



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS
PACIENTES EGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA
INTERNA, GINECOLOGÍA, PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD
DE MANTA AÑO 2010.”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÁSTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

AUTORA:

LIC. MERCEDES FARFÁN GÓNGORA

DIRECTORA:

Mg. TERESA RIVADENEIRA ZAMBRANO

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2010

Mg.

Teresa Rivadeneira Zambrano

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado **“PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA, PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA AÑO 2010”**, el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la U.T.P.L., por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Portoviejo, septiembre de 2010

Mg. Teresa Rivadeneira Zambrano

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Portoviejo, septiembre de 2010

Lic. Mercedes Farfán Góngora

C.I. 130377342-6

CESIÓN DE DERECHO

Yo, Mercedes Farfán Góngora, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Portoviejo, septiembre de 2010

Lic. Mercedes Farfán Góngora

C.I. 130377342-6

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico especialmente a Dios Todopoderoso y a la memoria de mí querida madrecita y de mi hermana, quienes desde el más allá me han impulsado con sus bendiciones para la culminación de la misma.

Así como también a mi familia, quienes con su apoyo incondicional para construir el pilar en que se ha forjado mi formación académica.

A mis docentes .Mg. Sp. Marcela Viteri, y en especial a la Mg. Sc. Rivadeneira, quienes son y serán ejemplo a seguir.

A todas aquellas personas y colegas que con sus experiencias y apoyo incondicional me orientaron siempre.

Mercedes

AGRADECIMIENTO

Expreso mi imperecedero agradecimiento:

A Dios, ser supremo que me permitió ver cristalizada esta meta.

Al personal docente y administrativo de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la oportunidad brindada para la formación profesional.

La autora



DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA
Teléfono 2612-014 2611-849

Manta, 17 de Septiembre 2010.

*Licenciada
Mercedes Farfán
MAESTRANTE UTPL
Ciudad*

De mi consideración:

A petición verbal, de la parte interesada certifico que la Lic. Mercedes Farfán, en calidad de Maestrante de la U.T.P.L. a cumplido con su programación en su proyecto de acción quedando implementado el Plan de egreso de las diez primeras causas de Morbilidad de las Áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

La interesada, puede hacer uso de esta certificación como mejor convenga a sus intereses, por estar ajustados a la verdad.

Atentamente,

Rafael Rodríguez Zambrano
Dr. Roldofo Gavilán
DIRECTOR I.R.Z.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES:	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Certificado institucional	vii
Índice	viii
 APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	4
3. Introducción	7
4. Problematización	10
5. Justificación	13
6. Objetivos	16
7. Marco teórico	18
7.1. Marco institucional	19
7.1.1. Aspectos geográficos	19
7.1.2. Dinámica poblacional	22
7.1.3. Misión de la institución	23
7.1.4. Visión de la institución	23
7.1.5. Características de la organización administrativa	23
7.1.6. Servicios que presta la institución	29
7.1.7. Datos estadísticos de cobertura	29
7.1.8. Características geofísicas de la institución	31
7.1.9. Políticas de la institución	31
7.2. Marco conceptual	32

8. Diseño metodológico	124
8.1. Matriz de involucrados	125
8.2. Árbol de problemas	127
8.3. Árbol de objetivos	128
8.4. Matriz del marco lógico	129
9. Resultados	132
Resultado N° 1	133
Resultado N° 2	136
Resultado N° 3	152
Evaluación de los indicadores de los resultados	159
Evaluación del indicador del propósito	162
Evaluación del indicador del fin	166
10. Conclusiones	167
11. Recomendaciones	169
12. Bibliografía	171
13. Anexos	172

1. RESUMEN

La educación sanitaria es uno de los temas transversales sobre lo que una institución de salud tiene que trabajar, proporcionando un marco apropiado para incorporar la prevención de la situación de salud y restaurarla cuando esta esté afectada, siendo su intención de fomentar y preservar la salud logrando un nivel de vida saludable.

Mediante la aplicación del plan de egreso a los usuarios que acuden a recibir sus cuidados y tratamiento a nivel hospitalario realizado a través de la educación e información adecuada se van a prevenir las complicaciones y los reingresos frecuentes, de las enfermedades de los pacientes que acuden a estos servicios.

El presente trabajo se realizó en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta donde se pudo determinar mediante un estudio situacional que las áreas de mayor demanda de pacientes corresponde a: Medicina Interna, Pediatría, Neonatología y Ginecología y mediante datos estadísticos de archivos de cada servicio se encuentra que las patologías de mayor relevancia en estas áreas son la hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto del miocardio, accidentes cerebro vascular, enfermedad diarreica aguda, enfermedad respiratoria, prematurez y peso bajo, preeclampsia y eclampsia, que continúan siendo en la actualidad un notable problema de salud pública en los países industrializados y en vías de desarrollo, no solo por su transcendencia sanitaria sino también por su importancia desde el punto de vista social. De igual manera a través de estos datos se confirma que un gran número de los pacientes presentan reingresos frecuentes debido a que no reciben la orientación e información debida en el momento que este es dado de alta del Hospital.

Bajo estas premisas y con resultados obtenidos en el estudio de situación, surge la necesidad de implementar un proyecto cuyo objetivo principal es de disminuir los reingresos por complicaciones debido a las faltas de educación sobre el tratamiento y cuidado a seguir en el domicilio a través de la implementación de un formulario del plan de egreso para cada patología por lo que se resuelve intervenir ante este problema con el proyecto de acción de desarrollo social, especialmente educación y prevención.

La propuesta básicamente se propone de tres grandes acciones realizadas:

1. Elaboración del plan de egreso por patologías implementado.
2. Usuarios internos y externos, orientados, capacitados y supervisados.
3. Plan de egreso ejecutado, supervisado.

Para la realización del mismo se mantuvo reunión con las autoridades, enfermeras líderes y de equipo, así como trabajo social, donde se dio a conocer el proyecto de acción, con el cronograma de actividades. Dentro de este proyecto las actividades a realizarse fueron: elaboración del plan de egreso, capacitación al personal de enfermeras y trabajadora social e implementación de un plan de supervisión el mismo que tuvo acogida por las autoridades, enfermeras y trabajo social, obteniéndose sostenibilidad y empoderamiento de los mismos.

Luego de todas estas actividades demostradas a través de encuestas los resultados demuestran satisfacción tanto en los usuarios externos como internos adquiriéndose compromiso institución y comunidad.

2. ABSTRACT

Health education is a cross-cutting issues about what a health facility has to work, providing an appropriate framework to mainstream the prevention of health status and restore it when it is affected, with the intention of promoting and preserving the health making a healthy living.

Through implementing the exit plan for users who come to his care and treatment at the hospital carried out through education and adequate information will prevent complications and readmissions frequent diseases of the patients attending these services.

This work was conducted at the Hospital Rafael Rodríguez Zambrano of the city of Manta, where it was determined by situational study the areas of greatest demand is for patients: Internal Medicine, Pediatrics, Neonatology and Gynaecology and through statistical data files each service is the most important diseases in these areas are hypertension, diabetes, renal failure, congestive heart failure, myocardial infarction, cerebrovascular accidents, acute diarrheal disease, respiratory disease, prematurity and low birth weight, preeclampsia and eclampsia, which remain at present a significant public health problem in industrialized and developing, not only of their general health but also for its importance from the point of view. Similarly through these data confirms that a large number of patients have frequent readmissions due to not receiving proper guidance and information when this is discharged from the hospital.

Under these assumptions and results of the study of situation, there is need to implement a project whose main objective is to reduce readmissions for complications due to lack of education about treatment and care to follow at home through implementation of an exit plan form for each disease so that intervention to solve this problem with the proposed action of social development, especially education and prevention.

The proposal basically consists of three main actions:

1.

1. Development of discharge plan implemented by pathology.

2. Internal and external users, oriented, trained and supervised.
3. Graduation Plan implemented, supervised.

To achieve the same meeting held with the authorities, nurses and team leaders, and social work, which released the action project, the schedule of activities. Within this project the activities carried out were: discharge plan development, staff training of nurses and social workers and implement a monitoring plan that was it welcomed by the authorities, nurses and social workers, obtaining sustainability and empowerment them.

After all these activities demonstrated through satisfaction surveys, the results show both the external and internal users making commitments institution and community.

3. INTRODUCCIÓN

La universalización del acceso a la salud es una legítima aspiración de todos los ecuatorianos, y la del M.S.P. en su rectoría es asegurar la disponibilidad de los recursos físicos, humanos y financieros, para lograr una apropiada calidad, efectividad y accesibilidad de los servicios por parte de la población que los requiere, así como garantizar la continuidad de las acciones preventivas y curativas con la que se destaca la filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual.

La salud de las personas y de la población constituyen en la actualidad una de las mayores preocupaciones para todo el equipo de salud, y la lucha contra la enfermedad ha sido una constante en la historia de la humanidad, por lo que la salud se ha convertido en un bien individual y colectivo que forma parte de nuestra cultura social y política.

Para la preservación de la salud, se requiere de un método sistemático aplicable que permita, valorar, diagnosticar, ejecutar y evaluar sus intervenciones en los usuarios con el fin de conservar y recuperar la salud. Uno de los métodos se refiere a la educación, mediante la cual se crea compromisos y se responsabiliza al individuo para que recepte la información y permita cambios de actitudes y hábitos básicos en su entorno para el bienestar de la salud individual y colectiva, con la intención de fomentar y preservar la salud, así como prevenir la enfermedad.

Cuando el estado de salud se altera por agentes físicos o biológicos, las personas requieren de un tratamiento a nivel hospitalario que es proporcionado por el equipo de salud el mismo que debe ser reforzado mediante la educación para lograr cambios de conducta y hábitos que permitan a los usuarios y familiares continuar los cuidados requeridos en el domicilio.

El Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta brinda atención preventiva y curativa, a una población de aproximadamente 360.000 Habitantes que corresponden al cantón Manta. Dando también cobertura a la demanda espontánea de habitantes de otros cantones de la provincia.

Mediante un diagnóstico situacional realizado en este hospital se determinó que el 60% de los ingresos corresponden a las áreas de : Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, y Neonatología, y el 40% de los ingresos corresponden a las diez primeras causas de Morbilidad como son: La diabetes, Hipertensión, Insuficiencia cardíaca congestiva, Infarto del miocardio, Enfermedad renal, Preeclampsia y eclampsia, Amenaza del parto prematuro, Prematurez con bajo peso; se observó también que el 20% de estos pacientes presentan reingresos frecuentes por presentar complicaciones de salud debido a que no han recibido una información adecuada sobre el tratamiento y cuidados a seguir en el domicilio, por parte del personal del equipo de salud trayendo como consecuencia lo antes explicado.

El Hospital a pesar de ser una institución que brinda servicios de salud y de que existen políticas y programas emitidas por el M.S.P., no cuenta con una guía que oriente al paciente y familia, sobre el tratamiento y medidas a seguir en el domicilio, a diferencia de otros países como: España, Perú, México, Estados Unidos entre otros donde el Ministerio de Salud ha implementado un formato de egreso hospitalario que es evaluado y monitoreado periódicamente, el cual es utilizado como una herramienta de datos estadísticos para determinar el estado de salud de la población.

Por tal razón surge la preocupación e interés como maestrante y parte de esta institución para Implementar y aplicar un plan que permita el cumplimiento del tratamiento médico, cuidados generales y específicos de enfermería a los usuarios que egresan del Hospital en las áreas de estudio.

Este proyecto de intervención fue ejecutado en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta donde la atención hospitalaria es de nivel cantonal, a usuarios que reciben atención en las diferentes áreas de estudio, con el apoyo incondicional de las autoridades institucionales como el departamento de gestión de enfermería y sus líderes quienes adquieren el compromiso, y empoderamiento del mismo, lográndose de esta forma la sostenibilidad e impartiendo con satisfacción lo adoptado, y lográndose los objetivos propuestos.

4. PROBLEMATIZACIÓN

Las enfermedades, como: la Diabetes, la Hipertensión, el Infarto del miocardio, la insuficiencia Cardíaca Congestiva, el accidente cerebro vascular, La preclampsia, La eclampsia, la amenaza de parto prematuro, La prematuridad y el bajo peso, continúan siendo un problema de salud pública a nivel mundial, las mismas que se relacionan a situaciones como: Económica, social, cultural, ambiental y étnica, la prevalencia de las mismas se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, sedentarismo, hábitos de higiene, desconocimiento de la problemática de salud.

El Hospital como organismo de salud dirige sus acciones de prevención, promoción, curación, y rehabilitación, cuyos servicios externos se irradian hacia el ámbito familiar, Y considerándose que el MSP debe cumplir con las tareas que le conciernen en cuanto a proponer políticas, formular planes y programas de salud, para lo cual es necesario conocer el perfil y la tendencia de morbilidad existente en cada unidad operativa, a pesar de existir estas Políticas y programas, el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta no cuenta con un formulario que ayude a fortalecer los conocimientos, para producir cambios de actitudes y Hábitos en el cuidado de la salud de los usuarios que egresan de esta entidad pública.

Mediante estudio realizado en las áreas de: Medicina, Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología, del mencionado hospital se determinó que un gran número de estos usuarios presentan nuevos ingresos por complicaciones debido al incumplimiento y abandono del tratamiento porque no fueron orientados en el momento de su alta del Hospital por ningún miembro del equipo de salud, así mismo se observó que no existe coordinación con el personal de trabajo social para integrarse al cuidado del mismo; en general, no existe interés por las autoridades de turno de esta gestión hospitalaria.

Estos son los problemas que me encaminaron a realizar este trabajo en esta unidad de salud de la ciudad de Manta, en el que se detectó como problema general la falta de información a los usuarios que egresan de las áreas de estudio intervenidas, dicho problema se debe a varios factores determinantes como son:

1. No existe un plan de fortalecimiento para el tratamiento y seguimiento en el domicilio teniendo como efectos el abandono del tratamiento e incumplimiento y complicaciones, lo que trae como consecuencia un deterioro de la salud, bienestar y seguridad ya sea en el niño, adulto y geriátrico.
2. Desinterés del gerente para brindar una calidad de atención a sus usuarios trayendo como consecuencia falencias en el proceso educación y orientación y mayor riesgo de complicaciones.
3. Ausencia de un programa de supervisión, sobre medidas de prevención y control institución y comunidad.

Todo lo descrito anteriormente conlleva a un gran efecto general como es el aumento de reingresos por abandono o incumplimiento del tratamiento en el domicilio.

Preguntas directrices:

- ¿Es necesaria la implementación de un plan de egreso hospitalario para el domicilio?
- ¿La información oportuna disminuye los reingresos y mejora el estilo de vida?
- ¿El plan de supervisión contribuirá al mejoramiento de la educación en servicio hospitalario?

Por ello la respuesta del presente trabajo, es mejorar el nivel de vida mediante la aplicación de este plan de egreso en el domicilio, para que en un futuro la atención curativa disminuya el porcentaje de hospitalización por reingresos y mejorar los estilos de vida disminuyendo de esta manera el abandono del tratamiento, sus complicaciones y efectos.

5. JUSTIFICACIÓN

A menudo los pacientes necesitan cuidados específicos después de haber sido dado de alta del hospital. La información que sustenta los cuidados generalmente se refiere a la administración de medicamentos, dieta, ejercicios, reposo, regreso a las actividades laborales y citas médicas entre otras. Una información completa para los pacientes al egreso cierra el círculo virtuoso de la atención hospitalaria porque reduce las posibles complicaciones o recidivas de la enfermedad proporciona mayor certidumbre a los pacientes. Los cuidados al egreso son particularmente necesarios, así mismo al momento del alta hospitalaria es una oportunidad para reforzar la educación y prevención de la salud.

El bajo nivel cultural de la población, los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, el desconocimiento de la problemática de salud, la mala infraestructura sanitaria, y la falta de orientación al tratamiento y cuidados a seguir en el domicilio, son aspectos que influyen en las complicaciones y reingresos frecuentes, debido al abandono del tratamiento e incumplimiento del mismo, de los pacientes que egresan del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, de las áreas de estudio de este proyecto de intervención.

El cuidar es la esencia de la enfermería, la cual se ejecuta a través de una serie de acciones de cuidados dirigidos a otro ser humano o a grupos con afecciones físicas, con el fin de mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad o a mantener la salud.

Por tal razón la "IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y CUIDADOS A SEGUIR EN EL DOMICILIO". Para los pacientes que egresan de las áreas específicas en el proyecto de intervención, permitirá a la institución aportar a los usuarios externos con una alternativa de educación, orientada a buscar cambios significativos en su estilo de vida.

La población beneficiaria comprende de 0 edad hasta los 75 años y con diversos estratos sociales y económicos. Mediante la interrelación con el usuario, se siembra

en ellos la semilla de la organización y elevación de la autoestima, para que en conjunto con el equipo de salud se realicen acciones tendientes a fomentar el autocuidado y transformarlo en multiplicadores.

En este contexto la finalidad de la propuesta de solución: Es disminuir los reingresos por complicaciones, de igual manera el desarrollo de la propuesta contribuyó a mejorar el nivel de los conocimientos de los usuarios internos y externos, mediante esta prevención y a través de la educación impartida a los usuarios en el plan de egreso, el mismo que se constituye en un proceso continuo y una ardua labor del equipo de enfermería de esta institución.

La necesidad y responsabilidad de la institución es crear un vínculo más cercano con el usuario y comunidad. Obteniéndose de esta manera una buena orientación través de un plan educativo para el usuario y familia que egresa de las distintas áreas de estudio con diferentes patologías, la descoordinación de la institución servicio y comunidad se refleja en la discontinuidad y abandono del tratamiento.

A manera personal y operativa queda la satisfacción de que el impacto de la propuesta ha sido favorable y ha generado empoderamiento de las autoridades, del personal de enfermeras y de las trabajadoras sociales. Observándose cambios positivos tanto en el usuario como en el personal de salud.

Las acciones de salud, la atención integral y los cuidados dirigidos a individuos o a grupos tomando en cuenta que cada usuario es una persona especial, educar al paciente sobre los cuidados que debe prodigarle explicarle los beneficios que implica a corto y largo plazo, la importancia de su colaboración esto involucra al personal de enfermería que brinda en éste, como en todos los procesos tranquilidad y seguridad al usuario.

6. OBJETIVOS

GENERAL

Fortalecer el tratamiento a los pacientes de las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología, mediante la implementación del Plan de Egreso, a fin de disminuir los reingresos hospitalarios.

ESPECÍFICOS:

- Diseñar y aplicar planes de egreso.
- Capacitar al equipo de salud sobre los planes de egreso.
- Diseñar y aplicar un plan de Supervisión de Enfermería.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. ASPECTOS GEOGRÁFICOS DEL LUGAR

El cantón Manta, un hermoso cantón que pertenece a la Provincia de Manabí, limita al Norte, Sur y Oeste por el Océano Pacífico, Al Sur y al Este con el cantón Montecristi. Su superficie según el INEC es de 306 Kilómetros.



Manta tiene 5 parroquias urbanas y una rural además pintorescos sitios o recintos tanto a la orilla del mar como en el interior de la montaña. Entre las parroquias urbanas tenemos: Manta, que es la cabecera cantonal, Tarqui, Los Esteros, Eloy Alfaro y parroquia rural es San Mateo que se encuentra a una distancia de 10 kilómetros.

Su longitud es de 00° 55' 35" y una latitud de 30° 43' 02".

El relieve o suelo del cantón Manta es bastante irregular, tiene montañas muy bellas pero de poca altura, además existen extensiones de territorios llamadas sabanas, de características estéril o seca con pequeños arbustos que sirven para la leña y el carbón. En las Montañas de Pacoche y San Lorenzo tenemos pozos de agua que no son más que fuentes de agua y vertientes, desde donde Manta y sus sitios se han abastecidos para llenar en parte sus necesidades domésticas.

Sus costa son pocos irregulares, hay cabos, ensenadas y bahías, Ej. El Cabo de San Mateo, Cabo de San Lorenzo, Ensenada de Tarqui, Bahía de Manta y Cabo del Murciélago, frente a las costas de San Lorenzo está la isla de la plata.

Su hidrografía solamente en la época de invierno, cuando estas son fuertes o rigurosos aparecen torrentosos arroyos que corren por sus causes arcillosos y salitrosos hasta sus agua salir al océano pacífico. Pasado el invierno los causes se secan y por falta de carreteras o caminos vecinales son utilizados por los transportes de las comunas.

El clima es tropical, cálido seco, fresco. Durante el día hace fuerte sol y el calor es riguroso, casi todo el año y con mayor incidencia durante la estación invernal. Por las noches en época de verano hace frío, mientras que el día es muy caliente con altas temperaturas, este clima está superditado la presencia fría de Humboldt y al fenómeno del Niño, este último se presenta ocasionalmente fuerte en determinadas épocas del año, trayendo consigo lluvias torrenciales de inundación.

Manta tiene una temperatura promedio de 28° C, la misma que es variable tanto en el verano como en el invierno. En la época de invierno sube más de 30° mientras que en el verano determinadas épocas se provocan olas de frío, donde la temperatura baja a 20 o 22 ° C, por las noches y las madrugadas.

En cuanto al turismo Manta es tierra de sol, de playa y arena, de mar y de espuma, de aves marinas y de lindas mujeres a cual sirenas con su belleza y leyendas atraen al turista y a disfrutar de la belleza del paisaje.

En cuanto a su producción en las montañas de Manta se cultiva banano, caña de azúcar, café, maíz, caña gradúa, naranjas, limones árboles que dan madera, etc., la pesca es atractiva, hay infinidad de peces, mariscos, el pescado preferido el atún, el bonito, el picudo el tollo, siendo esta la actividad principal tradicional de los habitantes de Manta.

La creación y el desarrollo histórico del Hospital Cantonal “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta, Provincia de Manabí fue en el año 1911 y tuvo su inicio en targarú la ensenadita, siendo el primer fundador el Dr. Rafael Rodríguez Zambrano y con el apoyo del General Eloy Alfaro Delgado quien tenía conocimiento de la existencia de una partida presupuestaria sin inversión en el cantón Montecristi ordenó su transferencia para la construcción del mismo.

Pasan los años, crece Manta y la necesidad imperiosa de tener una casa de salud y es así que en el año de 1944 el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, ahora Organización Panamericana de la Salud, construye varios pabellones en el sector de la calle 24 y avenida 13, estos eran sala de hombres, sala de mujeres, sala de maternidad, aislamiento y un pequeño quirófano.

En el año 1946 elementos valiosos y representantes de las fuerzas vivas de Manta, pidió que en su reconocimiento de las virtudes de este facultativo de nobles sentimientos humanitarios, llevara su nombre para mantener latente su recuerdo como digno ciudadano acreedor a una imperecedera gratitud.

El primer director del Hospital fue el Dr. Carlos Alberto Palacios Izquierdo en el año 1944 y fue quien con el señor Ramón Virgilio Azua realizaran las gestiones pertinentes con la superiora provincial de la comunidad para el envío de las hermanas de la caridad a esta casa de salud; siendo el 1 de Mayo de ese mismo año y en presencia del señor Subdirector de Asistencia Social de Portoviejo que firmaran el convenio.

El 12 de diciembre de 1962, se realizan las bendiciones de las salas de operaciones, en esa misma fecha también se celebra 31 años de vida profesional el Dr. Daniel Acosta Rosales, en reconocimiento a sus servicios gratuitos a la institución el señor director Eduardo Paz.

Actualmente el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, funciona con 220 camas en un moderno edificio de hormigón armado, de 6 pisos con buena ventilación, en el barrio

Santa Marta, fundado el 7 de agosto de 1988, con un área de influencia de 115.000 habitantes.

Actualmente contamos con talentos humanos en número de 581, distribuidos en: 84 médicos, 81 enfermeras, 148 auxiliares de enfermería, 189 trabajadores y 79 empleados.

7.1.2. DINÁMICA POBLACIONAL

La población de Manta es de 360.000 habitantes, según el último censo de INEC.¹

El Hospital Rodríguez Zambrano, en el año 2009 tuvo una demanda de 13.142 pacientes con un porcentaje de 88.55% de hospitalización.

En cuanto a la atención primaria a través de la consulta externa su cobertura correspondió a 66.837 usuarios, datos obtenidos por el departamento de estadística del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano.

Las áreas de influencia son: Cuba Libre, Horacio Hidrovo, Nueva Esperanza, Santa Clara, 24 de Mayo, 15 de Abril, María Auxiliadora, San José, Altamira, Los Esteros, San mateo, las Cumbres, San Juan, El Aromo, San Lorenzo, Santa Marianita, El arrollo, Montecristi, Los Bajos de afuera, Cárcel, Estancia las Palmas, La sequita, Manantiales, Leónidas Pro año, Colorado, Pile, Jaramijó.

Además tenemos: Ciudadela Lomas de Tabasquillo, Barrio Jesús de Nazaret, Ciudad, Los Eléctricos, Ciud. Universitaria, Barrio Umiña 2, Ciud. Barbasquillo, Ciud. Manta 2000, iCiud. Abdón Calderón, Ciud, 24 de Mayo, Ciud. Las Acacias, Ciud. Buena Vista, Barrio Medardo Mora, Ciud. Complejo Umiña, Ciud, Vida, Ciud. Puerto Ecuador.

¹ INEC, (2001). IV Censo de Población y vivienda, Ecuador. Recuperado (20-12 2007). Disponible en: <http://www.inec.goc.ec>.

7.1.3. MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

“Se sustenta en las políticas del M.S.P., Normas y Reglamentos de la institución, promoviendo y fomentando la atención a toda la población que acude a esta unidad, garantizando los servicios eficientes de calidez, con sólidas bases científicas, tecnológicas, humanística y ética, y con un enfoque a la atención primaria, la recuperación, para fortalecer la salud.”²

7.1.4. VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN

“Que hasta el año 2010, la calidad de atención garantice a la población condiciones de vida saludable, brinda atención oportuna, orientados a promover la cobertura de prestaciones de salud con calidad, equidad, eficacia, eficiencia y solidaridad; con talentos humanos capacitados, comprometidos e innovadores, acorde al avance de la medicina y tecnología.”³

7.1.5. CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

- Depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Salud de responsabilidad de la Dirección del Hospital.
- Dirección del Hospital: Secretaría y Archivo.
- Organismos asesores y de apoyo, integrado por: Consejo Técnico, Comité de adquisiciones, Comité de farmacología, Auditoría Médica e historia clínica.
- Área médica integrada por: Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstericia, Pediatría, Odontología,
- Unidad de cuidados intensivos.
- Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento integrado por: Enfermería, Trabajo social, Estadística y Registros médicos, Alimentación y dietética, Farmacia, Educación para la salud.
- Administración Hospitalaria de quien dependen los siguientes servicios: Oficina de Recursos Humanos (personal).
- Área financiera integrada por: Contabilidad, Pagaduría, Suministros, Proveeduría.
- Mantenimiento.

² Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2010). Departamento Subdirección Médica.

³ Ibidem.

- Servicios generales integrados por: Transporte y Movilización, Lavandería, Ropería y Costura, Central Telefónica e Intercomunicaciones. Servicios varios: limpieza, guardianía y Conserjería.
- Puestos de trabajo, El equipo médico, personal técnico y administrativo desplegará también sus actividades coordina mente en los puestos de trabajo de Consulta externa, Emergencia y Hospitalización.

Del Organigrama Estructural

El organigrama es el que representa la organización estructural del Hospital “ Dr., Rafael Rodríguez Zambrano” de Manta, de conformidad al Reglamento Orgánico Funcional General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública.

1. Dirección del Hospital

Secretaría y Archivo.

2. Organismos asesores y de Apoyo

- Consejo Técnico.
- Comité de Adquisiciones.
- Comité de Farmacología.
- Auditoría Médica e Historia Clínica.

3. Subdirección Médica

La subdirección médica es la responsable de la organización y ejecución de la atención que se brinda en el Hospital a través de los departamentos médicos. Depende jerárquicamente de la Dirección del Hospital.

4. Servicios Médicos

- Medicina Interna.
- Cirugía.

- Gineco-Obstetricia.
- Pediatría.
- Odontología.
- Unidad de Cuidados Intensivos.

5.- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

- Laboratorio clínico.
- Anatomía Patológica.
- Radiodiagnóstico.
- Anestesiología.
- Medicina Física y Rehabilitación.

6.- Servicios Técnicos de Colaboración Médica.

- Enfermería.
- Trabajo Social.
- Estadística y Registros Médicos.
- Alimentación y Dietética.
- Farmacia.
- Educación para la salud.

7.- Administración Hospitalaria.

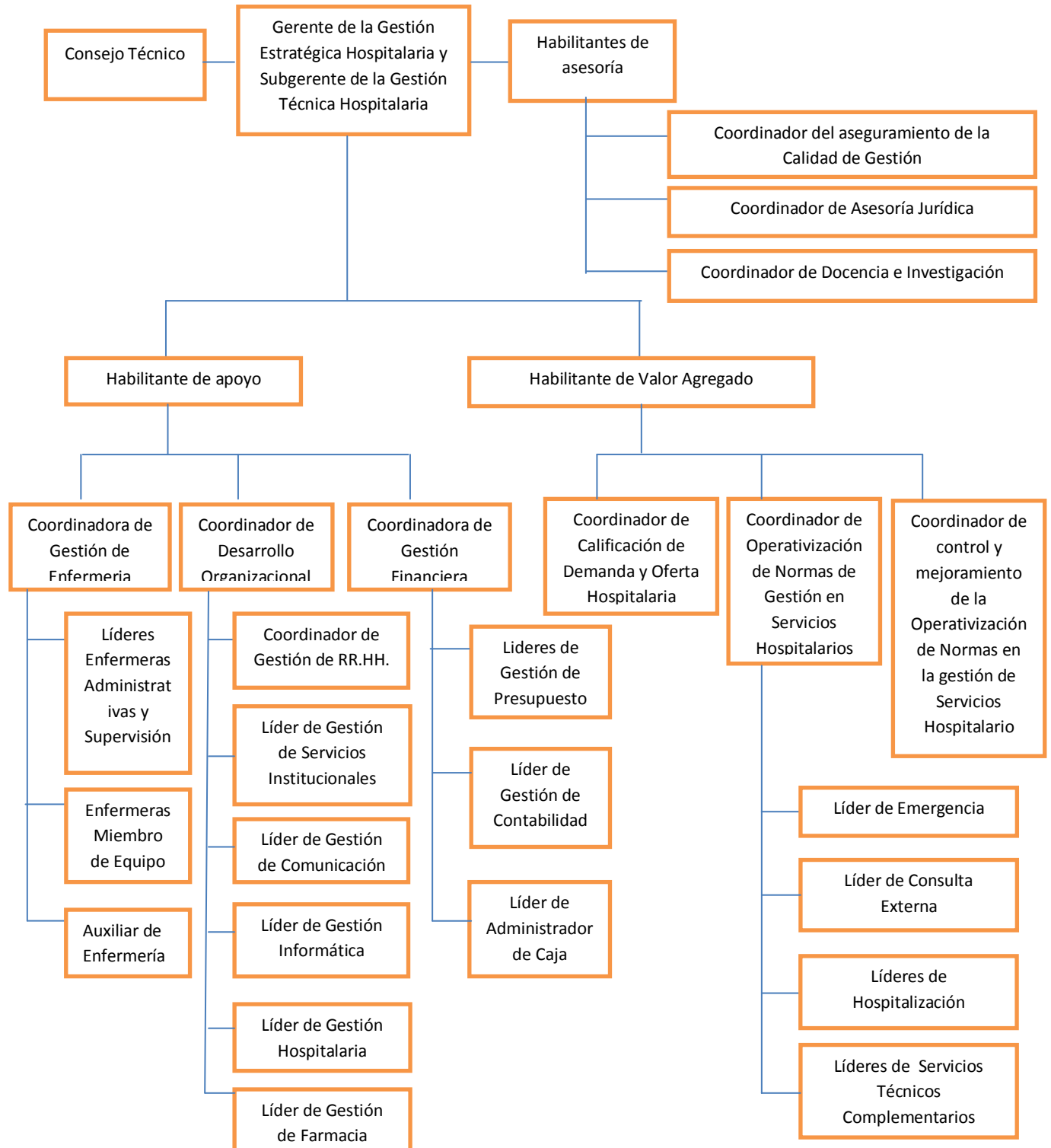
La administración del Hospital, es el área que a través de las unidades a su cargo, ejecuta las acciones administrativas y financieras, mediante la programación organización y control de los recursos humanos, materiales y financieros para cumplir con las funciones y objetivos del Hospital.

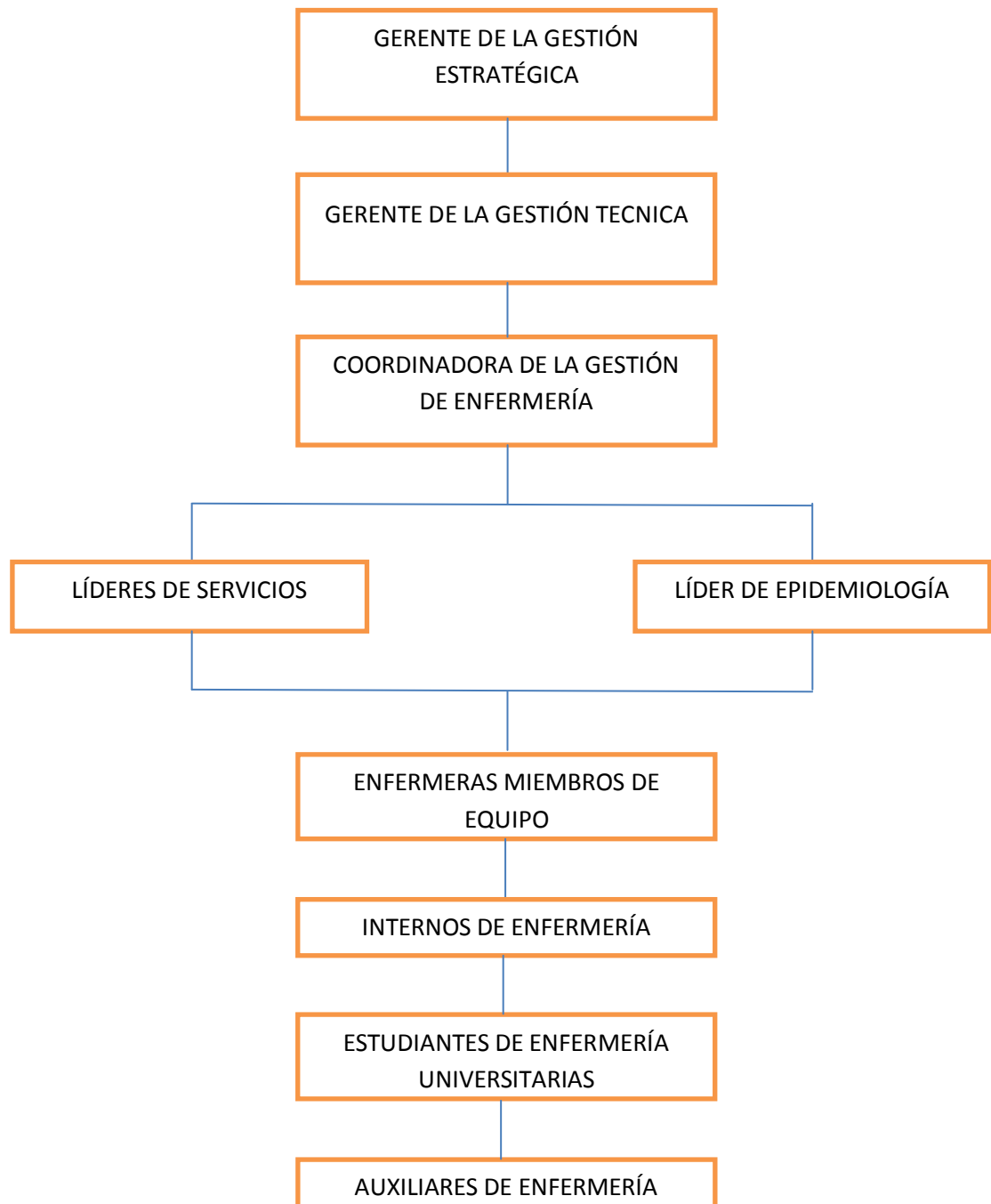
- Recursos Humanos (personal).
- Contabilidad.
- Pagaduría.

- Suministros.
- Proveeduría.
- Mantenimiento.
- Servicios generales: Transporte y Movilización.
- Lavandería, ropería y costura.
- Central Telefónica e intercomunicaciones.
- Servicios varios: Sección limpieza ,Guardianía,

Tiene un área de 31.060 metros cuadrados de construcción. Cuenta con un recurso humano entre empleados y trabajadores de 585 personas.

ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL



ORGANIGRAMA DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

7.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

- Preventiva y curativa.- Brinda atención a los clientes enviados de otros establecimientos de salud de menos complejidad.
- Atender las interconsultas enviadas por los médicos tratantes a otras especialidades.
- Desarrollar programas educativos, docencia e investigación para la salud.
- Realizar controles de seguimiento a los clientes que han sido dado de alta, en especial a los clientes con Tb.

Entre los datos estadísticos obtenidos a través de la información del Hospital Rodríguez Zambrano, existen varias enfermedades predominantes como: Enfermedades respiratorias, Enfermedades Diarreicas, Hipertensión arterial, Diabetes, Insuficiencia cardiaca congestiva, Preeclampsia y eclampsia, Insuficiencia renal, Infarto agudo del miocardio y Prematurez con bajo peso.

El servicio de Consulta Externa cuenta con las siguientes áreas para cubrir las necesidades de los clientes: Preparación de niños, preparación de adultos, Inmunizaciones, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Tb, Consultorios clínicos, Electrocardiograma, entrevista post consulta, Curación, Planificación familiar.

En el área hospitalaria se brinda atención clínica como quirúrgica según especialidad. Además de estos tenemos las áreas de diagnósticos como RX con su respectivo tomógrafo, laboratorio, área de rehabilitación física, estimulación temprana, consejería para pacientes de VIH.

7.1.7. DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA

La población de mayor afluencia por edad comprende:

Edad	Frecuencia
De 0 a 28 días	419
De 1 m a 11 m	2.323
De 1 a – 5 a	6.416
De 6ª a 9 a	5.492
De 10 a 14 a	3.208
De 15 a 19 a	3.148
De 20 a 45 a	9.057
De 45 a 75 a	9.118
TOTAL	39.181

Fuente: Departamento de Estadística del H.R.R.Z. (2009)

Elaborado por: Lic. Melva Pacheco

La cobertura que tiene el H.R.R.Z. de la ciudad de Manta a través de la consulta externa es:

Menores de 5 años son de 9.158

De 45 a 75 años es de 9.118

A nivel hospitalario la cobertura se asemeja a la de atención primaria arrojando los siguientes datos estadísticos:

Menores de 5 años son de 13.235

De 45 a 75 años es de 11.658

Por lo que podemos determinar según las fuentes estadísticas que el estado de salud que se presenta en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, continúan siendo los más vulnerables los niños menores de 5 años, como la edad comprendida de los 45 a 75 años:

Esta situación de salud se debe al incremento poblacional que se vive cada día por la mala infraestructura sanitaria, falta de información por el personal de salud a la

población, desconocimiento de la comunidad de los servicios de salud que presta la institución, como también influyen los factores económicos, culturales y sociales, entre los problemas de salud más frecuentes que se presenta en la institución tenemos la desnutrición a consecuencia de la prematurez y bajo peso al nacer, lo que se relaciona con los problemas diarreicos y respiratorios; entre las enfermedades del paciente adulto tenemos la diabetes, hipertensión, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebro vascular, enfermedad renal, preeclampsia, eclampsia, amenaza de parto prematuro, lo que se concluye expresando que estas enfermedades continúan siendo un problema de salud pública, ya que cada día van en incremento.

7.1.8. CARACTERÍSTICAS GEOFÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Rodríguez Zambrano se encuentra ubicado en el sur de Manta, en el Barrio Santa Martha, vía a San Mateo, es de estructura vertical, consta de seis pisos, tiene todas las especialidades, funciona con 220 camas, es un hospital de Segundo Nivel.

Actualmente cuenta con una nueva estructura física el mismo que fue inaugurado en su nuevo edificio el 7 de Agosto de 1988.

7.1.9. POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN

- Regular y coordinar la asignación y la utilización de los recursos financieros de acuerdo a lo establecido.
- Promover la salud mediante el programa información, educación y comunicación.
- Desarrollar acciones de prevención, capacitación y vigilancia de las enfermedades de mayor riesgo biológico.
- Fortalecer las actividades de investigación y desarrollo tecnológico en función de los problemas de salud.
- Implementar sistema de motivación e incentivos.
- Administrar los servicios por procesos.

7.2. MARCO CONCEPTUAL

EL EGRESO HOSPITALARIO

“Se lo considera cuando un paciente es dado de alta después de recibir un tratamiento médico en el área de hospitalización cuando un paciente deja de ocupar una cama en el hospital. El alta hospitalaria no significa que el paciente se encuentra totalmente recuperado, solo significa que el médico ha determinado que su condición médica es estable y que ya no necesita el nivel de cuidado del hospital.”⁴

¿Quién realiza el alta hospitalaria?

Sólo el médico puede autorizar el alta del paciente. Sin embargo muchos profesionales pueden estar involucrados en este proceso, en especial la enfermera que es la primera profesional del equipo de salud después del médico quien orientará y guiará al usuario y familia con respecto a su seguimiento en el hogar.

La preparación para el alta debe comenzar cuando se admite al paciente en el hospital; deberán dárseles todas las oportunidades para lograr una independencia mejor durante el tiempo que permanezca en la institución.

“Los hospitales proporcionan a sus pacientes una atmósfera protectora, de modo que el mundo exterior se convierte para estos en algo remoto, amenazador y en cierto modo terrible. Así en el momento de ser dado de alta el paciente, la alegría de reunirse con la familia y de volver al estado general de buena salud se mezclan a menudo con sentimientos de temor y ansiedad en cuanto a su futuro. En otro caso los pacientes se preocupan sinceramente en relación con el regreso a su domicilio, se preguntan si podrán valerse por sí mismos, si no serán una carga para sus familiares y si actuarán como miembros útiles para la familia y la sociedad.”⁵

Muchos pacientes se muestran inquietos por las adaptaciones que habrán de hacer en su vida como resultado de sus limitaciones físicas, en efecto los cambios de ocupación y de manera debida no se aceptan fácilmente y se ven con aprensión.

⁴ Proceso de alta: Recuperado (12-08-2010). Disponible en: www.slideshare.net/mytml.

⁵ Feria Lorenzo, DJ. (2003). Valoración de resultados en la implantación de un protocolo de cuidado al alta. Rev. Enfermería Científica, 252-3,58-63.

Las necesidades psicológicas y físicas del paciente en el momento de ser dados de alta pueden ser satisfechas a menudo por él mismo, con la ayuda de su familia y de los miembros del equipo de salud, alguna de estas necesidades de los pacientes son:

- Aceptar las limitaciones impuestas por la enfermedad.
- Aprender a comportarse eficazmente con dichas limitaciones.
- Ser aceptado como miembro de la familia y de la comunidad local.
- Aprender habilidades concretas y poseer conocimientos concretos en correspondencia con una manera de vida sana.

Por lo regular, los pacientes son dados de alta en los hospitales o en otras dependencias de salud cuando ya no necesitan los servicios que estos ofrecen; en ocasiones, sin embargo ocurre que un paciente deja el hospital contra el parecer del medico, en estos casos la mayoría de los hospitales requieren que los pacientes firmen en la historia clínica su decisión de manera que libere al hospital y al medico de toda responsabilidad, siendo el medico que dependiendo de la evolución de la situación clínica del paciente, decidirá cuando ha de darle el alta comunicándole la fecha con tiempo suficiente para que el personal de salud vaya preparando la salida del hospital.

LA PLANIFICACION DEL ALTA.- Es una característica de rutina en los sistemas de salud de muchos países siendo el objetivo reducir la duración de la estancia hospitalaria y lo reingresos frecuentes, mejorando la coordinación de los servicios luego del alta de un hospital.

Es un proceso que incorpora una valoración de las necesidades del paciente obtenidas de él mismo, cubrir las necesidades del individuo al planificar el alta, el personal de enfermería debe respetar las necesidades individuales y familiares e incorporarlas a sus decisiones y prioridades de dicha planificación que, a través del plan de egreso se esta asegurando la continuidad de los cuidados de enfermería, para lograr los cuidados óptimos en casa, es fundamental la educación sanitaria tanto del paciente como el de la familia, sin olvidar que la

enseñanza es parte integrante de la asistencia a los pacientes y debe estar presente a lo largo de todo el proceso.⁶

Según Kozier afirma que la planificación del alta consiste en prever y planificar las necesidades del paciente después de dejar el hospital. Añadiendo que un plan de alta eficaz comienza al ingreso de la persona y continua con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, incluidos los recursos comunitarios.

Bath dice: la clave para que una planificación del alta tenga éxito es anticiparse a la necesidad que tiene el paciente de unos cuidados continuados o de ayuda después de dejar el hospital.

La planificación del alta debe basarse en una comunicación eficaz de la enfermera con el paciente y sus familiares y en un buen plan individualizado de aprendizaje; la planificación para el alta es mejor y más sencilla cuando se inicia tempranamente valorando las necesidades del paciente y su familia, y planificando también los recursos.

PROCESO DE ENFERMERÍA

“El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.”⁷

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

⁶ Shepperd, S; McClaren, J. (2007). El proceso de enfermería. Disponible en: [http:// www.updateSoftware.com](http://www.updateSoftware.com).

⁷ Tomas, A. (1999). El valor de los cuidados. Valores sociales, modelos sociales y sistema sanitario. Enfermería clínica, 9 ("):65-70.

“El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.”⁸

Beneficios del proceso de enfermería

- Constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería.
- Impide omisiones o repeticiones innecesarias.
- Permite una mejor atención.
- Se centra en la respuesta humana única del individuo.
- Favorece la flexibilidad necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la participación de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su retroalimentación y mejora en función del tiempo.

Entre los objetivos se enumeran los siguientes:

Etapas

Consta de diferentes apartados:

- Recogida de datos, valoración organización y registro de dichos datos.
- Diagnóstico de enfermería: que puede ser de autonomía (diagnóstico de autonomía) o de independencia (diagnóstico de independencia). No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que éstos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo médico.
- Planificación: fijación de objetivos y prioridades.
- Intervención y actividades.

⁸ Sánchez Linares, A; Sanz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. Rev. Rol de Enfermería, 24(1): 67-74.

- Evaluación.

Características del proceso de enfermería.- El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado. La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Características:

- Cíclico y dinámico.
- Metas dirigidas y centradas en el cliente.
- Interpersonal y colaborativo.
- Universalmente aplicable.
- Sistemático.

El proceso de enfermería no es algo extraño o inusualmente complejo. Sin darnos cuenta, utilizamos su método a diario. Por ejemplo, ir a repostar combustible a una estación de gasolina requiere, en primer lugar, una Valoración de los diferentes precios y del número de personas que hay esperando para obtener combustible, entre otras cosas. Una decisión subsecuente, o Diagnóstico, se realiza con base en los criterios anteriores. Esto puede incluir dirigirse a la estación de gasolina para llenar el tanque o ir calle abajo a por mejores precios o menos gente. Si el precio es adecuado y no hay mucha gente entonces entramos allí. Ahora tiene lugar la Planeación (o planificación), que puede incluir consideraciones tales como qué bomba (o surtidor) usar, cuánto combustible poner en el tanque, o si limpiamos o no los parabrisas, entre otras cosas. Estamos ya en la bomba y listos para usarla. Ahora debemos Implementar (o ejecutar) lo que hemos planeado antes de disponernos a repostar: Nos

hemos dirigido hacia el lado del pasajero porque el tanque se encuentra en ese lado, parte de nuestro plan. También nos hemos dado suficiente espacio para salir después sin quedar bloqueados por otro vehículo, también parte de nuestro plan. Ahora retiramos la manguera y comenzamos a echar combustible al tanque, es decir, Implementamos lo que planeamos. Las cosas van bien. Tenemos el tanque lleno y hemos salido de la estación de gasolina sin complicaciones. Nuestra Evaluación de la ida a la estación de gasolina deberá ser buena, por lo que tendremos la opción de emplear este método en el futuro, y si no, tomaremos las medidas necesarias para la próxima vez que tengamos que enfrentar el mismo problema. En teoría, el proceso de enfermería es simple como esta analogía, aplicable en situaciones de distinto grado de complejidad, y comparable al método científico.

Habilidades.- El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del cliente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- **Habilidades cognitivas o intelectuales**, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están aquellas de identificar, diferenciar los problemas de salud, actuales y potenciales a través de la observación y la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.
- **Habilidades interpersonales**, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, y la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.

- **Habilidades técnicas**, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente el realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del proceso de enfermería.- Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

- Valoración de las necesidades del paciente,
- Diagnóstico de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir,
- Planificación del cuidado del paciente,
- Implementación del cuidado,
- Evaluación del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración.- El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tomar en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado una teoría de Enfermería o escala de Waterlow. Estos problemas son expresados tanto como reales o potenciales (de riesgo). Por ejemplo, un paciente que se haya inmóvil debido a un accidente de tráfico en la carretera puede ser valorado como con "riesgo de alteración de la integridad cutánea", relacionado con un problema potencial al quedar atrapado al interior del automóvil.

Modelos para la recolección de datos

Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones de salud funcional de Gordon.
- Modelo de adaptación de Roy.
- Modelos de sistemas corporales.

- Jerarquía de necesidades de Maslow.

Fase de diagnóstico.- Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencia. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del cliente.

“Diagnóstico de Enfermería”⁹

Fase de planificación.- En acuerdo con el cliente, el profesional de enfermería planifica el tratamiento de cada uno de los problemas identificados en la fase de valoración y desarrollados en la de diagnóstico. Para cada problema se establece una meta mensurable. Por ejemplo, para el cliente que se discutió más arriba, la meta sería para el paciente que su piel permanezca intacta. El resultado es un plan de cuidados de enfermería.

Fase de ejecución.- En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo el cuidado de enfermería.

Fase de evaluación.- El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería debe cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se

⁹ NANDA (2001). Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación. Barcelona: Harcourt.

reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se *deba* establecer metas mensurables - el fallo para establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios donde sea apropiado.¹⁰

ROL DE LA ENFERMERA FRENTE AL ALTA HOSPITALARIA.- Los egresos hospitalarios (EH) constituyen un elemento de mucho interés para determinar las necesidades de la población por los servicios de hospitalización. La enfermera como profesional de alto nivel científico, asertivo, empático y que trabaja en el cuidado de la salud del ser humano a través del ciclo vital desde un modelo integral y holístico, posesionado de su autonomía profesional, es capaz de integrar equipos de trabajo multi e interdisciplinarios, con una visión pro activa, con espíritu de superación profesional constructivo y propositivo, consciente de la realidad del mundo en que vive y con capacidad de conducir equipos de trabajo en función de los cuidados del individuo, familia y comunidad.

Demuestra capacidad para generar un clima organizacional optimo en pro de la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención, restauración de la salud y prevención de enfermedades, como también con capacidad de ejecutar acciones derivadas de diagnostico y tratamiento medico, usa de la ciencia y de la tecnología como herramientas para el bienestar social y humano, asegurando la mejor administración de los recursos de asistencia para el individuo familia y comunidad; es un profesional con una actitud humanística y solidaria, con gran sentido ético, garante del respeto y la dignidad humana, que demuestran conocimientos sobre la legislación que rige su profesión y los derechos de los individuos, familia y comunidad sujetos de sus cuidados.

¹⁰ Apuntes de enfermería. (2008). Disponible en: www.monicacañas.com

Por lo tanto la enfermera organizará el plan de egreso considerando la patología presentada y la participación de otros profesionales del equipo de salud es decir que cada uno tiene que aportar en el tratamiento para el seguimiento en el hogar.

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención, por ello como principio general la información debe ser clara precisa y suficiente, la información que dará el personal de salud constara de los siguientes aspectos:

Información a quien se va a responsabilizar en el domicilio, se refiere al familiar que va a cuidar del paciente esto se relaciona con el tratamiento farmacológico instaurado en el paciente, dieta, actividad física, cuidados específicos, tomar en cuenta los signos y síntomas de alarma y procedimientos terapéuticos a realizarse, ante el interés creciente de el profesional de enfermería en mejorar la calidad de los servicios prestado, asegurando la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales, garantizando la continuidad del proceso asistencial y facilitar el seguimiento de los pacientes desde la apertura del servicio de hospitalización y mediante la información permitir la continuidad de los cuidados domiciliarios al momento del alta.

La enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol docente proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención así como los auto cuidados que deben observarse.

SEGURIDAD DEL PACIENTE.- Los avances en medicina producidos en el siglo 20 han modificado el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, sin embargo esta evolución ha ido acompañada de un incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que implican un mayor riesgo y posibles daños innecesario para el paciente, la provisión de asistencia sanitaria

entraña unos riesgos que pueden ocasionar un daño importante al paciente y un alto coste a la institución sanitaria y a la sociedad. Tanto la hospitalización como la exposición a medicamento en el hospital se asocian a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y a los accidentes de tráfico, según estudios realizados en Estados Unidos. Los errores asistenciales tienen consecuencias graves para el paciente y su familia, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza del paciente en el sistema y dañan a las instituciones y al profesional sanitario que es, sin duda, su segunda víctima, por ello la seguridad del paciente, entendida como la minimización del riesgo de producir daño asociado a la asistencia sanitaria siendo su objetivo de mejorar la seguridad del paciente atendido en centros sanitarios a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentra:

Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales, para el aprendizaje implica a los ciudadanos e implantar prácticas seguras.

Recomendadas y abaladas por la evidencia disponible en los centros hospitalarios, así la seguridad de los pacientes es una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.

- El objetivo es lograr que el paciente tenga el menor riesgo durante su estancia hospitalaria.
- Se debe corroborar el manejo del paciente correcto, a través de sistemas redundantes de verificación.

Actualmente, el reto de la enfermería, es brindar una plena seguridad al paciente hospitalario mediante un trato digno y responsable que haga más llevadera la estancia de los enfermos en los hospitales. Por lo tanto la seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica, no es un fenómeno nuevo en la medicina; sin embargo hasta hace sólo algunos años se han realizado pruebas científicas para analizar esta problemática.

Esta situación condiciona altos costos económicos, deterioro en la relación médico-paciente, afecta la calidad de la atención médica, y lo más relevante es que condiciona riesgos al paciente que ponen en peligro su vida y su salud.

“Es por ello que para abordar esta problemática se propone establecer las siguientes acciones: establecer o fortalecer una cultura organizacional de seguridad del paciente, trabajo en equipo, promover la comunicación e información, fortalecer o establecer sistemas de gestión de calidad, identificar riesgos de los procedimientos médicos, establecer un registro de los efectos adversos que se hayan presentado y prevenido, y establecer líneas de investigación relacionadas a la seguridad del paciente.”¹¹

DERECHOS Y GARANTIA DEL PACIENTE.- Toda unidad de salud deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria que incluye la información al paciente, familia y/o cuidador.

- La integración a los cuidados que debe proporcionar cada individuo con responsabilidad a su propia salud es de relevancia en la atención.
- Todos los seres humanos aspiran a vivir dignamente. El ordenamiento jurídico trata de concretar y simultáneamente proteger esta aspiración. Pero la muerte también forma parte de la vida. Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte. Una vida digna requiere una muerte digna.
- El derecho a una vida humana digna no se puede truncar con una muerte indigna.
- El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna.

Está claro que “Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprende todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública”.

¹¹ Ostigüín, R; Velázquez, S. (2001). Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. El manual moderno, ISBN 968-426-895-5 9789684268951.

Se define también que: “Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquella. El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Por lo tanto toda persona tiene el deber de cuidar de su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad.”

“Todo paciente tiene derecho a una atención en salud de calidad, con trabajadores de salud debidamente capacitados y habilitados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones. Todo paciente tiene derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por el Ministerio de Salud Pública e incluidos por éste en el formulario terapéutico de medicamentos, y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización. Todo paciente tiene el derecho a que sus exámenes diagnósticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados para tal fin cuenten con el debido control de calidad. Asimismo tiene el derecho del acceso a los resultados cuando lo solicite.”¹²

Es un buen principio: establecer que los trabajadores y profesionales deben estar debidamente capacitados y actualizados, habilitados por la autoridad competente.

a. La información adecuada. Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante luego de recibir información adecuada, suficiente y continua y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

“El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento y controles establecidos por el equipo de salud. Tiene igualmente el deber de utilizar razonablemente los

¹² Aviso Legal. (2009). Disponible en: <http://noticias.juridicas.com>.

servicios de salud, evitando un uso abusivo que desvirtúe su finalidad y utilice recursos en forma innecesaria”.

Los derechos fundamentales del usuario: Los usuarios del sector salud, público y privado gozaran de los siguientes derechos:

- Acceso a los servicios de salud garantizándolos conforme a la presente ley.
- Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios:
- De salud públicos a la población vulnerable y son vulnerables todas aquellas personas que no dispone de recursos para satisfacer las necesidades mínimas para su desarrollo humano, y se incluyen los grupos especiales entre ellos el Binomio madre – niño, personas de la tercera edad y discapacitados.
- Gratuidad de los servicios en el sector público, cuando el usuario forma parte de la población vulnerable, con prioridad en el área materno infantil.
- A ser informada de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico incluyendo el nombre facultativo, diagnóstico, pronóstico, y alternativa de tratamiento y ha recibir consejería por personal capacitado.
- Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su instancia en la unidad de salud salvo en casos legales.
- Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, del sexo, moral, económico,
- Ideológico, político o sindical.
- A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o procedimientos diagnósticos, terapéutica y pronóstico.
- El usuario tiene derecho, frente a la obligación correspondiente del médico de asignar, que se le comunique todo aquello que sea necesario para el debido consentimiento.
- A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos.
- A exigir que los servicios que se les prestan para la atención cumplan con los estándares de calidad tanto en los procedimientos como en la práctica.

Respeto y dignidad.- Derecho a recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia como reconocimiento de su dignidad personal.

Identidad.- Derecho a saber la identidad y calificación personal de los individuos que les están ofreciendo servicios.

Seguridad personal.- Derecho a esperar una seguridad razonable en las medidas que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las instalaciones del servicio lo permitan.

Comunicación.- Derecho a que la comunicación en salud se realice en el idioma predominante de la comunidad.

EDUCACION PARA LA SALUD

La salud constituye un recurso imprescindible, para desarrollar con normalidad las actividades cotidianas. Promover la salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en aspectos básicos como la alimentación, vivienda, ingresos, etc.... pero también disponer de habilidades personales, criterios y autonomía suficiente para elegir las opciones más saludables.

El medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y el sistema sanitario son los elementos que determinan la salud de las personas, si bien los dos primeros, además de ser los que más influyen en la salud, son los más susceptibles de ser controlados por el propio individuo.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre los factores que determinan su salud para poder mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La promoción de la salud implica actuaciones coordinadas en los diferentes lugares en los que nos desenvolvemos las personas, de ahí el papel fundamental que ejercen la familia, Al sistema educativo, sanitario y la comunidad en general. La promoción de salud supone por tanto, que la población requiere de "herramientas" destinadas a mejorar la salud, incluyendo educación e información, desarrollo y organización comunitarias y acciones legales y de defensa de la salud (ocio, tiempo libre, alimentación, deporte...).

"La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a mejorar la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación."¹³

La salud siempre ha sido un tema importante en la educación. Está incluida en los planes de estudio de muchos programas educativos y proyectos de educación, la salud ofrece en general, estilos de vida sana, así sobre enfermedades específicas y tratamiento, el mejorar los conocimientos sobre la salud es un elemento esencial en muchos programas de alfabetización y educación básica. La educación para la salud frecuentemente se combina con otras medidas para mejorar el bienestar y fomentar el desarrollo de la comunidad. Tales programas generalmente incluyen capacitación en alguna actividad lucrativa. Además de las oportunidades de aprendizaje que ofrecen las instituciones formales, las personas adultas también adquieren conocimientos sobre la salud en grupos locales de autoayuda, en grupos comunitarios, en el trabajo y en organizaciones no formales. También obtienen información – de manera informal – a través de la televisión o anuncios publicitarios, o a través de sus padres y amigos. La educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación.

¹³ Serrano, MI. (1998). La Educación para la Salud del siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos.

El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje. La salud es básicamente una estructura social: se crea a través de la interrelación entre la gente y su entorno en el proceso de la vida diaria: donde la gente vive, ama, aprende, trabaja y juega.” y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía, definiéndose como salud enfermedad al bienestar o malestar, depende no sólo de factores individuales y biológicos, sino del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, trabajamos, y nos relacionamos.

Las diferentes culturas y subculturas tienen su propia manera de interpretar lo que es la salud y lo que es la enfermedad. La ciencia biomédica Occidental, aunque domina muchas de las prácticas de diagnóstico y de las prácticas terapéuticas en muchas partes del mundo, no es la única forma de combatir la enfermedad. La educación para la salud tiene que tomar en cuenta conceptos muy distintos y reconocer las tradiciones médicas diferentes y los métodos curativos locales.

Si la salud es una estructura y un proceso social, los puros factores médicos no pueden explicar qué nos enferma, ni qué nos cura. El medioambiente físico y social en el que vivimos es igual de importante, así como también la situación social y la participación política de esto se desprende que los problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento. Es decisivo que la educación para la salud tome en cuenta los factores sociales, ambientales y económicos que determinan la salud de la gente. La educación para la salud necesita capacitar a la gente para que cambie estas condiciones. Desde este punto de vista, la educación para la salud es un proceso social y político imprescindible, así como un elemento básico de desarrollo humano.

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo, que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la

escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos.

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud. La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades. Un elemento fundamental de las políticas de promoción de la salud es la acción comunitaria. Las iniciativas locales se apoyan a través del suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes. Al reconocer la función de los factores ambientales y sociales para alcanzar y conservar la salud, las iniciativas comunitarias consisten en abogar por ellas o en emprender acciones políticas, con el fin de crear un medio ambiente propicio para la salud. Tales iniciativas fijan su atención no sólo en modelos de enfermedad o servicios curativos, sino en los aspectos sociales e institucionales de la vida cotidiana.

Aunque la acción comunitaria implica que las comunidades deben asumir la responsabilidad de su propia salud, esto no quiere decir que se está dejando de exigir la atención del nivel político y del sector sanitario.

La salud como un derecho humano, al igual que la educación es también un requisito preliminar para poder gozar plenamente de todos los demás derechos humanos. Para respetar este principio, se requiere que se adopten y apliquen mecanismos de derechos humanos nacionales e internacionales.

El tener capacidad para responsabilizarse de la salud significa tener los conocimientos y las habilidades necesarias para poder participar en la toma de medidas colectivas a favor de la salud sostenible dentro de la familia y para abogar a favor de los grupos locales y las organizaciones comunitarias.

La educación más eficaz consiste en ayudar a la gente a tomar decisiones con más seguridad y a ampliar su campo de opciones. El ser 'capaz de responsabilizarse de la salud' significa ser autónomo en la vida diaria, hecho que le permite a la gente adquirir más seguridad.

No hay uno que sabe y otro que no sabe, sino dos que saben cosas distintas.

Satisfacción del usuario: la definición es muy sencilla, el usuario está satisfecho si sus necesidades reales o percibidas, son cubiertas o excedidas, entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera?

Calidad: definir la calidad es un poco más difícil que definir la satisfacción del usuario, la calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto definimos calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad. Puede parecer muy simplista esta definición. Pero esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización.

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas.

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles.

En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y mas completo bienestar, logrando un equilibrio mas favorable de riesgo y beneficio.

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

“La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones.”¹⁴

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

La calidad: se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.

Políticas de calidad: Es el conjunto de directores y objetivos generales relativos a la calidad expresadas formalmente, son principios generales que requieren la actuación de una organización.

La gestión de la calidad: es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad y comprende tres procesos: planificación, organización y control.

¹⁴ Paganini, JM. (1993). La relación entre estructura, proceso y resultado. Calidad y eficiencia de la atención Hospitalaria. Washington DC.OPS/OMS

La planificación de la calidad: Constituye el proceso de definición de las políticas de la calidad, generación de los objetivos y establecimiento de estrategias para alcanzarlos.

La organización para la calidad: Es el conjunto de estructura organizativa, procesos, recursos para gestionar la calidad y es la división de funciones, tareas y su coordinación.

Control de la calidad: Abarca las técnicas y actividades de carácter operativos utilizados en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad, es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre diferencia.

La mejora de la calidad: Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado de búsqueda de perfeccionamiento.

Sistema de calidad: Es el conjunto de la estructuras de la organización, responsabilidad los procedimientos y los recursos disponible para llevar a cabo la gestión de calidad.

La garantía de la calidad: Sistemas de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor.

La calidad total: es el conjunto de principios de estrategias globales que intenta movilizar a todas las empresas con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menos costo posible.

Evolución del ámbito de la función de la calidad:

La primera fase, es un principio que predomina el criterio de la calidad mínima, preocupados como estaban, por producir lo máximo posible, no se practicaba el control de la calidad.

En una segunda fase se incorporó a la actividad industrial, el control de la calidad basado en las organizaciones científicas del trabajo, practicándose el control por la inspección al final del proceso productivo. Después se introdujo estadísticas del proceso y al mismo tiempo obtener datos de manera rigurosa, compararlos y analizarlos con el estándar establecido, estudiar diferencias halladas y establecer correcciones.

Posteriormente bajo el concepto de alta dirección se planteó el control de la calidad en todos los departamentos y no solo en la producción. Actualmente se habla de control de calidad en todas las empresas, a este respecto la cuestión no solo es conseguir que todos los departamentos participen en el control, sino que todos en las empresas los realicen.

Evolución del objeto de control de la calidad:

- **Años 60**, 100% del tiempo de los expertos en calidad se dedicaba a inspección y recepción y control del producto final.
- **Años 70**, se dedicó mayor atención al control de los procesos y garantizar los productos de la calidad “comenzó a ser preventivo”.
- **Años 80**, se aplica el control de calidad a sus orígenes, al diseño del producto como
 - a la calidad en el diseño del proceso.
- **Años 90**, se presta atención a la calidad en las relaciones humanas, se presta atención.

Al área de administración y de servicios y se propagan los círculos de calidad y la filosofía de la calidad total.

La calidad de un buen servicio se evalúa en dos dimensiones:

- Según los beneficios que aportan.
- Según los problemas que crea.

Calidad Total: se apoya en tres pilares:

- Orientaciones al cliente externo.
- Liderazgo en costo de producción.
- Orientación al cliente interno.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.
- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.

Necesidades frente a la demanda

- **Necesidades sentida:** Aparecen siempre que la persona desea asistencia sanitaria, responde a la percepción que la persona tiene sobre sus problemas de salud.
- **Necesidad expresada:** es la necesidad sentida convertida en demanda.
- **Necesidad comparativa:** es el caso que o un individuo con determinadas características de salud no recibe asistencia sanitaria, mientras que otros si la reciben.

Atributos determinantes de la calidad de la asistencia sanitaria

- Aspectos técnicos y científicos.
- Aspectos interpersonales el entorno.

Actualmente en instituciones públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de atención para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones.

- Organizaciones de comités de mortalidad.
- Grupos de consensos encargados de evaluar la optimización de técnicas.
- Comités y círculos de calidad.
- Sistemas de monitorias.
- Aplicación de encuesta de opinión a proveedores y usuarios entre otros.
- Auditorias clínicas y legales.

Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficie a las organizaciones que otorgan los servicios de salud a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de calidad de los servicios y ofrece beneficios a costo relativamente bajos. Por ejemplos: es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar las quejas de los pacientes descontentos, minimizar los daños a la organización como es el caso de las demandas legales así como es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de atención mediante establecimientos de estándares de desempeño, esto a pesar de existencias de dudas sobre los aspectos técnicos de la atención.

En las últimas décadas han involucionado los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención clínica. El enfoque cambió de la anatomía médica a la garantía de la calidad y de ahí al mejoramiento de calidad y la gerencia para la calidad total.

La comisión conjunta para la acreditación de las organizaciones de atención a la salud (Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations) lanzó en 1,996 su agenda para el cambio, el esfuerzo de la comisión se centra en la transformación total del proceso de acreditación, en un sistema mas actualizado y sofisticado orientado al desempeño. El Ministerio de Salud en el capítulo II de la ley general de salud en el artículo 125 habla sobre las habilitaciones a los establecimientos de salud, el cual es un proceso de evaluación único por medio del cual, el MINSA, autoriza el funcionamiento de un establecimiento de salud para iniciar o continuar una vez que cumplan con los estándares. En cuanto a las acreditaciones es un proceso voluntario de evaluación, válido por un período de tres años, por medio del cual se valora y reconoce que un establecimiento de salud cumplen con los estándares elaborados, con la finalidad de garantizar la mejoría de la calidad de atención en salud.

El problema de la calidad en la Salud

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica.

Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están:

- Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
- Necesidad de delimitar el campo en el que estudiaremos la calidad, para no dispersarnos con problemas que no corresponden.
- ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.?
- ¿Cómo podremos controlarlo (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)?

Es importante mencionar que la mayoría de las veces que se realizan trabajos de calidad en salud, se presentan algunas dificultades debido a que no sean resueltos previamente las cuatro dificultades antes mencionadas. De hecho como SILAIS estamos interesados en que las unidades conozcan la importancia y necesidad de desarrollar un instrumento de medición de la calidad, que permita descubrir los puntos concretos de su trabajo donde la calidad sea mejorada. De la misma manera que la calidad global del centro y con el interés de sistematizarla mejorando cualitativamente el trabajo.

- La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin dissociar sus componentes.
- Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad:

- Puntualidad.
- Prontitud en la atención.
- Presentación del personal.
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el problema.
- Efectividad en los procedimientos.
- Comunicación con el usuario y la familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Aceptación de sugerencias.
- Capacidad profesional.
- Ética.
- Equidad.
- Presentación física de las instalaciones.
- Presentación adecuada de las instalaciones.
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos.

- Educación continua a personal del servicio y a usuarios para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Planeación de la calidad, Control de la calidad,
- Aseguramiento de la calidad, Mejorar la calidad y Evaluación de la calidad.

“El aseguramiento de la calidad, es el aval fundamentado en la aplicación del manual de integración de todas las normas, el esfuerzo coordinado del personal, cumplimiento de las políticas, utilización adecuada de todos los recursos y estrategias. Este depende de la participación de la gente, la única meta a largo plazo de una empresa es sobrevivir y para lograrlo el mecanismo posible es el mejoramiento continuo de la calidad.”¹⁵

La evaluación de la calidad mide no sólo el impacto si no el desenvolvimiento general del programa que comienza en la planeación.

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él, es capacidad, es atender adecuadamente, es liderar el proceso, e interesarse por todo y por todos.

Las organizaciones de Salud son diferentes al resto de las empresas y comprender su particularidad es la clave para lograr una **gestión exitosa en resultados**. Entre algunos factores diferenciales podemos mencionar:

- El manejo de la **relación interpersonal** con el cliente-paciente es infinitamente más compleja, ya que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos muy

¹⁵ Humanización del cuidado de enfermería. Un reto de la gerencia de enfermería. (2008). Recuperado en: www.porbitesmédicos.com.

íntimos de la vida (permanente contacto con el sufrimiento, el dolor, la enfermedad).

- “El concepto de calidad de servicio de las organizaciones de salud es más **amplio e integral** que aquel del resto de las empresas. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión del **cuidado emocional**; de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar del **grupo familiar**; de una calidad periférica a una **calidad integral**.”¹⁶
- Los **costos de no calidad** en las organizaciones de salud implican consecuencias diferentes que en el resto de las empresas: la no calidad en las instituciones sanitarias puede afectar y acabar con la vida del paciente.

Dadas estas particularidades, trabajar como líder profesional en una empresa de salud implica desarrollar competencias “específicas” como ser:

- Ejercicio de la profesión como **CIENCIA** (capacidad técnica = cuidado de la salud).
- Ejercicio de la profesión como **ARTE** (relaciones interpersonales = soporte emocional /contención del equipo médico /empatía).
- Práctica de una **NUEVA MÍSTICA EMPRESARIAL** que integre: valores de espiritualidad (la integridad, la confiabilidad, la intuición) con la competitividad empresarial.

“Los líderes de las empresas de salud deben detenerse a reflexionar en **términos estratégicos**, pensar ¿cómo diseñar y/o rediseñar e implementar una organización más efectiva y eficiente que se ajuste a las necesidades de sus “especiales clientes” y de la comunidad? Mediante la fórmula de éxito de las organizaciones de salud: **CALIDAD + CALIDEZ**.”¹⁷

- TRABAJAR CON **CALIDAD** implica a) Control de costos; b)integración de tres conceptos teórico-prácticos (enfoque sistémico/enfoque estratégico /liderazgo institucional);c) gestión basada en procesos hacia la calidad y la eficiencia; d)

¹⁶ XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, II Congreso de Murcia de Calidad Asistencial. (2001). Revista de Calidad Asistencial, Vol.16, número 7.

¹⁷ Bennis, W. (1994). Learning to lead a workwook on becoming a leader. Auditoría Médica: Fundación Universitaria Dr. René Favaloro.

definición de indicadores y estándares aceptados; e) Programa de mejoramiento continuo

- TRABAJAR CON **CALIDEZ** implica a) trabajar de manera proactiva e innovadora, considerando las necesidades integrales del paciente; b) crear un nuevo “proyecto ambiental”; c) desarrollar líderes de líderes, basados en los siete pilares fundamentales definidos por Avedis Donabedian, d) reconocer las características fundamentales del Capital Humano -funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma; e) Trabajar con el alma y con los sueños como fuente de la confianza.
- “TRABAJAR CON **CALIDAD** (lo racional).”¹⁸
 - Control de costos: Las organizaciones de salud se caracterizan por tener un alto costo de no calidad difícilmente mensurable¹. Establecer un sistema de costos de la calidad es una acción estratégica porque permite conseguir la **reducción de los costos operativos** de la empresa a la vez que se **aumenta el nivel de calidad**.
 - Integración de tres conceptos teórico-prácticos:
 - a) enfoque sistémico (estructura-proceso-resultado¹);
 - b) enfoque estratégico (aspectos gerenciales y de gestión interna del establecimiento; análisis permanente de los factores positivos y amenazas del contexto; fortalezas y debilidades de la institución en sus relaciones con el mismo);
 - c) liderazgo institucional (trabajo en equipo, concertación, acuerdo, negociación, cooperación, consenso y participación)
 - Proceso permanente hacia la calidad y la eficiencia.
 - Gestión basada en procesos, que significa hacer las cosas bien según lo establecido en las ciencias médicas, las ciencias de la salud, normas y

¹⁸ Gratton, L. (2001). Estrategias de Capital Humano. Madrid: Pearson Education.

procedimientos administrativos. Definición de indicadores y estándares aceptados.

- Acciones tendientes a lograr los resultados esperados de recuperar la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida de la organización.
 - Programa de mejoramiento a través de la educación continua: aprender haciendo.
- TRABAJAR CON **CALIDEZ** (lo emocional):
- Superar las prácticas de actuación tradicionales hacia la nueva mística empresarial.
 - Trabajar de manera proactiva e innovadora, teniendo en cuenta las necesidades del paciente en forma integral.
 - Constituir modelos de comportamiento, capaces de transgredir las prácticas de actuación que conlleva la sociedad de flujos lineales hacia cíclicos, desarrollando un nuevo “proyecto ambiental”.
 - Desarrollar líderes de líderes¹, para poder liberar la capacidad mental de las organizaciones y así sostener el cambio organizacional, basado en los siete pilares fundamentales definidos por Avedis Donabedian (eficacia/ efectividad/ eficiencia/optimización/aceptabilidad/legitimidad/ equidad).
 - Situar a las personas en el centro de la estrategia de la empresa reconociendo su diferencia con el capital y la tecnología, reconociendo las características fundamentales del Capital Humano (funcionamos en el tiempo; buscamos significados; tenemos alma¹).
 - Trabajar con el alma y con los sueños como fuente de la confianza, la dedicación, la inspiración y la alegría.

CAPACITACIÓN.- La capacitación propuesta en cualquiera de sus aspectos requiere ser multiplicadora, es decir los capacitados deben quedar habilitados para desarrollar la educación de pares. Esto implica entregarles herramientas pedagógicas y comunicacionales que propicien su labor. En ellos la idea de formación de formadores es esencial. Se comparte el criterio de que los agentes de cambio deben prepararse para transferir a otros las técnicas y destrezas que hacen efectivos los derechos sociales, que posibilitan la verdadera participación de la sociedad.

Otro aspecto tomado en cuenta es la necesidad reconocida de potenciar la capacidad de diseñar, planificar, monitorear y evaluar las estrategias, de eliminar las deficiencias en la ejecución de los programas de capacitación de recursos humanos dirigidos, fundamentalmente, a los niveles encargados de tomar y ejecutar las decisiones en el campo de los servicios de salud.

De igual forma constituye un principio el enfoque multisectorial en la capacitación, y que esté enmarcada dentro del proceso de mejoramiento en la gestión y la efectividad de las acciones concebidas por las instituciones y programas de atención que forman parte del sector de la salud y de otros actores y sectores sociales no pertenecientes al mismo. Toda ello posibilitará disponer de profesionales capacitados que trabajen en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, que puedan avanzar en la instrumentación y gestión de las acciones orientadas a mejorar los servicios de salud.

Ahora bien, ¿qué tipo de capacitación se ha concebido? Un aspecto fundamental que debe estar en la lógica de cualquier propuesta de capacitación que se formule, es que los recursos humanos que se formen son para los problemas presentes y futuros. También hay que tener en cuenta que en la actualidad se busca la integración de factores sociales en el pensamiento y la acción de la salud, que se va hacia una medicina más preventiva, en la que es fundamental aumentar la participación de profesionales y técnicos no médicos en las acciones de salud y en la que es esencial lograr una mayor participación del individuo informado en las decisiones que conciernen a la salud de su comunidad y de su persona.

De lo anterior se desprende que cada día resulta más necesario lograr que la capacitación en salud propicie el desplazamiento de la salud del individuo a la salud de la población, a sus indicadores colectivos y a la eficiencia y efectividad de los servicios. En todo este proceso se requiere una mayor claridad del rol de los factores sociales, es en este escenario donde la investigación se convierte en un insumo fundamental para la toma de decisiones.

Ante la realidad existente es necesario formar recursos humanos en el área de formación de la, que sean capaces de identificar el tipo de problemas a que se enfrentarán. No se deben preparar profesionales para comprender y aplicar procedimientos, sino propiciar en ellos la capacidad de aprender, de crear, de integrar conocimientos de áreas diferentes, con habilidades investigativas, con un alto compromiso social y elevados valores éticos y morales.

Todo lo anterior fundamenta la necesidad de realizar una capacitación que propicie el fortalecimiento del desarrollo de los recursos humanos que laboran en los distintos niveles y servicios del sistema de salud y de otros sectores que ejecutan acciones y funciones sobre. Ellos una vez preparados contraen el compromiso de actuar como propiciadores de los procesos de salud, de forma tal que contribuyan a mejorar y mantener los indicadores sanitarios existentes y elevar la calidad de la atención que recibe la población en el área de la salud.

Cuba posee una rica trayectoria en la formación de recursos humanos mediante casi todas las formas de educación posgraduada en diferentes especialidades, tanto cubanos, como extranjeros, que la han prestigiado. El campo de la salud ha sido un ejemplo de ello, pues ha formado un elevado número de médicos, enfermeras y técnicos con un alto nivel de actualización. Existe, además, un número importante de instituciones académicas y de investigación, tanto dentro como fuera del sector de la salud, que cuentan con profesionales con alta preparación científica y docente y con las condiciones necesarias para llevar a cabo la capacitación. Es por ello que se considera que existen las condiciones para iniciar el proceso de capacitación, con la participación de todas aquellas instituciones que aporten sus experiencias y conocimientos para su buen desarrollo y que sean capaces de replicar a otras instancias los conocimientos y habilidades que se diseñen.

A partir del monitoreo y evaluación que se obtenga del proceso de capacitación, se puede utilizar por otros países, particularmente de América Latina y el Caribe, en el cual Cuba puede servir como centro para promover esta actividad, debido a las posibilidades técnicas que posee ya que tendrá profesionales ya formados para

enfrentar la tarea, los que constituyen el capital humano más importante para la cooperación técnica internacional.

Finalmente ¿a qué objetivos debe dar respuesta esta capacitación? En primer lugar debe proporcionar un marco teórico y habilidades en investigación, promoción y gestión a equipos de trabajo, de forma tal que sean capaces de identificar e investigar sobre los principales problemas de la población y sus factores condicionantes.

En segundo lugar, debe contribuir por igual a la formación de recursos humanos de instituciones nacionales, provinciales y municipales, de salud, educación y otros actores sociales, los que deberán ejecutar entrenamientos a otros profesionales para multiplicar los conocimientos en las áreas que abordará la capacitación en SSR. Finalmente, promover una experiencia participativa en la formación de recursos humanos, para la generación de conocimientos nacionales y autóctonos en SSR.

Disponer de profesionales con los conocimientos, aptitudes y valores reseñados permitirá que la planificación, instrumentación y evaluación de los programas y servicios en SSR se realicen con una integración de los aspectos sociales, culturales y contextuales asociados al proceso salud enfermedad, todo lo cual será rectorado de manera participativa.

LA SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN OTRAS DE LAS HERRAMIENTAS PARA ESTE ESTUDIO DE ACCION

Supervisión y evaluación. La supervisión como sistema de control es una de las necesidades vitales en las organizaciones que permite la medición de la actuación y el control de las acciones.

Para Raymond O. Loen citado por Bustos en 1.981, define a la supervisión como dar a los subordinados la instrucción, orientación y disciplina día a día, según se requiere para que ellos cumplan con sus obligaciones y responsabilidades.

La supervisión es un factor importante de progreso que permite:

1. Promover el trabajo en equipo.
2. Mejorar los sistemas de trabajo.
3. Desarrollar la eficacia del personal.
4. Obtener la máxima productividad.
5. Mejorar la utilización de recursos en la ejecución del plan.
6. Detectar fallas y corregir errores de acciones.

Objetivos de la supervisión:

- Para el personal. Desarrollar habilidades, orientar, simplificar el trabajo, ofrecer un ambiente positivo en el trabajo y lograr el desarrollo de relaciones humanas adecuadas.
- Para el público. Garantizar un servicio de calidad.
- Para la organización. Coadyuvar al logro de los objetivos institucionales.

Principios de la supervisión:

Planificación. La supervisión planeada es más eficaz.

Psicología. El conocimiento del supervisado facilita la acción supervisora.

Sociología. Al supervisar, deberá tomarse en cuenta que las actitudes y la eficiencia del supervisado están coordinadas por el medio ambiente en que vive.

Dirección. El supervisar requiere tomar decisiones.

Enseñanza. Enseñar al trabajador a ejecutar el trabajo simplifica la supervisión

Comunicación. El supervisar requiere comunicar en forma sistemática, en caso contrario, la supervisión no podrá darse.

La fuente generadora de los programas de supervisión son los servicios y sus necesidades.

Un programa de supervisión debe reunir lo siguiente:

1. Cubrir todos los turnos.
2. Funcionar de manera vertical y horizontal.
3. Favorecer el desarrollo del personal.
4. Ser flexible y susceptible de medir.
5. Darse a conocer por todo el personal.
6. No rebasar los seis meses planeados.
7. Tener como propósito el objetivo de calidad.

La supervisión eficaz requiere de personal altamente calificado y, además, que conozca el área de trabajo.

Unos de los errores más frecuentes de los supervisores consisten en efectuar una vigilancia abrumadora en busca de fallos, lo cual desvirtúa el verdadero propósito de la supervisión.

La disciplina es factor importante en la supervisión, pero es necesario ejercer un control para evitar o corregir un comportamiento indeseable.

Disciplina. El programa de acción disciplinaria que maneje el supervisor debe de contener:

- a) Políticas, normas y reglamentos de la institución.
- b) Información sobre sanciones.
- c) Observación continua con acciones bien específicas.
- d) Acciones correctivas de tipo instructivo.
- e) Reforzamiento en las modificaciones de conducta aceptables; es decir acciones de reconocimiento.
- f) Motivación

EVALUACIÓN.- El proceso sistemático de la evaluación permite medir y comparar los resultados obtenidos en relación con los esperados.

Propósitos de la evaluación:

1. Corregir y mejorar los planes iniciales, o ambos casos.
2. Medir la eficacia de las actividades.
3. Fundamentar la toma de decisiones, en caso necesario y plantear opciones.

Al evaluar hay que tener presente:

- a) Los objetivos.
- b) Los logros.
- c) Las necesidades.
- d) Los recursos.

Nos podríamos preguntar ¿Cuándo se debe evaluar?

Al inicio, en el transcurso y al final de cualquier plan. La evaluación debe ser permanente y dinámica, objetiva, oportuna y aplicable, y se enfocará a aspectos realmente significativos.

Los instrumentos para evaluar deben comprender criterios que enfoquen de manera directa el aspecto que se desea evaluar, delimitando el área que será objeto de medición.

La evaluación puede hacerse de formas:

- Directa.
- Observación.
- Entrevista.
- Reuniones.
- Indirecta.
- Informes.
- Encuestas.

- Programas.
- Expedientes y otros.

Métodos de control:

- Archivo.
- Auditoría.

ARCHIVO.- Es el conjunto de documentos debidamente clasificados y ordenados que conservan la historia de la organización.

Según el destino se clasifican en:

- Pasivo.
- Activo.

Según el sistema se clasifican en:

- Público.
- Privado.
- Secreto.

Determinar el contenido del archivo es una tarea ardua indispensable para un adecuado control de registros, informes, procedimientos y normas ejecutadas.

AUDITORIA.- La auditoría es un procedimiento técnico que sirve para evaluar la marcha de un trabajo

- Objeto. Descubrir deficiencias e irregularidades y plantear soluciones.
- Utilidad. Ayudar a la dirección a lograr un control continuo y constructivo.

PRINCIPALES ENFERMEDADES CONSIDERADAS EN ESTE PROYECTO DE ACCIÓN SOCIAL:

ENFERMEDAD DIARREICA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS.- La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

El número de las evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes; esto no es diarrea.

Las EDA han constituido un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de 5 años.

En 1997, 80% de los niños que murieron por EDA recibieron por lo menos una atención médica y más del 61% de las defunciones ocurrieron en el hogar.

En 1998 se registraron 617,509 casos de EDA en niños menores de un año y 982,111 en el grupo de 1 a 4 años.

Se debe reconocer en el niño uno o más de los siguientes signos que indican la presencia de complicaciones.

- No puede beber o comer
- Vomita todo
- Tiene convulsiones
- Está letárgico o inconsciente
- Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales

En caso de identificarse uno o más de estos signos deberá enviarse al niño, lo mas rápidamente posible al hospital más cercano.

Cuando se identifican uno o más de los siguientes factores, el niño será mantenido en

observación en el área de urgencias o consulta externa de la unidad de salud, para capacitar a la madre y observar la evolución del niño:

- Desnutrición grave.
- Menor de dos meses de edad.
- Presencia de alguna inmunodeficiencia.
- Muerte de un menor de 5 años en la familia.
- Madre analfabeta.
- Madre menor de 17 años.
- Dificultad para el traslado al médico.
- Menor de un año con antecedentes de peso bajo al nacer.

¿Las EDA son procesos infecciosos que se transmiten por vía fecal-oral?

Las EDA son casi siempre infecciosas y de carácter autolimitante, los agentes causales generalmente se transmiten por vía fecal-oral y adoptan diversas modalidades, dependiendo de los vehículos y las vías de transmisión.

“Los microorganismos que más frecuentemente se asocian a EDA son:”¹⁹

AGENTE	MECANISMO DE TRANSMISIÓN	%	FREC
Rotavirus	Contacto directo y posiblemente aéreo	12-20	ALTA
<i>Escherichia coli</i>	Agua y alimentos contaminados	10-22	
<i>Campylobacter jejuni</i>	Leche y otros alimentos, agua	12-15	
<i>Shigella sp.</i>	Contacto directo y alimentos contaminados	8-12	MEDIA
<i>Salmonella sp.</i>	Agua y alimentos contaminados.	2-6	
<i>Giardia lamblia</i>	Agua y alimentos contaminados	2-6	

¹⁹ Kumate, J; Gutiérrez, G; Muñoz, O; Santos, JI. (1994). Manual de Infectología Clínica. México: Ed. Mc Graw Hill.

<i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Entamoeba histolytica</i>	Agua y alimentos contaminados Contacto directo y alimentos contaminados	1-3 1	BAJA
--	---	----------	------

Las EDA también pueden resultar del:

- Uso inadecuado de antibióticos.
- Mala técnica alimentaria.
- Intolerancia a disacáridos.
- Alergia a las proteínas de la leche.
- Otros padecimientos.

Los factores asociados a un mayor riesgo de enfermar e incluso de morir por enfermedades diarreicas son:

- Higiene personal deficiente (lavado de manos).
- Desnutrición.
- Ausencia o prácticas inapropiadas de lactancia materna.
- Peso bajo al nacimiento.
- Esquema de vacunación incompleto.
- Falta de capacitación de la madre para la higiene familiar.
- Contaminación fecal del agua y de alimentos.
- Deficiencia de vitamina A.

¿La evaluación del estado de deshidratación es un aspecto importante de la evaluación clínica del paciente?

Plan A.- Se aplica en pacientes con deshidratación diarreica aguda con una deshidratación normohidratada comprende la capacitación del responsable del cuidado del paciente con diarrea para continuar su tratamiento en el hogar, de acuerdo a las siguientes reglas:

- A. Alimentación: continuar con lactancia materna y la alimentación habitual.
- B. Bebidas abundantes de líquidos de uso regular en el hogar así como "Vía suero Oral" (VSO) mientras persista la diarrea
- C. Cuando regresar: si no mejora en 72 hrs o antes si se presenta: sed intensa, no come ni bebe, heces líquidas y numerosas (más de 1 por hora), vomito frecuente, fiebre alta y persistente, evacuaciones con sangre.

Plan B.- Iniciar la administración de VSO: 100 ml/kg en 4 horas, distribuido en dosis cada 30 minutos, con vaso, taza y cucharita.

Valorar cada hora. Si mejora, pase a plan A. Si continúa deshidratado, repita plan B. Si empeora, pase a plan C.

Plan C.- Los pacientes con choque hipovolémico por deshidratación deberán ser referidos al segundo nivel.

“Antibióticos recomendados en el tratamiento EDA”²⁰

DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO DE ELECCION	ALTERNATIVA
<i>Disentería por Shigella</i>	Trimetoprim con sulfametoxazol 10mg/kg/día, divididos en 2 dosis diaria durante 5 días VO	Ampicilina 100 mg/kg/día V.O. divididos en cuatro tomas al día durante 5 días
<i>Amibiasis intestinal</i>	Metronidazol 30mg/kg/día divididos en 3 dosis al día por 10 días, vía oral.	Tinidazol 5 ^o mg/kg/día una vez al día por 3 días V.O.
<i>Giardiasis intestinal</i>	Metronidazol 15 mg/kg/día repartidos en 3 dosis al día durante 5 días VO.	Furazolidona 7.0 mg/kg/día dividido en 4 dosis al día durante 5 días VO
<i>Cólera</i>	Eritromicina 30 mg/kg/día en 3 dosis al día durante 3 días VO.	Trimetoprim con sulfametoxazol 10 mg/kg/día divididos en 2 dosis al día durante 3 días VO.

²⁰ Carreras Viñas, M. (2002). Informatización de los servicios de enfermería. Rev. Gestión Hospitalaria, 13: 67-76.

Atención.- Los antimicrobianos solo deben prescribirse en pacientes con disentería, cólera y parasitosis.

¿Los errores de tratamiento están relacionados con práctica clínica incorrecta?

Errores frecuentes en el tratamiento de las EDA:

- Deficiente comunicación entre el personal de salud, y no capacitar a la madre para reconocer signos de alarma por EDA.
- No identificar los factores de mal pronóstico.
- No utilizar la prescripción de terapia de hidratación oral (sólo se indica en 32 a 35% de los casos).
- Prescribir medicamentos injustificadamente (el 70 a 82% de los casos reciben antibióticos).
- Prescribir ayuno o dietas restrictivas (entre el 28 a 43% de los casos).
- Usar en forma injustificada y prolongada las venoclisis.
- No trasladar al hospital los casos complicados.

Más de 70% de las muertes por diarrea y deshidratación pueden evitarse si se utiliza la terapia de hidratación oral que consiste en incrementar el consumo de líquidos y dar VSO; además, continuar la alimentación, capacitar en los signos de alarma y no usar antidiarreicos.

La mayoría de los episodios de diarrea manejados de esta manera evolucionan favorablemente y se autolimitarán.

La mayoría de las muertes ocurren en el hogar como consecuencia del manejo inadecuado y auto prescripción sin usar el VSO.

Se ha documentado que el uso de medicamentos contraindicados (antidiarreicos, antimicrobianos, antibióticos antieméticos) es en promedio, dos a cuatro veces más frecuente que el uso de VSO.

Las soluciones con alta concentración de glucosa como sueros u otros líquidos comerciales muy azucarados, como jugos embotellados o enlatados y bebidas gaseosas, dada su alta osmolaridad aumentan la secreción intestinal de agua, condicionan hipernatremia y agravan la diarrea.

Medidas de seguridad que debe tener la madre:

- “Dar suficiente líquidos.
- Dar alimentos según la edad si nohay vomitos.
- Practicar medidas de higiene con los alimentos, lavado de manos frecuentes.
- Acudir a un centro de salud lo más pronto posible.
- Evitar complicaciones.
- No automedicarlo.”²¹

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.- La importancia de las enfermedades respiratorias agudas (IRA) en niños es un problema serio, tanto así que el Ministerio de Salud las considera una prioridad técnica y de política sanitaria en todo el país.

Más del 90% de los casos de fallecimiento por IRA se debe a neumonía y de este porcentaje, el 40% de los niños muere en su casa o camino al centro asistencial, muchas veces sin una atención medica oportuna. El Programa Nacional IRA y las Campañas de Invierno han contribuido notoriamente a disminuir estas cifras en nuestro país.

Dentro de las principales causas de las IRA están:

- Los virus como el inicial respiratorio, el adenovirus, la influenza A y B y la parainfluenza 1, 2 y 3.
- Las bacterias que varían según la edad del niño.

²¹ Biblioteca Virtual en Salud de México. (2008). Disponible en: http://bvs.insp.mx/bvs_mx/E/ehome.htm.

“En el año 2002, el MINSAL dicta una nueva NORMA TÉCNICA para el mejor manejo de este tipo de enfermedad²²s agregando a este grupo el asma y el síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR).”

¿Cómo se tratan las enfermedades respiratorias? En caso de resfriado, gripe o bronquitis: No existe tratamiento específico.

¿Qué debo hacer en caso de resfriado, gripe o bronquitis? En caso de neumonía/pulmonía: Consulte su médico. Él le prescribirá antibióticos. Es importante terminar todo el tratamiento, de lo contrario, podría regresar la infección.

Si los síntomas se agravan, puede ser necesaria una hospitalización.

Prevención de las enfermedades respiratorias

- Lávese muy bien las manos.
- Mantenga las manos alejadas de la nariz, boca y ojos.
- Consuma vitamina A presente en los productos lácteos y las verduras de color verde oscuro (espinaca, acelga, brócoli).
- Evite el contacto con personas infectadas; exíjales que se tapen la boca cuando tosen y la nariz cuando estornudan.
- Evite fumar.

Vacuna para la gripe: existe una vacuna que se recomienda para personas que presentan un alto riesgo de tener complicaciones de la gripe, como por ejemplo niños, personas de la tercera edad y con enfermedades crónicas o debilitantes (asma, diabetes, hipertensión, etc.). Para estas personas, vacunarse contra la gripe una vez por año, es una manera muy efectiva de prevenirla y evitar complicaciones.

²² Kraft, M. (2007). Aproximación al paciente con enfermedades respiratorias. Medicina Cecil. Saunders Elsevier.

Las enfermedades respiratorias generalmente son ocasionadas por microorganismos o sustancias tóxicas presentes en el ambiente

Las enfermedades respiratorias o IRAS, son una de las principales causas de consulta y hasta de muerte en la población.

Las enfermedades respiratorias son causadas por microbios que están en el ambiente o en las gotitas de saliva o moco, que una persona enferma arroja al toser, hablar o estornudar.

Las principales manifestaciones de estas enfermedades son la tos, el catarro, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor de oídos, malestar general y aumento en la temperatura.

Como la vía de entrada de los microbios que producen estas enfermedades son la nariz y la boca, las primeras manifestaciones son la tos y el estornudo, que son reacciones de defensa. Por eso al toser o estornudar se debe uno tapar la boca y nariz para no diseminar los microbios y evitar el contagio a otras personas.

Son más frecuentes durante la época de frío, debido a que los vellitos de la nariz, que se encargan de detener microbios se paralizan, permitiendo la fácil entrada a los órganos respiratorios altos. Para prevenirlas es recomendable utilizar bufandas o cubre bocas al salir a la calle.

Otro motivo es que la mucosa de la nariz tiene como función el calentar el aire que entra a los pulmones, pero cuando el ambiente está muy frío, no pueden cumplir con su función y esto ocasiona que los microbios penetren hasta la tráquea y pulmones ocasionando infecciones más severas.

Estas enfermedades se controlan fácilmente cuando se atienden oportunamente. Para hacerlo es necesario no exponerse a cambios de temperatura o al frío, reposar,

alimentarse bien, comer mucha fruta y verdura, tomar mucha agua limpia y hervida y atender bien al tratamiento que el médico nos recomiende.

Las enfermedades respiratorias pueden ser muy peligrosas si no se controlan a tiempo, ya que los microbios pueden llegar hasta los pulmones y causar enfermedades graves como la pulmonía.

Muchas veces al empezar algún tratamiento médico, en cuanto nos empezamos a sentir mejor, lo suspendemos. Esto no es bueno porque los microbios pueden reproducirse nuevamente y como nuestras defensas están bajas, la enfermedad puede ser más grave. Por eso, siempre hay que terminar el tratamiento completo.

LA DIABETES.- Es causada por un problema en la forma como el cuerpo produce o utiliza la insulina. La insulina es necesaria para mover el azúcar en la sangre (glucosa) hasta las células, donde ésta se usa como fuente de energía.

Cuando usted tiene diabetes tipo 2, el cuerpo no responde correctamente a la insulina. Esto se denomina resistencia a la insulina y significa que la grasa, el hígado y las células musculares normalmente no responden a dicha insulina. Como resultado, el azúcar de la sangre (glucemia) no entra en las células con el fin de ser almacenado para obtener energía.

Cuando el azúcar no puede entrar en las células, se acumulan niveles anormalmente altos de éste en la sangre, lo cual se denomina hiperglucemia. Los niveles altos de glucemia con frecuencia provocan que el páncreas produzca insulina cada vez más, pero no la suficiente para seguir al ritmo de las demandas del cuerpo.

Las personas con sobrepeso tienen mayor riesgo de padecer resistencia a la insulina porque la grasa interfiere con la capacidad del cuerpo de usarla.

“Por lo general, la diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente. La mayoría de las personas con esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico;

sin embargo, la diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas, especialmente en los ancianos.”²³

Los antecedentes familiares y la genética juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan significativamente el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes.

Entre otros factores de riesgo están los siguientes:

- Edad superior a 45 años.
- Colesterol HDL de menos de 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL.
- Presión arterial alta.
- Antecedentes de diabetes estacional.
- Síndrome del ovario poli quístico.
- Intolerancia a la glucosa identificada previamente por el médico.
- Raza/etnia (las poblaciones de estadounidenses de raza negra, hispanoamericanos y estadounidenses de pueblos originarios tienen altos índices de diabetes).

Signos y síntomas.- Con frecuencia, las personas con diabetes tipo 2 no presentan síntoma alguno. En caso de presentarse síntomas, éstos pueden ser:

- Visión borrosa.
- Disfunción eréctil.
- Fatiga.
- Infecciones frecuentes o de curación lenta.
- Aumento del apetito.
- Aumento de la sed.

²³ Torpy, J; Cassio Lynn, MA; Glass, R. (2009). Diabetes. Asociación Americana contra la Diabetes: Vol. 301, núm. 15.

- Orinar con frecuencia, como los riñones están afectados por los altos niveles de glucosas en la sangre, necesitan desechar la glucosa que sobra y lo hacen por medio de la orina. Por lo tanto un paciente de diabetes tipo 2 necesitará orinar con mayor frecuencia de lo normal.
- Consumir líquidos en exceso. Al orinar con frecuencia se pierde una gran cantidad de líquido, lo que provoca sed, por lo que el organismo necesita un mayor aporte de líquido para mantener un nivel adecuado de hidratación.
- Cansancio frecuente, ya que el paciente no puede obtener la energía de la glucosa de una forma adecuada.

Pruebas y exámenes.- La diabetes tipo 2 se diagnostica con los siguientes exámenes de sangre:

- Nivel de glucemia en ayunas: Se diagnostica diabetes si el resultado es mayor de 126 mg/dL en dos oportunidades.
- Examen de hemoglobina A1c Examen de hemoglobina A1c: Este examen se ha usado en el pasado para ayudarles a los pacientes a vigilar qué tan bien están controlando sus niveles de glucosa en la sangre. En el 2010, la *American Diabetes Association* (Asociación Estadounidense para la Diabetes) recomendó que el examen se use como otra opción por diagnosticar la diabetes e identificar la prediabetes. Los niveles indican:
 - o Normal: menos de 5.7%
 - o Prediabetes: entre 5.7% y 6.4%
 - o Diabetes: 6.5% o superior
- Prueba de tolerancia a la glucosa oral: Se diagnostica diabetes si el nivel de glucosa es superior a 200 mg/dL luego de 2 horas.
- Nivel de glucemia aleatoria (sin ayunar): se sospecha la existencia de diabetes si los niveles son superiores a 200 mg/dL y están acompañados por los síntomas clásicos de aumento de sed, micción y fatiga. (Este examen se debe confirmar con una prueba de glucemia en ayunas).

Usted debe ver al médico cada tres meses. En estas visitas, puede esperar que él:

- Le revise la presión arterial.
- Le revise la piel y los huesos en los pies y las piernas.
- Le revise la sensibilidad en los pies.
- Le examine la parte posterior del ojo con un instrumento especial con luz denominado oftalmoscopio.

Los siguientes exámenes ayudarán a que usted y su médico vigilen su diabetes y prevengan sus complicaciones:

- Hacerse revisar la presión arterial al menos cada año (la presión arterial ideal debe ser de 130/80 mm/Hg o más baja).
- Hacerse revisar la hemoglobina glucosilada (HbA1c) cada 6 meses si la diabetes está bien controlada; de lo contrario, cada 3 meses.
- Hacerse revisar los niveles de colesterol y triglicéridos anualmente (procure lograr niveles de colesterol por debajo de 70-100 mg/dL).
- Hacerse exámenes anuales para verificar que los riñones estén trabajando bien (microalbuminuria y creatinina en suero).
- Visitar al oftalmólogo al menos una vez al año o con mayor frecuencia si tiene signos de retinopatía diabética.
- Visitar al odontólogo cada 6 meses para una limpieza y examen dental completos. Asegúrese de que el odontólogo y el higienista sepan que usted padece diabetes.

Tratamiento.- El objetivo inmediato es bajar los altos niveles de glucemia. Los objetivos a largo plazo son prevenir complicaciones relacionadas con la diabetes.

El tratamiento principal para la diabetes tipo 2 es el ejercicio, la dieta y medicamentos según criterios del médico.

Aprenda estas habilidades.- Usted debe aprender habilidades básicas para el manejo de la diabetes, las cuales ayudarán a evitar complicaciones y la necesidad de atención médica. Entre estas habilidades se encuentran:

- Cómo evaluar y registrar la glucemia.
- Qué comer y cuándo.
- Cómo tomar los medicamentos, si se necesitan.
- Cómo reconocer y tratar los niveles altos y bajos de glucemia.
- Cómo manejar los días en que se está enfermo.
- Dónde comprar los suministros para la diabetes y cómo almacenarlos.

Aprender las habilidades básicas puede tomar varios meses. Siempre continúe instruyéndose sobre la enfermedad y sus complicaciones. Aprenda cómo controlarla y convivir con ella. Con el tiempo, manténgase actualizado sobre las nuevas investigaciones y tratamientos.

Autoexamen.- El autoexamen se refiere a ser capaz de revisarse uno mismo la glucemia en el hogar. También se denomina automonitoreo de la glucemia (SMBG, por sus siglas en inglés). El autoexamen regular del azúcar en la sangre le indica usted y a su médico qué tan bien está funcionando la dieta, los ejercicios y los medicamentos para la diabetes.

Un dispositivo llamado glucómetro puede suministrar una lectura exacta de la glucemia. Hay diferentes tipos de dispositivos. Normalmente, uno punza el dedo con una aguja pequeña llamada lanceta para obtener una gota diminuta de sangre. Se coloca la sangre en una tira reactiva y se pone la tira en el dispositivo. Los resultados deben salir en cuestión de 30 a 45 segundos.

Un médico o un diabetólogo le ayudarán a programar un horario adecuado para hacerse las pruebas. El médico le ayudará a establecer las metas de glucemia.

- La mayoría de las personas con diabetes tipo 2 sólo necesitan revisarse su glucemia una o dos veces al día.

- Si los niveles de glucemia están bajo control, posiblemente sólo necesite verificarlos unas cuantas veces por semana.
- Los exámenes pueden hacerse cuando usted se despierta, antes de las comidas y al acostarse.
- Se pueden necesitar pruebas más frecuentes cuando usted esté enfermo o bajo estrés.

Los resultados de la prueba se pueden usar para hacer ajustes en las comidas, la actividad física o los medicamentos con el fin mantener los niveles de glucemia en un rango apropiado. Las pruebas identifican el alto o bajo nivel de glucemia antes de que se presenten problemas graves.

Mantenga un registro para usted y su médico. Esto será una gran ayuda si usted está teniendo problemas para controlar su diabetes.

Control de la dieta y del peso.- Las personas con diabetes tipo 2 deben comer aproximadamente a las mismas horas cada día y deben tratar de ser constantes con los tipos de alimento que escogen. Esto ayuda a evitar que la glucemia resulte sumamente alta o baja. La planificación de comidas consiste en elegir alimentos saludables, comer la cantidad adecuada y las comidas a la hora apropiada. Usted debe trabajar de la mano con el médico, la enfermera y un dietista certificado para saber qué cantidades de grasa, proteína y carbohidratos necesita en su dieta. Los planes de comidas deben adaptarse a sus hábitos y estilo de vida diarios y debe tratar de incluir alimentos que le gusten.

Es importante controlar el peso y consumir una dieta bien balanceada. Algunas personas con diabetes tipo 2 pueden dejar de tomar medicamentos después de perder peso, aunque aún tengan la enfermedad.

Actividad física regular.- Hacer ejercicio en forma regular es importante para todas las personas, pero especialmente si usted tiene diabetes. El ejercicio aeróbico regular

ayuda a bajar el nivel de azúcar en la sangre sin medicamentos y también ayuda a quemar el exceso de calorías y grasa, de manera que usted pueda controlar el peso.

El ejercicio puede ayudar a la salud general, mejorando el flujo sanguíneo y la presión arterial. Disminuye la resistencia a la insulina incluso sin pérdida de peso. El ejercicio también aumenta el nivel de energía del cuerpo, baja la tensión y mejora la capacidad para manejar el estrés.

Tenga en cuenta lo siguiente al iniciar una rutina de ejercicios:

- Siempre verifique con su médico antes de empezar un nuevo programa de ejercicios.
- Pregúntele al médico o enfermera si usted tiene el calzado correcto.
- Escoja una actividad física agradable que sea apropiada para su actual nivel de estado físico.
- Haga ejercicio todos los días y a la misma hora, de ser posible.
- Controle sus niveles de glucemia en casa antes y después de hacer ejercicio.
- Lleve alimento que contenga un carbohidrato de acción rápida en caso de que los niveles de glucemia bajen demasiado durante o después del ejercicio.
- Lleve un brazalete de identificación de diabéticos y lleve consigo un teléfono celular para usarlo en caso de emergencia.
- Beba líquidos adicionales que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio.
- A medida que cambie la intensidad o duración del ejercicio, es posible que necesite modificar la dieta o medicamento para mantener el nivel de glucemia en un rango apropiado.

El cuidado de los pies.- Las personas con diabetes son muy propensas a tener problemas en los pies. La diabetes puede causar daños en los nervios, lo cual significa que usted puede no sentir una herida en el pie hasta que aparezca una infección o una llaga grande. La diabetes también puede dañar los vasos sanguíneos.

Además, la diabetes afecta el sistema inmunitario del organismo, disminuyendo la capacidad para combatir la infección. Las infecciones pequeñas pueden empeorar rápidamente y causar la muerte de la piel y otros tejidos, lo que puede hacer necesaria la amputación.

Para prevenir lesión a los pies, revíselos y cuídelos diariamente.

Posibles complicaciones.- Después de muchos años, la diabetes puede llevar a problemas serios en ojos, riñones, nervios, corazón, vasos sanguíneos y otras áreas en el cuerpo.

En general, las complicaciones comprenden:

- Cataratas.
- Daño a los vasos sanguíneos que irrigan las piernas y los pies (vasculopatía periférica).
- Retinopatía diabética (enfermedad de los ojos).
- Úlceras y llagas en los pies, las cuales pueden llevar a amputación.
- Glaucoma.
- Hipertensión arterial.
- Colesterol alto.
- Insuficiencia y enfermedad renal (nefropatía diabética).
- Edema macular.
- Daño neurológico, el cual causa dolor y entumecimiento en los pies, al igual que muchos otros problemas con el estómago y los intestinos, el corazón y otros órganos corporales (neuropatía diabética).
- Accidente cerebrovascular.
- Empeoramiento de la vista o incluso ceguera.

Otras complicaciones abarcan:

- Problemas de erección.

- Infecciones de la piel, el tracto genital femenino y las vías urinarias.
- Presión o dolor en el pecho.
- Desmayo o pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Dificultad para respirar.

Llame al médico si presenta:

- Entumecimiento, hormigueo, dolor en pies o piernas.
- Problemas con la vista.
- Úlceras o infecciones en los pies.
- Síntomas de hiperglucemia (estar muy sediento, tener visión borrosa, tener la piel seca, sentirse débil o cansado, necesidad de orinar mucho).
- Síntomas de hipoglucemia (debilidad o fatiga, temblores, sudoración, sentirse irritable, pensamientos confusos, latidos cardíacos rápidos, visión doble o borrosa, sensación de intranquilidad).

Prevención.- El examen de detección para diabetes se recomienda para:

- Niños con sobrepeso que tengan otros factores de riesgo para la diabetes, comenzando a la edad de 10 años y repitiéndolo cada dos años.
- Adultos con sobrepeso (IMC superior a 25) que tengan otros factores de riesgo.
- Adultos mayores de 45 años, cada tres años.

Usted puede ayudar a prevenir la diabetes tipo 2 manteniendo un peso corporal saludable y un estilo de vida activo.

Para prevenir complicaciones de la diabetes, visite al médico o al diabetólogo por lo menos cuatro veces al año y comente cualquier problema que se esté presentando. Mantenga todas sus vacunas al día y hágase aplicar la vacuna antigripal cada año.

Para prevenir los problemas de los pies relacionados con la diabetes, usted debe:

- Revisar y cuidar de sus pies TODOS LOS DÍAS, sobre todo si tiene daño neurológico o vascular o problemas actuales en los pies.
- Procurar que el médico le examine los pies al menos dos veces al año y saber si usted tiene daño neurológico.
- Mejorar el control de la glucemia.
- Verificar que esté usando el tipo apropiado de zapatos.
- Dejar de fumar si es fumador.

INSUFICIENCIA RENAL.- La insuficiencia renal (o fallo renal) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre tasa de filtración glomerular (TFG). Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada.

Todavía no se entienden bien muchos de los factores que influyen en la velocidad con que se produce la insuficiencia renal o falla en los riñones. Los investigadores todavía se encuentran estudiando el efecto de la proteína en la alimentación y las concentraciones de colesterol en la sangre para la función renal.

Clasificación

La insuficiencia renal se puede dividir ampliamente en dos categorías, insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica.

Insuficiencia renal aguda.- Algunos problemas de los riñones ocurren rápidamente, como un accidente que causa lesiones renales, la pérdida de mucha sangre que puede causar insuficiencia renal repentina, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar. Esta bajada repentina de la función renal se llama insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal aguda (IRA) es, como su nombre implica, una pérdida rápidamente progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por la oliguria,

una producción disminuida de la orina, (cuantificada como menos de 400 ml por día en adultos, menos de 0,5 mL/kg/h en niños, o menos de 1 mL/kg/h en infantes), desequilibrios del agua y de los fluidos corporales, y desorden del electrolito. Una causa subyacente debe ser identificada para detener el progreso, y la diálisis puede ser necesaria por el tiempo requerido para tratar estas causas fundamentales.

La insuficiencia renal aguda puede llevar a la pérdida permanente de la función renal. Pero si los riñones no sufren un daño grave, esa insuficiencia puede contrarrestarse.

Insuficiencia renal crónica.- La insuficiencia renal crónica (IRC) es la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones secundario a una pérdida en el funcionamiento y número de las nefronas. A nivel mundial, las causas más frecuentes (pero no las únicas) de Enfermedad Renal Crónica son: la diabetes, la hipertensión, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias (como cálculos, tumores, etc.). Puede ser la complicación de una gran cantidad de enfermedades del riñón, tales como nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), enfermedades inflamatorias de los riñones (llamadas en conjunto glomerulonefritis), pielonefritis crónica y retención urinaria, y el uso de medicamentos tóxicos para el riñón (especialmente medios de contraste y algunos antibióticos). La insuficiencia renal terminal (IRT) o (ESRF) es la última consecuencia, en la cual generalmente la diálisis se requiere hasta que se encuentre un donante para un trasplante renal.

En la mayoría de los casos, la función renal se deteriora lentamente a lo largo de varios años y da inicialmente pocos síntomas, permitiendo que el paciente no sienta muchas cosas a pesar de tener [[anemia]] e incluso tener altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente estamos ante casos muy avanzados de la enfermedad en los cuales la mayoría de las veces se hace necesario iniciar prontamente una terapia para reemplazar la función del riñón, la diálisis.

“Cualquier persona puede sufrir de enfermedad renal, pero los de más alto riesgo son los diabéticos, los hipertensos y los familiares de personas que sufren de enfermedad renal. Como en la enfermedad renal no se producen síntomas

(los riñones no duelen como las personas suelen creer, solo en caso de cálculos), las personas en riesgo que mencionamos antes deben hacerse estudios para detectar la enfermedad, los básicos son un parcial de orina y la creatinina.”²⁴

En los Estados Unidos, cerca de 80,000 personas reciben el diagnóstico de insuficiencia renal cada año. Se trata de una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. La insuficiencia renal es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

La diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal, y constituye más del 40 por ciento de los casos nuevos. Incluso cuando los medicamentos y la dieta pueden controlar el Cuadro clínico.

Inicialmente no tiene síntomas específicos y solamente puede ser detectada como un aumento en la creatinina del plasma sanguíneo. A medida que la función del riñón disminuye:

- La presión arterial está incrementada debido a la sobrecarga de líquidos y a la producción de hormonas vasoactivas que conducen a la hipertensión y a una insuficiencia cardíaca congestiva.
- La urea se acumula, conduciendo a la azoemia y en última instancia a la uremia (los síntomas van desde el letargo a la pericarditis y a la encefalopatía).
- El potasio se acumula en la sangre (lo que se conoce como hiperpotasemia), con síntomas que van desde malestar general a arritmias cardíacas fatales.
- Se disminuye la síntesis de eritropoyetina (conduciendo a la anemia y causando fatiga).
- Sobrecarga de volumen de líquido, los síntomas van desde edema suave al edema agudo de pulmón peligroso para la vida.
- La hiperfosfatemia, debido a la excreción reducida de fosfato, asociada a la hipocalcemia (debido a la deficiencia de vitamina D3) y al hiperparatiroidismo, que conduce a la osteoporosis renal y a la calcificación vascular.

²⁴ Ali Khan, T; Simpson, W. (2007). Incidencia y resultados en la injuria renal aguda: un amplio basado en la población estudio. J Am Soc Nephrol, 18:1292-8.

- La acidosis metabólica, debido a la generación disminuida de bicarbonato por el riñón, conduce a respiración incómoda y después al empeoramiento de la salud de los huesos.

La pérdida de proteínas en la orina es considerada como un marcador independiente de empeoramiento de la función renal y enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, ciertas directrices como la británica añaden la letra "P" a la etapa de enfermedad renal crónica, si existe una importante pérdida de proteínas.

Complicaciones.- A medida que progresa la enfermedad renal, el trastorno de las funciones excretoras y reguladoras de los riñones da lugar a complicaciones que afectan prácticamente a todos los sistemas orgánicos. Las complicaciones más frecuentes asociadas a la IRC son hipertensión, anemia, dislipidemia, osteopatía, malnutrición, neuropatía, mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, trastornos funcionales y una reducción del bienestar del paciente.

La hipertensión arterial es tanto una causa como una complicación de la IRC. Los efectos adversos asociados a la hipertensión no controlada incluyen progresión acelerada de la IRC, desarrollo precoz y progresión más rápida de la enfermedad cardiovascular y mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

Presión arterial, se ha demostrado que estos agentes reducen la proteinuria y ralentizan la progresión de la IRC.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.- El término infarto agudo de miocardio (frecuentemente abreviado como IAM o IMA y conocido en el lenguaje coloquial como ataque al corazón, ataque cardíaco o infarto) hace referencia a un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón (agudo significa súbito, *mio* músculo y *cardio* corazón), producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente no produce muerte del tejido

cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis, es decir, el infarto.

El infarto de miocardio es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en todo el mundo. La facilidad de producir arritmias, fundamentalmente la fibrilación ventricular, es la causa más frecuente de muerte en el infarto agudo de miocardio en los primeros minutos, razón por la que existe la tendencia a colocar desfibriladores externos automáticos en lugares públicos concurridos.

Los principales riesgos que predisponen a un infarto son la aterosclerosis u otra enfermedad de las coronarias, antecedentes de angina de pecho, de un infarto anterior o de trastornos del ritmo cardíaco, así como la edad, principalmente en hombres mayores de 40 años y mujeres mayores de 50 años. Ciertos hábitos modificables como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad y niveles altos de estrés también contribuyen significativamente a un mayor riesgo de tener un infarto.

Un infarto de miocardio es una urgencia médica por definición y se debe buscar atención médica inmediata. Las demoras son un error grave que cobra miles de vidas cada año. El pronóstico vital de un paciente con infarto depende de la extensión del mismo (es decir, la cantidad de músculo cardíaco perdido como consecuencia de la falta de irrigación sanguínea) y la rapidez de la atención recibida.

Es la causa más frecuente, pero no la única, de muerte súbita cardíaca, mediante las referidas arritmias. El cuadro es de un paro cardíaco. Sin embargo, en la mayor parte de los casos hay actividad eléctrica en el corazón, cuyo paro que puede revertirse con una desfibrilación precoz.

Infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.- Infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca no son términos sinónimos. En la insuficiencia cardíaca existe un trastorno del bombeo sanguíneo, lo cual, en ciertos casos, puede ser el resultado de un infarto.

Si la insuficiencia cardíaca se produce de forma súbita, en el infarto extenso puede llevar a un edema agudo de pulmón con una intensa disnea o ahogo del paciente.

“Los síntomas clásicos de un infarto agudo de miocardio incluyen dolor de pecho opresivo que puede irradiarse a los hombros y cuello, dificultad respiratoria, vómitos, náuseas, palpitaciones, sudoración y ansiedad. Por lo general, los síntomas en las mujeres difieren de los síntomas en los hombres, aunque cerca de un cuarto de los casos son asintomáticos.”²⁵

La atención al paciente que presenta un cuadro sugestivo de ser un infarto debe ser prioritaria, estando en los sistemas de triaje como una atención de máximo nivel. En la atención médica de urgencia, que incluye oxigenoterapia, aspirina y gliceril trinitrato (nitroglicerina). El alivio del dolor se logra clásicamente con la morfina. El alivio del dolor es primordial, ya que el dolor aumenta la ansiedad y la actividad del sistema nervioso autónomo, provocando aumento del trabajo y demanda de oxígeno por parte del corazón.

Epidemiología.- El infarto de miocardio es la presentación más frecuente de la cardiopatía isquémica. La OMS estimó que en el año 2002 el 12,6 por ciento de las muertes a nivel mundial se debieron a una cardiopatía isquémica, que es la principal causa de muerte en países desarrollados y la tercera causa de muerte en países en vías de desarrollo, después del sida e infecciones respiratorias bajas.

En países desarrollados como Estados Unidos, las muertes por cardiopatías son más numerosas que la mortalidad por cáncer. Las coronariopatías causan una de cada cinco muertes en los Estados Unidos y donde más de un millón de personas sufren un ataque coronario cada año, de las cuales un 40 por ciento morirá como consecuencia del infarto. De modo que un estadounidense morirá cada minuto de un evento coronario patológico. También se presentan si el paciente no se atiende una gastritis que ha cargado por un tiempo determinado y que el paciente este sometido a estrés constante.

²⁵ Marrugat, J; Elosua, R; Martí, H. (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev Esp Cardiol, 55(4):337-46

En la India la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte. En este país un tercio de las muertes durante el año 2007 se debieron a una enfermedad cardiovascular, cifra que se espera aumentará de un millón en 1990 y 1,6 millones en 2000; a dos millones para el año 2010.

Etiología.- El infarto agudo de miocardio se presenta en pacientes con cardiopatía isquémica, ya sea en aquéllos que ya sabían que padecían esta enfermedad y recibían tratamiento por ella o como episodio inicial de la patología. Suele estar precedido por antecedentes de angina inestable, nombre que reciben los episodios de dolor torácico que se hacen más frecuentes, más duraderos, que aparecen con esfuerzos menores que en la evolución previa o que no ceden con la medicación habitual.

El miocardio (el músculo del corazón) sufre un infarto cuando existe una enfermedad coronaria avanzada. En general esto se produce cuando una placa de ateroma que se encuentra en el interior de una arteria coronaria se ulcera o se rompe, causando una obstrucción aguda de ese vaso.

La corona de vasos sanguíneos que llevan oxígeno y nutrientes al propio músculo cardíaco (arterias coronarias) puede desarrollar placas de ateroma, lo que compromete en mayor o menor grado el flujo de oxígeno y nutrientes al propio corazón, con efectos que varían desde una angina de pecho (cuando la interrupción del flujo de sangre al corazón es temporal) a un infarto de miocardio (cuando es permanente e irreversible).

Factores de riesgo.- Los factores de riesgo en la aparición de un infarto de miocardio están muy relacionados con los factores de riesgo de la arteriosclerosis e incluyen, entre otros:

- la hipertensión arterial;
- la vejez;
- el sexo masculino;

- el tabaquismo;
- la hipercolesterolemia o, más específicamente, la hiperlipoproteinemia, en particular los niveles elevados de la lipoproteína de baja densidad (LDL) y los niveles bajos de la lipoproteína de alta densidad (HDL);
- la homocisteinemia, es decir, una elevación en la sangre de la concentración de homocisteína, un aminoácido tóxico que se eleva con bajos niveles o insuficientes en la ingesta de vitamina B2, de B6, de B12 y de ácido fólico;
- la diabetes mellitus (con o sin resistencia a la insulina);
- la obesidad, que se define a través del índice de masa corporal (un índice mayor de 30 kg/m²), de la circunferencia abdominal o del índice cintura/cadera, y
- el estrés.

“Factores de protección.- Muchos de los factores de riesgo cardíacos son modificables, de modo que muchos ataques del corazón pueden evitarse si logra mantenerse un estilo de vida más saludable. La actividad física, por ejemplo, se asocia con riesgos más bajos. Por supuesto, algunos de los factores de riesgo no pueden modificarse: la edad, el sexo, los antecedentes familiares y otros factores de predisposición genéticos.”²⁶

Las mujeres que usan pastillas anticonceptivas combinadas suelen presentar un aumento leve en el riesgo de infarto al miocardio, en especial si se presentan otros factores de riesgo, como por ejemplo el hábito de fumar.

Igualmente grave es la taquicardia ventricular, aunque el pronóstico tiende a ser menos letal. Una taquicardia ventricular y en especial una VF impiden que el corazón bombee la sangre eficazmente, lo que hace que el gasto cardíaco y la presión arterial caigan a niveles peligrosos, y puede provocar una mayor isquemia y un infarto más extenso.

Vista anterior de las principales zonas de dolor de pecho en un infarto de miocardio (rojo oscuro = la zona más frecuente, rojo claro = otras posibles regiones).

²⁶ Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia. Santiago: Editorial Minsal.

Vista posterior de las principales zonas de dolor de pecho en un infarto de miocardio (rojo oscuro = la zona más frecuente, rojo claro = otras posibles regiones).

Aproximadamente la mitad de los pacientes con infarto presentan síntomas de advertencia antes del incidente.¹ La aparición de los síntomas de un infarto de miocardio ocurre, por lo general, de manera gradual, en el transcurso de varios minutos, y rara vez ocurre de manera instantánea.¹ Cualquier número de síntomas compatibles con una repentina interrupción del flujo sanguíneo al corazón se agrupan dentro del síndrome coronario agudo.

Dolor torácico.- El dolor torácico repentino es el síntoma más frecuente de un infarto, por lo general es prolongado y se percibe como una presión intensa, que puede extenderse o propagarse hasta los brazos y los hombros, sobre todo del lado izquierdo, a la espalda, al cuello e incluso a los dientes y la mandíbula. El dolor de pecho debido a isquemia o una falta de suministro sanguíneo al corazón se conoce como angor o angina de pecho, aunque no son poco frecuentes los infartos que cursan sin dolor, o con dolores atípicos que no coinciden con lo aquí descrito. Por eso se dice que el diagnóstico es siempre clínico, electrocardiográfico y de laboratorio, ya que sólo estos tres elementos juntos permitirán realizar un diagnóstico preciso. Cuando es típico, el dolor se describe como un puño enorme que retuerce el corazón. Corresponde a una angina de pecho pero prolongada en el tiempo, y no responde a la administración de los medicamentos con los que antes se aliviaba (por ejemplo, la nitroglicerina sublingual) ni cede tampoco con el reposo. El dolor a veces se percibe de forma distinta, o no sigue ningún patrón fijo, sobre todo en las personas ancianas y en las personas con diabetes.

En los infartos que afectan la cara inferior o diafragmática del corazón puede también percibirse como un dolor prolongado en la parte superior del abdomen que el individuo podría, erróneamente, atribuir a indigestión o acidez. El signo de Levine se ha categorizado como un signo clásico y predictivo de un infarto, en el que el afectado localiza el dolor de pecho agarrando fuertemente su tórax a nivel del esternón.

Dificultad respiratoria.- La disnea o dificultad para respirar ocurre cuando el daño del corazón reduce el gasto cardíaco del ventrículo izquierdo, causando insuficiencia ventricular izquierda y, como consecuencia, edema pulmonar. Otros signos incluyen la diaforesis o una excesiva sudoración, debilidad, mareos (en un 10 por ciento de los casos es el único síntoma), palpitaciones, náuseas de origen desconocido, vómitos y desfallecimiento. Es probable que la aparición de estos últimos síntomas sea consecuencia de una liberación masiva de catecolaminas del sistema nervioso simpático, una respuesta natural al dolor y las anomalías hemodinámicas que resultan de la disfunción cardíaca.

Signos graves.- Los signos más graves incluyen la pérdida de conocimiento debido a una inadecuada perfusión cerebral, shock cardiogénico e incluso muerte súbita, por lo general debido a una fibrilación ventricular.

En las mujeres.- Las mujeres tienden a experimentar síntomas marcadamente distintos a los de los hombres. Los síntomas más comunes en las mujeres son la disnea, la debilidad, la fatiga e incluso la somnolencia, los cuales se manifiestan hasta un mes antes de la aparición clínica del infarto isquémico. En las mujeres, el dolor de pecho puede ser menos predictivo de una isquemia coronaria que en los hombres.

Infartos sin dolor o sin otros síntomas.- Aproximadamente un cuarto de los infartos de miocardio son silentes, es decir, aparecen sin dolor de pecho y sin otros síntomas. Estos infartos suelen descubrirse tiempo después durante electrocardiogramas subsiguientes o durante una autopsia sin antecedentes de síntomas relacionados con un infarto. Este curso silente es más común en los ancianos, en los pacientes con diabetes y después de un trasplante de corazón, probablemente debido a que un corazón donado no está conectado a los nervios del paciente hospedador. En pacientes con diabetes, las diferencias en el umbral del dolor, la neuropatía autonómica y otros factores fisiológicos son posibles explicaciones de la ausencia de sintomatología durante un infarto.

El diagnóstico de un infarto de miocardio debe formularse integrando aspectos clínicos de la enfermedad actual del individuo y un examen físico, incluido un electrocardiograma y pruebas de laboratorio que indiquen la presencia o ausencia de daño celular de las fibras musculares. Por esta razón, la semiología que el clínico debe aplicar ante la presencia de un dolor precordial (por sus características y por su duración) debe obligarlo a proponer el diagnóstico de infarto agudo del miocardio (IAM) con suficiente premura, ya que el retraso en el planteamiento se traduce en la pérdida de un tiempo valioso necesario para instituir el método de reperfusión disponible con la idea de recuperar la mayor extensión de miocardio ya que, como es bien sabido, existe una relación inversa entre el tiempo transcurrido para iniciar el procedimiento y la cantidad de músculo “salvado”.

Criterios de diagnóstico.- Los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los que clásicamente se usan en el diagnóstico de un infarto de miocardio. Un paciente recibe el diagnóstico probable de infarto si presenta dos de los siguientes criterios, y el diagnóstico será definitivo si presenta los tres:

1. historia clínica de dolor de pecho isquémico que dure por más de 30 minutos;
2. cambios electrocardiográficos en una serie de trazos, e
3. incremento o caída de biomarcadores séricos, tales como la creatina quinasa tipo MB y la troponina.

Estos criterios de la OMS fueron redefinidos en el 2000 para dar predominio a los marcadores cardíacos.¹ De acuerdo con las nuevas disposiciones, un aumento de la troponina cardíaca, acompañada de síntomas típicos, de ondas Q patológicas, de elevación o depresión del segmento ST o de intervención coronaria, es suficiente para diagnosticar un infarto de miocardio.

El diagnóstico clínico del IAM se debe basar, entonces, en la conjunción de los tres siguientes datos: dolor característico, cambios electrocardiográficos sugestivos y elevación de las enzimas, y debe tenerse presente que esta última puede no

presentarse en forma oportuna, por lo que los dos primeros cambios deberán tomarse en cuenta para iniciar la reperfusión a la brevedad posible.

Examen físico.- La apariencia general de los pacientes con infarto de miocardio varía de acuerdo a los síntomas. Se puede ver pacientes cómodos o pacientes agitados con una frecuencia respiratoria aumentada. Es frecuente ver un color de piel pálido, lo que sugiere vasoconstricción. Algunos pacientes pueden tener una fiebre leve (38–39 °C), con presión arterial elevada o en algunos casos disminuidos y el pulso puede volverse irregular.

Si aparece una insuficiencia cardíaca, se puede encontrar en la exploración física una elevada presión venosa yugular, reflujo hepatoyugular o hinchazón de las piernas debido a edema periférico. Varias anormalidades pueden ser oídas durante la auscultación, tales como un tercer y un cuarto ruido cardíaco, roce pericárdico, desdoblamiento paradójico del segundo ruido y crepitantes sobre el pulmón.

Electrocardiograma de 12 derivaciones mostrando elevación inferior del segmento ST en las derivaciones II, III, y aVF junto con depresión recíproca del segmento ST en las derivaciones I y aVL.

Tratamiento.- Un ataque al corazón es una emergencia médica, por lo que demanda atención inmediata. El objetivo principal en la fase aguda es salvar la mayor cantidad posible de miocardio y prevenir complicaciones adicionales. A medida que pasa el tiempo, el riesgo de daño al músculo cardíaco aumenta, por lo que cualquier tiempo que se pierda es tejido que igualmente se ha perdido.¹ Al experimentar síntomas de un infarto, es preferible pedir ayuda y buscar atención médica inmediata. No es recomendable intentar conducirse uno mismo hasta un hospital.

Cuidados inmediatos.- Cuando aparezcan síntomas de un infarto de miocardio, la mayoría de los pacientes esperan en promedio tres horas, en vez de proceder de la manera recomendada: hacer una llamada de auxilio de inmediato. Ello previene daños

sostenidos al corazón, dicho de modo de expresión: «tiempo perdido es músculo perdido».

Ciertas posiciones permiten que el paciente descanse minimizando la dificultad respiratoria, tal como la posición medio-sentado con las rodillas dobladas. El acceso a oxígeno aéreo mejora si se abre las ventanas del automóvil o si se suelta el botón del cuello de la camisa.

Si el individuo no es alérgico, se puede administrar una tableta de aspirina, sin embargo se ha demostrado que el tomar aspirina antes de llamar a un servicio médico de emergencia puede estar asociado a retrasos inesperados. La aspirina tiene un efecto antiplaquetario que inhibe la formación de coágulos en las arterias. Se prefieren las presentaciones solubles, sin cubiertas entéricas o las masticables, para que su absorción por el organismo sea más rápida. Si el paciente no puede tragar, se recomienda una presentación sublingual. Por lo general se recomienda una dosis entre 162 – 325 mg.

Al llegar a la sala de emergencia, el médico probablemente administrará varias de las siguientes terapias:

- Oxígeno. Normalmente se suele administrar con gafas nasales a 2 ó 3 litros. Puede ser la primera medida en el hospital o la propia ambulancia.
- Analgésicos (medicamentos para el dolor). Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina (ampollas de cloruro morfico de 1 mililitro con 10 mg) o medicamentos similares para aliviarlo (meperidina-dolantina).
- Antiagregantes plaquetarios. Son medicamentos que impiden la agregación plaquetaria en la formación del trombo. Se usa aspirina en dosis de 100-300 mg en dosis única y actualmente, en asociación con lo anterior, una dosis de carga de 300 mg de Clopidogrel.
- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por

medio de un catéter (un tubito largo y flexible). Este medicamento medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una Unidad de Cuidados Intensivos, aunque ya se ha comenzado a realizar la fibrinólisis extrahospitalaria por los equipos de emergencias móviles con el fibrinolítico TNKase® (tenecteplasa) con el objeto de iniciar lo más rápidamente posible el tratamiento específico.

- **Nitratos.** Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se toman en pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa (Solinitrina en perfusión intravenosa).
- **Betabloqueantes.** Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- **Digitálicos.** Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca en el contexto de una fibrilación auricular (arritmia bastante frecuente en personas ancianas) con respuesta ventricular rápida.
- **Los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio** impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.

Pronóstico y complicaciones.- Si el área de infarto es pequeña y no compromete al sistema bio-eléctrico que controla los latidos del corazón, las probabilidades de sobrevivir a un infarto son altas. Sin embargo, una de cada tres personas que sufren

un infarto, mueren antes de poder recibir atención médica (muerte súbita). Hace muy pocos años las estadísticas eran aún peores (un fallecimiento precoz por cada dos infartos). La mejora de estas expectativas está ligada a los avances en resucitación cardiopulmonar (RCP), en pruebas diagnósticas especiales y en atención urgente, incluyendo ambulancias 'medicalizadas' y unidades coronarias.

Debido a la frecuencia de muerte súbita, las técnicas de resucitación cardiopulmonar deben aplicarse cuanto antes a cualquier persona que esté sufriendo un ataque al corazón. La mayoría de los que estén vivos 2 horas después de un ataque sobrevivirán. Una vez que salen del hospital recomiendan reposo, dieta sin grasa y sin sal. Sin embargo, existen algunas complicaciones posibles:

- Arritmia cardíaca
- Insuficiencia cardíaca: Cuando el área de infarto es extensa, el resto del corazón puede ser insuficiente para realizar el trabajo de bombeo.
- Muerte: En una de cada cuatro personas que sufren muerte súbita, no existían síntomas previos de cardiopatía. Con mucho, la causa más frecuente de muerte súbita por infarto es la fibrilación ventricular.

PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN EL EMBARAZO.- La preeclampsia y la eclampsia pueden ocurrir en los últimos meses del embarazo, también conocida como toxemia del embarazo, la preeclampsia se trata de un problema que ocurre en algunas mujeres durante el embarazo. Puede suceder a partir del quinto mes, y con más frecuencia durante el primer embarazo de una mujer, en aquellas mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron preeclampsia. Pero la causa precisa de la preeclampsia todavía se desconoce.

Existen muchas teorías que se basan en que las causas pueden estar relacionadas a factores genéticos, alimentarios, vasculares, neurológicos, etc., pero ninguna de ellas ha llegado a confirmarse. La eclampsia va más allá. Se trata de una toxemia del embarazo con convulsiones. Un cuadro más agravado de la preeclampsia. Es decir,

cuando la mujer embarazada presenta los síntomas de la preeclampsia y llega a tener convulsiones y otras reacciones más preocupantes para ella y el bebé que espera.

Riesgos de preeclampsia y eclampsia en el embarazo.- Mientras la preeclampsia se presenta en aproximadamente el cinco por ciento de todos los embarazos, la eclampsia suele ocurrir en 1 por cada 2 a 3 mil embarazos.

“El riesgo de padecer una preeclampsia es mayor en las mujeres con embarazos múltiples, en madres adolescentes y en mujeres mayores de 40 años de edad. También se incluyen en aquellas que tienen la presión sanguínea alta o enfermedades de los riñones. Cuanto el feto, la mayoría de las mujeres con preeclampsia dan a luz a bebés saludables, unas pocas desarrollan una eclampsia, la preeclampsia puede prevenir que la placenta que es la que proporciona aire y alimento a tu bebé, obtenga suficiente sangre. Si eso ocurre, el bebé recibirá menos aire y alimento lo que podrá hacer que el bebé nazca con bajo peso o con otros problemas.”²⁷

Síntomas y signos de preeclampsia y eclampsia en el embarazo.- Cuando la mujer embarazada padece de una eclampsia generalmente suele presentar síntomas como convulsiones, agitación intensa, pérdida de conciencia y ausencia de respiración durante breves periodos, además de posibles dolores músculo- esqueléticos y alteraciones en la retina, ocasionadas por la hipertensión.

“En el caso de que padezca una preeclampsia, puede presentar síntomas como hinchazón de manos, cara, tobillos y pies, ganancia de peso exagerada, dolor de cabeza fuerte y persistente, algunos trastornos visuales, dolor en el abdomen superior, presión sanguínea alta, sangre en la orina, taquicardia, náuseas, vértigo, etc.”²⁸

En los Estados Unidos, las mujeres rara vez mueren por eclampsia.

²⁷ Esplin, MS; Fausett, MB; Fraser, A; Kerber, R; Mineau, G; Carrillo, J; Varner, MW. (2001). Paterna y materna componentes de predisposición a la preeclampsia. N Engl J Med, 344:867-872.

²⁸ Peralta Pedrero, ML; Guzmán Ibarra, MA; Cruz Alvear, A; Martínez García, MC. (2004). Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México, 140: 513-517.

Complicaciones.- Existe un riesgo mayor de separación de la placenta (desprendimiento prematuro de placenta) con preeclampsia o eclampsia y puede haber complicaciones para el bebé debido al parto prematuro.

Se puede presentar una anomalía de la coagulación de la sangre llamada CID (coagulación intravascular diseminada).

Situaciones que requieren asistencia médica.- Consulte con el médico o acuda al servicio de urgencias si tiene cualquier síntoma de eclampsia o de preeclampsia. Algunos de los síntomas de emergencia son las crisis epilépticas (convulsiones) o la disminución del nivel de conciencia.

“Prevención.- Es importante que todas las mujeres embarazadas reciban atención médica continua y oportuna, lo cual permite el diagnóstico y tratamiento tempranos de afecciones como la preeclampsia. El tratamiento oportuno puede prevenirla tanto la eclampsia como la preeclampsia pueden también alterar los resultados analíticos del hematocrito, ácido úrico, creatinina y diferencial sanguíneo. Una prueba de orina puede demostrar si hay proteína presente en la orina de la mujer embarazada.”²⁹

Tratamiento de preclampsia y eclampsia en el embarazo.- En el caso de que la mujer embarazada tenga preclampsia, la mejor forma de protegerse a sí mismo y al bebé, es dar a luz. Si es no es posible por tiempo que tenga el bebé, se puede seguir otros caminos para manejar la preclampsia hasta que el momento sea adecuado para el parto. Normalmente, esos caminos requieren reposo, seguimiento continuo del médico, medidas para disminuir la presión sanguínea; y en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización. De todas formas, el médico evaluará el caso y determinará el tipo de tratamiento.

PREMATUREZ Y BAJO PESO.-

“CONCEPTO Y DEFINICIÓN.- Biológicamente el feto requiere de un cierto número de semanas en el útero para que su organismo esté maduro para

²⁹ Rivero, MI; Perna, E; Sosa, T; Benítez, A; Urquidí, D; González, MA. (2005). Impacto de la presencia de la preeclampsia eclampsia sobre los resultados perinatales. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista7/resultadosperinatales.pdf>

adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado este ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente y por lo tanto puede presentar problemas en su adaptación a esta nueva situación.”³⁰

Importancia y magnitud del problema.- Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. Esto es fácilmente visible al cotejar edad gestacional o peso con mortalidad. Aunque hay variaciones según los países y el desarrollo de la Neonatología, alrededor de un 30 a 60% de las muertes neonatales son causadas por los niños de menos de 1.500 gr. y entre el 60 a 80% de todas las admisiones a las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales están condicionadas por problemas derivados de la prematurez.

“Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.”³¹

En muchos casos, el tratamiento de ellos requiere de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado.

Considerando el impacto que esto tiene en la morbilidad y mortalidad de la infancia, este debe ser reconocido como un problema de Salud Pública de primera magnitud, en el cual se debe invertir recursos para prevención primaria y secundaria y en centros capacitados para su tratamiento.

Condicionantes de la prematurez y bajo peso de nacimiento.- La prematurez y el bajo peso se asocian a variables socioeconómicos - culturales, a condiciones biológicas de la madre y a diversas patologías que afectan a la madre y al feto.

³⁰ Deacon, J; .O’Nelly, P.- (2001). Cuidados intensivos de Enfermería en Neonatos. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.

³¹ Bolzán, A; Guimarey, L. (2001). Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch Argent Pediatr, 99: 296.

Las variables socio económicas - culturales y biológicas asociadas al parto prematuro han sido estudiadas especialmente en los países desarrollados hay diversos antecedentes y n patologías de la madre, del feto, de la placenta y del útero que se asocian con la prematurez y el bajo peso de nacimiento:

Factores socioeconómicos y biológicos que se asocian con parto prematuro y bajo peso de nacimiento.

- Clase social baja.
- Analfabetismo o escolaridad insuficiente.
- Madre soltera.
- Largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico.
- Viajes largos sin confort.
- Escaleras para llegar al hogar.
- Edad materna < 18 ó > 40.
- Talla baja (< 150 cm).
- Fumadora en la gestación.
- Drogadicción.
- Falta de Control Prenatal.

El antecedente de un parto prematuro previo. El riesgo de un nuevo parto prematuro aumenta progresivamente con cada nuevo parto de pretérmino.

Síntomas de parto prematuro

- Rotura prematura de membranas.
- Incompetencia cervical
- Bajo peso preconcepcional, insuficiente aumento de peso en el embarazo.
- Embarazo múltiple.

Hay un porcentaje importante de partos prematuros en los que no es posible identificar factores de riesgo previo.

En aquellas embarazadas en que se ha identificado el riesgo de parto prematuro se debe evaluar mejor el riesgo estudiando: la dilatación y largo del cuello uterino; el screening de productos del corion y decidua (fibronectina, prolactina y leucotrienos) y la búsqueda de infección vaginal por (vaginosis) por *Gardnerella vaginalis*. Con estos métodos se puede determinar con más precisión el riesgo de parto prematuro y tomar conductas oportunas para su prevención.

En los países en desarrollo, uno de los factores más determinantes del bajo peso de nacimiento y del peso inadecuado para la edad gestacional, es el bajo peso preconcepcional de la madre y un aumento de peso insuficiente durante el embarazo.

“En el caso de los niños pequeños para la edad gestacional, su peso insuficiente se puede deber también a diversas enfermedades maternas y del embarazo que llevan a una insuficiencia placentaria con desnutrición del feto, como es el caso de la hipertensión gravídica y otras. En los casos más graves, hay que considerar como causa las enfermedades genéticas, infecciones congénitas y malformaciones, las cuales pueden ser estudiadas durante el embarazo.”³²

Prevención y enfoque perinatal de la prematurez y bajo peso de nacimiento.- La prevención de la prematurez y del bajo peso de nacimiento, debe ser una de las prioridades en la salud pública de los países, por su frecuencia, por el impacto que tiene en salvar vidas con una larga expectativa de vida intacta. A esto se agrega el alto costo que tiene el cuidado neonatal del prematuro.

Como ya se mencionó, hay una gran variedad de factores socio-económicos y culturales que influyen sobre las condiciones y estilos de vida de la mujer que inciden en este problema y que deben ser considerados. La intervención sobre ellos escapa muchas veces a la acción médica directa. Hay otros factores que si son responsabilidad directa de la atención médica:

³² Ministerio de Salud de Chile. (2005). Guías nacionales de neonatología. Recuperado en: www.prematuros.cl/guías_neo/cuidados_de_enfermería.pdf.

- Control prenatal. Este debe cubrir a todas las embarazadas. Esta es una medida fundamental para la prevención de la prematurez. Permite identificar oportunamente los factores de riesgo, intervenir anticipadamente y derivar consecuentemente los casos calificados a centros de nivel secundario y terciario.
- Regionalización del Cuidado Perinatal. La atención perinatal en la mayor parte de los casos, se atiene a la supervisión de una situación fisiológica como es el embarazo y el nacimiento. Sin embargo hay un porcentaje que requiere de alta complejidad en su cuidado pre y post natal. Esto es lo que justifica diversos niveles de atención en cada uno de los cuales debe existir el equipamiento y el personal capacitado correspondiente. La regionalización del cuidado perinatal se basa en una red de centros de atención primaria y secundaria conectados con un centro terciario de alta complejidad, que atiende una determinada región de un país. Esta organización permite darle la mayor seguridad a la madre y al recién nacido con una eficiente inversión de costo beneficio. Se evita que se desarrollen centros de alta complejidad con pequeño número de pacientes que son de alto costo y en los cuales es difícil mantener la capacitación del personal. Una buena regionalización sirve además de base para la formación de médicos y enfermeras y para la realización de trabajos de investigación. Para que ella funcione, es necesario que las autoridades de salud acrediten los centros de atención precisando los requisitos en planta física personal y equipamiento que debe tener cada nivel de atención y los criterios para una derivación oportuna. No es aceptable que hoy día un prematuro, especialmente si es de muy bajo peso, nazca en un lugar sin cuidado intensivo neonatal. El traslado oportuno de la madre es mucho más fácil y seguro que el traslado de un prematuro después del nacimiento: "no hay mejor incubadora de transporte que el útero materno".
- Evaluación perinatal, integración obstétrica neonatal. Es indispensable considerar la continuidad del proceso del embarazo con el nacimiento. En los casos en que se presentan problemas complejos como es la eventualidad de un parto prematuro o la necesidad de decidir la interrupción de un embarazo debido a que las condiciones del feto en el útero, comienzan a ser más peligrosas que el nacer prematuramente, es necesario que sean conocidas y discutidas por obstetras y neonatólogos. En el caso de un parto prematuro, permite al equipo de atención

neonatal prepararse anticipadamente para recibir al niño, conociendo las patologías concomitantes que puedan existir. Cuando se trata de decidir la interrupción del embarazo, se requiere conocer cuáles son las expectativas de vida que tienen los prematuros en la Unidad donde va a nacer y evaluar conjuntamente con los obstetras si éstas son mejores que el riesgo que está teniendo dentro del útero.

- Corticoides prenatales: Este debe ser considerado un hito en la prevención de uno de los mayores problemas de la prematuridad.
- Cesárea o parto vaginal. La vía de resolución del parto es motivo de controversia en cuanto a cuál es aquella forma que tiene menos riesgos para el niño prematuro. Algunos estudios comunican menor incidencia de hipoxia, trauma y hemorragia intracraneana en los niños de bajo peso cuando éstos nacen por cesárea. Sin embargo, estudios posteriores no han demostrado que la operación cesárea de rutina proporcione ventajas para el prematuro. No existen estudios prospectivos con resultados concluyentes. Es importante que cada centro evalúe su propia experiencia. Como recomendación general, se considera conveniente ofrecer un parto vaginal cuando el trabajo se inició espontáneamente, la presentación es cefálica de vértice y las condiciones maternas y fetales son normales, siempre que se trate de un feto único. Esto exige un especial control del desarrollo del trabajo de parto.

Morbilidad del prematuro y RN de bajo peso de nacimiento.- La característica que define la patología del prematuro es la inmadurez de sus diferentes sistemas, los cuales no están preparados para responder a las exigencias de la vida extrauterina. De acuerdo a esto, a menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento.

Prácticamente no hay ningún órgano o sistema que no requiera de una adecuación a las nuevas condiciones que demanda la vida extrauterina y que en el caso del prematuro puede estar afectado y requiere de cuidado (Los problemas más críticos se dan en el sistema respiratorio y cardiocirculatorio, los cuales, ponen rápidamente en peligro la vida del niño. Problemas frecuentes y de gravedad variable, se relacionan

con: la regulación de su temperatura; la nutrición y alimentación; las infecciones; la hemorragia intracraneana y la hiperbilirrubinemia.

- Problemas de adaptación respiratoria.
- Termorregulación. Uno de los primeros avances importantes en el cuidado del prematuro fueron las observaciones sobre las dificultades que este tiene para mantener su temperatura y la relación de esto con la mortalidad.
- Nutrición. La nutrición del prematuro presenta desafíos tanto desde el punto de vista de tener requerimientos más altos de algunos nutrientes comparados con el niño a término, como por las limitaciones que tiene para alimentarse por la inmadurez anatómico funcional de su tubo digestivo.

El lograr una nutrición adecuada tiene impacto en el desarrollo de todos los órganos y sistemas del prematuro y por ende en facilitar la resolución de sus principales problemas de adaptación.

El momento de iniciar la alimentación enteral en el prematuro, ha sido motivo de controversia. Como norma general, se requiere que antes de iniciarla se haya logrado la estabilización de funciones básicas como son el estado respiratorio, cardiocirculatorio y la termorregulación.

En los niños de menos de 1.500 gr., esta estabilización es más demorosa y lo habitual es que se requiera dejarlos en régimen 0 por 24 a 72 horas. No es posible establecer normas rígidas en este aspecto. Se requiere balancear las ventajas que tiene la alimentación precoz con los problemas que ella puede producir. El aporte enteral, especialmente si es leche humana fresca de la propia madre, aunque sea en pequeñas cantidades, estimula la maduración intestinal, disminuye la ictericia colestásica que se asocia a la alimentación parenteral y aporta factores de inmunidad. En esta decisión hay que considerar las facilidades de enfermería, la experiencia de cada Unidad y las posibilidades de administrar alimentación parenteral completa.

El alimento de elección para el prematuro es la leche fresca de la propia madre. Esta tiene una composición más rica en proteínas y sodio que la leche madura, y es así más concordante con las necesidades nutricionales del prematuro. Sus ventajas inmunológicas son imposibles de reproducir con una fórmula artificial. En el caso de los niños de menos de 1.500 g. se requiere adicionar algunos nutrientes que están contenidos en forma insuficiente en la leche humana: calcio; fósforo; vitaminas A, C y D; proteínas y algunos oligoelementos. Esto se ha visto facilitado por la existencia de productos comerciales denominados suplementos de la leche humana, que cumplen con aportar los nutrientes arriba mencionados.

La mayoría de los niños de menos de 34 semanas y de peso inferior a 1.800 g. tienen una función de succión y deglución inmaduras y requieren ser alimentados por sonda nasogástrica.

Como criterio general, mientras más prematuro un niño se debe ser más cuidadoso en el inicio de la alimentación y en su técnica. Comenzando con volúmenes pequeños fraccionados en 1 a 3 hrs. según el caso, y evitando aumentos bruscos en el volumen administrado. Esto último se ha asociado a enterocolitis necrotizante.

- Infecciones: La alta incidencia de infecciones en los prematuros es un hecho descrito desde los comienzos de la Neonatología. Estas evolucionan con rapidez hacia una generalización con carácter de septicemia. Esto se debe principalmente a una inmadurez en su inmunidad celular. El prematuro puede tener infecciones parasitarias, virales y bacterianas. Las virales y parasitarias son adquiridas en su gran mayoría dentro del útero. Las bacterianas son las más frecuentes.
- Hemorragia Intracraneana. La hemorragia intracraneana que se ve especialmente en el prematuro es la periventricular. Esta es una complicación grave, más frecuente en los niños de 1.500 g., y que aumenta a menor peso.

Su incidencia ha disminuido desde la década de los 70, cuando en los prematuros con pesos inferiores a 1.500 g. era de 39 a 49%. En la década de los 80 ha disminuido a alrededor de un 20%, según datos de estudios colaborativos en los Estados Unidos de

América. Sin embargo, hay una gran variabilidad entre las distintas unidades. Es necesario que cada centro tenga su propio registro al respecto. En nuestra unidad, la incidencia periventriculares en RN de menos de 1500g bajo de un 23% en la década del 80 a un 14% en la década de los 90. En recién nacidos de 500 a 750 g se han reportado incidencias de hasta 70%.

Los principales factores que condicionan el que los prematuros presenten esta complicación son: una anatomía vascular más lábil en la región subependimaria y limitaciones en su capacidad para la autorregulación del flujo cerebral. Esto implica que todos los factores que alteran la presión arterial repercuten en el flujo cerebral y por ende en el riesgo de hemorragia. Para su prevención es de especial importancia la estabilidad hemodinámica del paciente. La administración cuidadosa de líquidos evitando su infusión rápida ha demostrado disminuir la incidencia de hemorragia. Por último hay que evitar episodios de hipoxia e hipercapnia que alteran el flujo cerebral y su regulación y pesquisar oportunamente alteraciones de los factores de la coagulación.

- **Hiperbilirrubinemia**

La hiperbilirrubinemia es un problema muy frecuente en el prematuro debido a la inmadurez de su sistema de conjugación y excreción hepático.

Seguimiento del Prematuro y Recién Nacido de bajo peso.- Todos los prematuros con peso inferior a 1.500 g. o que han requerido de cuidado intensivo, deben entrar en un programa de seguimiento especial con controles regulares. Este tiene por objeto apoyar a los padres, evaluar su desarrollo y dar guías para estimularlo; requisar y tratar oportunamente problemas que resultan de su patología neonatal. Los problemas más frecuentes son: la displasia broncopulmonar; diversas alteraciones o retrasos en el desarrollo psicomotor; alteraciones sensoriales, especialmente auditivas y la fibroplasia retrolental. La intervención oportuna en cada uno de estos campos puede prevenir o paliar el desarrollo de mayores complicaciones.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm Hg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

La hipertensión arterial se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera uno de los problemas más importantes de salud pública, especialmente en los países desarrollados, afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial. La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar; sin embargo, cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo.

“En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina "hipertensión arterial esencial", con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina "hipertensión arterial secundaria" que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.”³³

El Día Mundial de la Hipertensión se celebra el 17 de mayo, denominada la plaga silenciosa del siglo XXI.

“Epidemiología.- Datos recientes del Estudio Framingham del Corazón sugieren que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Desde los años 1980, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25% hasta casi un 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó.”³⁴

³³ Robert, JA. (2001). Hipertensión Arterial y Embarazo. Revista Médica Clínica las Condes Santiago – Chile, Vol.12, Nº 1.

³⁴ Schroeder, K; Fahey, T; Ebrahim, S. (2006). Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. Hipertensión arterial: Cochrane.

Clasificación.- La presión arterial se clasifica en base a dos tipos de medidas, la presión arterial sistólica y diastólica, expresadas como un ratio, como por ejemplo '120 sobre 80' (120/80) mmHg. La presión arterial sistólica (la primera cifra) es la presión sanguínea en las arterias durante un latido cardíaco. La presión arterial diastólica (el número inferior) es la presión entre dos latidos. Cuando la medida de la presión sistólica o diastólica está por encima de los valores aceptados como normales para la edad del individuo, se considera como prehipertensión o hipertensión, según el valor medido.

Clasificación	Presión sistólica		Presión diastólica	
	mmHg	kPa	mmHg	kPa
Normal	90–119	12–15.9	60–79	8.0–10.5
Prehipertensión	120–139	16.0–18.5	80–89	10.7–11.9
Fase 1	140–159	18.7–21.2	90–99	12.0–13.2

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión capaz de producir lesión cardiovascular en un paciente determinado. Se considera que este umbral está por encima de 135/85 milímetros de mercurio (mmHg). Por otra parte es obligatorio hacer una valoración global de riesgo para cada persona, enferma o no, para calcular las cifras de presión que deberían considerarse “seguras” para ella.

En síntesis, para cada paciente existiría una cifra umbral para diagnosticar “hipertensión”. Dicho nivel estará dado por la evidencia científica disponible con relación a su perfil individual, en especial evidencia proveniente de estudios, observacionales, epidemiológicos o de experimentos clínicos controlados.

La hipertensión al ejercicio es una elevación excesiva de la presión arterial durante el ejercicio. La lectura de la tensión sistólica tiene predominio sobre la diastólica después de los 50 años, siendo al revés previo a esa edad. Antes de los 50 años de edad la presión arterial diastólica es un potente factor de riesgo de cardiopatía, mientras que la presión arterial sistólica lo es después de los 50 años de edad.

Clasificación de la hipertensión arterial sistémica según su causa

- Hipertensión arterial sistémica esencial.
- Hipertensión arterial sistémica secundaria.
 - De causa endocrinológica.
 - a) Hipertiroidismo
 - b) Hipotiroidismo (mixedema)
 - c) Feocromocitoma
 - d) Hiperfunción de la corteza suprarrenal: síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn), hiperplasia congénita adrenal, ingestión excesiva de regaliz.
 - e) Hormonas exógenas: glucocorticoides, estrógeno (incluyendo el inducido por el embarazo y los contraceptivos orales), alimentos que contengan simpaticomiméticos y tiramina, inhibidores de la monoamino oxidasa
 - f) Acromegalia
 - g) Hipertensión arterial del embarazo.
 - De causa parenquimatosa renal: todas las nefropatías parenquimatosas y tubulointersticiales en fase terminal.

Etiología.- Algunos de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen la obesidad, el consumo de alcohol, el tamaño de la familia, circunstancias de hacinamiento y las profesiones estresantes. Se ha notado que en sociedades económicamente prósperas, estos factores aumentan la incidencia de hipertensión con la edad.

Edad.- Al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidos. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

Patogenia.- La presión arterial es producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. Por lo tanto, los factores determinantes de la presión arterial son factores que afectan al gasto cardíaco y a la fisiología y estructura de las arteriolas.

Prevención.- Dentro de las acciones preventivas para disminuir la hipertensión encontramos:

- El incremento de la actividad física aeróbica.
- Mantener un peso normal.
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol.
- Consumir no más de 30 ml de etanol que equivale a 720 ml de cerveza (2 latas); 300 ml de vino (dos copas); 60 ml de whisky (un quinto del vaso), por día en los hombres y en las mujeres la mitad.
- Reducir el consumo de sodio, hacer la suplementación de potasio.
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- Privarse de todo tipo de tabaco (cigarro, pipa, habano, etc.).
- Controlar la glicemia (si la persona padece diabetes).

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.- Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo sanguíneo a una parte del cerebro se interrumpe debido a que un vaso sanguíneo en dicho órgano se bloquea o se rompe.

Si se detiene el flujo sanguíneo durante más de unos pocos segundos, el cerebro no puede recibir sangre y oxígeno. Las células cerebrales pueden morir, causando daño permanente.

Hay dos tipos principales de accidente cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico.

Accidente cerebrovascular isquémico.- El accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras:

- Se puede formar un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha, lo cual se denomina trombo. Si bloquea la arteria completamente, se denomina un accidente cerebrovascular trombótico.
- Un coágulo se puede desprender desde otro lugar en los vasos sanguíneos del cerebro o alguna parte en el cuerpo y subir hasta el cerebro para bloquear una arteria más pequeña. Esto se denomina embolia y causa un accidente cerebrovascular embólico.

Los accidentes cerebrovasculares isquémicos pueden resultar del taponamiento de las arterias, una afección llamada aterosclerosis. Esto puede afectar las arterias dentro del cerebro o las arterias en el cuello que llevan sangre al cerebro. La grasa, el colesterol y otras sustancias se acumulan en la pared de las arterias formando una sustancia pegajosa llamada placa. Con el tiempo, la placa se acumula. Esto a menudo dificulta el flujo apropiado de la sangre, lo cual puede provocar que ésta se coagule.

Accidente cerebrovascular hemorrágico.- Un accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en parte del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen defectos en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. El flujo de sangre después de la ruptura del vaso sanguíneo causa daño a las células cerebrales.

Riesgos del accidente cerebrovascular.- La hipertensión arterial es el factor de riesgo número uno para accidentes cerebrovasculares. Los siguientes factores también incrementan el riesgo:

- Fibrilación auricular.
- Diabetes.

- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Cardiopatía.
- Colesterol alto.
- Aumento de la edad.

Ciertos medicamentos incrementan las probabilidades de formación de coágulos y, por lo tanto, aumentan las posibilidades de sufrir un accidente cerebrovascular. Las píldoras anticonceptivas pueden aumentar las posibilidades de tener coágulos sanguíneos, especialmente en mujeres que fuman y tienen más de 35 años.

Los hombres tienen más accidentes cerebrovasculares que las mujeres; sin embargo, estas últimas tienen un riesgo más alto de presentar un accidente cerebrovascular durante el embarazo y en las semanas inmediatamente posteriores a éste.

Los siguientes factores incrementan el riesgo de sangrado dentro del cerebro, lo cual lo hace a uno más propenso a sufrir un accidente cerebrovascular:

- Consumo de alcohol.
- Trastornos hemorrágicos.
- Consumo de cocaína.
- Traumatismo craneal.

Síntomas.- Los síntomas del accidente cerebrovascular dependen de qué parte del cerebro esté dañada. En algunos casos, es posible que una persona ni siquiera se dé cuenta de que ha tenido un accidente cerebrovascular.

Los síntomas generalmente se presentan de manera súbita y sin aviso o pueden ocurrir a intervalos durante el primero o segundo día. Los síntomas por lo general son más graves apenas sucede el accidente cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente.

Se puede presentar un dolor de cabeza, especialmente si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro. El dolor de cabeza:

- Comienza repentinamente.
- Ocurre al estar acostado.
- Despierta a la persona.
- Empeora cuando se cambia de posición o cuando se agacha, hace esfuerzo o tose.

Otros síntomas dependen de la gravedad del accidente cerebrovascular y de la parte del cerebro afectada. Los síntomas pueden abarcar:

- Cambio en la lucidez mental (incluyendo coma, somnolencia y pérdida del conocimiento).
- Cambios en la audición.
- Cambios en el sentido del gusto.
- Torpeza.
- Confusión o pérdida de memoria.
- Dificultad para deglutir.
- Dificultad para leer o escribir.
- Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo).
- Falta de control de esfínteres.
- Pérdida del equilibrio.
- Pérdida de la coordinación muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular sólo en un lado).
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo.
- Cambios emocionales, de personalidad y estado de ánimo.
- Problemas con la vista, incluyendo disminución de la visión, visión doble o ceguera total.
- Cambios en la sensibilidad que afectan el tacto y la capacidad para sentir el dolor, la presión, las temperaturas diferentes u otros estímulos.
- Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando.
- Problemas para caminar.

Pruebas y exámenes.- Se debe llevar a cabo un examen físico y neurológico completo. El médico:

- Verificará si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El médico y las enfermeras repetirán este examen con el tiempo para ver si el accidente cerebrovascular está empeorando o mejorando.
- Auscultará para ver si hay un ruido anormal, llamado "soplo", al usar un estetoscopio para escuchar las arterias carótidas en el cuello. Un soplo es causado por flujo sanguíneo turbulento.

a) Revisará y evaluará la presión arterial, la cual puede estar alta.

- Un electrocardiograma (ECG) y un monitoreo del ritmo cardíaco pueden ayudar a determinar si un latido cardíaco irregular (como fibrilación auricular) causó el accidente cerebrovascular.
- También se puede efectuar una punción raquídea (examen del líquido cefalorraquídeo).

Tratamiento.- Un accidente cerebrovascular es una emergencia médica. El tratamiento inmediato puede salvar vidas y reducir la discapacidad. Es muy importante para las personas que están experimentando síntomas de un accidente cerebrovascular llegar al hospital lo más rápidamente posible. Si el accidente cerebrovascular fue causado por un coágulo sanguíneo, se puede administrar un fármaco trombolítico para disolverlo.

La mayoría de las veces, los pacientes deben llegar al hospital dentro de un período de tres horas después del comienzo de los síntomas. Algunas personas pueden ser capaces de recibir estos fármacos hasta por 4 a 5 horas después del inicio de los síntomas.

El tratamiento depende de la gravedad y causa del accidente cerebrovascular. Se requiere hospitalización para la mayoría de los accidentes cerebrovasculares.

Tratamiento en el hospital.- Los trombolíticos (terapia trombolítica) se pueden usar si el accidente cerebrovascular es causado por un coágulo de sangre. Dichos medicamentos disuelven los coágulos de sangre y ayudan a restablecer el flujo sanguíneo al área dañada. Sin embargo, no todas las personas pueden recibir este tipo de medicamento.

- Para que estos fármacos hagan efecto, la persona debe ser examinada y tratada dentro de las tres primeras horas siguientes al inicio de los síntomas. Se debe realizar una tomografía computarizada para ver si el accidente cerebrovascular es por un coágulo o sangrado.
- Si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en vez de coagulación, los trombolíticos pueden causar más sangrado.

Pueden ser necesarios nutrientes y líquidos, en especial, si la persona presenta dificultades para deglutir. Éstos se pueden suministrar a través de una vena (intravenosos) o una sonda de alimentación en el estómago (sonda de gastrostomía). Las dificultades para deglutir pueden ser temporales o permanentes.

La fisioterapia, la terapia ocupacional, la logopedia y la terapia de deglución se iniciarán todas en el hospital.

Tratamiento a largo plazo.- El objetivo del tratamiento después de un accidente cerebrovascular es ayudarle al paciente a recuperar la mayor funcionalidad posible y prevenir accidentes cerebrovasculares futuros.

El tiempo de recuperación y la necesidad de tratamiento a largo plazo, difiere de una persona a otra. Los problemas para moverse, pensar y hablar con frecuencia mejoran en las semanas o meses después de un accidente cerebrovascular. Muchas personas que han tenido un accidente cerebrovascular aún seguirán mejorando en los meses o años después de éste.

Pronóstico.- Pronóstico depende del tipo de accidente cerebrovascular, de la cantidad de tejido cerebral dañado, de qué funciones corporales están afectadas y de la prontitud para recibir el tratamiento. La recuperación puede ocurrir por completo o puede haber alguna pérdida permanente de la función.

Más de la mitad de las personas que tienen un accidente cerebrovascular son capaces de desempeñarse de manera independiente en el hogar.

Si el tratamiento con trombolíticos tiene éxito, los síntomas de un accidente cerebrovascular pueden desaparecer por completo. Sin embargo, los pacientes con frecuencia no llegan al hospital a tiempo para recibir estos fármacos o hay afecciones médicas complicadas que impiden su uso.

Las personas que tienen un accidente cerebrovascular isquémico (accidente cerebrovascular debido a un coágulo de sangre) tienen una mejor probabilidad de sobrevivir que aquéllos que tienen un accidente cerebrovascular hemorrágico (accidente cerebrovascular debido a sangrado en el cerebro).

El riesgo de un segundo accidente cerebrovascular es más alto durante las primeras semanas o meses después del primero y luego empieza a disminuir.

Posibles complicaciones

- Broncoaspiración de alimento (aspiración)
- Disminución del período de vida
- Dificultad en la comunicación
- Fracturas
- Desnutrición
- Espasticidad muscular
- Pérdida permanente de las funciones del cerebro
- Pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo

- Problemas debido a la pérdida de movilidad, incluyendo contracturas articulares y úlceras de decúbito
- Disminución de la capacidad para desempeñarse o cuidarse
- Disminución de la interacción social
- Efectos secundarios de los medicamentos

Prevención.- Para ayudar a prevenir un accidente cerebrovascular:

- Evite los alimentos grasos. Siga una dieta saludable y baja en grasas.
- No beba más de 1 a 2 tragos de alcohol por día.
- Haga ejercicio en forma regular: 30 minutos al día si no tiene sobrepeso y de 60 a 90 minutos si lo tiene.
- Hágase revisar la presión arterial al menos cada 1- 2 años, especialmente si la hipertensión arterial es hereditaria.
- Hágase revisar el colesterol. Si está en alto riesgo de accidente cerebrovascular, el colesterol "malo" LDL debe estar por debajo de 100 mg/dL. Es posible que el médico le recomiende que intente reducir el colesterol LDL hasta 70 mg/dl.
- Siga las recomendaciones de tratamiento del médico si presenta hipertensión arterial, diabetes, colesterol alto y cardiopatía.
- Deje de fumar.

La terapia con ácido acetilsalicílico o aspirin (81 mg al día o 100 mg cada dos días) se recomienda para la prevención del accidente cerebrovascular en todos los hombres que tengan factores de riesgo de sufrirlo y en las mujeres menores de 65 que también estén en riesgo, en tanto los beneficios superen dichos riesgos. Se debe considerar para mujeres de más de 65 años sólo si su presión arterial está controlada y si el beneficio es mayor que el riesgo de sangrado gastrointestinal y hemorragia cerebral. Pregúntele a su médico si el ácido acetilsalicílico (aspirin) es apropiado en su caso.

El médico también le puede recomendar que tome ácido acetilsalicílico u otro anticoagulante si ha tenido un accidente isquémico transitorio o un accidente cerebrovascular en el pasado o si actualmente tiene:

- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Latidos cardíacos irregulares (como fibrilación auricular).
- Válvula cardíaca mecánica.
- Otros factores de riesgo para accidente cerebrovascular.

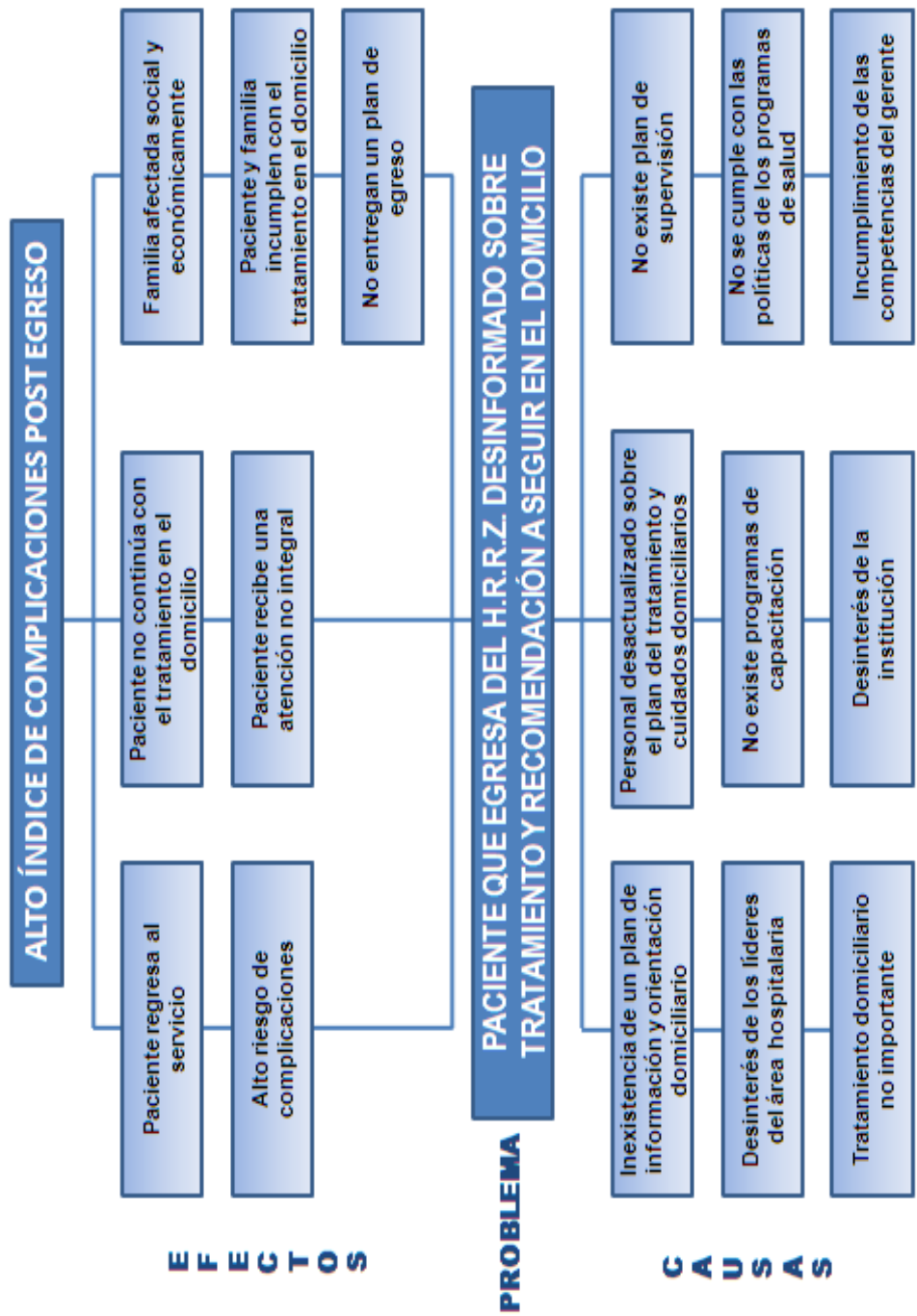
8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

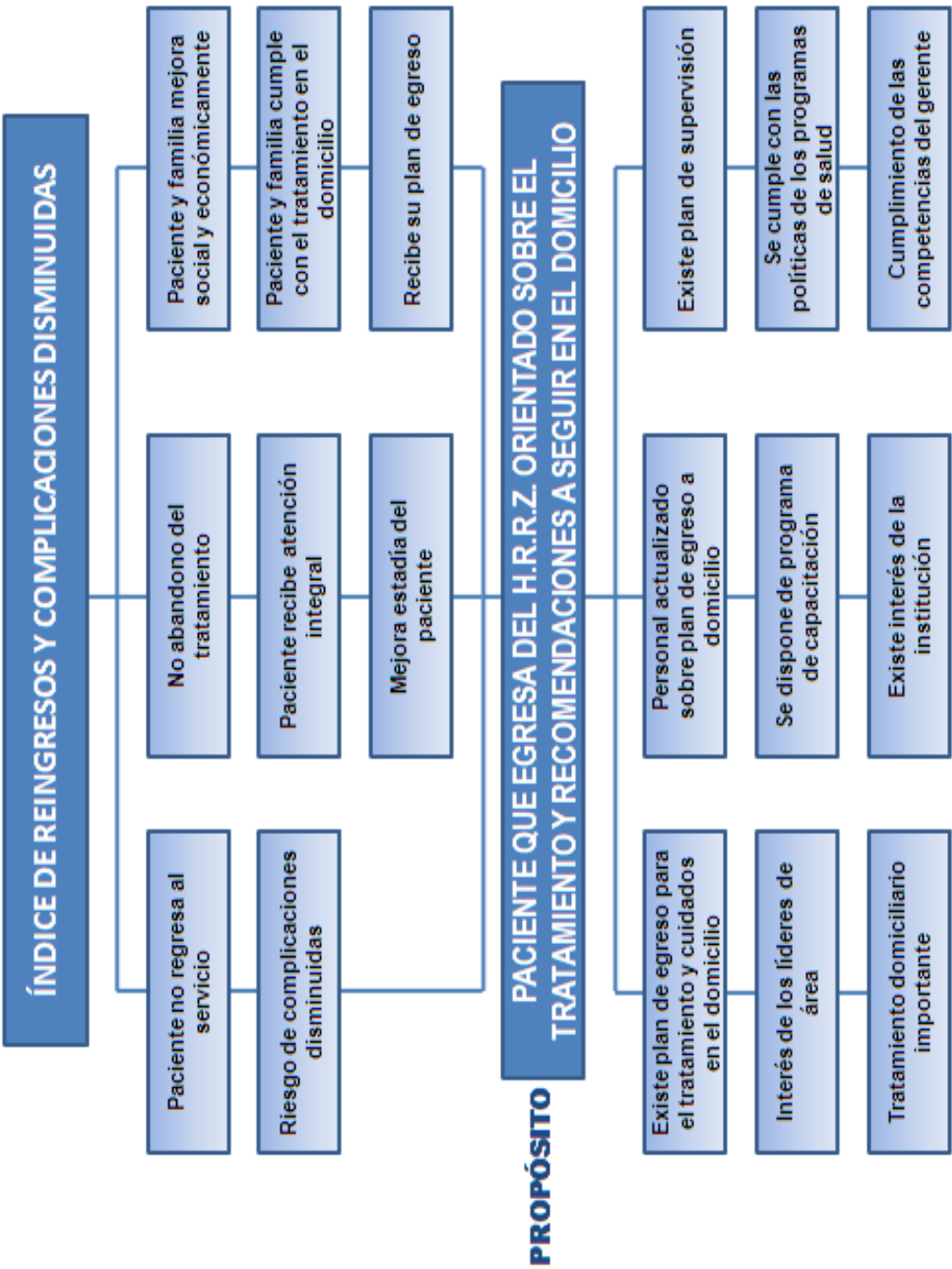
GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Hospital Rafael Rodríguez Zambrano	Implementar el plan de egreso de las 10 primeras patologías mas frecuentes.	Recursos humanos. Recursos materiales. Mandatos: Mejorar el nivel de vida de la comunidad.	- Inexistencia del plan de egreso en el tratamiento y cuidados domiciliario. - Recursos humanos insuficientes. - Descoordinación institución y servicio. - Desinterés de la institución con la comunidad. - Atención no integral.
Equipo de salud	Que el paciente al egresar del hospital conozca sobre su tratamiento a nivel del domicilio.	Recursos humanos. Recursos materiales. Mandatos: Eleva el nivel de vida de la población.	- Personal desactualizado. - No hay un programa de seguimiento domiciliario. - Personal desmotivado. - Inexistencia de un programa de supervisión. - Inexistencia de un plan de capacitación.
Familiares de los pacientes	Lograr una pronta recuperación del paciente.	Recursos humanos Recursos materiales Mandato: Prevenir complicaciones de salud.	- No reciben un plan de egreso. - Descoordinación institución comunidad. - No se da educación en la comunidad. - Reingresos frecuentes. - Desinterés de la comunidad. - Incumplimiento en el seguimiento del tratamiento.

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Usuarios	Mantener una buena salud.	Recursos humanos. Recursos materiales. Mandato: Aplicar el plan de egreso.	- Desorientación sobre el seguimiento domiciliario. - Incumplimiento al tratamiento. - Alto índice de complicaciones. - Reingresos frecuentes. - Desinterés en el control medico.
Maestrante	Implementar un plan de integración servicio hospital.	Recursos humanos. Recursos materiales. Recursos económicos. Mandato: Los pacientes que egresan del hospital reciban el plan de egreso del tratamiento a seguir en el domicilio.	- No se cumple con el plan de egreso. - Complicaciones de salud. - Reingresos frecuentes. - Abandono del tratamiento a seguir según patologías. - Abandono del control medico periódico. - Atención no integral. - Afectación de los pacientes y familia, social y económica.

8.2. ÁRBOL DE PROBLEMAS



8.3. ÁRBOL DE OBJETIVOS



8.4. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN: Complicaciones pos egreso de los pacientes disminuidas.	A junio del 2010 plan del tratamiento a domicilio elaborado en lo referente a las 10 primeras causas de morbilidad.	Registro diario. Expediente del paciente.	Paciente cumple con protocolo de tratamiento domiciliario.
PROPÓSITO: Paciente que egresan del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano orientado sobre tratamiento a seguir en el domicilio.	A septiembre del 2010 el 100% de los pacientes con las 10 primeras patologías que egresan del H.R.R.Z. reciban el plan de egreso a domicilio.	Observación directa. Entrevista. Historia clínica de pacientes.	Gerente y equipo de salud involucrados en el proyecto.
RESULTADOS: 1. Plan del tratamiento domiciliario elaborado y aplicándose en el H.R.R.Z.	A junio del 2010 los planes de egreso elaborados.	Lista de asistencia. Formatos elaborados.	Gerente y líderes de servicios y otros miembros de equipo de salud.
2. Personal actualizado sobre el plan de tratamiento domiciliario.	A julio del 2010 el 100% de personal capacitado.	Lista de asistencia.	Equipo de salud involucrado en el proyecto.
3. Programa de supervisión elaborado y aplicados en el H.R.R.Z.	A septiembre del 2010 programa de supervisión ejecutado.	Observación directa. Registros.	Paciente familia y comunidad participan en la educación. Gerente y líderes de servicio. Equipo de salud involucrado en el proyecto.

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
RESULTADO 1			
1.1. Reunión con las autoridades del hospital, para proponer el proyecto de acción.	Humanos. Autoridades. Enfermeras líderes de los servicios. Trabajo social.	5/05/10	Maestrante Gerente y departamento de gestión de enfermería
1.2. Elaboración del formato del plan de egreso de las diez primeras causas de morbilidad.	Documentos	10/05/10 al 15/06/10	Maestrante
1.3. Revisión y aprobación del formato de los planes de egreso.	Recursos humanos. Autoridades.	21 al 25 de junio del 2010	Autoridades de la institución.
1.4. Realización del acta de compromiso por parte de las autoridades del hospital.	Recursos humanos. Autoridades.	20/08/10	Maestrante y Autoridades de la institución.
RESULTADO 2			
2.1. Elaboración y entrega de convocatoria.	Documentos.	27/06/10	Maestrante
2.2. Elaboración del programa de capacitación.	Documentos	18/06/10	Maestrante
2.3. Revisión y aprobación por parte del departamento de gestión de enfermería y gerente de la institución.	Documentos	25 al 30/06/10	Autoridades de la institución.
2.4. Realización de la capacitación.	Infocus	5 al 6/07/10	Maestrante

ACTIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
2.5. Aplicación de los test de conocimiento ante la capacitación.	Materiales	5 al 6/07/10	Maestrante
2.6. Aplicación del test de conocimiento post capacitación.	Materiales	5 al 6/07/10	Maestrante
RESULTADO 3			
3.1. Elaboración del plan de supervisión.	Documentos	15/07/10	Maestrante
3.2. Revisión y aprobación por el departamento de gestión de enfermería y gerente de la institución.	Materiales	20 al 23/07/10	Autoridades de la institución.
3.3. Aplicación del plan de supervisión.	Documentos	15/09/10	Maestrante

9. RESULTADOS

RESULTADO N° 1

PLAN DE EGRESO PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS A SEGUIR EN EL DOMICILIO ELABORADO E IMPLEMENTADO

1.1. Reunión con las autoridades del hospital, líderes de enfermeras de los servicios y trabajadoras sociales para proponer el proyecto de acción

Esta reunión se efectuó el 5 de mayo del 2010 teniendo como finalidad dar a conocer y promocionar la implementación de un plan de egreso a los pacientes que egresan del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, también se dio a conocer el cronograma de actividades a desarrollarse en este proyecto de acción.

Se concluye la reunión con la aceptación y aprobación del proyecto, para poder cumplir con los objetivos trazados.

MANTA 28 DE ABRIL DE 2010.

PARA: LCDA. MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF. LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DE MIS CONSIDERACIONES:

Por medio del presente reciba un cordial saludo y la vez hacerle una cordial invitación a una reunión para el día 5 de Mayo del 2010, en la dirección del hospital a las 8 am, para dar a conocer el plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local, segura de contar con su presencia me suscribo de usted muy agradecida.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.
Maestrante UTPL.



1.2. Elaboración del formato del plan de egreso de las diez primeras causas de morbilidad.

Desde el 10 de mayo al 15 de junio del 2010 se elabora el formato del plan de egreso de las diez primeras causas de morbilidad, por servicios y patologías.

MANTA 14 DE JUNIO DEL 2010.

Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez hacerle la entrega del formulario del plan de egreso de las diez primeras causas de patologías mas frecuentes en las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. Para la revisión y aprobación.

Atentamente.

Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL



1.3. Revisión y aprobación del formato de los planes de egreso.

Desde el 21 al 25 de junio del 2010, se realizó la revisión y aprobación del formato de los planes de egreso por servicios y patologías por las autoridades de la institución..

MANTA 14 DE JUNIO DEL 2010.

LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez hacerle la entrega de la elaboración del plan de egreso, para su aprobación; el mismo que será implantado en las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología, neonatología de las diez primeras causas de patologías mas frecuentes. Previo a la obtención del titulo de magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Siendo el tema de la tesis: IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LAS AREAS DE: Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología del HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

Me suscribo de usted atentamente:

Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL



1.4. Realización del acta de compromiso por parte de las autoridades del hospital.

Con fecha del 20 de agosto del 2010, se realiza el acta de compromiso por parte de las autoridades de la institución.

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Manta A los 20 días del mes de Agosto del 2010, en Hospital Rafael Rodríguez Zambrano Siendo las 10:30 am, se procede a suscribir la presente acta de compromiso entre el sr. Director del HOSPITAL, lider del departamento de gestion de enfermeria y lcda, Mercedes Farfán G. Maestrante, que consiste: En la colaboración con la maestrante de la UTPL, para desarrollar la Implementación del plan de egreso Hospitalario en las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología, y neonatología 2009-2010. El Hospital se compromete a brindar todo el apoyo en cuanto sea necesario para la realización del mismo con la maestrante que va a colaborar en este proyecto


Sr. Director: Rolando Gavilanes


Lcda. Mercedes Farfán G.
Maestrante de UTPL

RESULTADO N° 2

PERSONAL DE ENFERMERAS Y TRABAJO SOCIAL CAPACITADO

2.1. Elaboración y entrega de convocatoria.

Al 27 de junio del 2010, se envía convocatoria a las líderes de enfermeras y trabajadoras sociales para que asistan a la capacitación programada del 5 al 6 de julio del 2010, teniendo como finalidad socializar y promocionar la implementación del plan de egreso hospitalario para el tratamiento en el domicilio.

MANTA 28 DE JUNIO DEL 2010.

LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez informarle que dentro del desarrollo del plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local y siendo el tema de tesis: "IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LAS AREAS DE: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología Y Neonatología. Se realizará una capacitación al personal de enfermeras y trabajadoras sociales, de las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología; el mismo que tendrá lugar los días 5 y 6 de Julio del presente año a partir de las 8 am- 12 del día, en el auditorium del hospital quinto piso. Sobre la implementación, aplicación, ejecución y evaluación del formulario del plan de egreso hospitalario domiciliario, adjunto el programa de la capacitación.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.



2.2. Elaboración del programa de capacitación.

Al 18 de junio del 2010, se elabora el programa de capacitación sobre la aplicación al plan de egreso hospitalario.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO

PROYECTO: “Implementación de un plan de fortalecimiento del tratamiento a los pacientes egresados de las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología y neonatología del hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta”.

CAPACITAR AL PERSONAL DE ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES DE LAS AREAS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRIA, GINECOLOGIA, NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA. SOBRE LA APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO.

FICHA TECNICA

- **Institución.-** Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de manta.
- **Tema.-** Aplicación del plan de egreso de las diez primeras causas de patología en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de manta.
- **Dirigido al:** Personal de Enfermeras y trabajadora social de los servicios de medicina interna, pediatría, ginecología y neonatología.
- **Preparado por:** Lic. Mercedes Farfan Góngora.
- **Fecha de elaboración:**
- **Numero de horas:** 4
- **Lugar:** Auditorio de la institución quinto piso

JUSTIFICACION

El elevado porcentaje de morbilidad entre diferentes patologías en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, se observa una mayor demanda de pacientes en las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología y neonatología con causas de patologías más frecuentes que hoy en día continúan siendo el mayor problema en salud pública de la población como son: la diabetes, enfermedades coronaria, enfermedades renal, síndrome diarreico en niños y los problemas respiratorios tanto en infantes como en el adulto, y considerándose que estos pueden ser prevenidos controlado y previamente tratados, si se reconocieran e identificaran con antelación los cambios de salud, es necesario realizar una vinculación hospital comunidad plasmando políticas adecuadas con el usuario y familia para el mejoramiento y control de la enfermedad que lo agobia, a través de una orientación efectiva y eficaz por medio de la aplicación del plan de egreso que es un instrumento productivo para el bienestar del usuario y familia, disminuyendo de esta manera los re ingresos por complicaciones ya que en mucho tiempo no se han brindado una orientación oportuna a los usuarios y familia.

OBJETIVO

Capacitar al personal de enfermeras y trabajo social de los servicios de pediatría, medicina interna, neonatología y ginecología, durante el periodo antes señalado en la temática de la aplicación del plan de egreso en el tratamiento y cuidados domiciliarios para que sean multiplicadores permanentes del conocimiento durante el ejercicio de su actividad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Proporcionar los elementos teóricos prácticos necesarios para un buen control en el tratamiento y cuidados domiciliarios.
- Aplicar el plan de egreso:

- Hacer conocer las complicaciones que conllevan al no proporcionar una guía de tratamiento y cuidados en el domicilio.
- Aplicar los conocimientos adquiridos durante la capacitación.
- Fortalecer el sistema de información (formulario)

CONTENIDOS:

- Criterios para la implementación del plan de egreso.
- ¿Qué es el plan de egreso y cuáles son las consecuencias al no aplicarlo?

ESTRATEGIAS METODOLOGICAS:

Exposición y supervisión.

RECURSOS

Material diseñado en Powerpoint.

EVALUACION

- Aplicación de una evaluación inicial de conocimientos y posterior a la capacitación
- Encuestas de satisfacción a usuarios.

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- Test de conocimiento.
- Programación de la capacitación.
- Fotos.

PROGRAMACIÓN DE CAPACITACIÓN PARA LAS ENFERMERAS LIDERES DE EQUIPO Y TRABAJADORA SOCIAL DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA
5 Y 6 DE JULIO DEL 2010 (08 A 12:00 HORAS)

TEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIA	MATERIAL	RESPONSABLE	TIEMPO
Evaluación inicial de la capacitación.	Medir los conocimientos y aptitudes de educación al personal de enfermeras y trabajo social.	Aplicación del test	Formulario	Lic. Mercedes farfan.	½ hora
Integración.	Fortalecer los lazos de amistad con el grupo.	Exposición	Infocus	Sonia Cedeño (trabajadora social)	½ hora
Prevención de las complicaciones	Dar a conocer e informar la importancia del cumplimiento en el tratamiento y cuidados en el hogar	Exposición	Díapositivas	Lic. Mercedes farfan	2 ½ horas
Aplicación del post test	Conocer el nivel de conocimientos adquiridos.	Aplicación del test de conocimiento	Formato	Lic. Mercedes farfan	½

DISTRIBUCION DE LA CAPACITACIÓN POR SERVICIOS:

5 de julio del 2010. (08 a 12:00 horas) los servicios de: Medicina interna y pediatría.

6 de julio del 2010 (08 a 12:00 horas) los servicios de: Neonatología y ginecología.

2.3. Revisión y aprobación por parte del departamento de gestión de enfermería y gerente de la institución.

Del 25 al 30 de junio del 2010, el Departamento de Gestión de Enfermería y Gerente de la institución, realizan la revisión y aprobación del plan de egresos hospitalarios de las primeras causas de morbilidad.

2.4. Realización de la capacitación.

Del 5 al 6 de julio del 2010,

2.5. Aplicación de los test de conocimiento antes la capacitación.

Del 5 al 6 de julio del 2010, se realizó una evaluación pre test, para verificar los conocimientos del personal de enfermería y trabajadoras sociales del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, sobre el plan de egreso hospitalario.

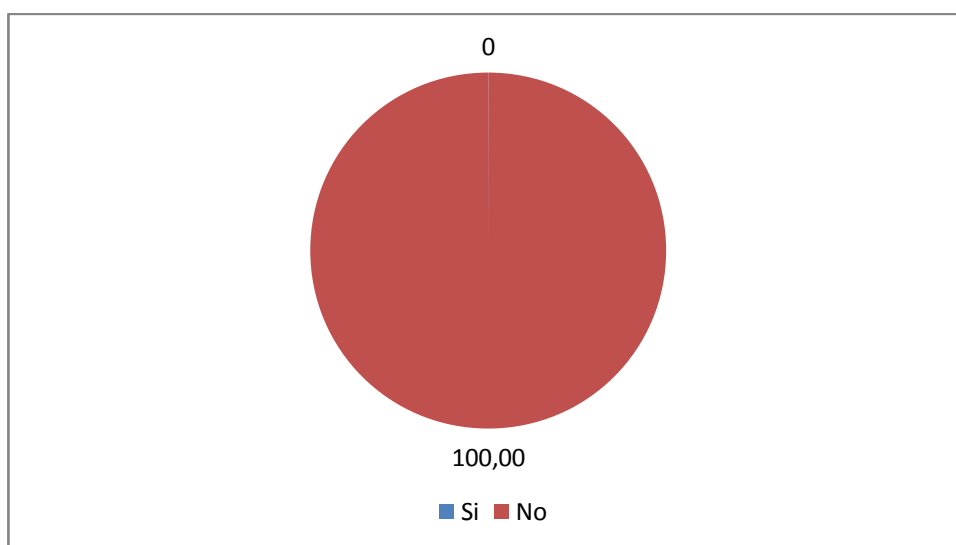
PRE TEST

GRAFICUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE LA DEFINICIÓN DEL PLAN DE
EGRESO DEL USUARIO INTERNADO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0
No	34	100,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

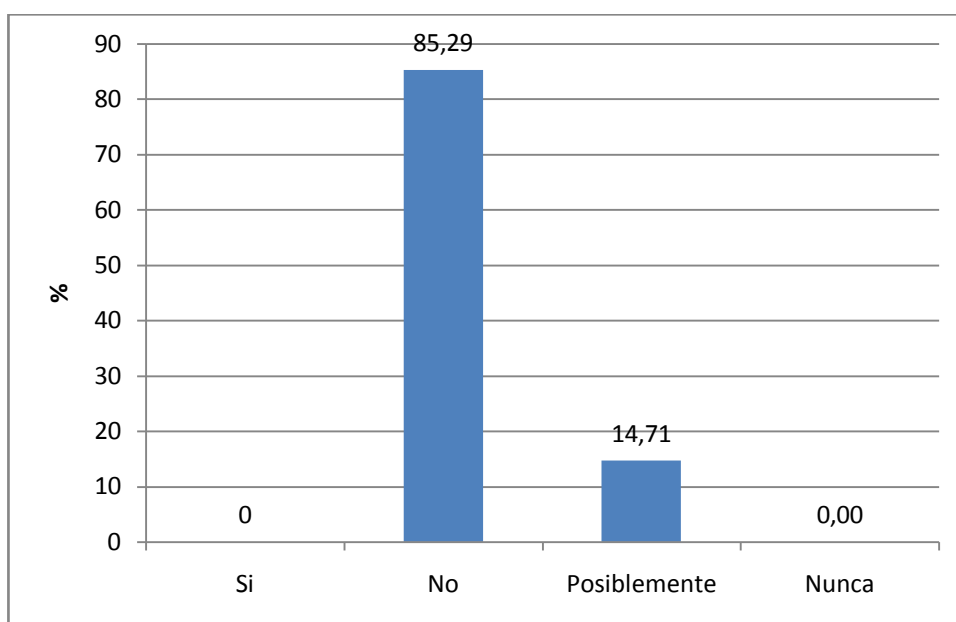
En este graficuario podemos observar que el personal encuestado en un 100% no conoce el plan de egreso hospitalario del usuario internado, lo que permite la justificación de este proyecto.

GRAFICUADRO Nº 2**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI INTERVIENE ACTIVAMENTE EN LA EDUCACIÓN AL USUARIO AL MOMENTO DEL EGRESO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0
No	29	85,29
Posiblemente	5	14,71
Nunca	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

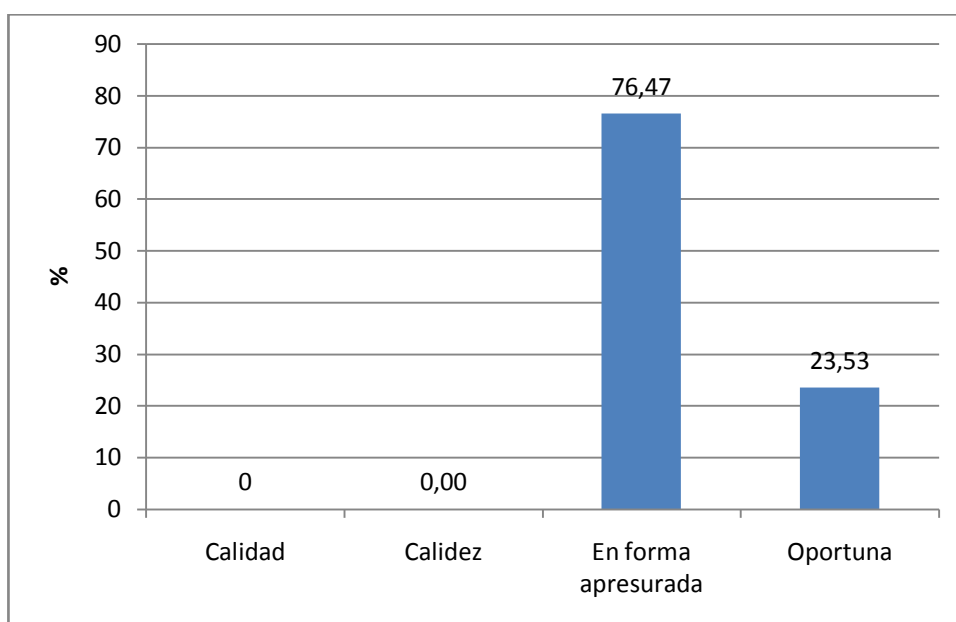
Podemos observar que el personal encuestado en un 85,29% no interviene activamente en la educación del usuario al momento del egreso y un 14,71% posiblemente si lo efectuaron.

GRAFICUADRO N° 3**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE LOS ELEMENTOS QUE CARACTERIZAN LA EDUCACIÓN EN LA QUE INTERVIENE CON EL USUARIO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad	0	0
Calidez	0	0,00
En forma apresurada	26	76,47
Oportuna	8	23,53
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El personal encuestado considera que interviene en forma apresurada en la educación con el usuario (76,47%), siguiéndole en porcentaje los que creen que fue de forma oportuna (23,53%).

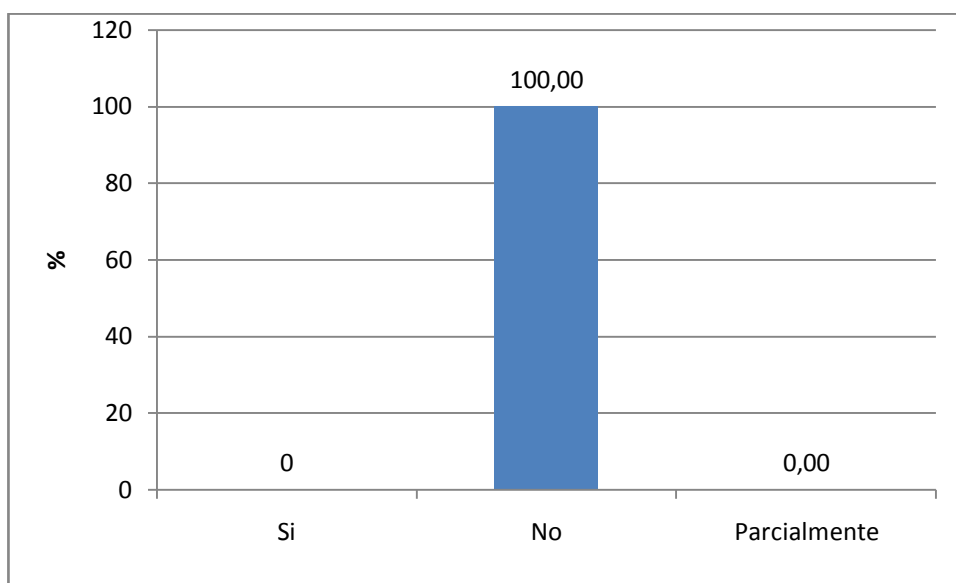
GRAFICUADRO N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI IDENTIFICA Y UTILIZA EL
FORMULARIO DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO EN LA ORIENTACIÓN
DEL USUARIO Y FAMILIA EN EL TRATAMIENTO Y MEDIDAS A SEGUIR EN EL
DOMICILIO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0
No	34	100,00
Parcialmente	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En este graficuario, el personal encuestado indica en un 100% que no utiliza el formulario de plan de egreso hospitalario en la orientación al usuario y familia en el tratamiento y medidas a seguir en el domicilio, ya que en el hospital aún no existe tal documento.

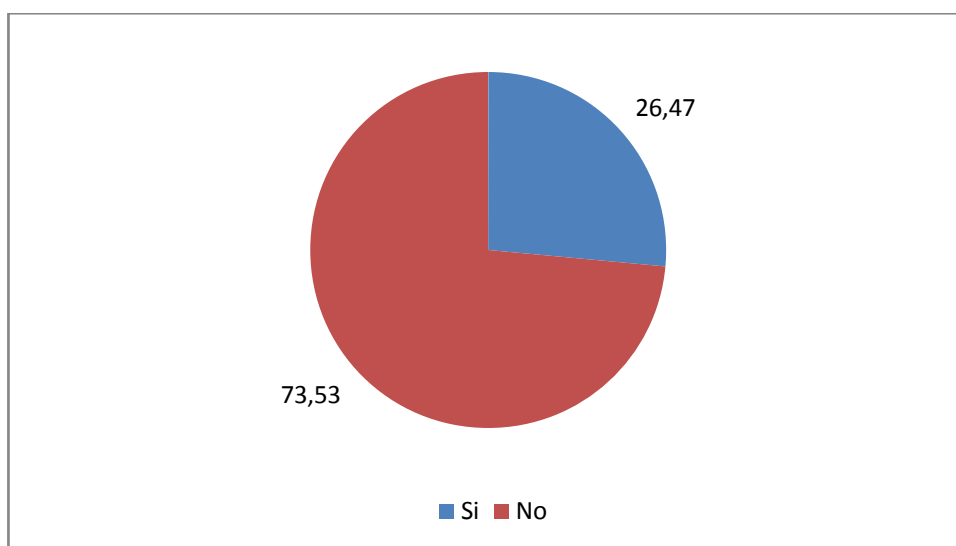
GRAFICUADRO Nº 5

**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI COORDINA CON OTRO
DEPARTAMENTO PARA EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y CUIDADOS
DEL PACIENTE EN EL DOMICILIO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	9	26,47
No	25	73,53
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

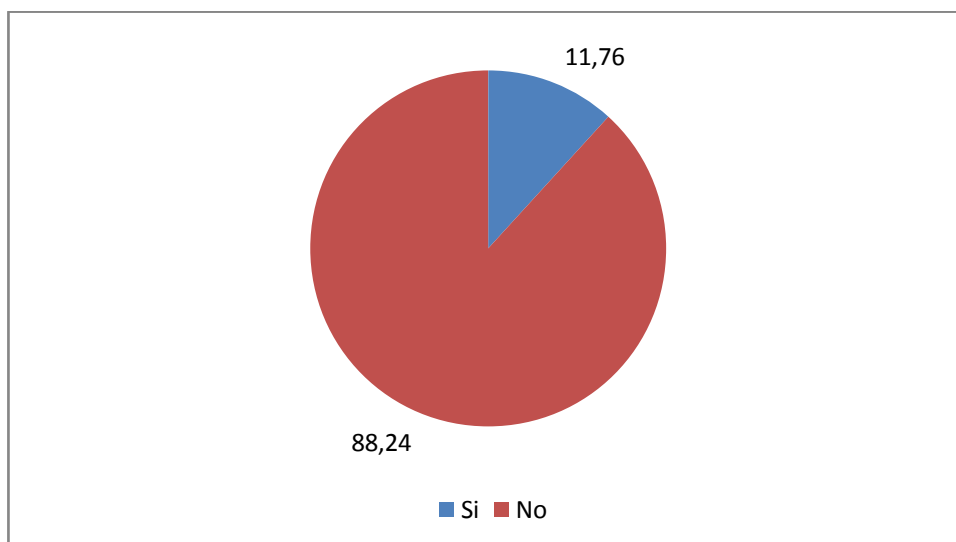
El personal encuestado indica que en un 73,53% coordina con otro departamento el seguimiento del tratamiento y cuidados del paciente en el domicilio; sin embargo el 26,47% no lo hace.

GRAFICUADRO Nº 6**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA
EN CASO DE REINGRESO POR COMPLICACIONES**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	11,76
No	30	88,24
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En este graficuario podemos indicar que el 88,24% del personal encuestado no realiza ninguna actividad en caso de reingreso por complicaciones, ya que desconoce las mismas, y el 11,76% si lo efectúa.

2.6. Aplicación del test de conocimiento post capacitación.

Del 5 al 6 de julio del 2010, una vez finalizada la capacitación, se realizó un post test para conocer el nivel de captación del personal de enfermería y trabajadoras sociales del hospital, sobre el plan de egreso hospitalario.

POST TEST

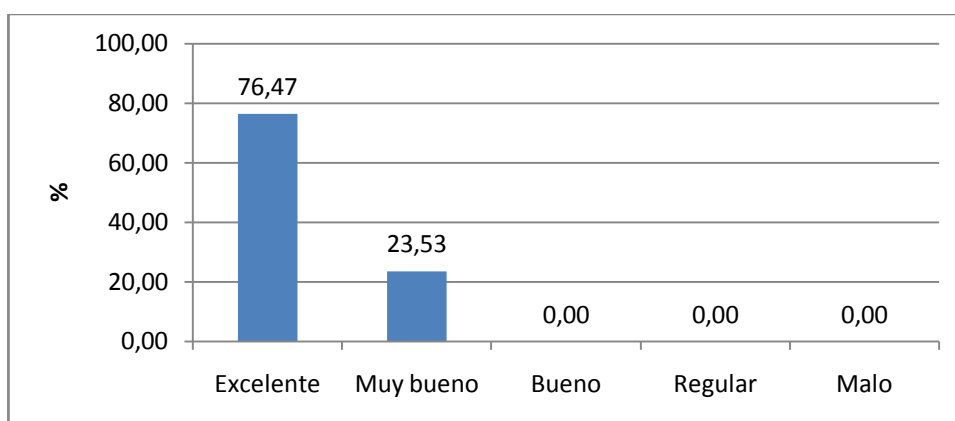
GRAFICUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE CÓMO SE CONSIDERA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO PARA EL SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN EL DOMICILIO

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Excelente	26	76,47
Muy bueno	8	23,53
Bueno	0	0,00
Regular	0	0,00
Malo	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En este graficuario se puede interpretar que el personal encuestado considera que el 76.47% de la aplicación del plan de egreso hospitalario para el seguimiento del tratamiento y cuidados en el domicilio fue excelente.

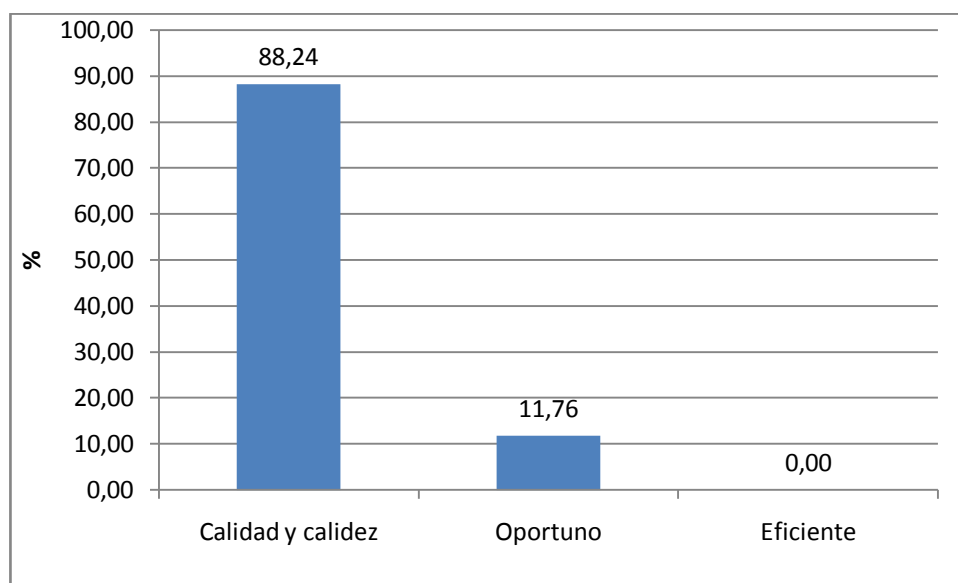
GRAFICUADRO N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI CONSIDERA QUE CON LA
APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO SE ESTÁ BRINDANDO UN
SERVICIO DE SALUD AL USUARIO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calidad y calidez	30	88,24
Oportuno	4	11,76
Eficiente	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El personal encuestado considera que en un 88,24%, con la aplicación del plan de egreso hospitalario, se está brindando un servicio de calidad y calidez a los usuarios y en un menor porcentaje de manera oportuna.

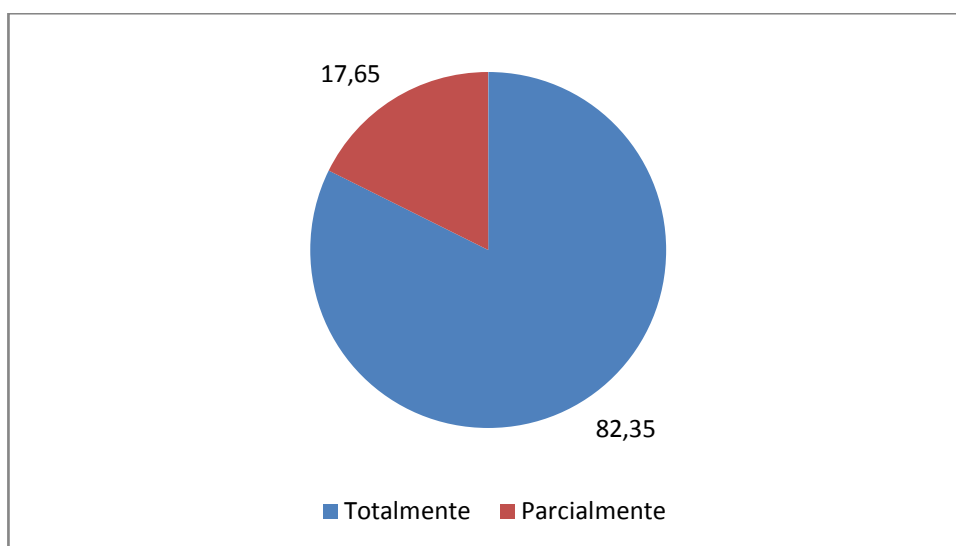
GRAFICUADRO N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI LA ORIENTACIÓN DADA AL
USUARIO Y FAMILIA DE MANERA SEGURA, OPORTUNA Y EFICIENTE SE
EVITARÁN LAS COMPLICACIONES Y LOS REINGRESOS**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente	28	82,35
Parcialmente	6	17,65
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

El personal encuestado considera en su mayoría 82,35% que con la orientación brindada al usuario y familia de manera segura, oportuna y eficiente se evitarán las complicaciones y los reingresos.

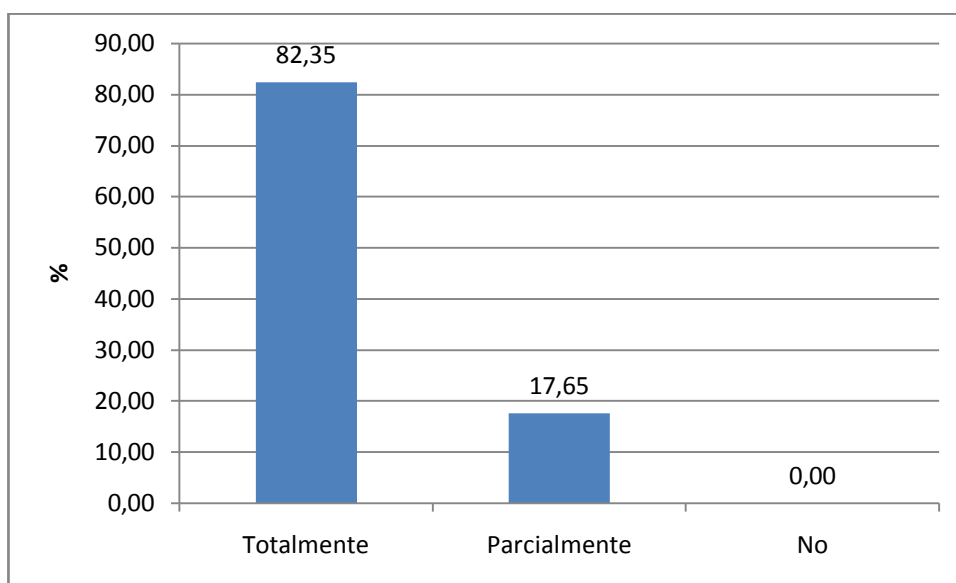
GRAFICUADRO Nº 4

**DISTRIBUCIÓN DE LA EVALUACIÓN SOBRE SI LA ORIENTACIÓN RECIBIDA AL
PACIENTE Y FAMILIA CUMPLE CON EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS EN EL
DOMICILIO**

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente	28	82,35
Parcialmente	6	17,65
No	0	0,00
TOTAL	34	100

Fuente: Encuestas al personal de enfermería y trabajadoras sociales

Elaborado por: Autora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

En este graficuario podemos observar que el 82,35% del personal encuestado considera que la orientación recibida al paciente y familia permitirá que se cumpla totalmente con el tratamiento y cuidados en el domicilio.

RESULTADO N° 3

PLAN DE SUPERVISIÓN DISEÑADO

3.1. Elaboración del plan de supervisión.

Al 15 de julio del 2010, se da a conocer a través de oficio a las autoridades de la institución sobre la elaboración del plan de supervisión que será implantado a las enfermeras de los servicios de: medicina interna, pediatría, neonatología y ginecología, efectuado del 10 al 15 de julio del 2010.

MANTA 29 de JUNIO DEL 2010
 LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.
 ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.
 DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, teniendo a bien comunicarle que entre las actividades a realizarse en el plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Se elaboro un plan de supervisión, para el personal de enfermeras de las áreas, de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. El mismo que será revisado y aprobado por su departamento para posteriormente ser ejecutado.

Atentamente.


 Lic. Mercedes Farfan G.
 Maestrante UTPL.



3.2. Revisión y aprobación del plan de supervisión por el departamento de gestión de enfermería y gerente de la institución.

Del 20 al 23 de julio del 2010, se realiza la revisión y aprobación del plan de supervisión por el departamento de gestión de enfermería y gerente de la institución.

Manta 12 de Julio 2010.

Doctor:

Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, por medio del cual tengo a bien informarle que dentro de las actividades que me encuentro realizando en esta Institución como parte de ella y aspirante al masterado en gerencia de salud para el desarrollo local, se ha elaborado e implementado un plan de supervisión para el personal de enfermería de las áreas, de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. Las mismas que se encuentran involucradas dentro de este proceso de compromiso institucional. Por lo cual fue entregado al departamento de gestión de enfermería para la revisión, aprobación y ejecución del mismo.

Atentamente,

Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL.

Rf 12 Julio 2010
Rafael

3.3. Aplicación del plan de supervisión.

Al 15 de septiembre del 2010, se realiza supervisión al personal de enfermeras, en un número de 20, es decir cinco de cada servicio, midiéndose el cumplimiento de la aplicación del mismo mediante una guía, cuyos resultados fueron que el 88.8%, de estas enfermeras aplican el plan de egreso de acuerdo a la guía de la supervisión, es decir que el 12% de estas enfermeras no lo cumplen con lo establecido en la guía.

PLAN DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA Y NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA, SOBRE LA APLICACIÓN Y MANEJO DEL FORMULARIO DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO PARA EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS QUE DEBE CUMPLIR EL PACIENTE Y FAMILIA EN EL HOGAR

INTRODUCCION

El hospital como organismo de salud dirige sus acciones a personas enfermas y cumple con actividades de promoción y protección a la salud siendo su misión proporcionar a la población asistencia médica y sanitaria tanto curativa como preventiva cuyos servicios externos se irradian hasta el ámbito familiar.

Considerándose que toda organización de salud debe contar con sistemas de supervisión y evaluación del desempeño que le permita verificar el cumplimiento correcto de las funciones técnicas y administrativas del personal que integra esta institución y poder detectar a través de ella debilidades que requieran de medidas correctivas, siendo esta la razón y como aspirante a alcanzar el masterado en gerencia en salud y como parte de esta institución e interesada en mejorar la calidad de vida de la población a través de la aplicación del plan de egreso hospitalario sobre el tratamiento y cuidados generales que debe cumplir el paciente y familia en el hogar, se ha elaborado un plan de supervisión con la finalidad de medir que el cumplimiento del mismo se realice con calidad y calidez.

JUSTIFICACION

Ante la no existencia de un plan de supervisión para el control de la aplicación del plan de egreso hospitalario sobre el tratamiento y cuidados que el paciente y familia deben cumplir en el domicilio, es de gran necesidad la elaboración del mismo, para lograr una vinculación servicio y comunidad en el hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, el mismo que se elaborará y se aplicará en las áreas de Pediatría, Medicina Interna, Neonatología y Ginecología donde se observó la mayor demanda de

pacientes con las diez primeras causas de patologías como: la diabetes, enfermedad renal, enfermedades coronarias, enfermedad diarreica, problemas respiratorios, prematuridad, amenaza de parto prematuro, preeclampsia, así como también los reingresos frecuentes por complicaciones, siendo de gran importancia la implementación de este plan, para que el personal de enfermería proporcione una orientación eficaz con calidad y calidez y de esta manera mejorar el nivel de vida de la población.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de cumplimiento de las enfermeras en la aplicación del plan de egreso de los pacientes que egresan de las áreas de: Medicina interna, pediatría, ginecología y neonatología del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Promover el desarrollo del personal de enfermería mediante la supervisión
- Promover la integración servicio y comunidad.
- Brindar confianza y seguridad al paciente, familia y comunidad.
- Identificar los problemas presentados.
- Establecer las principales dificultades.
- Conocer el nivel de orientación y educación de los usuarios.
- Buscar alternativas de solución.

**DISEÑO DEL PLAN DE SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA EN LAS ÁREAS DE MEDICINA
INTERNA, PEDIATRIA, NEONATOLOGIA, Y GINECOLOGIA. EN LA APLICACIÓN
DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO SOBRE EL TRATAMIENTO Y CUIDADOS
QUE DEBE CUMPLIR EL PACIENTE Y LA FAMILIA EN EL DOMICILIO.**

1. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION

El Hospital Rodríguez Zambrano esta ubicado en la vía san mateo Barrio Santa Martha, Su edificio consta de 5 pisos, da cobertura tanto al cantón da Manta como a sus parroquias, sitios aledaños y a los demás Cantones de la provincia teniendo una capacidad de 220 camas, en las especialidades de clínica y cirugía, esta estructurado de la siguiente manera Planta baja Consulta Externa, Emergencia, Primer Piso, se encuentra Centro quirúrgico y Central de Esterilización, en el 2do piso Ginecología, Centro obstétrico, y Neonatología, en el 3er piso contamos con las áreas de Cirugía, Traumatología y la Unidad de Cuidados Intensivos, en el 4to piso se encuentra Medicina Interna, e Infecto logia, y en el 5to piso Pediatría, y la Unidad de Quemados. Teniendo una gran demanda de pacientes en las áreas de Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Neonatología. Así mismo existe un elevado porcentaje de reingresos con complicaciones de las diez primeras causas de morbilidad de diferentes patologías, siendo el factor principal la no existencia de un plan de egreso hospitalario para el domicilio que asegure el cumplimiento en el tratamiento y cuidados que debe seguir el paciente y familia, motivo por el cual se realiza un diseño de plan de supervisión debido al desconocimiento por parte del personal de enfermería relacionado a una adecuada orientación al paciente y familia, ya que ha existido un desinterés por parte de los lideres para llevar un mejor control en el egreso hospitalario domiciliario y por ende la no existencia de un plan de supervisión la cual conlleva a una desintegración servicio comunidad.

AMBITO: Personal de enfermería de las áreas de: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología:

FECHA Y DURACION

Septiembre 12 al 15 del 2010.

ACTIVIDADES

Técnica e instrumento:

- Guía de Supervisión
- Encuestas, entrevistas e historias clínicas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2010.

ACTIVIDADES	MESES			
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
Reunión con el director del Hospital.	X			
Reunión con la enfermera líder del departamento de gestión de enfermería y enfermeras líderes de los servicios involucrados en este compromiso institucional y comunidad.	X			
Diseño del plan de supervisión.	X	X		
Revisión del plan de supervisión por el departamento de gestión de enfermería y la dirección de la institución.		X		
Aprobación del plan de supervisión.		X		
Ejecución del plan de supervisión.		X	X	
Supervisión a los servicios involucrados.				X
Evaluación				X

EJECUCIÓN:

Las actividades del plan de supervisión serán ejecutadas según el cronograma establecido, y de acuerdo a las situaciones encontradas, se harán los reajustes correspondientes.

INFORME DE EVALUACIÓN

En el que se incluirá los acuerdos, las recomendaciones y las actividades de mejoramiento.

ACTIVIDADES

- Entrevista con el Director del Hospital para darle a conocer del diseño de un plan de supervisión para aplicarlo en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, y Neonatología. Dándole a conocer el objetivo del mismo con su respectiva programación.
- Reunión con la Enfermera Líder del departamento de gestión de enfermería a si como también con las enfermeras líderes de los servicios involucrados en este compromiso Institucional y comunidad.
- Revisar con la enfermera líder del departamento de gestión de enfermería y con las enfermeras líderes del los servicios.
- Aprobación del plan de supervisión por parte del departamento de gestión de enfermería y la dirección de la institución.
- Coordinar con las trabajadoras sociales de los diferentes servicios para la integración Hospital Comunidad con líderes.
- Ejecución de la aplicación del plan de supervisión.
- Informar a las enfermeras líderes sobre la supervisión a realizarse.
- Proporcionar el informe de supervisión a la enfermera de gestión del departamento de enfermería para que a través de ella haga conocer a las autoridades competentes de la Institución.
- Recibir sugerencias y plantear soluciones y recomendaciones.

EVALUACION DE LOS INDICADORES CON LOS RESULTADOS

RESULTADO N° 1

PLAN DEL TRATAMIENTO DOMICILIARIO ELABORADO Y APLICÁNDOSE EN EL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

INDICADOR

A junio del 2010, los planes de egreso elaborados.

Con la participación del gerente y líderes de servicios, además de otros miembros de equipo de salud se logró la implementación y aplicación del plan de egreso hospitalario en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Neonatología y Ginecología, de las diez primeras causas de morbilidad.



HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

SERVICIO: MEDICINA INTERNA
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE N° DE MOL
FECHA DE INGRESO
DIAGNÓSTICO(S)

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

2.- FECHA DE REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

4.- ALTERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (DOLOR DE CABEZA, CALOR, ANGSTIA, SOMBIO EN LOS OÍDOS, DECAIMIENTO, NAÚSEA Y VÓMITO).

5.- PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECÍFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CONTROL DE PESO.
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DIARIO.
- CONTROL VEDIDO PERIÓDICO.
- NO AUTOMEDICARSE.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- ALIMENTOS CON POCAS SAL.
- VERDURAS, LEGUMINOSAS, VEGETALES.
- CARNES BLANCAS.
- CONSUMO DE FRUTOS SECOS COMO NUES, AVELLANA Y ALMONDAS.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE CARNES BLANCA.
- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- GRASAS.
- AZÚCARES.
- ALCOHOL.
- TABACO.
- COLA.

ACTIVIDAD FÍSICA:

- CAMINAR Y TROTAR DIARIAMENTE SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA.

7.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO.
- BRINDAR LA DIETA DE ALIMENTOS EN FORMA AGRADEABLE.
- PROPORCIONAR UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD.
- EVITAR ALTERACIONES EMOCIONALES.

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE

RESULTADO N° 2

PERSONAL ACTUALIZADO SOBRE EL PLAN DE TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

INDICADOR

A julio del 2010, el 100% del personal capacitado.

Se realizó una capacitación sobre el plan de egreso hospitalario, mediante charlas dirigidas al personal de enfermería y trabajadoras sociales del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, en las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología, lo que permitió que este indicador tuviera un 100% de cumplimiento ya que dicho personal adquirió conocimientos y participó activamente en las actividades programadas.

Universidad Técnica Particular de Loja
Capacitación Para el personal de Enfermeras y Trabajadoras Social Sobre Las Diez
Primeras Causas de Morbilidad en las áreas de Medicina Interna Pediatría Ginecología
y Neonatología.

Control de Asistencia:

NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Melba Flores Perea	Melba Flores Perea
Lic. Dinaora Suarez Rosmery	Dinaora Suarez Rosmery
Lic. Haruente Ayala Yala	Haruente Ayala Yala
Lic. Lourdes Santana	Lourdes Santana
Lic. Karen Montalván	Karen Montalván
Lic. Maria Neca Mui	Maria Neca Mui
Lic. Maria José López	Maria José López
Lic. Juan Paredes	Juan Paredes
Lic. Blanca Hueras	Blanca Hueras
Lic. Lombardo B. Nunez	Lombardo B. Nunez
Lic. Quetzaly Zo.	Quetzaly Zo.
Lic. Angelina Chucir	Angelina Chucir
Lic. Roberto Blundo L.	Roberto Blundo L.
Lic. Paula Curaca	Paula Curaca
Lic. Maria Yruacaloz	Maria Yruacaloz
Lic. Rocio Pachay Pachay	Rocio Pachay Pachay
Lic. Noreas Bachi S.	Noreas Bachi S.
Lic. Carmen Valencia	Carmen Valencia
Lic. Ricardo Espada	Ricardo Espada
Lic. [Firma]	[Firma]

RESULTADO N° 3**PROGRAMA DE SUPERVISIÓN ELABORADO Y APLICADOS EN EL HOSPITAL
RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO****INDICADOR**

A septiembre del 2010, programa de supervisión ejecutado.

Debido a que los pacientes, familia y la comunidad, gerente y líderes de servicio, y el equipo de salud estuvieron involucrados el proyecto, este indicador tuvo también un cumplimiento del 100%,



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PROGRAMA DE SUPERVISIÓN SOBRE
LA APLICACIÓN DEL PLAN DE
EGRESO HOSPITALARIO**

2010

EVALUACION DEL PROPOSITO

PROPOSITO

Paciente que egresan del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano orientado sobre tratamiento a seguir en el domicilio.

INDICADOR

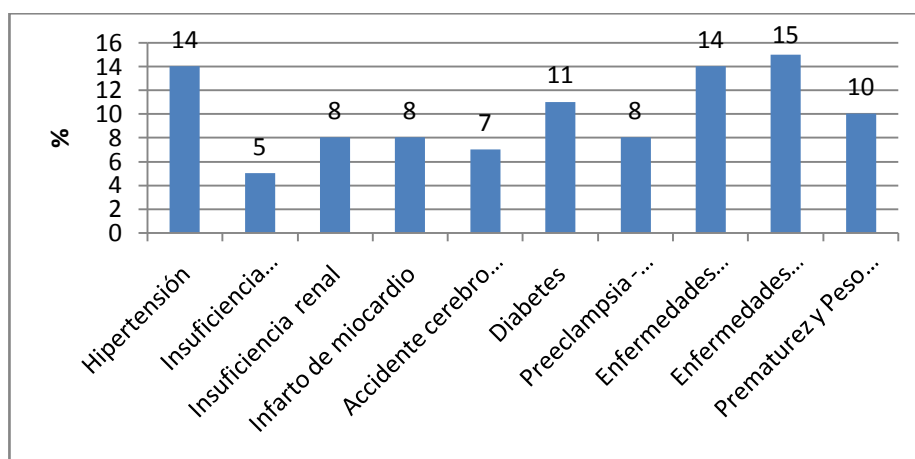
A septiembre del 2010 el 100% de los pacientes con las 10 primeras patologías que egresan del H.R.R.Z. reciban el plan de egreso a domicilio.

El gerente y equipo de salud del hospital, se encuentran comprometidos y participando con el cambio, ya que consideran que al implementarse el plan de egresos hospitalarios de las patologías más frecuentes y el cumplimiento del mismo, se está contribuyendo a mejorar la calidad de vida del usuario, entregando una mejor calidad de atención.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PATOLOGÍAS DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS
DE MORBILIDAD EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA,
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE
MANTA - AÑO 2009**

Nº	PATOLOGÍAS	TOTAL	%
1	Hipertensión	176	14
2	Insuficiencia cardiaca congestiva	66	5
3	Insuficiencia renal	105	8
4	Infarto de miocardio	110	8
5	Accidente cerebro vascular	88	7
6	Diabetes	150	11
7	Preeclampsia - eclampsia	100	8
8	Enfermedades respiratorias	185	14
9	Enfermedades diarreicas	200	15
10	Prematurez y Peso bajo	130	10
	TOTAL	1310	100

Fuente: Datos estadísticos del H.R.R.Z. (2009)



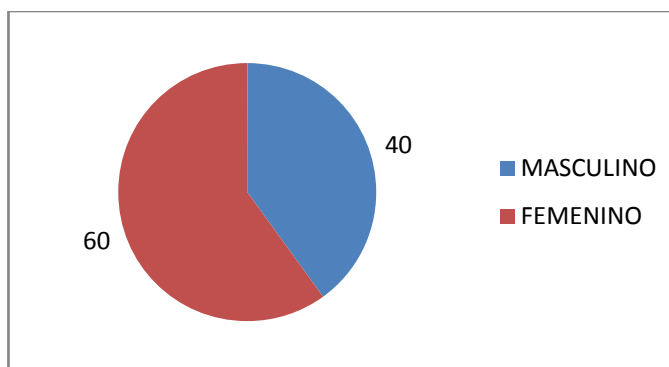
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Análisis: Mediante este cuadro estadístico, se refleja que la patología de mayor frecuencia es la hipertensión arterial, con 176 casos que corresponde al 14%, seguida de la diabetes con 150 casos con un porcentaje del 11%, y la de menor porcentaje esta determinada por la insuficiencia cardiaca congestiva.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SEXO DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN
A LAS AREAS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, NEONATOLOGÍA E
GINECOLOGÍA DEL H.R.R.Z. DE LA CIUDAD DE MANTA 2009**

N°	SEXO	TOTAL	%
1	MASCULINO	530	40
2	FEMENINO	780	60
TOTAL		1310	100%

Fuente: Datos estadísticos de los servicios del H.R.R.Z. (2009)



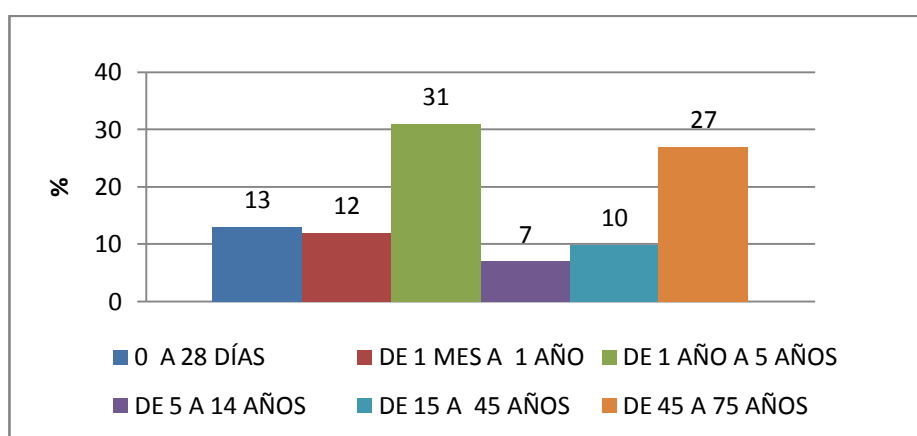
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Análisis: Esta representación estadística nos revela que la mujer es la más afectada con una incidencia de 780 y un porcentaje de 60% y en el hombre es menor con 530, lo que determina un porcentaje de 40%.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EDAD DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN
A LAS ÁREAS DE MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, NEONATOLOGÍA E
GINECOLOGÍA DEL H.R.R.Z. DE LA CIUDAD DE MANTA 2009**

Nº	EDAD	NUMERO	%
	0 A 28 DÍAS	130	13
	DE 1 MES A 1 AÑO	125	12
	DE 1 AÑO A 5 AÑOS	325	31
	DE 5 A 14 AÑOS	75	7
	DE 15 A 45 AÑOS	100	10
	DE 45 A 75 AÑOS	285	27
	TOTAL	1040	100

Fuente: Datos estadísticos de los servicios del H.R.R.Z. (2009)



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En esta representación nos indica que la edad de mayor morbilidad está entre los 45 y 75 años, con una incidencia de 285 con un porcentaje del 27%, seguida de los menores de 5 años que representan 325 casos con un porcentaje de 31%, y la de menor edad se determina entre los 5 y 14 años en un número de 75 casos con un porcentaje de 7%.

EVALUACION DEL FIN

FIN

Complicaciones post egreso de los pacientes disminuidas.

INDICADOR

A junio del 2010, plan del tratamiento a domicilio elaborado en lo referente a las 10 primeras causas de morbilidad.

Este indicador no es medible, pero al cumplir los indicadores de los resultados y del propósito, se está contribuyendo al cumplimiento del fin.

10. CONCLUSIONES

- Debido a la buena predisposición y compromiso de las autoridades y el personal de salud, se logró la sostenibilidad y el empoderamiento del proyecto implementado.
- Las autoridades, enfermeras y trabajadoras sociales, respondieron con mucha satisfacción a la implementación del plan de egreso.
- Con la implementación del proyecto se ha logrado disminuir el número de reingresos por complicaciones.
- La integración servicio-comunidad se realiza a través de las trabajadoras sociales, quienes se comprometen al seguimiento domiciliario según necesidad del paciente y familia.
- El seguimiento domiciliario por parte de las trabajadoras sociales, se dificulta por falta de transporte.
- Se observa una gran acogida y satisfacción de los pacientes y familiares con las indicaciones del plan de egreso.
- El proyecto ha permitido conocer realidades de tipo social y económica, que influyen en el tratamiento de los pacientes y en el seguimiento domiciliario.
- Las gestiones realizadas ante las autoridades de la institución han sido una herramienta importante para el logro de los objetivos en un 100%.

11. RECOMENDACIONES

- Que se continúe con la ejecución de este proyecto implementado, y que se amplíe en todos los servicios.
- Que se establezca una coordinación con otras instituciones de salud para lograr una mejor integración servicio-comunidad.
- Elaborar y ejecutar programas de educación permanente en los servicios, para lograr la capacitación y adiestramiento en el manejo de la metodología de trabajo científico en enfermería, para reforzar los beneficios que esta práctica profesional proporciona al individuo, familia y la comunidad.
- Elaborar programas educativos dirigidos al usuario externo.
- Formar comité institucional de calidad, para la vigilancia del cumplimiento en el proceso de atención.
- Propiciar jornadas de trabajo con las autoridades de la institución, para intervenir en la solución de los factores que puedan estar determinados en los resultados obtenidos.
- Que se incentive al equipo de salud, según su desempeño de procesos y según el producto generado.
- Que las autoridades brinden el apoyo con el transporte, al departamento de trabajo social para que cumplan con su plan de trabajo.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. INEC, (2001). IV Censo de Población y vivienda, Ecuador. Recuperado (20-12 2007). Disponible en: <http://www.inec.goc.ec>.
2. Hospital Rafael Rodríguez Zambrano. (2010). Departamento Subdirección Médica.
3. Ibidem.
4. Proceso de alta: Recuperado (12-08-2010). Disponible en: www.slideshare.net/mytml.
5. Feria Lorenzo, DJ. (2003). Valoración de resultados en la implantación de un protocolo de cuidado al alta. Rev. Enfermería Científica, 252-3,58-63.
6. Shepperd, S; McClaren, J. (2007). El proceso de enfermería. Disponible en: <http://www.update.software.com>.
7. Tomas, A. (1999). El valor de los cuidados. Valores sociales, modelos sociales y sistema sanitario. Enfermería clínica, 9 ("):65-70.
8. Sánchez Linares, A; Sanz Penon, C. (2001). Protocolizar las actividades de enfermería. Rev. Rol de Enfermería, 24(1): 67-74.
9. NANDA (2001). Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación. Barcelona: Harcourt.
10. Apuntes de enfermería. (2008). Disponible en: www.monicacañas.com
11. Ostiguín, R; Velázquez, S. (2001). Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. El manual moderno, ISBN 968-426-895-5 9789684268951.
12. Aviso Legal. (2009). Disponible en: <http://noticiasjuridicas.com>.
13. Serrano, MI. (1998). La Educación para la Salud del siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos.
14. Paganini, JM. (1993). La relación entre estructura, proceso y resultado. Calidad y eficiencia de la atención Hospitalaria. Washington DC.OPS/OMS
15. Humanización del cuidado de enfermería. Un reto de la gerencia de enfermería. (2008). Recuperado en: www.porbitesmédicos.com.
16. XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, II Congreso de Murcia de Calidad Asistencial. (2001). Revista de Calidad Asistencial, Vol.16, número 7.
17. Bennis, W. (1994). Learning to lead a workwook on becoming a leader. Auditoría Médica: Fundación Universitaria Dr. René Favaloro.
18. Gratton, L. (2001). Estrategias de Capital Humano. Madrid: Pearson Education.

19. Kumate, J; Gutiérrez, G; Muñoz, O; Santos, JI. (1994). Manual de Infectología Clínica. México: Ed. Mc Graw Hill.
20. Carreras Viñas, M. (2002). Informatización de los servicios de enfermería. Rev. Gestión Hospitalaria, 13: 67-76.
21. Biblioteca Virtual en Salud de México. (2008). Disponible en: http://bvs.insp.mx/bvs_mx/E/ehome.htm.
22. Kraft, M. (2007). Aproximación al paciente con enfermedades respiratorias. Medicina Cecil. Saunders Elsevier.
23. Torpy, J; Cassio Lynm, MA; Glass, R. (2009). Diabetes. Asociación Americana contra la Diabetes: Vol. 301, núm. 15.
24. Ali Khan, T; Simpson, W. (2007). Incidencia y resultados en la injuria renal aguda: un amplio basado en la población estudio. J Am Soc Nephrol, 18:1292-8.
25. Marrugat, J; Elosua, R; Martí, H. (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. Rev Esp Cardiol, 55(4):337-46
26. Ministerio de Salud. (2005). Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio y Manejo del Dolor Torácico en Unidades de Emergencia. Santiago: Editorial Minsal.
27. Esplin, MS; Fausett, MB; Fraser, A; Kerber, R; Mineau, G; Carrillo, J; Varner, MW. (2001). Paterna y materna componentes de predisposición a la preeclampsia. N Engl J Med, 344:867-872.
28. Peralta Pedrero, ML; Guzmán Ibarra, MA; Cruz Alvear, A; Martínez García, MC. (2004). Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México, 140: 513-517.
29. Rivero, MI; Perna, E; Sosa, T; Benítez, A; Urquidi, D; González, MA. (2005). Impacto de la presencia de la preeclampsia eclampsia sobre los resultados perinatales. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista7/resultadosperinatales.pdf>
30. Deacon, J; .O'Nelly, P.- (2001). Cuidados intensivos de Enfermería en Neonatos. México: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.
31. Bolzán, A; Guimarey, L. (2001). Antropometría pregestacional y gestacional en adolescentes y sus recién nacidos. Arch Argent Pediatr, 99: 296.

32. Ministerio de Salud de Chile. (2005). Guías nacionales de neonatología. Recuperado en: [www.prematuros.cl/guías neo/cuidados de enfermería.pdf](http://www.prematuros.cl/guías_neo/cuidados_de_enfermería.pdf).
33. Robert, JA. (2001). Hipertensión Arterial y Embarazo. Revista Médica Clínica las Condes Santiago – Chile, Vol.12, Nº 1.
34. Schroeder, K; Fahey, T; Ebrahim, S. (2006). Intervenciones para mejorar el cumplimiento del tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en ámbitos ambulatorios. Hipertensión arterial: Cochrane.

13. ANEXOS

FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y apellidos: Lic. Mercedes Farfán Góngora

Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja

**PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES
EGRESADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA,
PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO
DE LA CIUDAD DE MANTA AÑO 2010**

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA					OBS
		MAYO	JUNIO	JULIO	AGO	SEPT	
1. Plan de egreso para el tratamiento y cuidados a seguir en el domicilio elaborado e implementado.	A junio del 2010, los planes de egreso elaborados.	40%	100%				
2. Personal de enfermeras y trabajo social capacitado.	A julio del 2010 el 100% de personal l capacitado.			100%			
3. Plan de supervisión diseñado.	A septiembre del 2010, programa de supervisión ejecutado.			25%	50%	100%	

Tutora: Mg. Teresa Rivadeneira Zambrano
DIRECTORA DE TESIS

Mejoran servicios en hospital local

Dos planes nuevos son ejecutados en beneficio de la comunidad.

MANTA • En el hospital Rafael Rodríguez Zambrano se han implementado dos nuevos planes para una mejor atención. Se trata de la aplicación del plan de egreso hospitalario de los pacientes de las áreas de medicina interna, pediatría, neonatología, y ginecología, y un programa de mejoramiento de calidad a las embarazadas.

Estos nuevos servicios en los que el único beneficiado es el paciente, fueron explicados en una etapa de capacitaciones en la que participaron el personal que labora en el nosocomio local.

En la implementación del plan de egreso, que fue dado por la licenciada Mercedes Farfán, participaron enfermeras y trabajadoras sociales, el objetivo es que una vez que el paciente sea dado de alta, las enfermeras indiquen

TOME NOTA

Entre las necesidades de los pacientes del hospital consta que hayan más médicos en el área de emergencia.

detalladamente el cuidado y las indicaciones de los medicamentos que debe tomar en casa; las enfermeras están conscientes que antes no se daba por completo.

El taller para la implementación del programa de las mujeres embarazadas fue dado por la licenciada Rocío Acosta, y fue dirigido para el personal de enferme-

ría de consulta externa.

Las capacitaciones que seguirán dándose en el hospital de Manta, son dirigidas especialmente en las patologías más frecuentes, el objetivo es que las personas que ingresan delicadas de salud, sean atendidas de la mejor manera, al igual que tengan una buena recuperación.

ENCUESTAS

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO AL DOMICILIO

NOMBRE DEL SERVICIO:

PERSONAL A SUPERVISAR:

NOMBRE DEL SUPERVISADO:

FECHA:

ACTIVIDADES			
ASPECTO A EVALUAR	SE REALIZA	CÓMO SE REALIZA	OBSERVACION
Aplica el plan de egreso	☐ Si ☐ No ☐ A veces	☐ Correctamente ☐ Incorrectamente	
Da orientación al usuario y familia	☐ Si ☐ No ☐ A veces	☐ Correctamente ☐ Incorrectamente	
Registra en el formulario respectivo	☐ Si ☐ No ☐ A veces	☐ Correctamente ☐ Incorrectamente	
Realiza reportes de enfermería en el expediente clínico del paciente egresado	☐ Si ☐ No ☐ A veces	☐ Correctamente ☐ Incorrectamente	

RECOMENDACIONES:

COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR PARTE DEL SUPERVISOR:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

APLICACIÓN PRE TEST DE CONOCIMIENTOS

1. Defina de forma clara y precisa el plan de egreso del usuario internado
☐ Si
☐ No
2. ¿Interviene usted activamente en la educación del usuario al momento del egreso?
☐ Si
☐ No
☐ Posiblemente
☐ Nunca
3. En la educación que usted interviene con el usuario, señale con una X los elementos que la caracterizan.
☐ Calidad
☐ Calidez
☐ En forma apresurada
☐ Oportuna
4. ¿Identifica y utiliza usted el formulario de plan de egreso hospitalario en la orientación del usuario y familia en el tratamiento y medidas a seguir en el domicilio?
☐ Si
☐ No
☐ Parcialmente
5. ¿Coordina usted con otro departamento para el seguimiento del tratamiento y cuidados del paciente en el domicilio?
☐ Si
☐ No
6. Describa las actividades que usted realiza en caso de reingreso por complicaciones.
☐ Si
☐ No

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

APLICACIÓN POST TEST DE CONOCIMIENTOS

1. ¿Cómo considera usted la aplicación del plan de egreso hospitalario para el seguimiento del tratamiento y cuidados en el domicilio?
 - ☐ Excelente
 - ☐ Muy bueno
 - ☐ Bueno
 - ☐ Regular
 - ☐ Malo

2. ¿Considera usted que con la aplicación del plan de egreso hospitalario está brindando un servicio de salud al usuario de?
 - ☐ Calidad y calidez
 - ☐ Oportuno
 - ☐ Eficiente

3. ¿Con la orientación dada al usuario y familia de manera segura, oportuna y eficiente se evitarán las complicaciones y los reingresos?
 - ☐ Totalmente
 - ☐ Parcialmente

4. ¿Cree usted que con la orientación recibida el paciente y familia cumpla con el tratamiento y cuidados en el domicilio?
 - ☐ Totalmente
 - ☐ Parcialmente
 - ☐ No

FOTOGRAFÍAS



LIDERES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA



AUTORIDADES DE LA INSTITUCION



SONDEO DE APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO A ENFERMERAS.



SONDEO DE APLICACIÓN DE PLAN DE EGRESO EN LOS PACIENTES.





SUPERVISION SOBRE APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRESO A ENFERMERAS







SONDEO DE CONOCIMIENTO A LOS PACIENTES AL MOMENTO DEL EGRESO DEL HOSPITAL.







NIÑOS PREMATUROS



ENTREVISTA A LOS PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL.



**OFICIOS ENVIADOS,
RECIBIDOS Y ACTAS**

MANTA 12 DE JULIO DE 2010.

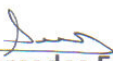
PARA: LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DE MIS CONSIDERACIONES:

Por medio del presente reciba un cordial saludo y la vez hacerle la entrega del Plan de egreso hospitalario para el tratamiento y seguimiento en el domicilio en las áreas de: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología, de las 10 primeras causas de morbilidad en estos servicios del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta. Para que a través de su digno departamento se continúe con la ejecución del mismo. Y segura de contar con su apoyo para la sostenibilidad de este trabajo, me suscribo de usted.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL.



MANTA 28 DE ABRIL DE 2010.

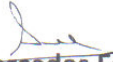
PARA: LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DE MIS CONSIDERACIONES:

Por medio del presente reciba un cordial saludo y la vez hacerle una cordial invitación a una reunión para el día 5 de Mayo del 2010, en la dirección del hospital a las 8 am, para dar a conocer el plan de trabajo previo a la obtención del titulo de magister en gerencia en salud para el desarrollo local, segura de contar con su presencia me suscribo de usted muy agradecida.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL.



MANTA 28 DE JUNIO DEL 2010.

LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez informarle que dentro del desarrollo del plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local y siendo el tema de tesis: "IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LAS AREAS DE: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología Y Neonatología. Se realizará una capacitación al personal de enfermeras y trabajadoras sociales, de las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología; el mismo que tendrá lugar los días 5 y 6 de Julio del presente año a partir de las 8 am- 12 del día, en el auditorium del hospital quinto piso. Sobre la implementación, aplicación, ejecución y evaluación del formulario del plan de egreso hospitalario domiciliario, adjunto el programa de la capacitación.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.



MANTA 14 DE JUNIO DEL 2010.

LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

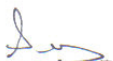
ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez hacerle la entrega de la elaboración del plan de egreso, para su aprobación; el mismo que será implantado en las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología, neonatología de las diez primeras causas de patologías mas frecuentes. Previo a la obtención del titulo de magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Siendo el tema de la tesis: IMPLEMENTACIÓN DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LAS AREAS DE: Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología del HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

Me suscribo de usted atentamente:


Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL



MANTA 29 de JUNIO DEL 2010

LCDA.MARIANA CEDEÑO DE CENTENO.

ENF.LIDER DEL DPTO DE GESTION DE ENFERMERIA.

DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE LA CIUDAD DE MANTA.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, teniendo a bien comunicarle que entre las actividades a realizarse en el plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local. Se elaboro un plan de supervisión, para el personal de enfermeras de las áreas, de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. El mismo que será revisado y aprobado por su departamento para posteriormente ser ejecutado.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfan G.

Maestrante UTPL.



MANTA 12 DE JULIO DE 2010.

Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez hacerle conocer que se hizo la entrega del Plan de egreso de las 10 primeras causas de morbilidad dada en el Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta en las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología, al departamento de gestión de enfermería para el seguimiento del mismo, reiterando mis agradecimientos por su apoyo en el desarrollo de este proyecto y segura de contar con la sostenibilidad en el seguimiento de este para el bienestar de la comunidad.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL



Manta 12 de Julio 2010.

Doctor

Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

Ciudad

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, por medio del cual tengo a bien informarle que dentro de las actividades que me encuentro realizando en esta institución como parte de ella y aspirante al masterado en gerencia de salud para el desarrollo local, se ha elaborado e implementado un plan de supervisión para el personal de enfermería de las áreas, de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. Las mismas que se encuentran involucradas dentro de este proceso de compromiso institucional. Por lo cual fue entregado al departamento de gestión de enfermería para la revisión, aprobación y ejecución del mismo.

Atentamente.



Lc. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL.

Rf 12 Julio / 2010
Rojas



DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL "RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO" MANTA
Teléfono 2612-014 2611-849

Manta, 17 de Septiembre 2010.

Licenciada
Mercedes Farfán
MAESTRANTE UTPL
Ciudad

De mi consideración:

A petición verbal, de la parte interesada certifico que la Lic. Mercedes Farfán, en calidad de Maestrante de la U.T.P.L. a cumplido con su programación en su proyecto de acción quedando implementado el Plan de egreso de las diez primeras causas de Morbilidad de las Áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Neonatología del hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

La interesada, puede hacer uso de esta certificación como mejor convenga a sus intereses, por estar ajustados a la verdad.

Atentamente,

Dr. Rolando Gavilán
DIRECTOR H.R.Z.



MANTA 29 DE JUNIO 2010.

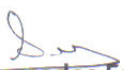
Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, por medio del cual tengo a bien informarle que dentro de las actividades que me encuentro realizando en esta institución como parte de ella y aspirante al masterado en gerencia de salud para el desarrollo local, se ha elaborado un plan de supervisión para el personal de enfermeras de las áreas, de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. Las mismas que se encuentran involucradas dentro de este proceso de compromiso institucional. Por lo que le hago la entrega para la revisión y aprobación, para posteriormente ser ejecutado

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfan G.



MANTA 28 DE JUNIO DEL 2010.

Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de Manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez informarle que dentro del desarrollo del plan de trabajo previo a la obtención del título de magister en gerencia en salud para el desarrollo local y siendo el tema de tesis: "IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORTALECIMIENTO AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE EGRESAN DE LAS AREAS DE: Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Y Neonatología. Se realizará una capacitación al personal de enfermeras y trabajadoras sociales de las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología; el mismo que tendrá lugar los días 5 y 6 de Julio del presente año a las 8 am- 12 del día, en el auditorium del hospital quinto piso. Sobre la implementación, aplicación, ejecución y evaluación del formulario del plan de egreso hospitalario domiciliario.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfan G.



MANTA 14 DE JUNIO DEL 2010.

Sr. Dr. Rolando Gavilanes

Director del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de manta.

De mis consideraciones:

Por medio del presente reciba un cordial saludo, y a la vez hacerle la entrega del formulario del plan de egreso de las diez primeras causas de patologías mas frecuentes en las áreas de Medicina interna, Pediatría, Ginecología, Neonatología. Para la revisión y aprobación.

Atentamente.


Lic. Mercedes Farfán G.

Maestrante UTPL



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA.

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DASARROLLO LOCAL.

Manta 30 de Abril del 2010.

Lcda. Blanca Acosta.- Jefe del departamento de trabajo social del Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

Reciba un cordial saludo, la presente es para invitarla a usted y al cuerpo de trabajadoras sociales que usted muy dignamente dirige, a una reunión que tendrá lugar en la dirección del Hospital, el día 5 de Mayo del 2010 a las 8am, para dar a conocer el proyecto de acción que se realizará en esta institución, como requisito previo a la obtención del título de magíster en gerencia de salud para el desarrollo local.

Segura de contar con vuestra presencia le quedo muy agradecida.

Atte


Mercedes Farfán G.

Maestrante de la UTPL.


Recibido 30-iv-10

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA.
MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA
MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DASARROLLO LOCAL.

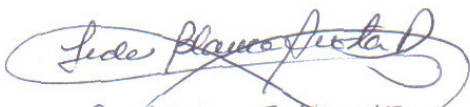
Manta 1 de Julio 2010.

LCDA. Blanca Acosta. Jefe del departamento de trabajo social del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

Reciba un cordial saludo y la ves, invitarla a usted y a su digno personal de trabajadoras sociales a participar a una capacitación, "IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DEL PLAN DE EGRSO HOSPITALARIO. Qué tendrá lugar el día 5 de Julio del 2010, a las 8am en el auditorium del Hospital 5to piso, esto será para las trabajadora social encargada de los servicios de Medicina Interna y Pediatría. y para los servicios de Neonatología y ginecología se realizará el día 6 de Julio 2010 a la misma hora y en el mismo local.

Segura de contar con su presencia le quedo agradecida

ATT. 
Lcda. Mercedes Farfán G
Maestrante de la UTPL.


Recibido I - 10

ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Manta a los 8 días del mes de Julio del 2010, en el Hospital Rodríguez Zambrano, siendo las 10:30 am se procede a suscribir la presente acta de compromiso entre las Lcdas. De trabajo social. Blanca Acosta, líder del departamento, Sonia Cedeño, Yolanda Hormaza, y Blanca Loor, que consiste en la integración del tratamiento y cuidados que debe seguir el paciente y familia en el hogar.


Lcda. Blanca Acosta
Líder del DPTO de trabajo social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSP. Rodríguez Zambrano, Manta
Lcda. Blanca Acosta Durán
TRABAJADORA SOCIAL
C.O.D. 222


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Lcda. Blanca Loor


Hospital Rodríguez Zambrano
Sra. Sonia Cedeño de M.
TRABAJADORA SOCIAL
Lcda. Sonia Cedeño.


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Lcda. Yolanda Hormaza.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA.

MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DASARROLLO LOCAL.

Manta 10 de Mayo del 2010

Lcda. Melva Pacheco.- Jefe del área de estadística del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

Me es grato dirigirme a usted para manifestarle, que como requisito previo al desarrollo de la tesis, previo a la obtención del título de magíster en gerencia de salud para el desarrollo local, solicito a usted, de la manera mas cordial me proporcione datos estadísticos necesarios para este estudio, los que constituyen una herramienta fundamental para el cumplimiento del mismo.

Segura de contar con su apoyo le quedo muy agradecida.

ATT.


Mercedes Farfan G.

Maestrante de la UTPL.

Recibido: 10/05/2010

Hospital "Rodríguez Zambrano"
Ing. Melva Pacheco
Jefe de Estadística Hospital

**FORMULARIOS DE EGRESOS
DE LAS DIEZ PRINCIPALES
CAUSAS DE MORBILIDAD**



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (DOLOR DE CABEZA, CALOR, ANGUSTIA, SUMBIO EN LOS OÍDOS, DECAIMIENTO, NAÚSEA Y VÓMITO).

.....

5.- PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECÍFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CONTROL DE PESO.
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DIARIO.
- CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.
- NO AUTOMEDICARSE.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- ALIMENTOS CON POCASAL.
- VERDURAS, LEGUMBRES, VEGETALES.
- CARNES BLANCAS.

- CONSUMO DE FRUTOS SECOS COMO NUES, AVELLANA Y ALMENDRAS.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- EXCESO DE SAL.
- TABACO.
- CAFÉ.
- COLA.
- JUGOS ARTIFICIALES.
- COLORANTES.
- EMBUTIDOS.
- GRASAS.

ACTIVIDAD FISICA:

7.- HIGIENE

- BAÑO DE DUCHA.

8.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- BRINDAR LA DIETA DE ALIMENTOS EN FORMA AGRADABLE.
- PROPORCIONAR UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (NO PUEDE RESPIRAR, DOLOR AL NIVEL DEL CORAZÓN, ANGUSTIA, ANSIEDAD, FRIO, PALIDEZ, SUDORACIÓN, MAREO, DOLOR EN HOMBRO, MANO, DOLOR EN EL ESTÓMAGO).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- VIGILANCIA CONSTANTE.
- CONSUMIR UNA DIETA SANA.
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DIARIAMENTE.
- CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.
- CUMPLIR CON LAS INDICACIONES MÉDICAS.
- MANTENER REPOSO.

- AL PRESENTAR CUALQUIER DOLOR AL NIVEL DEL CORAZÓN ACUDIR INMEDIATAMENTE AL MÉDICO.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE CARNES BLANCA,
- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- GRASAS.
- AZÚCARES.
- ALCOHOL.
- TABACO.
- COLA.

ACTIVIDAD FÍSICA:

- CAMINAR Y TROTAR DIARIAMENTE SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA.

7.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- BRINDAR LA DIETA DE ALIMENTOS EN FORMA AGRADABLE.
- PROPORCIONAR UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD.
- EVITAR ALTERACIONES EMOCIONALES.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (ANSIEDAD, SENSACIÓN DE AHOGO, HINCHAZÓN LOS PIES Y MANOS, AGITADO, NO PUEDE RESPIRAR, DESORIENTACIÓN, CANSANCIO AL CAMINAR, AL VESTIRSE O A CUALQUIER ACTIVIDAD).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CONTROL DEL PESO DIARIO
- CAMBIAR DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE
- MANTENERSE EN POSICIÓN SENTADA
- EVITAR PREOCUPACIONES
- USAR POR CIERTO TIEMPO EN EL DÍA MEDIAS ELÁSTICAS
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

- NO AUTOMEDICARSE

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE ALIMENTOS CON POCASAL.
- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.
- INGERIR LÍQUIDO SEGÚN RECOMENDACIONES MÉDICAS.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- GRASAS.
- AZÚCARES.
- ALCOHOL.
- TABACO.
- COLA.

ACTIVIDAD FÍSICA:

- DEAMBULACIÓN SEGÚN TOLERANCIA E INDICACIONES MÉDICAS.

7.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- BRINDAR LA DIETA DE ALIMENTOS EN FORMA AGRADABLE.
- PROPORCIONAR UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD.
- AYUDAR AL PACIENTE A SATISFACER LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE GINECOLOGÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES GESTANTES CON PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA**

SERVICIO: GINECOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (EDEMA, SENSACIÓN DE AHOGO, DOLOR DE CABEZA, DISMINUCIÓN DE ORINA, DOLOR EN LA PARTE BAJA DEL VIENTRE, AUSENCIA DEL MOVIMIENTO DEL NIÑO, DESORIENTACIÓN).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CONTROL DEL PESO DIARIO
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DIARIO.
- CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO MÉDICO.
- ASISTIR PERIÓDICAMENTE AL CONTROL MÉDICO.
- REPOSO DIARIO.
- NO AUTOMEDICARSE.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE ALIMENTOS CON POCA SAL.
- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.
- INGERIR LÍQUIDO SEGÚN RECOMENDACIONES MÉDICAS.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- CAFÉ.
- COLORANTES.
- EMBUTIDOS.
- ENLATADOS.
- ALCOHOL.
- TABACO.

ACTIVIDAD FISICA:

- CAMINAR DIARIAMENTE.

7.- HIGIENE:

- BAÑO GENERAL.

8.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- PROPORCIONAR UNA DIETA ADECUADA.
- PROMOVER UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD.
- EVITAR COMPLICACIONES EN LA PACIENTE.
- ESTAR PENDIENTE A CUALQUIER CAMBIO EN SU SALUD.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (SUDORACIÓN, MIRADAS FIJAS, RONQUIDO, MAREO, SENSACIÓN DE HORMIGUEO EN CARA Y BRAZOS, DIFICULTAD PARA EL HABLA).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CAMBIAR DE POSICIÓN FRECUENTEMENTE.
- EVITAR PREOCUPACIONES.
- USAR POR CIERTO TIEMPO EN EL DÍA MEDIAS ELÁSTICAS.
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL.
- NO AUTOMEDICARSE.
- REALIZAR LOS EXÁMENES SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.
- CONTROL MÉDICO PERIÓDICO.
- ASISTIR A LAS REHABILITACIONES INDICADS.

- CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO MÉDICO INDICADO.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- CAFÉ.
- GRASAS.
- EMBUTIDOS.
- ALCOHOL.
- TABACO.

ACTIVIDAD FÍSICA:

- REALIZAR EJERCICIOS SEGÚN INDICACIONES MÉDICAS.

7.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIONES DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- BRINDAR ALIMENTOS PERMITIDOS.
- PROMOVER UN AMBIENTE DE TRANQUILIDAD Y CONFORT.
- AYUDAR AL PACIENTE A SATISFACER LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS.
- AYUDAR A QUE EL PACIENTE CUMPLA CON SU TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN INDICADA POR EL MÉDICO.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

SERVICIO: PEDIATRÍA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (PALIDO, IRRITABILIDAD, FRIO, SUDOROSO, AGITADO, DIFICULTAD PARA SUCCIONAR O ALIMENTARSE).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- DAR EL SENO EN POSICIÓN SENTADA.
- SACAR LOS GASES CUANDO LE CAMBIE AL OTRO SENO.
- EVITAR LAS CORRIENTES DE AIRE.
- EVITAR CONEL CONTACTOCON PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS RESPIRATORIOS.
- EVITAR LOS OLORES FUERTES.

ALIMENTOS PERMITIDOS SEGÚN LA EDAD:

- 1-6 MESES: SOLO SENO MATERNO.
- 6-12 MESES: SENO MATERNO, MAS PAPILLA, CEREALES, FRUTAS, COMIDA SANA.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- COLORANTES.
- CÍTRICOS.
- DULCES.

ACTIVIDAD FISICA:

- MAYOR DE 5 AÑOS: NO AGITARSE (NO JUGAR PELOTA).

7.- HIGIENE:

- BAÑO DE DUCHA TIBIO.

8.- APOYO FAMILIAR:

- DARLE MUCHO AMOR AL PACIENTE.
- OFRECER LOS CUIDADOS NECESARIOS.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE PEDIATRÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DIARREICAS**

SERVICIO: PEDIATRÍA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (VOMITO, NO QUIERE INGERIR ALIMENTOS, FIEBRE, DECAIMIENTO, IRRITABILIDAD).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- LAVARSE EL SENO ANTES DE LACTAR AL BEBÉ.
- LAVARSE LAS MANOS ANTES DE ALIMENTAR AL NIÑO/A.
- TENER UNA BUENA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS.
- TENER UNA BUENA HIGIENE DE LOS OBJETOS QUE UTILIZA EL NIÑO/A.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- 1-6 MESES: SOLO SENO MATERNO.
- 6-12 MESES: SENO MATERNO, MAS PAPILLA, CEREALES, FRUTAS, COMIDA SANA.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- CHOCOLATE.
- GRASAS.
- COLORANTES.
- EMBUTIDOS.

7.- HIGIENE:

- BAÑO DIARIO.
- EVITAR LESIONES EN LAS PARTES GENITALES..

8.- APOYO FAMILIAR:

- OFRECER MUCHO AMOR AL BEBÉ.
- DARLE LOS CUIDADOS NECESARIOS.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES DIABÉTICOS**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE

FECHA DE INGRESO **Nº DE HCL**

DIAGNOSTICO(S)

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- SIGNOS DE ALARMA (SUDORACIÓN, MAREO, Náusea, Depresión y otros).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- DIETA SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA.
- CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL DIARIO.
- CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO MÉDICO.
- ASISTIR PERIÓDICAMENTE AL CONTROL MÉDICO.
- REPOSO DIARIO.
- NO AUTOMEDICARSE.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- CONSUMO DE FRUTAS, VEGETALES, VERDURAS Y CEREALES.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- GRASA, AZÚCARES, PASTA, COLA, CAFÉ, CIGARRILLO, ALCOHOL.

ACTIVIDAD FISICA:

- CAMINAR DIARIAMENTE.
- REPOSO RELATIVO.
- REPOSO ABSOLUTO

7.- HIGIENE:

- BAÑO DE DUCHA.
- BAÑO DE ESPONJA.

8.- EVITAR LESIONES DE LA PIEL:

- TENER CUIDADO EN EL CORTE Y SECADO DE LAS UÑAS.
- USAR CALZADO COMODO.
- EVITAR LAS LESIONES MICOTICAS.

9.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICION DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPEUTICO.
- BRINDARLE LA DIETA DE ALIMENTOS DE FORMA AGRADABLE.
- ESTIMULAR A SU PACIENTE EN LA ADMINISTRACION DE LOS MEDICAMENTOS SEAN ESTOS POR LA BOCA O INYECTABLE (INSULINA).

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON PREMATUREZ Y BAJO PESO**

SERVICIO: NEONATOLOGÍA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (LLANTO, IRRITABILIDAD, PIEL AMARILLA, NO QUIERE LACTAR, DECAIMIENTO, VÓMITO, FIEBRE).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- EVITAR EL CONTACTO CON PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD.
- EVITAR EL ENFRIAMIENTO.
- DAR EL SENO MATERNO FRECUENTEMENTE.
- CONTROL MEDICO PERIÓDICO.
- CONTROL DE PESO.
- EXPONERLO AL SOL DE 5-10MIN POR LAS MAÑANAS.
- TODOS LOS DÍAS BAÑO CON AGUA TIBIA.

- LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DEL TOCAR AL NIÑO/A.
- DAR MUCHO AMOR AL BEBE.
- PROTEGERLO DE CAÍDAS Y / O ACCIDENTES.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- SOLO SENO MATERNO.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE



**HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL**

SERVICIO: MEDICINA INTERNA

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE.....

FECHA DE INGRESO..... N° DE HCL.....

DIAGNOSTICO(S).....

1.- CONDICIONES AL EGRESAR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A SU DOMICILIO

.....

2.- FECHA DE REALIZACION DE EXAMENES Y ESTUDIOS ESPECIALES DE CONTROL

.....

3.- FECHA DE CITA MÉDICA

.....

4.- ALTERACION DEL ESTADO DE SALUD (ORINA ROJIZA, NO ORINA, INCHASON DE PIERNAS, MANOS, NO PUEDE RESPIRAR, VOMITA, SENSACION DE AHOGO, DOLOR DE CABEZA).

.....

5.- PRESCRIPCION MÉDICA Y HORARIOS DE MEDICAMENTOS A SEGUIR

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

6.- CUIDADOS ESPECIFICOS Y RECOMENDACIONES QUE DEBE DE SEGUIR EN EL DOMICILIO:

- CONTROL DE PESO DIARIO.
- CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DIARIAMENTE.
- TOMAR LÍQUIDOS INDICADOS POR EL MÉDICO.
- NO AUTO MEDICARSE.

ALIMENTOS PERMITIDOS:

- POCO O NADA DE SAL.
- FRUTAS, VERDURAS, CEREALES Y VEGETALES.

- CARNES BLANCAS.
- CONSUMIR MAS PESCADO.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS:

- CONSUMO EXAGERADO DE SAL
- COLORANTES
- TABACO
- ALCOHOL
- CAFÉ
- GRASAS

ACTIVIDAD FISICA:

- CAMINAR MODERADAMENTE
- HACER EJERCICIO SEGÚN INDICACIÓN MEDICA
- NADAR
- CICLISMO
- EVITAR EL SEDENTARISMO
- REPOSO EN CAMA SI EL CASO LO AMERITA CON PIES ELEVADOS

7.- HIGIENE:

- BAÑO SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE: (DUCHA O ESPONJA)

8.- APOYO FAMILIAR:

- ENTENDER Y ACEPTAR LA ENFERMEDAD Y CONDICIÓN DEL PACIENTE.
- COLABORAR EN EL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO.
- BRINDAR LA DIETA INDICADA POR EL MEDICO.
- PROPORCIONAR UN AMBIENTE AGRADABLE Y DE CONFORT.

.....
FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR

.....
FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE

**LISTADOS DE
ASISTENCIA**

Capacitación Para el personal de Enfermeras y Trabajadoras Social Sobre Las Diez Primeras Causas de Morbilidad en las áreas de Medicina Interna Pediatría Ginecología y Neonatología.

[illegible]

Universidad Técnica Particular de Loja

Capacitación Para el personal de Enfermeras y Trabajadoras Social Sobre Las Diez
Primeras Causas de Morbilidad en las áreas de Medicina Interna Pediatría Ginecología
y Neonatología.

Control de Asistencia:

NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
Mtro. Flor Peua	Mtro. Flor Peua
Lic. Diana Lucero Romero	Lic. Diana Lucero Romero
Lic. Maricela Acosta Yole	Lic. Maricela Acosta Yole
Lic. Lourdes Santana	Lic. Lourdes Santana
Lic. Karen Montalván	Lic. Karen Montalván
Lic. María Nerea Pineda	Lic. María Nerea Pineda
Lic. María José López	Lic. María José López
Lic. Iván Barrios	Lic. Iván Barrios
Lic. Blanca Nieves	Lic. Blanca Nieves
Lic. Tania B. Naranjo	Lic. Tania B. Naranjo
Lic. Guadalupe Z.	Lic. Guadalupe Z.
Lic. Angelina Chirio	Lic. Angelina Chirio
Lic. Elizabeth Bleda L.	Lic. Elizabeth Bleda L.
Lic. Paula Cuenca	Lic. Paula Cuenca
Lic. Maria Yrujo	Lic. Maria Yrujo
Lic. Rosalva Rosalva	Lic. Rosalva Rosalva
Lic. Norena Beehin S.	Lic. Norena Beehin S.
Lic. Carmen Valencia	Lic. Carmen Valencia
Lic. Rosario Sotelo	Lic. Rosario Sotelo
Lic. J. J. J.	Lic. J. J. J.

Reunión Con Las Autoridades Del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano
Enfermeras Líderes De Los Servicios Y Trabajo Social y Coordinadoras
De Gestión De Enfermería

[illegible]