



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CATEDRA SALUD DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTE



PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA PROFESIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS ASMÁTICOS

AUTORES:

Alfonso, Nestor
Colombo, Ana
Piriz, Claudia
Rodríguez, Javier
Silva, Adriana

TUTORES:

Prof. Agda. (s) Lic. Annalet Viera
Prof. Adj. (s) Lic. Isabel Silva

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

Agradecimientos.

- A los Docentes de esta Facultad que aportaron los conocimientos para llegar a esta instancia.
- A la Dirección General y Dirección y personal del Archivo del Hospital en el que se realizó la investigación.
- A las Licenciadas del Servicio en el que se realizó la investigación.
- A nuestros compañeros que nos alentaron durante el transcurso de nuestra carrera.
- Especialmente a nuestros familiares, y amigos por su incondicional apoyo.

Introducción

El presente estudio fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Programa Profesionalización, generación 2005, pertenecientes a la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Se trata de una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa y de corte transversal, que se llevó a cabo en un hospital público pediátrico de la ciudad de Montevideo, en el mes de diciembre de 2008.

El propósito de la misma, fue conocer la preparación al alta que recibieron los niños/niñas y sus familias durante el período de internación por patología asmática.

A través de los objetivos planteados se conoció el tipo y características de los registros de Enfermería Profesional en la Historia Clínica (en adelante H.C.), relacionados a la preparación para el alta, así como también determinar el porcentaje de niños/niñas y sus familias que recibieron la mencionada preparación.

Dicho relevamiento se llevó a cabo a través de la revisión de la Historia Clínica y de la realización de una encuesta telefónica.

Se destaca de sus resultados que en el 100% de las H.C. que integraron este estudio no cuentan con registros del Plan de Alta de enfermería.

Sin embargo del total de encuestados el 30% refiere haber recibido preparación al alta de forma verbal por parte de Enfermería Profesional.

1. Problema de estudio.

Este estudio pretendió conocer la preparación que reciben los niños/niñas de 6 a 9 años de edad y sus familias al egreso de su internación por patología asmática, en un hospital público pediátrico (en adelante H.P.P) de la ciudad de Montevideo, en el período junio-setiembre 2008.

1.1 Objetivos.

Objetivo General

- Conocer el tipo de preparación que reciben los niños de 6 a 9 años y sus familias, previo al egreso de su internación por patología asmática, por parte de enfermería profesional.

Objetivos Específicos

- Conocer tipo y características de los registros de enfermería profesional en relación a la preparación al alta.
- Determinar el porcentaje de niños/niñas de 6 a 9 años y sus familias que recibieron preparación al alta por parte de el/la Licenciado/a en Enfermería.

1.2 Planteamiento y justificación del problema

En nuestro país se ha implementado el Sistema Nacional Integrado de Salud, y con ello el estado intenta cambiar el modelo de atención, gestión y financiación, el cual se ha caracterizado en los últimos años por ser asistencialista por excelencia. El cambio que se busca lograr apunta a dar énfasis a la promoción y prevención de la salud jerarquizando el primer nivel de atención.

Consideramos importante destacar el rol de el / la Licenciado /a en Enfermería dentro del equipo de salud, por su formación integral, que lo hace profesional fundamental del equipo. Sus conocimientos hacen a esta profesión la indicada para llevar a cabo el Plan de Alta de Enfermería, conjuntamente con el niño /a, su madre / padre o adulto responsable.

El Plan de Alta es un instrumento imprescindible para brindar una atención integrada y de calidad, asegurando los cuidados continuos en domicilio. El mismo aporta a el/la Licenciado/a en Enfermería conocimientos acerca del niño/a, la familia y el entorno (vivienda, nivel de instrucción, policlínicas de referencia, actividades físicas, etc.), valorando sus necesidades y proporcionando información que permita un adecuado manejo de la enfermedad educando para el alta. Ya que:

“Es importante prevenir reagudizaciones, disminuyendo la necesidad de visitas a urgencias u hospitalizaciones y aplicar el tratamiento farmacológico con los mínimos o nulos efectos adversos.”¹

Es de suma importancia en el tratamiento del niño/niña asmático que él y su familia puedan conocer algunos puntos relacionados a la enfermedad, por ejemplo: cómo ésta se presenta, sus factores desencadenantes, cómo se evita y se inicia, y de qué manera actuar sobre ella.

“El objetivo principal del tratamiento del asma es lograr que el niño pueda realizar una vida completamente normal para su edad,

¹ [www.Asociacion](#) Española de Pediatría de Atención Primaria, Grupo de Vías respiratorias. Tercer curso interactivo a distancia, Mayo 2008

*incluyendo su participación en actividades deportivas. Debemos conseguir que el niño falte lo menos posible al colegio, (...) y con una actividad física sin restricciones.*²

Se ha seleccionado una población delimitada entre los 6 y 9 años, ya que en la etapa escolar, como manifiesta W. Nelson,

*"(...) el niño empieza a hacer una vida cada vez más independiente y a buscar fuera de casa metas y modelos de comportamientos (...). La gran responsabilidad de los años escolares es la creación en los niños del sentido del deber, de responsabilidad y de talento realista"*³

*"Al segmento de la vida que se extiende desde los 6 años hasta aproximadamente la edad de 12 años (...) se denomina edad escolar o los años escolares"*⁴

En la etapa escolar el niño enfrenta uno de los periodos más exigentes de su desarrollo personal el que estará determinando la consolidación de su personalidad y sus capacidades emocionales y sociales.

*"La riqueza y el progreso del pensamiento en el niño está ligado estrechamente a las estimulaciones que se les ofrezcan y a las prácticas concretas con que vaya orientada su vida (...)."*⁵

En lo que respecta a la factibilidad, éste estudio resulta viable debido a que poseemos las herramientas que nos permiten realizar la investigación. El mismo intenta dar aportes para mejorar la calidad de vida de los niños asmáticos, así como fortalecer el primer nivel de atención. Por otra parte contribuye a la articulación entre el primer y segundo nivel de atención.

La mencionada investigación resulta necesaria debido a la escasa aplicación que tiene el Plan de Alta de Enfermería en el ámbito público pediátrico.

² Op.Cit.

³ Nelson, W. Tratado de pediatría 12ª Edición Ed. Interamericana, México, 1988 Pág. 22

⁴ Wong, D. Tratado de Enfermería Pediátrica 2ª Edición, México, Interamericana, 1998

⁵ Sobrado, Enrique A., Acerca del ser sujeto, Montevideo, Uruguay, Ed. Imago, 1978

Dado que en el año 2007 los ingresos por patología asmática en el H.P.P. llegaron a un 4 % y teniendo en cuenta que este Centro es el Hospital Pediátrico de referencia nacional, hacen a la presente investigación necesaria y relevante para lograr visualizar el impacto del Plan de Alta en la población estudio.

Por lo anteriormente expuesto el Plan de Alta constituye una oportunidad valiosa y única para inducir cambios favorables en la salud del niño, promoviendo el autocuidado.

Esta investigación podría ser el punto de partida para la elaboración de planes de trabajo que aborden esta problemática.

2. Marco Teórico.

2.1 Plan de Alta.

La preparación para el alta es una de las tareas fundamentales para potenciar la estancia de los niños/niñas en su entorno disminuyendo así el número de ingresos hospitalarios

Haciendo referencia a Carpenito el Plan de Alta " (...) es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que se hace para facilitar unos cuidados antes y después del alta"⁶ entonces, el Plan de Alta es un instrumento que posee el / la Licenciado /a en Enfermería para preparar al usuario y su familia para su egreso hospitalario.

La Referencia y Contra-Referencia es la comunicación entre los diferentes niveles de atención que aseguran la continuidad de los cuidados enfermeros.

De esta manera "La planificación con éxito del alta es un proceso multidisciplinario, coordinado y centralizado, que asegura que el cliente reciba un plan de cuidados continuos después de abandonar el hospital."⁷

El Plan de Alta hospitalaria consta de cinco pasos esenciales, al igual que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El resumen de alta de enfermería debe ser entregado al niño y su familia junto con la explicación del mismo. Enfermería Profesional debe tener en cuenta la importancia del registro de la planificación y ejecución del Plan de Alta en la Historia Clínica del niño/a, ya que esta constituye el único documento legal.

Etapas del Plan de Alta:

- 1) Valoración.
- 2) Diagnósticos de Enfermería.
- 3) Planificación.
- 4) Implementación.
- 5) Evaluación.

Valoración

La valoración del usuario comienza en el momento del ingreso y es continua hasta el momento del alta. Durante este paso el/la Licenciado/a en Enfermería valorará las necesidades que el usuario y su familia tienen en educación sanitaria. De esta forma –dice Patricia Potter- *“(se) mejorará la comprensión de las necesidades asistenciales y la capacidad de efectuar autocuidados domiciliarios.”*⁶

Incluir a los familiares y/o cuidadores responsables en las instancias educativas proporciona al usuario un recurso útil. Así mismo es de suma importancia incluirlos durante la valoración de los recursos materiales disponibles en el domicilio, como por ejemplo, tamaño de las habitaciones, baño, etc.

Un punto clave es valorar la percepción que tiene el usuario y su familia sobre los cuidados que éste deberá recibir fuera del hospital. Identificar precozmente si hubiere discrepancias acerca del tratamiento podría facilitar el desarrollo del Plan de Alta.

Consultar a otros miembros del equipo de salud, como por ejemplo, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, asistentes sociales es de vital importancia para coordinar las consultas necesarias.

Planificación

Para aumentar la probabilidad de la continuidad de los cuidados en domicilio y el éxito del tratamiento, el usuario previo al alta deberá ser capaz de demostrar de qué manera llevará a cabo aquellos cuidados que le han sido indicados, por ejemplo, administración de medicación, cuándo solicitar atención médica, etc.

Se asesorará también acerca de retirar todos los artículos peligrosos en el ámbito del domicilio, en el caso del niño asmático se deberá evitar alfombras, peluches, ambientes húmedos, humo de tabaco etc.

⁶ *Ibidem.*

Implementación

El día previo al alta se informará al usuario acerca de los recursos asistenciales comunitarios con que cuenta en la zona de residencia.

Se reiterarán los signos y síntomas de complicaciones, las formas en que debe recibir la medicación, se informará también acerca de la dieta a seguir, restricciones en el ejercicio, etc. Un punto clave es asegurarse que la información brindada, tanto en forma verbal como por escrito haya sido comprendida por el usuario y su familia, ya que ello contribuye a disminuir la ansiedad que se genera previo al alta.

Evaluación

En esta instancia se solicitará al usuario y su familia que describan todo lo referente al tratamiento medicamentoso, higiénico dietético, consulta precoz, factores de riesgo, etc. Se procurará que demuestren técnicas de cuidados a realizar en domicilio, como por ejemplo, el uso de la inhalocámara, higiene de la misma, etc.

En el caso de que el usuario y/o su familia no sean capaces de explicar las medidas de autocuidado, se requerirá una nueva instancia educativa con el fin de que el Plan de Alta sea efectivo. Para el caso de que el usuario sea un niño, Potter menciona que:

“Una vez que los familiares han aprendido cómo llevar a cabo las actividades de cuidados necesarios, procure que asuman los cuidados antes de que el niño vuelva a su domicilio.”⁹

Por lo que sería importante implementar un período de ensayo antes de dar el alta.

2.2 Educación para la Salud.

La salud es considerada como uno de los valores fundamentales, tanto individual como colectivamente, junto a otros valores entre los que se encuentra la educación.

⁹ Op. Cit.

La Facultad de Enfermería de la Universidad de la República define a la salud como:

*"un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra (...)"*¹⁰

La educación para la salud desde la perspectiva de la "promoción", aporta instrumentos y estrategias para que la población pueda adoptar hábitos saludables que les permita mantener el estado de bienestar y con ello elevar la calidad de vida. La educación desde la perspectiva de la "prevención" capacita a las personas para evitar problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo. Por lo que:

*"Atender únicamente las necesidades físicas alteradas de los pacientes sin educarlos para incrementar, mantener o recuperar su salud, sería un trabajo incompleto."*¹¹

La etapa de la vida que se extiende entre los 6 y 12 años, es la etapa en que surgen la responsabilidad y el sentido del deber, momento ideal para lograr incorporar hábitos de vida saludables y fomentar el autocuidado, teoría en que se tomó como modelo de ésta investigación.

En el caso de los pacientes asmáticos el Plan de Alta es una herramienta insustituible, para disminuir el número de reingresos previniendo nuevas crisis, ya que con el mismo podríamos educar acerca de factores de riesgo que puedan desencadenar una nueva crisis. A través de la promoción del autocuidado se pueden minimizar los factores de riesgo, evitando así las internaciones reiteradas. Es entonces que el Plan de Alta se transforma en una herramienta imprescindible en la preparación del usuario para su vida fuera del ámbito hospitalario.

¹⁰ Plan de Estudio '93, Facultad de Enfermería, Universidad de la República

¹¹ Mocer. Colombo, S. Temas de Enfermería actualizados, Nº 36, Buenos Aires, 2000.

2.3 Asma

El asma es un *"Proceso respiratorio obstructivo reversible que se caracteriza por períodos de exacerbación y de remisión, suele manifestarse después de los cinco años y antes de la adolescencia y se da con mayor frecuencia en varones que en niñas"*.¹² Es la principal enfermedad respiratoria crónica en la infancia y se la considera responsable de un elevado número de internaciones y de consultas de emergencia por ser multifactorial. Sus factores etiológicos son de gran complejidad, así como también son muy complejos la patogenia y el gran número de estímulos capaces de provocarla.

*"La prevalencia del asma en niños varía desde el 1 % hasta el 30% en las diferentes poblaciones y según los últimos estudios esta prevalencia va en aumento, en la gran mayoría de los países, especialmente en niños de menor edad."*¹³

En nuestro país no se han realizado relevamientos epidemiológicos a nivel nacional en los últimos años. En el año 1993 bajo la coordinación de la Dra. Dolores Holgado Pediatra Neumóloga y con la participación de la Prof. Agda. Dra. María Julia Sarachaga se realizó un relevamiento de niños y adolescentes con diagnóstico de asma, usando como campo de investigación escuelas públicas en todo el territorio nacional seleccionadas al azar, las franjas etareas usadas en el mencionado estudio eran 6 y 7 años y 13 y 14 años, (dicha investigación fue regida por el protocolo de The Internacional Study of Asthma and Allergies in Chilhood (I .S .S .A .C)

Los resultados finales de ese estudio fueron *"6 y 7 años el 13% tenían diagnóstico de Asma"*,¹⁴ y en la franja etárea *"de 13 y 14 años fue de 19 %"*.¹⁵

En el año 2003 se realizó nuevamente el estudio bajo las mismas condiciones de selección de muestra; y los datos que resultaron de ese estudio arrojaron que la franja etárea de *"13 y 14 años descendió al 17%. En tanto que la franja etárea de 6 y 7 años no fue estudiada en esa oportunidad"*.¹⁶

¹² Speer. K. Cuidados de Enfermería en Pediatría, Barcelona, Ed. Doyma, 1993.

¹³ O'Byrne. MD. Iniciativa Global para el asma, 2006

¹⁴ Prof. Agda. Sarachaga M.J. Información Personal

¹⁵ Fúñez

¹⁶ Fúñez

En el año 2007 en nuestro país constituyó aproximadamente el 4 % de los ingresos en Hospital Pereira Rossell, Hospital Pediátrico de referencia Nacional.

Los episodios agudos son capaces de provocar desajustes en el paciente originando ansiedad comprometiendo el vínculo familiar.

"La hospitalización es una experiencia estresante y traumática. Cuando un niño es hospitalizado siente angustia, ansiedad, temor a lo desconocido, intranquilidad e inseguridad." ¹⁷

El niño / niña tiene la vivencia de separarse de su entorno, familia, amigos, muchas veces durante períodos prolongados, así todo a su alrededor es diferente: tanto el lugar como las personas con que debe relacionarse (médicos, enfermeros, otros niños enfermos).

2.4 Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem

En la enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

- 1) LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO (describe y explica el autocuidado)
- 2) LA TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas)
- 3) TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA (describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se de la enfermería)

¹⁷ De Ajuriaguere, J. Manual de Psiquiatría Infantil. 4ª edición, Masson.

1) Teoría del Autocuidado.

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.

*"es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".*¹⁸

Las necesidades del autocuidado se clasifican en tres requisitos que deben ser satisfechos:

a) Requisitos universales del autocuidado.

Son comunes a todos los individuos, incluye la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, promoción de la salud y prevención de riesgos. Estos ocho requisitos representan las acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.

b) Requisitos del autocuidado para el desarrollo.

Promover condiciones necesarias para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del ciclo vital.

c) Requisitos del autocuidado en casos de desviación de la salud.

Lo definió como la enfermedad o la lesión que no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Incluye tratamiento médico y adaptación a la enfermedad y/o a sus

¹⁸ Merriner Toney, A. Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª Edición, España, Harcourt Brace, 1999

secuelas. Cuando este está seriamente afectado, la capacidad de acción desarrollada o en desarrollo del individuo resulta seriamente dañada de forma permanente o temporal, también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.

Estos requisitos se conceptualizan como acciones que deben realizarse para controlar factores humanos y ambientales que afectan el funcionamiento y desarrollo humano. Se denominan demanda de autocuidado.

Acción de autocuidado: habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, y promueven el bienestar.

Agente, un agente es la persona que ejecuta la acción (que toma las medidas).

Agente de cuidado, es el que proporciona el autocuidado.

Agente de asistencia dependiente, es el proveedor de cuidados a bebés, niños o adultos dependientes.

2) Teoría del Déficit de Autocuidado

Cuando la demanda supera la capacidad del individuo para atenderlos se produce el déficit, esto lleva al individuo de una posición de autocuidado a la de receptor de cuidado. Cuando hay limitaciones, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

La Teoría tiene su origen en el Déficit del Autocuidado, entendiéndose por déficit de la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado. El proceso de enfermería es organizado de tal forma que el paciente con competencias limitadas puede ser adaptado a un sistema en el cual el enfermero o pariente asume la capacidad de decidir y actuar.

3) Teorías de los Sistemas de Enfermería.

Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería en las que se explican los modelos en que las enfermeras/os pueden atender:

a) Sistema totalmente compensador, el individuo se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera actúa ayudando en lugar de él. O sea la enfermera compensa una incapacidad total del individuo para realizar actividades de autocuidado.

b) Sistema parcialmente compensador, en conjunto tanto el individuo como la enfermera, realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores, la responsabilidad puede corresponder tanto al individuo o como a la enfermera, según las limitaciones, conocimientos disposición que tenga el individuo para la realización de las actividades.

c) Sistema de apoyo educativo, el individuo es capaz de aprender y realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico, pero que no puede hacerlo sin ayuda.

"El rol de la enfermera, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/ enseñanza según la necesidad y la voluntad de la persona."¹⁸

¹⁸ Dorotea orem, <http://wikipedia.org/wiki/doroteaorem> 20/4/08

3. Marco Referencial.

Del último censo nacional realizado en el año 2007 (ver anexos) , surge que la población total del Uruguay es de 3.323.906 habitantes. De ella el 47 % se asistía en instituciones privadas, el 50,8% se asistía en instituciones públicas de los cuales el 40,6% pertenece al Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a la información obtenida en la Junta Nacional de Salud del MSP (ver anexos):

A dic/2007 había 1492000 en IAMCs, 1452000 en ASSE y 769000 en el FONASA.

A set/2008 había 1802000 en IAMCs, 1145000 en ASSE y 1389000 en el FONASA.

Las IAMCs subieron 310000, ASSE bajó 307000 y el FONASA subió 620000.

A dic/2008 372503 (48,03%) niños que tengan 14 años o menos de edad en el FONASA

A set/2008 343128 (44,24%) niños que tengan 14 años o menos de edad en ASSE

A set/2008 18669 (2.41%) niños que tengan 14 años o menos en ASSE y el FONASA al mismo tiempo

A set/2008 371403 (47.89%) niños que tengan 14 años o menos de edad en IAMCs

Del total de la población, 262.811 son niños entre 5 y 9 años. Esta es la franja que incluye nuestra población estudio, correspondiendo al 7.91 % de la población. Para la atención de los niños que se asisten en la órbita de Atención de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), MSP dispone de una red de servicios que se extiende a nivel nacional. Para ello se cuenta con efectores a nivel periférico (policlínicas o centros de salud) y hospitales de diferente complejidad en el interior del país. En Montevideo, el Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R.) es el centro de referencia nacional.

El H.P.P. cuenta con una dotación de 154 camas en Pediatría General a las que se agregan 34 camas en invierno por el denominado "Plan invierno".

El H.P.P. brinda atención a niños y adolescentes hasta los 14 años 11 meses y 29 días, el mismo se divide en diferentes sectores:

- Cirugía
- Clínicas Pediátricas A, B y C.
- Sector Aislamiento
- Hemato-oncología
- Quemados
- Emergencia
- Ortopedia
- Policlínicas de todas las especialidades.

Las causas más frecuentes de ingreso al H.P.P. en el año 2007 fueron:

• Infección de vías respiratorias inferiores	23,3 %
• Accidentes	7,9 %
• Cuadro Agudo de Abdomen	7,1 %
• Otras infecciones	6,9 %
• Infecciones de piel y partes blandas	4,5 %
• Crisis asmática y bronco espasmo	4,0 %
• Patología neurológico	3,9 %
• Maltrato infantil y trastornos de conducta	3,4 %
• Fiebre sin foco	2,8 %
• Enfermedad diarreica aguda	2,4 %

La Clínica Pediátrica en la que se realizó la presente investigación tiene una dotación de 65 camas, más las que se agregan durante el Plan Invierno, dependiendo de la necesidad (de 4 a 6 camas aproximadamente), la dotación de personal es de: 5 Licenciados en Enfermería, 47 Auxiliares de Enfermería, siendo divididos en 4 turnos, personal médico que varía según la rotación evidenciándose en personal docente de Facultad de Medicina, Médicos

Residentes, Postgrados, Practicantes Internos, y dependiendo del M.S.P. Pediatras internistas.

Durante el año 2007 el número de ingresos en el H.P.P. fue de 15.365 con un promedio de estadía de 5,4 días.

Del total de internaciones del año 2007, 3242 fueron ingresos en la Clínica Pediátrica objeto de éste estudio.

4. Diseño Metodológico.

La presente investigación es de tipo descriptiva, cuantitativa y de corte transversal.

El área de estudio donde se realizó la investigación, fue el servicio de pediatría, de un H.P.P. de la ciudad de Montevideo.

El universo estuvo constituido por las H.C. de los niños / niñas ingresados en el H.P.P. por crisis asmática, en el período de estudio.

La selección de la muestra es de tipo no probabilística – intencional, y cuyos criterios de inclusión fueron:

- Niño/a entre 6 y 9 años con ingreso al H.P.P. por patología asmática entre junio y setiembre del 2008.

En caso de no existir registro sobre el tema a estudiar:

- Acceder a una encuesta telefónica (según número telefónico que figuraba en H.C.) por parte de un adulto responsable.

Método, instrumento y Procedimiento de recolección de datos:

El conjunto de métodos para la obtención de la información fueron en primera instancia, el análisis de la estadística de los ingresos al Servicio, realizada por las Licenciadas en Enfermería del mismo; de donde se obtuvo el N° de registro de cada paciente.

Para la recolección de datos se envió nota formal solicitando autorización a la Dirección General del H.P.P, de esa forma se realizó el relevamiento de las HC.

Se estudiaron los registros de enfermería en las Historias Clínicas en relación al tema estudiado que permanecían en el Archivo Pediátrico del H.P.P. Para los casos en los cuales en la HC no constara registro del Plan de Alta (o preparación para el egreso) y teniendo en cuenta que la misma podría haber

sido de forma verbal se prosiguió a la implementación de una encuesta cuyo instrumento fue una entrevista estructurada vía telefónica a un adulto responsable del niño.

Plan de tabulación y análisis.

Las variables serán presentadas mediante tablas y gráficos de barras. Para la caracterización de la población estudio, dichas variables se estudiaron de forma univariada.

Variables

Se consideraron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Período de internación
- Diagnostico médico al ingreso
- Registros de Enfermería
- Preparación al alta por parte de enfermería.

Edad

Conceptualmente: período cronológico dividido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual, permite identificar la etapa del ciclo vital en que se encuentra.

Operativamente: 6, 7, 8, y 9 años

Nivel de medición: cuantitativa discontinua.

Sexo

Conceptualmente: características anatómicas y cromosómicas según género.

Operativamente: femenino y masculino.

Nivel de medición: cualitativa nominal

Diagnóstico médico al Ingreso:

Conceptualmente: determinación de la causa que motivó el ingreso mediante el conocimiento de la etiología de los signos y síntomas.

Operativamente: Asma

Nivel de medición: cualitativa nominal.

Período de Internación.

Conceptualmente: Período de hospitalización en días, comprendido entre el ingreso y el egreso al hospital.

Operativamente: El período de internación deberá estar dentro del período de estudio.

Nivel de medición: Cuantitativa discontinua.

Categorías: 0 a 2 días

3 a 4 días

5 días o más.

Registro de Enfermería.

Conceptualmente. Acción de registrar y lugar donde se registra, en el caso de este estudio exclusivamente en los registros realizados por Enfermería.

Operativamente: Relevamiento de los Registros de Enfermería en HC.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal.

Categorías: Sin registros de Enfermería Profesional acerca del Plan de Alta

Con registros de Enfermería Profesional acerca del Plan de Alta

Preparación al alta por parte de Enfermería Profesional:

Conceptualmente: Información brindada por parte de Enfermería Profesional, referente a aquellos aspectos del tratamiento que se incluyen en el Plan de Alta.

Operativamente: Relevamiento de los registros de enfermería en HC y realización de encuesta telefónica.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Categorías: De forma verbal

De forma escrita

Sin preparación al alta

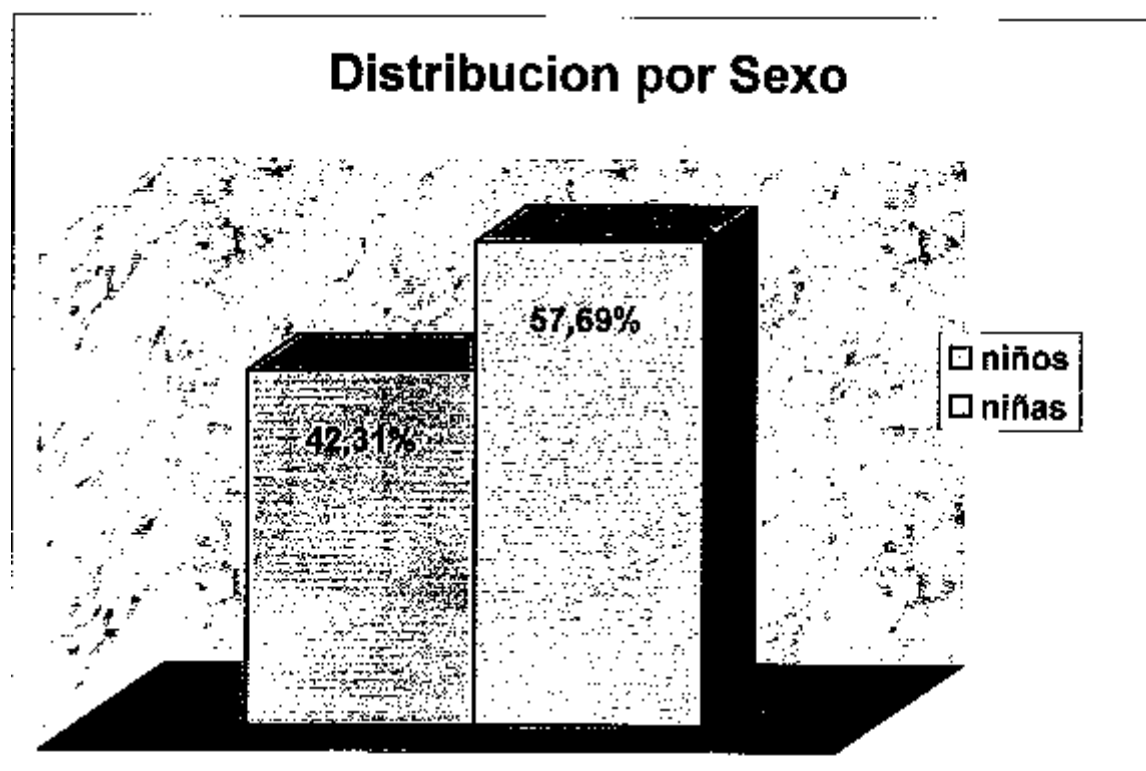
5. Resultados y Análisis de los datos.

En el período de estudio, los ingresos por patología asmática en la clínica pediátrica seleccionada como campo de esta investigación según registros de enfermería en el servicio seleccionado, fueron 83 de los cuales 26 pertenecían a la franja etárea objeto de nuestro estudio correspondiendo al 31,3 % de los ingresos totales.

Tabla N° 1. Distribución de la población según sexo.

Distribución por Sexo	F.A.	F.R %
Niños	11	42.31
Niñas	15	57.69
Total	26	100

Gráfico N° 1. Distribución de la población según sexo.



Fuente: Historia Clínica.

Como muestra la gráfica N°1, de los 26 ingresos, el 57,69 % pertenecen al sexo femenino.

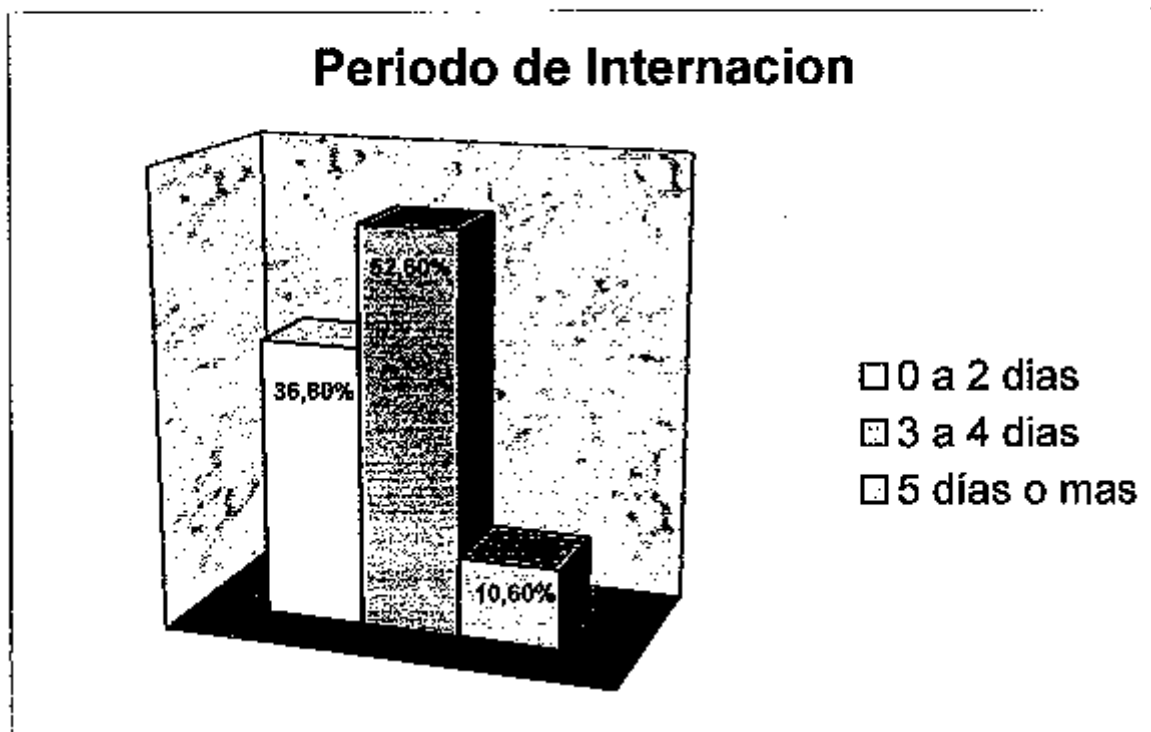
Se solicitaron al archivo pediátrico las 26 Historias Clínicas, de las cuales se obtuvieron 19, las 7 restantes no se encontraban en el archivo al momento de relevar los datos.

De las 19 historias a las cuales se pudo tener acceso, los días de internación se distribuyeron según la siguiente tabla.

Tabla N° 2. Período de internación

Período de interacción	F. A.	F. R. %
0 a 2 días	7	36.8
3 a 4 días	10	52.6
5 días o más	2	10.6
total	19	100

Gráfico N° 2. Período de internación



Fuente: Historia Clínica.

El mayor porcentaje en cuanto a los días de internación correspondió al 52,6% que corresponde a un período de internación entre 3 y 4 días.

Se lograron obtener todos los números telefónicos, de las cuales se pudieron efectuar 10 llamadas, correspondiendo al 52.6 %, de éstas sólo una persona se negó a ser encuestada.

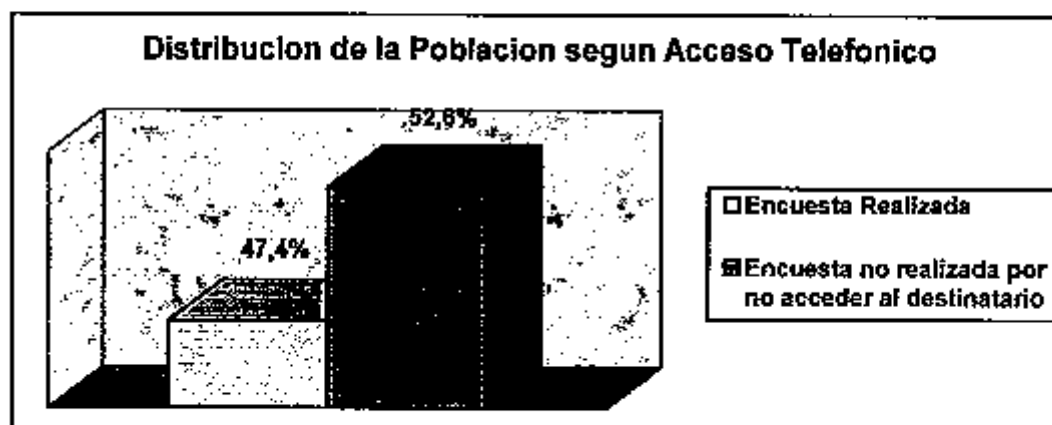
Las 10 encuestas restantes no se realizaron por no acceder al destinatario.

En cuanto a poder acceder a realizar la encuesta, la población se distribuyó de la siguiente manera:

Tabla N° 3. Distribución de la población según acceso telefónico.

Encuesta telefónica	F. A.	F. R. %
Encuesta realizada	9	47.4
Encuesta no realizada por no acceder al destinatario *	10	52.6
total	19	100

Gráfico N° 3. Distribución de la población según acceso telefónico.



Fuente: Historia Clínica e Instrumento realizado por los investigadores.

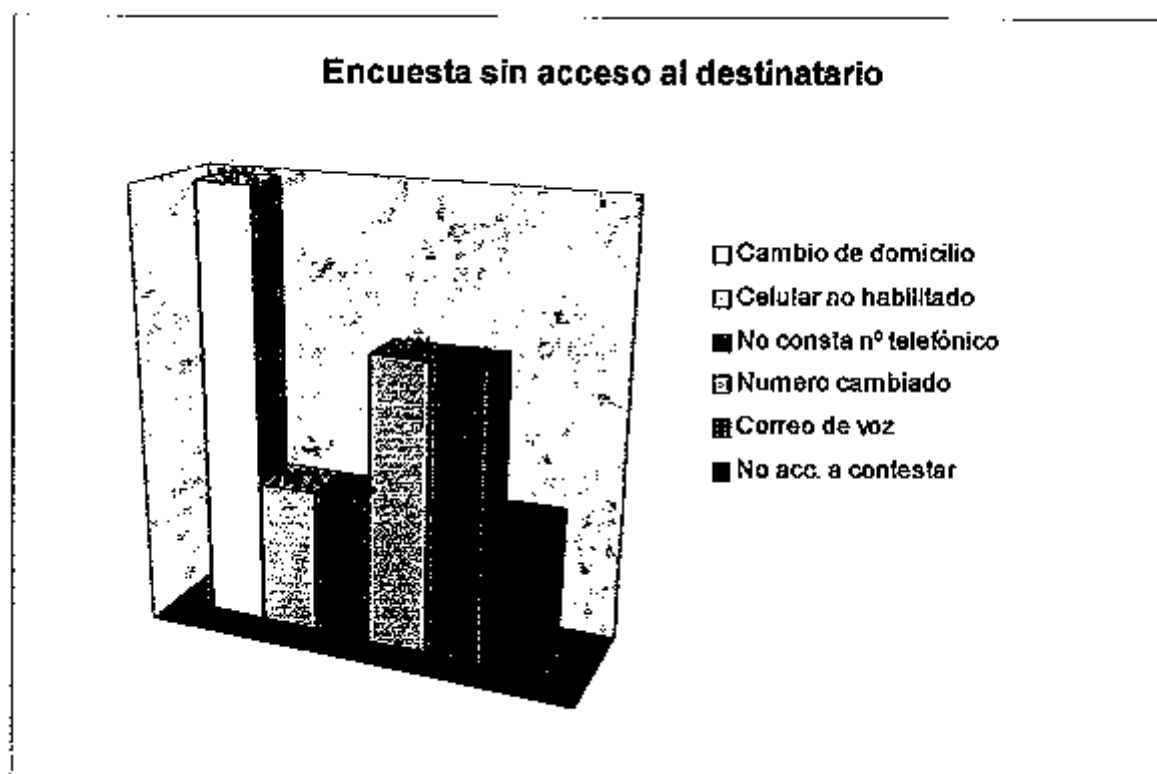
*Se consideran no acceder al destinatario a las siguientes razones:

- Cambio de domicilio.
- Celular no habilitado.
- No consta número telefónico en H.C.
- Número cambiado.
- Correo de voz.
- No acceder a contestar la encuesta.

Tabla N° 4. Encuesta sin acceso al destinatario.

Encuesta sin acceso	F. A.	F. R. %
Cambio de domicilio	3	30
Celular no habilitado	1	10
No consta N° telefónico	1	10
Numero cambiado	2	20
Correo de voz	2	20
No acceder a contestar la encuesta	1	10
total	10	100

Gráfico N° 4. Encuesta sin acceso al destinatario.



Fuente: Aplicación del instrumento mediante llamada telefónica.

La mayor causa de no haber podido lograr una comunicación telefónica es el **cambio de domicilio**, mientras que el porcentaje de las restantes causas se **distribuyen de forma medianamente homogénea** (entre el 10 y el 20%).

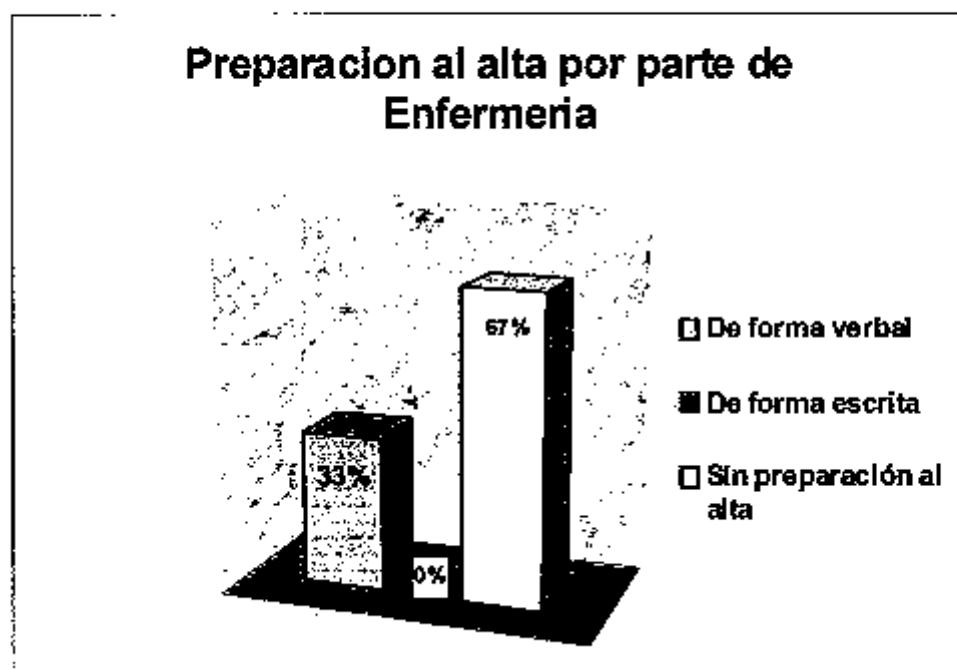
De las 10 comunicaciones telefónicas solo 1 persona no accedió a contestarla y del total de las restantes sólo 3 personas (33,3%) respondieron haber tenido

preparación al alta únicamente de forma verbal por el /la Licenciado /a de Enfermería. Cabe destacar que el 100 % de los encuestados respondió haber recibido preparación al alta por parte del personal médico (resumen de alta).

Tabla N° 5. Preparación al alta por parte de enfermería.

Preparación al alta	F. A.	F. R. %
De forma verbal	3	33
De forma escrita	0	0
Sin preparación al alta	6	67
total	9	100

Gráfico N° 5. Preparación al alta por parte de Enfermería



Fuente: Historia Clínica e Instrumento de encuesta telefónica.

En las 19 H.C. relevadas se constató que en el 100% de ellas no existía ningún tipo de Plan de Alta por parte de Enfermería Profesional.

Tabla N° 6. Registro de Plan de Alta en la H.C

Registro de Plan de Alta en H.C	F.A	F.R %
Con registro de Plan de Alta	0	0
Sin registro de Plan de Alta	19	100
Total	19	100

Gráfico N° 6.



Fuente: Historias Clínicas

Análisis

Al comenzar el análisis y la discusión de los resultados de la presente investigación, es importante tener en cuenta algunas precisiones que marcaron la ejecución de la misma.

Durante el proceso de la determinación de la población de estudio se obtuvo en un comienzo una población de 26 niños/as que representaban el 31,3% de los ingresos por asma en el período de estudio. De ellos el 57,7% pertenecía al sexo femenino y el 42,3% al sexo masculino, cuya distribución por sexo no coincide con otros estudios en el cual el asma se da con mayor prevalencia en el sexo masculino que en el sexo femenino (gráfico N° 1).

La población que cumplió con el primer criterio de inclusión (H.C. disponible) estuvo constituido por 19 niños/as, cabe destacar que en ningún caso dentro de la H.C. se encontraron registros de enfermería en referencia a Plan de Alta.

De estos 19 casos, se logró realizar un contacto telefónico con 10 casos (52.6%), de los cuales 9 accedieron a contestar la encuesta (el 47,4%).

En los estudios internacionales se observó que la prevalencia del asma va en aumento especialmente en niños de menor edad; dato que a nivel nacional no se ha podido contrastar por no haber estudios comparativos que abarquen la franja etárea objeto de nuestro estudio.

A través del relevamiento de las historias clínicas se pudo observar que en el 100% de ellas no se encontraron registros de enfermería referentes al Plan de Alta, según nuestro marco teórico (gráfico 5).

Sin embargo el 30 % de los encuestados, refieren que la preparación al alta que se brindó por parte de Enfermería Profesional fue en forma verbal y ésta incluyó: factores desencadenantes de una crisis, dieta, uso y cuidado de la inhalocámara y consulta precoz frente a los primeros síntomas de una crisis entre otros. Cabe destacar que el 100 % de los encuestados respondió haber

recibido preparación al alta por parte del personal médico de forma verbal y escrita (resumen de alta).

Haciendo referencia a la Teoría del Autocuidado, ésta abarca todas las actividades que son ineludibles para satisfacer las necesidades de la vida diaria. Estas actividades son aprendidas con el paso del tiempo e incorporadas como hábitos de vida; por lo cual la edad escolar es una etapa propicia para la educación en salud y promoción del autocuidado, lo que conlleva en un futuro a la preparación de adultos con compromiso y responsabilidad en su propio proceso de salud y enfermedad.

La educación mejora el cumplimiento del tratamiento por parte del usuario lo que le permite lograr una mayor autonomía y control de su enfermedad, mejorando así su calidad de vida.

El concepto de autocuidado según la teoría de Orem, permite reforzar o incentivar la participación activa y responsable de las personas en el cuidado de su propia salud.

Es aquí que el Plan de Alta cobra un papel fundamental, asegurando la continuidad de los cuidados en el domicilio. Siendo el Licenciado/a en Enfermería el/la profesional capacitado para proporcionar información que permite un adecuado manejo de la enfermedad a través de la educación, durante la estadía hospitalaria hasta su egreso. Con referencia a lo anterior se vuelve a citar a la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria cuando dice que: *“Es importante prevenir reagudizaciones, disminuyendo la necesidad de visitas a urgencias u hospitalizaciones y aplicar el tratamiento farmacológico con los mínimos o nulos efectos adversos”*. Es entonces que, se hace necesaria la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, individualizando los mismos, y materializándolo en el Plan de Alta cuya principal herramienta para el logro de su objetivo es la educación para la salud.

Es de suma importancia en el tratamiento del niño/niña asmático que él/ella y ~~su familia~~ puedan conocer y reconocer algunos puntos relacionados a la

enfermedad, por ejemplo: cómo ésta se presenta, sus factores desencadenantes y de qué manera actuar sobre ella.

Por lo anteriormente dicho, se considera que no aplicar el Plan de Alta de Enfermería es perder una invaluable oportunidad por parte de nuestro colectivo de promover el autocuidado y una omisión en nuestro trabajo como profesionales.

Conclusiones

De esta investigación se concluye que no se aplicó el Plan de Alta en el 100% de la población estudiada.

Sin embargo se brindó información no planificada ni sistematizada durante la internación a solamente 3 de los encuestados, correspondiendo a un 11% de la población de estudio.

Al no haberse realizado ningún registro de Enfermería Profesional acerca del Plan de Alta, el proceso de atención de enfermería (PAE) se ve desvirtuado, dificultando tanto la evaluación de la asistencia, así como la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Observando los datos obtenidos, podemos concluir que los niños / niñas y sus familias que egresaron de su internación hospitalaria, no contaron con un Plan de Alta que permitiera la continuidad de los cuidados de enfermería en domicilio y el seguimiento del Proceso Salud-Enfermedad.

Al haber transcurrido por el proceso de investigación, este equipo investigador concluye que se cumplieron los objetivos de la investigación, confirmando lo que al comienzo de la misma era una mera hipótesis. Y es que el problema de investigación identificado, no está incorporado en el quehacer Profesional de Enfermería.

Sugerencias

Consideramos la temática abordada de suma importancia, ya que sirve de punto de partida para próximas investigaciones y sería de vital importancia que se continúe profundizando en el tema, para, de ésta manera, trabajar directamente sobre las debilidades identificadas en relación al Plan de Alta de Enfermería Profesional.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se toma imprescindible la implementación del Plan de Alta de enfermería del niño asmático. Para ello este equipo investigador elaboró un Proyecto de Plan de Alta, basándose en el que realizaron los Internos de Enfermería de la Maternidad del C.H.P.R. (algunos de los cuales integramos este grupo investigador) en julio del 2008. La aplicación del mismo contribuirá a asegurar la continuidad de los cuidados en domicilio, disminuyendo el reingreso hospitalario y jerarquizando el Primer Nivel de Atención.

Bibliografía

- Baraibar R. Enfoques en Pediatría aspectos Sicosociales. Montevideo, Oficina del Libro A.E.M., 1998
- Carpenito, L. Diagnóstico de Enfermería, Madrid, Interamericana McGraw Hill, 1987.
- Colombo, Sandra., Revista Temas de Enfermería actualizados N° 36 Buenos Aires, 2000.
- De Ajuriaguerre, J. Manual de Psiquiatría Infantil, 4º edición, Masson
- De Canales, L. Metodología de la Investigación, 2ª edición, OPS oficina regional, 1994
- Lic. Menoni T. Visita Domiciliaria, cátedra de Salud Comunitaria, Montevideo, 2007.
- Marriner Tomey, A. Modelos y Teorías de Enfermería, 4ª Edición España, Harcourt Brace, 1999.
- Potter, Patricia. Enfermería Clínica temas y procedimientos, 4ª Edición, España, Harcourt Brace, 1999.
- Sobrado, Enrique A. Acerca del ser sujeto, Montevideo, Uruguay, Ed. Imago, 1978.
- Speer, K. Cuidados de Enfermería en Pediatría, Barcelona, Ed. Doyma 1993.
- Wong, D. Tratado de Enfermería Pediátrica 2º Edición, México, Interamericana 1998.

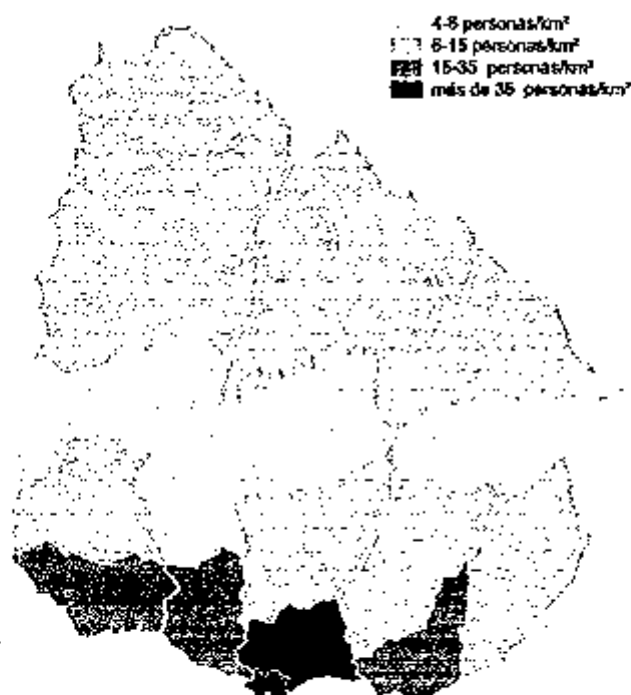
ANEXOS

Población, por sexo, según Departamento. 2007

Departamento	Total	Población		Índice de Masculinidad
		Hombres	Mujeres	
Total	3.323.906	1.605.468	1.718.440	93,4
Artigas	79.317	39.795	39.522	100,7
Canelones	509.095	249.219	259.876	95,9
Cerro Largo	89.383	43.949	45.434	96,7
Cesóna	120.855	59.380	61.475	96,6
Durazno	60.528	30.492	30.034	100,2
Flora	26.609	12.600	13.009	96,9
Florida	89.968	35.020	34.948	100,2
Lavalleja	81.883	30.740	31.143	98,7
Maldonado	147.391	72.324	75.067	96,3
Montevideo	1.342.474	626.372	716.102	87,5
Paysandú	115.623	57.633	58.090	99,0
Río Negro	55.857	28.453	27.204	104,6
Rivera	109.287	53.882	55.585	96,6
Rocha	70.814	34.991	35.623	98,2
Salto	126.745	62.255	64.490	96,5
San José	107.644	53.752	53.892	99,7
Soriano	87.073	43.193	43.880	98,4
Tacuarembó	94.613	47.257	47.358	99,8
Treinta y Tres	49.769	24.459	25.310	96,6

Elaboración: Instituto de Estadística. Fuente: Censo de Población y Vivienda 2007.

Densidad de población

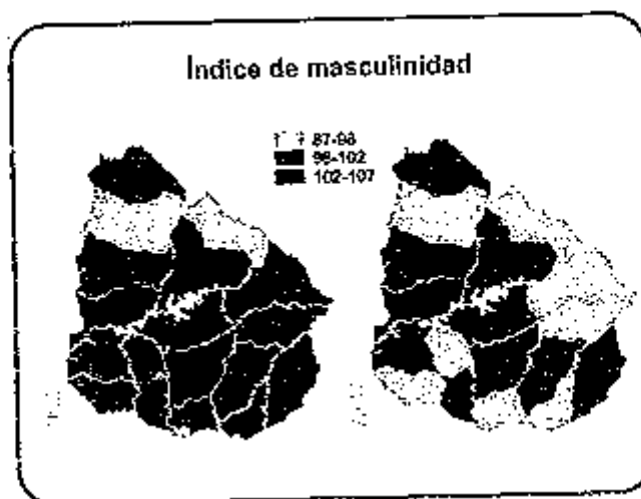


Población

Población por sexo, según grupos de edad, 2007

Grupos de	Total	Población Hombres	Mujeres	Índice de Masculinidad
Total	3.323.908	1.605.456	1.718.440	93,4
0 a 4	242.203	123.859	118.304	104,7
5 a 9	262.611	134.169	128.622	104,3
10 a 14	273.563	139.779	133.784	101,5
15 a 19	265.255	135.301	129.954	104,1
20 a 24	251.509	127.102	124.407	102,2
25 a 29	241.626	120.060	121.565	98,8
30 a 34	234.045	115.461	118.584	97,4
35 a 39	209.836	102.958	106.880	96,2
40 a 44	205.917	100.030	105.887	94,5
45 a 49	203.712	99.066	104.646	94,7
50 a 54	183.183	88.143	95.040	92,7
55 a 59	162.352	78.765	83.587	89,7
60 a 64	141.169	65.407	75.762	86,3
65 a 69	127.300	56.691	70.609	80,3
70 a 74	112.247	46.825	65.422	71,6
75 a 79	95.987	37.533	58.454	64,2
80 a 84	61.871	22.114	39.757	55,8
85 a 89	33.094	10.314	22.780	45,3
90 a 94	12.001	2.940	9.061	32,4
95 o más	4.123	889	3.234	27,5

ELABORACIÓN: INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA (INEC) - FUENTE: CENSO DE PUEBLO Y VIVIENDA 2007



Población, por área geográfica, según departamento, 2007

Departamento	Total	Población Área Urbana	Área Rural
Total	3.323.908	3.114.125	209.781
Arígas	79.317	71.966	7.351
Canelones	509.096	455.144	53.951
Cerro Largo	89.283	78.323	10.960
Colonia	120.855	104.625	16.030
Durazno	60.928	54.313	6.613
Flores	25.609	23.052	2.557
Florida	68.968	59.532	10.436
Guaymas	81.883	54.097	27.786
Levalleja	147.391	140.657	6.734
Maldonado	147.391	140.657	6.734
Montevideo	1.342.474	1.342.474	..
Paysandú	115.623	107.077	8.546
Río Negro	55.857	48.797	6.860
Rivera	109.267	98.122	11.145
Rocha	70.614	64.418	6.196
Salto	126.745	115.468	11.277
San José	107.644	90.309	17.335
Soriano	87.073	78.959	8.114
Tacuarembó	94.513	80.810	13.603
Treinta y Tres	49.789	44.782	4.987

ELABORACIÓN: INSTITUTO VENEZOLANO DE ESTADÍSTICA (INEC) - FUENTE: CENSO DE PUEBLO Y VIVIENDA 2007



**Diez causas más frecuentes de Ingreso
al Hospital Pediátrico**

Diagnóstico	%
Infección vías respiratorias inferiores ⁽¹⁾	23,3
Accidentes ⁽²⁾	7,9
Cuadros agudos de abdomen	7,1
Otras infecciones	6,9
Infecciones de piel y partes blandas	4,5
Crísis asmática y broncoespasmo	4,0
Patología Neurológica	3,9
Maltrato Infantil y Trast. de Conducta ⁽³⁾	3,4
Fiebre sin foco	2,8
Enfermedad Diarreica Aguda	2,4

(1) Incluye Bronquiolitis, Neumonía, Neumonía, CBO, Tos Coqueluchosa.
 (2) Incluye Traumatismos, Heridas, Quemaduras, Otros
 (3) Incluye causa probable, IAE, Síncosis, Depresión, Otros
 Total admisiones al H. Pediátrico (C. Moderados e Intensivos) = 15.365
 Nota: Existe un 4% de los ingresos sin registro de diagnóstico

DEFUNCIONES

Nº defunc. neonatales (< 29 d)	0
Nº defunc. postneonatales	34
Nº defunc. menores de 1 año	34
Nº defunciones 1 - 4 años	19
Nº defunciones 5 - 9 años	12
Nº defunciones 10 - 14 años	15
Nº defunciones 15 años y más	7

(Incluye Ingresos sin vida)



**EL
HOSPITAL
PEDIATRICO**

EN CIFRAS



2007

Dirección Hospital Pediátrico
 Bv. Artigas 1550
 Tel/Fax: 709 52 12 - 707 87 78
 E-mail: hospitalpediatrico@nisp.gub.uy

Sistema de Información Hospitalario

SERVICIOS INTERMEDIOS

INT. QUIRURGICAS	Total	3.480
Block Quirúrgico Central		3.384
	<i>Urgentes</i>	1.937
	<i>Coordinadas</i>	1.447
Block UNQUER (Coordinadas)		96
IMAGENOLOGIA		Nº
Estudios realizados ⁽¹⁾		61.420
Placas utilizadas		51.922
Placas inutilizadas		3.894
Tomografías		7.608
Resonancias		342

(1) Son estudios radiológicos, ecográficos y eco doppler

LABORATORIO	Nº
Estudios H. Pediátrico	335.535
Total estudios CHPR	726.084

HEMOTERAPIA		Nº est. y tratam.
1 ESTUDIOS ESPECIALIZADOS		
Clasificación de grupo sanguíneo		3.116
2 UNIDADES DE HEMOCOMPONENTES TRANSFUNDIDOS		
A Hemocomponentes irradiados		2.981
Hemocomponentes leucoreducidos		4.028
B HEMODERIVADOS		
Albúmina (Frascos 10 - 20 - 50 ml)		202
Factor VIIa (unidades)		251
Factor VIII (unidades)		444.500
Factor IX (unidades)		71.400
Octaplex		0
IgG Endov (gramos)		3.147
3 CONSULTAS MEDICAS (*)		1.680

* Incluye interconsultas

Nota: no incluye estudios realizados para el H.de la Mujer

SERVICIOS FINALES

Nº consultas en Emergencia	73.673
Promedio mensual	6.139
Promedio diario	202
Nº camas URE ⁽¹⁾	4
Nº egresos URE	712
Promedio estadía URE	1,0 día
% ocupacional URE	50,5 %
Tasa de mortalidad global URE	2,81 %

POLICLINICAS

Nº cons. Pediatría General ⁽¹⁾	5.862
Nº cons. Pediatría Especialidades	75.634
Nº cons. Pol. H.Oncología - H.Día	9.082
Total consultas en Policlínica ⁽²⁾	90.613
Nº cons. Odontología	10.143

INTERNACION

Nº camas Cuidados Moderados ⁽³⁾	291
Nº camas UCIN-CI	20
Nº egresos (Cuidados Moderados)	15.107
Prom. estadía Pediatría General	5,4 días
Prom. estadía Cirugía	3,3 días
Prom. estadía Especialidades ⁽⁴⁾	6,2 días
% ocupacional Pediatría General	84,9 %
% ocupacional Cirugía	68,8 %
% ocupacional Especialidades	48,5 %
Tasa de mortalidad (Cuidados Moderados)	0,11 %
Nº egresos UCIN-CI ⁽⁵⁾	978
% ocupacional UCIN-CI	92,1 %
Prom. estadía UCIN-CI	6,6 días
Tasa de mortalidad UCIN CI	4,91 %

(1) Unidad de Reanimación y Estabilización

(2) Camas de dotación

(3) Policlínicas de Pediatría General de Referencia y Asistencia Integral

(4) Existe subregistro debido a fallas en la retroalimentación.

(5) Ortopedia, ORL, UNQUER, Hemato-Oncología

(6) Incluye pasajes a otros Servicios

Estadísticas de Internación UE 004

C.H.P.R.
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ESTADÍSTICAS DE INTERVENCIÓN

PERIODO ESTUDIADO: 01/01/2007 AL 31/12/2007

SERVICIO ESTUDIADO: PISO 2 SEPTO.FENTATE

TOTAL DE PACIENTES INTERNADOS EN EL PERIODO	:	2475
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA ESTERILIDAD	:	2451
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE LAS POLICLINICAS	:	12
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE TRASLADOS EXTERNOS	:	7
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE OTROS LUGOS	:	3
TOTAL DE PACIENTES BAJOS DE ALTA EN EL PERIODO	:	2407

Emisido el Viernes 05/02/2007 a la Hora 04:35:43

Estadísticas de Internación UE 004

C.H.P.R.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ESTADÍSTICAS DE INTERVENCIÓN

PERIODO ESTUDIADO: 01/01/2007 AL 31/12/2007

SERVICIO ESTUDIADO: PISO 2 AISLAMIENTO I

TOTAL DE PACIENTES INTERVADOS EN EL PERIODO	:	769
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE LA EMERGENCIA	:	766
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE LAS POLICLINICAS	:	2
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE TRASLADOS EXTERNOS	:	3
TOTAL DE PACIENTES PROCEDENTES DE OTROS LUGOS	:	6
TOTAL DE PACIENTES DADOS DE ALTA EN EL PERIODO	:	1024

Elaborado el Jueves 12/02/2009 a la hora 05:45:08



Montevideo, 16 de febrero de 2009

Estimados:

Por la presente nos dirigimos a Uds. con el fin de brindarles los datos solicitados para la realización del Marco Referencial de la Investigación Final.

A dic/2007 había 1492000 en IAMCs, 1452000 en ASSE y 769000 en el FONASA.

A set/2008 había 1802000 en IAMCs, 1145000 en ASSE y 1389000 en el FONASA.

Las IAMCs subieron 310000, ASSE bajó 307000 y el FONASA subió 620000.

Pero no sabemos de los que se fueron de ASSE cuántos se fueron a una IAMC ni tampoco de los que llegaron a las IAMCs cuántos venían de ASSE, aunque seguramente fue la mayoría.

A dic/2008 372503 (48.03%) niños (que tengan 14 años o menos) en el FONASA (no todos son menores a cargo).

A set/2008 343128 (44.24%) niños (que tengan 14 años o menos) en ASSE.

A set/2008 18669 (2.41%) niños (que tengan 14 años o menos) en ASSE y el FONASA al mismo tiempo.

A set/2008 371403 (47.89%) niños (que tengan 14 años o menos) en IAMC.

Los porcentajes se realizan sobre el total de la población uruguaya de 14 años o menos.

Sin otro particular, saluda atentamente.


T.A. ELENA CLAVELL
Secretaría General
Junta Nacional de Salud

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA.

Nombre

Apellido

Domicilio

Teléfono

Seccional Policial

Fecha de Ingreso

Fecha de Egreso

Diagnostico Medico al Ingreso

Registros de Enfermería

Fecha y Turno

Nombre y Firma del Investigador

Encuesta Telefónica con previa aceptación de la misma a padres o adultos responsables de niños /niñas entre 6-9 años que hayan ingresado por crisis asmática en el periodo de estudio.

Sra. /Sr. Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería y estamos realizando una encuesta acerca de la información recibida para el alta, del niño/niña luego de su internación por crisis asmática.

- 1) Nos permite realizarle algunas preguntas acerca de las internaciones del niño/niña.

Si No

- 2) Recibió información sobre los cuidados al alta..

Si No

- 3) En caso de haber recibido información, le fue útil en el momento de la crisis?

Si No

- 4) Quién le brindó la información?

Médico

Lic. de Enfermería

Aux. De Enfermería

- 5) Que medio fue utilizado para brindarle la información?

Verbal

Escrito

6) Referente a que fue la información que recibió?

- a. Medicación
- b. Manejo de la inhalocámara
- c. Dieta
- d. Signos de alerta
- e. Factores desencadenantes

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA PROFESIONAL PARA EL NIÑO/NIÑA ASMÁTICO.

Nombre.....

Nº de registro.....

Edad..... Sexo: M F

Domicilio.....

.....Teléfono.....

Fecha de ingreso..... Fecha de egreso.....

Antecedentes Personales.....

Policlínica de Referencia.....

Próximo control.....

MEDICACIÓN	VÍA	DOSIS	HORARIO

Diagnósticos de Enfermería al ingreso

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Diagnósticos de Enfermería durante la internación.

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Diagnósticos de Enfermería al egreso.

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

Nombre y Apellido de el/la Licenciado/a.....

Fecha del informe.....

RECUERDE QUE:

- Algunos de los factores desencadenantes de una crisis pueden ser:
 - ✓ Humo de tabaco.
 - ✓ Animales domésticos.
 - ✓ Peluches, alfombras.
 - ✓ Productos de limpieza, aerosoles.
 - ✓ Ejercicio físico excesivo.
 - ✓ Cambios climáticos.
 - ✓ Algunos alimentos.
- Debe cumplir estrictamente el tratamiento medicamentoso.
- Señales de alarma:
 - Accesos de tos
 - Tos seca
 - Respiración rápida
 - Fatiga
 - Silbidos en el pecho
 - Mala tolerancia al ejercicio

Números telefónicos a los cuales acudir en caso de urgencia:

MSP.....105	UCM.....147
EMUCAR.....1955	UNO.....1830
SEMM.....159	SUAT.....133

1727.....1727

Índice.

Agradecimientos	p. 1
Introducción	p. 2
Capítulo 1. Problema de estudio	p. 3
1.1. Objetivos.....	p. 3
1.2. Planteamiento y justificación del Problema.....	p. 4
Capítulo 2. Marco Teórico	p. 7
2.1. Plan de Alta.....	p. 7
2.2. Educación para al Salud.....	p. 9
2.3. Asma.....	p.11
2.4. Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem.....	p.12
Capítulo 3. Marco Referencial	p. 16
Capítulo 4. Diseño Metodológico	p. 19
Capítulo 5. Resultados y Análisis de los datos	p. 23
Análisis	p. 29
Conclusiones	p. 32
Sugerencias	p. 33
Bibliografía	p. 34
Anexos	p. 35