las anteriores**

9. ¿Cuáles son las enfermedades responsables de 35 millones de fallecimientos al año de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud?

- a) Las enfermedades infectocontagiosas
- b) las enfermedades Crónicas no transmisibles**

10. Se considera un factor asociado con alto reingreso hospitalario?

- a) pertenecer al género femenino
- b) ser mayor de años de edad

## ANEXO 7. Control de resultados pre y post capacitación

PREGUNTAS	PREVIA			POST		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
1. Definición de plan de alta de enfermería.						
2. Por qué surgió el plan de enfermería.						
3. ¿Cuáles son los beneficios de la implementación de un plan de alta de enfermería?						
4. Ley que establece en el numeral III que se debe orientar y capacitar a la población en temas de salud.						
5. Factores asociados al reingreso hospitalario.						
6. ¿Cómo debe de darse la información al usuario sobre los cuidados a seguir en su domicilio.						
7. ¿Cuándo debe de darse la planificación del alta?						
8. ¿Cuáles son los tipos de altas?						
9. ¿Cuáles son las enfermedades responsables de 35 millones de fallecimientos al año de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud?						
10. Factor asociado con alto reingreso hospitalario.						

### CONOCIMIENTO

Clasificación	Puntuación
Alto	8-10
Mediano	4-7
Bajo	0-3

## CONCLUSIONES

- Se necesita un compromiso multidisciplinario y una implicación más activa en el control y seguimiento de nuestros pacientes. Con la planificación del alta hospitalaria podremos asegurar una correcta educación, protección y disminución de riesgos, evitando miedos innecesarios e incertidumbres, siendo así más eficaces disminuyendo las visitas posteriores al hospital y garantizando la continuidad de cuidados entre los distintos niveles de atención.
- La identificación de los pacientes con mayor riesgo de reingreso permite el diseño de programas e intervenciones individuales de acuerdo a las necesidades del usuario y su familia como red de apoyo antes del egreso permitiendo que el seguimiento tenga mayor potencial de impacto para disminuir los eventos evitables.
- El plan de alta se puede adaptar a otras instituciones en función de las principales causas de morbilidad y de reingreso de la unidad de salud.
- Se puede desarrollar nuevos planes de alta en función de las necesidades detectadas de cada área o en busca de su actualización en caso de ya estar implementados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López, E. T., Leonel, A. A., Ávila, M. Á., & Castolo, E. M. (2014). *El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios*. Recuperado el 25 de 10 de 2018, de <http://medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
2. Vargas B., Fernández C.,(2011) Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. Rev. Enfermería Actual Enfermería Actual en Costa Rica.
3. Formato de plan de alta los servicios de enfermería. Secretaría de Salud disponible en [http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/plan\\_de\\_alta.pdf](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/plan_de_alta.pdf)
4. Proyecto RED (alta rediseñada) desarrollado por el Centro médico de la universidad de Boston.
5. Manual de procedimientos, subdirección de enfermería; egreso programado del paciente hospitalizado apartado 8.0 glosario, Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío. Disponible en [http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/3-Ago-2010/MP\\_egreso\\_del\\_paciente\\_.pdf](http://www.hraeb.salud.gob.mx/contenidos/normas/procedint/3-Ago-2010/MP_egreso_del_paciente_.pdf).
6. Ley General de Salud, CAPITULO II Educación para la Salud; ARTÍCULO 112 La educación para la salud numeral III [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)
7. Méndez CG y cols. La trascendencia que tienen los registros de enfermería en el expediente clínico Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001;9 (1-4): 11-17 disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2001/en011-4c.pdf>
8. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

9. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica  
Ma. Guadalupe Nava Galán\* *Enf Neurol (Mex)* Vol. 12, No. 1: 40-44, 2013 ©INNN,  
2010, disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>

10. Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado\* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.27 Ribeirão Preto 2019 Epub Aug 19, 2019. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100349&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100349&script=sci_arttext&tlng=es)

11. MARCO REFERENCIAL DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD ; EDICIÓN: 1 Fecha: 07/01/2014 Disponible en :  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352852131398&ssbinary=true>

12. MONTOYA ARCE, Jaciel y MONTES DE OCA VARGAS, Hugo. Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras. *Pap. Poblac* [online]. 2006, vol.12, n.50, pp.117-146. ISSN 2448-7147.

13. Organización Mundial de la Salud Enfermedades no transmisibles, Junio 2018, disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

14. Ulloa Sabogal IM, Mejía Arciniegas CN, Plata Uribe EF, Noriega Ramírez A, Quintero Gómez DL, Grimaldos Mariño MA. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2017 [citado 17 Mar 2020]; 33(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174>

15. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia Antonio Pérez Pérez a, \*, Ricardo Gómez Huelgas b, Fernando Álvarez Guisasola c, Javier García Alegría b, José Javier Mediavilla Bravo d y Edelmiro Menendez Torre, disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/vi-escuela-verano/bibliografia-cardiovascular-diabetes-5.pdf>
16. NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Suplemento 3. 2001 Diabetes mellitus y nefropatía diabética. ¿Cuál es la magnitud del problema? J. Ortuño Servicio de Nefrología. Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Madrid. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-diabetes-mellitus-nefropatia-diabetica-cual-es-magnitud-del-problema-articulo-X0211699501026940>
17. Administración de los servicios de enfermería; séptima edición; Maria de la luz Balderas Pedrero; Mc Graw Hill pag 321.
18. Maria Martínez Ramos; Evaluación y mejora del proceso de alta hospitalaria; Universidad de Alicante; pag 27 disponible en <https://pdfs.semanticscholar.org/f326/b108778149bc0398397b13f5382cc8d8c17c.pdf>.
19. Sánchez, B.; Carrillo, G.M.; Barrera, L.: Plan de egreso hospitalario Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 17(1): 13-23, Enero-Junio, 2014, disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v17n1/v17n1a03.pdf>.
20. Enfermería en Cardiología N.º 41 / 2. 35 o Continuidad de cuidados: alta de enfermería cuatrimestre 2007. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4104.pdf>
21. Eymin Gonzalo, Aizman Andrés, Lopetegui Marcelo, Manjarrez Efrén. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2014 Feb [citado 2020 Mar 17]; 142(2): 229-237. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014000200012&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200012&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200012>.
22. Velázquez Salas, Antonio; Cominero Belda, Alicia. Análisis e implementación de un programa para la gestión de los reingresos hospitalarios. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0570.php>.

23. Guía rápida de autocuidado para personas con diabetes. Guía Rápida de Autocuidado.

[https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes\\_Spanish .pdf](https://www.prescriptionsolutions.com/rxsol/live/chp/rxsolutions.../diabetes.../SelfCareQuickGuideForPeopleWithDiabetes_Spanish.pdf)

24. Manual del Paciente Hipertenso A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes; Fundación Favaloro.

25. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica IMSS.

26. Rol del profesional de enfermería en la gestión integral del paciente Por JHQR 19 10 2018 disponible en <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/rol-del-profesional-enfermeria-gestion-del-paciente>

27. Monroy G, Altamirano J. Paciente con cetoacidosis diabética y riesgo de síndrome de desuso. Cuidarte "El arte del Cuidado". 2013; 2(4):48-71.

28. Aponte LH, Hernández RF. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010. Orinoquía 2010. 2012; 16(1):93-109.

29. Almagro P, López García F, Cabrera FJ, Montero L, Morchon D, Díez J, et al.; Grupo EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna. Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en los servicios de Medicina Interna. Estudio ECCO. Rev. Clin Esp. 2010; 210:101–8.

30. Pimentel JA, Sanhueza O, Gutiérrez JM, Gallegos EC. Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. Cienc. Enferm. 2014; 20(3):59-68.

31. Santamaría-Fernández MB, Duque-López EA. Eficacia de la planificación del alta de enfermería en pacientes mayores de 65 años con patología cardíaca [internet]. Madrid, España: Fundación Hospital Alcorcon; 2007 [Acceso 20-01-2013]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c112e/santamariam.php>