



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE UN PLAN DE ALTA EN NIÑOS/AS CON BRONQUIOLITIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICO PRIVADO DE MONTEVIDEO, AÑO 2011

AUTORES:

Br. Álvarez, Soledad
Br. Baldenegro, Melisa
Br. Bonet, Paola
Br. Lema, Cristina
Br. Machado, Clara

TUTOR:

Lic. Enf. Hernández, Sandro

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

Montevideo, 2011

INDICE

	Pág.
1. Introducción.....	3
2. Justificación.....	5
3. Antecedentes.....	6
4. Pregunta Problema.....	7
5. Objetivos.....	7
6. Marco Teórico.....	8
7. Definición de Variables.....	16
8. Diseño Metodológico.....	20
9. Presentación de los Datos.....	21
10. Resultados.....	31
11. Análisis.....	33
12. Conclusiones.....	34
13. Referencias Bibliográficas.....	36
14. Bibliografía.....	38
15. Anexos.....	41

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue desarrollado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería, durante los meses mayo- noviembre del 2011 (Anexo I) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial. Con el fin de conocer los factores que dificultan o favorecen la aplicación del plan de alta en usuarios con bronquiolitis como parte del que hacer de enfermería.

Las infecciones respiratorias agudas graves, son causa frecuente de internación en los primeros años de vida, constituyendo un tema prioritario por su gran implicancia en la morbimortalidad infantil. ¹ La bronquiolitis constituye una de las infecciones respiratorias más frecuentes, aparece en los dos años de vida, con una incidencia máxima a los seis meses de edad aproximadamente y es la causa más frecuente de hospitalización de lactantes ². En su presentación grave puede requerir atención en un servicio de tratamientos intensivo, siendo estos casos los que demandarán un seguimiento estricto.

El proceso del alta de los usuarios es importante al momento del pasaje al segundo nivel de atención. Es por este motivo que la educación y estímulo oportuno conforman un rol importante, para llevar a cabo la prevención y promoción de la salud.

Es importante destacar el rol de la licenciada en enfermería por contar con una formación integral, conformando un profesional fundamental para la realización del plan de alta en conjunto con el adulto responsable.

La presente investigación es de tipo descriptivo cuali- cuantitativa de corte transversal, estudiando una muestra no probabilística, intencional. Mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos (Anexo II) previamente elaborado dirigido a los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial de Montevideo.

Este estudio permitió conocer que en este servicio el cien por ciento no aplica plan de alta; los motivos por los cuales no se realiza son: el cuarenta por ciento, argumenta que es

debido a que el usuario es derivado a un 2º nivel de atención, en igual número desconoce los motivos por cual no es aplicado y un veinte porciento considera que no se realiza por falta de tiempo. Referente a la importancia de la existencia del plan de alta se encontró que el noventa porciento considera que es muy importante o importante su aplicación y que debe existir el plan de alta.

2. JUSTIFICACION

Las infecciones respiratorias bajas constituyen una importante causa de morbi-mortalidad en la edad pediátrica. El virus respiratorio sincicial (VRS) es la principal causa de infecciones respiratorias frecuentemente identificadas en niños hospitalizados por bronquiolitis y neumonía viral.³ En Uruguay las infecciones respiratorias agudas bajas son una importante causa de muerte en la edad pediátrica. Constituyen la primera causa de mortalidad infantil (0.9 por 1000 nacidos vivos), la segunda en el periodo post neonatal y ocupan el tercer lugar en el grupo de uno a cuatro años, enseguida de los accidentes y las malformaciones congénitas.⁴

Datos aportados por el Ministerio de Salud Pública informan que en el año 2008 se constató un total de 53 egresos de bronquiolitis correspondientes al Hospital Pereira Rossell de los cuales un 67% eran lactantes de 29 días a 11 meses de vida (en su mayoría sexo masculino) y un 32% mayor de 1 año de vida. El periodo de internación que predominó fue de 1 a 2 días de internación (51%), No habiendo fallecimientos por esta patología. En cambio en el año 2009 se constató un total de 115 egresos de Bronquiolitis, de los cuales un 54% eran lactantes de 29 días a 11 meses de vida, y un 46% mayores a 1 año de vida. El periodo de internación fue de 1 a 2 días (47%). No hallándose fallecimientos de los lactantes por esta patología. Al igual que en el año 2008 predominó el sexo masculino en la población.⁵

La incidencia es máxima en invierno y al comienzo de la primavera. La bronquiolitis aparece con más frecuencia en lactantes varones entre 3 y 6 meses de edad que no han sido alimentados con pecho y que viven en condiciones de hacinamiento. Los lactantes cuyas madres fuman cigarrillos tienen más probabilidad de padecer bronquiolitis, que hijos de madres no fumadoras.²

Según datos obtenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial, correspondientes a la población a la que se le brinda asistencia, se constata que el rango etario prevalente está comprendido entre el mes de vida a los 5 años de edad. La ocupación día /cama promedio es de 8 pacientes, aumentando la misma notoriamente en los meses de invierno, donde predominan las patologías respiratorias, siendo la Bronquiolitis la de mayor prevalencia en la que se destaca como agente causal el virus Sincicial Respiratorio.

3. ANTECEDENTES

En la búsqueda de antecedentes cabe destacar que no se encontraron estudios anteriores que hicieran alusión directa al tema investigado.

Para la investigación se han tomado en cuenta estudios que hacen referencia a los conocimientos de enfermería con respecto a los cuidados al alta de un usuario y a la protocolización de los mismos. Un estudio presentado en la Escuela de Enfermería en Rio de Janeiro, muestra que el personal de enfermería que asiste al niño al momento del alta no está al día con las necesidades del usuario, y que no hay rutina de alta o relación con otras instituciones. Los usuarios fueron informados sólo en relación a la medicación y los alimentos⁶. Otro estudio, realizado en Sao Paulo, refiere a la visión de un grupo de enfermeras relacionado al alta hospitalaria, destacan la necesidad de una revisión de la educación, el proceso de trabajo y la gestión de los cuidados de enfermería, en la planificación del alta del paciente como una de las etapas de la sistematización de los cuidados de enfermería.⁷

. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los medios que favorecen o dificultan la aplicación del plan de alta por parte de los Licenciados en Enfermería, a niños/as con bronquiolitis, ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial de Montevideo, en el año 2011?

. OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer los medios que favorecen o dificultan la aplicación del plan de alta en niños/as con bronquiolitis ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial de Montevideo en el 2011.

Objetivos Específicos

- I. Caracterizar al total de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial según: edad, sexo, cargo, capacitación, formación profesional, años de egreso.
- II. Conocer existencia de plan de alta en el servicio.
- III. Evaluar la disponibilidad de los Licenciados a aplicar el plan de alta.

6. MARCO TEÓRICO

Infancia y Familia

Basándonos en los periodos de desarrollo por edades consideramos "...Neonatos desde el nacimiento a los 28 días de vida...; Lactantes desde el mes de vida hasta los 12 meses;... primera infancia desde el año de vida hasta los 3 años." ⁸

En las distintas etapas del período de desarrollo del niño puede requerir una internación en un centro de tratamientos intensivos, indefectiblemente esto causa consecuencias sobre la relación padres-hijo.

En un servicio de terapia intensiva la atención que recibe el usuario es interdisciplinaria y continua buscando resolver a la brevedad y en las mejores condiciones posibles el padecimiento por el cual causa la hospitalización.

Por esto es importante que la intervención profesional sea adecuada, ya que los progenitores de los usuarios y en ocasiones todo el sistema familiar necesita un espacio de inclusión en la asistencia.

Concepto de salud

"Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural que el hombre se encuentre. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccionar y a la situación de salud-enfermedad en que se encuentra. La salud es un derecho inalienable del hombre que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos". ⁹ El proceso salud-enfermedad es un complejo estado que es influenciado por diverso factores interrelacionados entre sí. Lalonde realiza una clasificación de los mismos en cuatro grandes grupos. En ellos se observa una visión determinística y luego pasa a una visión probabilística provocada por varios factores de riesgo, determinado por una multi - causalidad: factores biológicos, entorno, factores geográficos y organización de los servicios de salud.

Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Las enfermedades prevalentes en la infancia son aquellas patologías que aparecen principalmente en los niños menores de 5 años y producen consecuencias graves en éstos e incluso hasta la muerte, entre estas enfermedades encontramos: bronquiolitis, asma, amigdalitis aguda, apendicitis, convulsiones febriles, tos coqueluchoide, diarrea aguda, otitis.

Bronquiolitis

La Bronquiolitis es un cuadro de dificultad respiratoria aguda, con compromiso bilateral y difuso del sector canalicular, de causa viral, que afecta a los lactantes, presentándose en brotes epidémicos sobre todo en épocas frías. El agente más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VSR), puede ser causada por adenovirus, parainfluenza, influenza ¹⁰. La vía aérea del lactante posee características que, en gran medida, son responsables de esta elevada incidencia de síntomas y signos obstructivos. Dentro de ellas es necesario resaltar las siguientes: una vía aérea superior corta y estrecha, menor diámetro relativo del árbol bronquial que determina importantes diferencias en el lumen de la vía aérea, mayor índice de glándulas mucosas, responsables de la hipersecreción bronquial, características frecuentes a esta edad.

La bronquiolitis del niño puede aparecer en dos formas: una forma leve, la más frecuente, comienza con tos espasmódica, cierta cianosis, secreción nasal, estornudos, alteración de la temperatura, irritabilidad y dificultad respiratoria leve. Pueden apreciarse otros signos como vómitos, rechazo del alimento y falta de succión. En su manifestación grave, en los lactantes más pequeños, de aparición brusca y los primeros síntomas consisten en trastornos respiratorios con frecuencia respiratoria mayor de 60 r/m, hiperextensión torácica, cianosis, aleteo nasal, empleo de los músculos accesorios, auscultación de sibilancias y crisis de apnea. También pueden darse afectaciones gastrointestinales, como vómitos, diarrea, distensión abdominal y retención de alimentos. El diagnóstico de bronquiolitis se realiza sobre la base de los resultados clínicos, la edad del niño, la estación y la epidemiología de la comunidad. ¹¹

Dado la aparición repetida de estas enfermedades entre otras también prevalentes, se desarrolla la AIEPI (Atención Integral en Enfermedades Prevalentes de la Infancia).

La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años.

En los hogares la estrategia AIEPI promueve formas de proceder adecuadas con respecto a la atención de las niñas y niños, así como conocimientos que le permitan a la familia buscar a tiempo asistencia fuera del hogar, administrar correctamente el tratamiento indicado por el servicio de salud, así como también información y habilidades para brindar una mejor nutrición y la aplicación de medidas preventivas.

En los servicios de salud, se promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades, fortalece los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y acelera la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos. Se basa en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho.

Los objetivos de la estrategia AIEPI son: reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades que afectan a los niños, garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar, fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.

Las intervenciones de la Estrategia AIEPI en el hogar son: educar a la madre y otros responsables del cuidado del niño, enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención, manejo precoz de los casos, búsqueda apropiada de asistencia, brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado.

Niveles de Atención a la Salud

Se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de una población. Son escalafones de complejidad en los que se organiza la actividad asistencial.

Primer Nivel de Atención

La conferencia de la OMS de Alma Ata (1978) definió la Atención Primaria en Salud (APS) como *"la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familiares*

la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de corresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevándolo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades ordenadas de asistencia, promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y la participación comunitaria.¹²

Segundo Nivel de Atención

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención de riesgos y daños, diagnóstico, recuperación y rehabilitación de problemas de salud. Se brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias.

Tercer nivel de Atención

Es un nivel especializado, altamente técnico de atención de la salud que incluye el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Con unidades especializadas en cuidados intensivos, servicios avanzados de apoyo al diagnóstico, y personal altamente especializado.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico – Neonatal

Es el servicio dedicado a la asistencia intensiva integral y continua al niño críticamente enfermo, independientemente de cual haya sido el origen de su enfermedad.

Esta definición significa que esa Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) debe disponer de una serie de elementos básicos que permiten la realización de este tipo de asistencia: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de material terapéutico para el tratamiento intensivo; equipo médico, de enfermería y de personal auxiliar calificados y una organización asistencial de cobertura continua.

Las UCIPs que atienden patologías variadas y disponen de medios adecuados deben mantener una dedicación adicional hacia la enseñanza y la investigación, transformándose

En núcleos formadores de nuevas generaciones de profesional asistencial de la especialidad.

La asistencia a los niños críticamente enfermos se debe llevar a cabo conjuntamente por todo el equipo profesional de la UCIP. El equipo de enfermería tiene la responsabilidad de los cuidados continuados al niño crítico (vigilancia, tratamiento, atención psicológica, etc.) y de la realización de las técnicas que complementan a las efectuadas por los médicos. Deben también establecer pautas de tipo asistencial de enfermería.

De esta atención más sofisticada se derivan grandes desafíos para el profesional de enfermería, el que debe actualizar sus conocimientos para brindar una atención especializada, donde los cambios en el estado clínico pueden sucederse con gran rapidez y deben ser detectadas y corregidas antes que representen un riesgo vital para el niño.

Enfermería

*Es la disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccionar de personas, familia, grupos poblacionales, realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.*⁹

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de ética para enfermeras; estas tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.¹³

En los diferentes niveles de atención la enfermera realiza la consulta de enfermería la cual es la entrevista entre el usuario (enfermo o sano) y el profesional de enfermería, que tiene por objeto proveer cuidados, administrar medicamentos, y/o impartir consejos o educación sanitaria, todo ello para promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla e incluso rehabilitarla tras haberla sufrido

Rol de la Enfermera Profesional

El desarrollo de las teorías de enfermería cambió irreversiblemente el desarrollo de la ciencia de la enfermería. La teoría ha contribuido no solo a definir las competencias profesionales, sino también al desarrollo de su cuerpo de conocimientos, los cuales reflejan lo que es específico de la profesión: su enfoque en la persona, su comportamiento y el significado de sus experiencias, considerados de manera holística. Por lo tanto, las transacciones bio-psico-socio culturales y espirituales del ser humano son centrales a la disciplina de la enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud, y aliviar el sufrimiento. Dentro del nuevo paradigma y el contexto actual, la visión de la enfermería es mucho más amplia que en tiempos anteriores, y entiende los conceptos fundamentales de ser humano, salud-enfermedad, entorno y enfermería como parte de un todo. El desarrollo teórico también ha ayudado al entendimiento y aceptación de la complejidad de la enfermería e inevitablemente a las de sus múltiples teorías.

El pluralismo paradigmático del desarrollo de la disciplina refleja la diversidad de su enfoque, la persona, la diversidad de sus interacciones en la salud y en la enfermedad, y la diversidad de las intervenciones de enfermería.

La enfermera de hoy, debe dominar cada vez más, con argumentos actualizados, todas las áreas que involucran el quehacer de sus tareas (asistencia, docencia, investigación y administración) porque los cambios sociales, culturales y profesionales, así lo exigen, y del máximo conocimiento y habilidad para el manejo de estas áreas, surgirán los mejores resultados.

"El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces."¹⁴

Proceso de Enfermería

El Proceso de Enfermería es un método científico para orientar y calificar la asistencia de enfermería.

Recientemente, el proceso ha sido definido como una forma sistemática y dinámica de prestar cuidados de enfermería, que es realizado por medio de cinco etapas interconectadas: evaluación, diagnóstico, planificación, implementación y evolución.

La aplicación efectiva del proceso de enfermería conduce a la mejoría de la calidad de los cuidados de la salud y estimula la construcción de conocimientos teóricos y científicos con base en la mejor práctica clínica.¹⁵

Prevención en Salud

Prevenir en salud es realizar una acción o acciones con la intervención de modificar la probabilidad de ocurrencia o comportamiento de un proceso mórbido. Sus distintas fases son: Fase pre-patogénica o de susceptibilidad, Fase patogénica, Fase de resultados. Uno de los elementos que conforman la prevención en salud es el Plan de Alta; es un proceso centralizado, coordinado y multidisciplinario que asegura que el usuario tiene un plan para la continuidad de cuidados después de abandonar una institución sanitaria.

Educación para la Salud

La Educación para la Salud es un instrumento que nos sirve a los profesionales y a la población para conseguir que esta tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su estado de salud enfermedad.

De esta manera se orienta a la población, familias, para que incorpore conocimientos y habilidades para facilitar cambios de conducta y estilos de vida saludables. La familia cumple un rol importante ya que es el núcleo donde nace, crece y se desarrolla el individuo, la cual influye en el proceso salud enfermedad. La educación es un proceso continuo, que cambia constantemente y que hay que adaptar.

Planificación del Alta de un usuario

La Planificación del Alta empieza en el momento en que el usuario ingresa a una instalación sanitaria.¹⁶ La planificación de las altas es un proceso que incorpora una valoración de las necesidades del paciente obtenidas de él mismo, de otras personas importantes para él y del propio equipo de asistencia, lo que se traduce en un plan para coordinar los recursos disponibles de forma que se cubran las necesidades del paciente.

La asistencia continuada se refiere al mecanismo por el cual el paciente es remitido desde un marco asistencial a otro. El objetivo de planificar el alta es la continuidad de la asistencia, que consiste en proveer unos servicios de asistencia sanitaria coordinados y sin fracturas. La planificación del alta es un proceso por el cual el personal de enfermería y el equipo interdisciplinario se coordinan para establecer que el paciente reciba de los servicios necesarios tras el alta para conseguir los objetivos que se pretenden con ella.¹⁷

La planificación eficaz del alta garantiza la continuidad de la asistencia desde el hospital al domicilio. Es preciso que el plan sea adecuado a las necesidades individualizadas de la familia, el niño/a, el hijo/a y prepare a los miembros de la familia para las necesidades de cuidados que tendrá en el hogar.

Desde el momento del ingreso la asignación de un equipo primario para que ayude a la familia contribuye a desarrollar una relación de confianza con el personal. Esto mejora la comunicación, la planificación precoz acelerará el alta.

Es necesario iniciar el aprendizaje precozmente para que la familia pueda asimilar la información, hacer práctica y formular preguntas, si las tiene. Los protocolos de aprendizaje han de ser detallados y completos e incluirán información por escrito para que la familia la utilice como consulta, una vez en el hogar.

La información estandarizada garantizará que cada miembro de la familia reciba la misma información esencial. En el proceso de aprendizaje es preciso incluir a varios miembros de la familia.

Se ofrecerán programas de transición para los padres. Se planificarán sesiones de educación con su intervención o se permitirá a los padres que permanezcan con su hijo/a en la unidad de cuidados intensivos (UCI) Esto aumenta la confianza y competencia de los padres. Al trasladarse al niño/a a un centro de segundo nivel permitirá que la familia permanezca más tiempo con el y facilita el aprendizaje en un ámbito diferente al UCI. Es preciso incluir a la familia en la formulación de todos los planes.¹⁸

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN
1) Edad	Periodo cronológico dividido en años desde el momento del nacimiento hasta el momento actual, permite identificar la etapa del ciclo vital.	Tiempo de nacido un individuo.	Dividido en rangos comprendidos entre: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 20- 29 años ➤ 30-39 años ➤ 40-49 años ➤ 50-59 años 	Cuantitativa Continua
2) Sexo	Característica anatómica y cromosómica según género.	Diferencia anatómica y cromosómica que hace a hombres y mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Femenino ➤ Masculino 	Cualitativa Nominal
3) Cargo que ocupa	Jerarquía que un individuo tiene en su lugar de trabajo.	Tarea a desempeñar en el lugar de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Licenciado Asistencial ➤ Licenciado Supervisor ➤ Licenciado Jefe 	Cualitativa Nominal
4) Tiempo de Egresado/A	Tiempo transcurrido desde que el individuo finaliza sus estudios al momento de la entrevista.	Periodo de tiempo expresado en años, meses, días. Etapa finalizada en los estudios del individuo que es entrevistado.	Dividido en rangos de años: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hasta 4 años ➤ 5 a 9 años ➤ 10 a 14 años ➤ 15 a 19 años ➤ Mas de 20 años 	Cuantitativa Continua

6) Formación continua en el área	Acciones formativas que se desarrollan para mejorar tanto las competencias y cualificaciones de los profesionales en formación.	Estudios realizados por el individuo. Estudios realizados en áreas específicas.	Posee o no título de especialización en el área pediátrica: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Cualitativa Nominal
6) Cursos de posgrado en el Área	Instancias de actualización o profundización profesional. Son espacios de exposición o discusión de un tema específico.	Accesibilidad a capacitación posterior a los estudios básicos.	Poseen o no título de posgrado en el área <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Cualitativa Nominal
7) Curso de formación dentro del servicio donde trabaja	Capacitación recibida dentro del servicio donde el individuo desarrolla sus tareas.	Accesibilidad a formación en el lugar de trabajo	Poseen o no curso de formación dentro del servicio donde trabaja <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Cualitativa Nominal
8) Existencia de plan de alta en la unidad.	Presencia de protocolo escrito de plan de alta factible de aplicar en el proceso de atención de enfermería.	Accesibilidad a un protocolo de alta.	Realización de plan de alta por parte de enfermería en el servicio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	Cualitativa Nominal
9) Motivos por los que no se realiza plan de alta en la unidad	Motivos que justifican y fundamentan la inexistencia de un plan de alta.	Razones por las cuales no hay protocolo de plan de alta.	Razones que cada licenciado expone sobre el motivo por el cual no se realiza plan de alía	Cualitativa Nominal

<p>ancia la ción de lan de or parte ulpo de tería</p>	<p>Mayor o menor interés en ejecutar un instrumento de enfermería al alta del paciente.</p>	<p>Accesibilidad al protocolo. Exigencia del servicio en su aplicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Muy importante ➤ Importante ➤ Poco importante ➤ Sin importancia 	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>istencia plan de a los ios con ulolitis</p>	<p>La accesibilidad o no de un plan de alta a los usuarios con bronquiolitis.</p>	<p>Posibilidad de los pacientes de recibir un plan de alta y estar informados al retirarse de un centro sanitario.</p>	<p>Consideración de la existencia de un plan de alta por parte del equipo de enfermería a usuarios con bronquiolitis</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No 	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>Motivos los que ría r plan a</p>	<p>Razones que justifican y fundamentan la existencia de plan de alta.</p>	<p>Opinión respecto a la existencia de un plan de alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disminuye el reingreso. ➤ Patología frecuente ➤ Informa de signos de alarma 	<p>Cualitativa Nominal</p>
<p>ilidad mentaci a un plan lta en el clo</p>	<p>Mayor o menor posibilidad de aplicar el plan de alta en el servicio.</p>	<p>Opinión respecto a la factibilidad de aplicación de un plan de alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si ➤ No ➤ No se 	<p>Cualitativa Nominal</p>

<p>14)Elementos que impedirían la aplicación de plan de alta</p>	<p>Obstáculos previstos o imprevistos para la aplicación del plan de alta.</p>	<p>Accesibilidad a los elementos necesarios para la correcta aplicación de un plan de alta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Falta de personal ➤ Exceso de trabajo ➤ Falta de personal capacitado ➤ Breve contacto con los adultos responsables 	<p>Cualitativa Nominal</p>
--	--	---	---	--------------------------------

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo

El tipo de investigación desarrollada es de tipo cuali-cuantitativa descriptiva retrospectiva de corte transversal.

Área y periodo de estudio

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial de Montevideo de mayo – noviembre de 2011.

Población de estudio

Todos los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial.

Herramientas utilizadas en el procesamiento y presentación de datos:

Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas realizadas al equipo de profesionales de enfermería.

El instrumento utilizado para recolectar la información fue un cuestionario con preguntas dicotómicas, de respuesta múltiple y abierta. (Anexo II).

Los datos obtenidos fueron presentados en forma de tablas uni-variadas con cálculo de frecuencia relativa porcentual con respectivo análisis, y gráficos de barra.

9. PRESENTACION DE DATOS

Fuente: Entrevistas realizadas a Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial.

Tabla 1: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según sexo.

SEXO	FA	FR%
Femenino	8	80%
Masculino	2	20%
TOTAL	10	100%

Como muestra la tabla número uno la población femenina supera ampliamente en porcentaje a la población masculina.

Tabla N° 2: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según edad.

EDAD	FA	FR%
20 – 29	6	60%
30 – 39	1	10%
40 – 49	1	10%
50 – 59	2	20%
TOTAL	10	100%

Respecto a la tabla número dos la distribución de los licenciados se concentra en mayor número en el rango etario comprendido entre los 20 a 29 años.

Tabla N°3: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según cargo que ocupa.

CARGO	FA	FR%
Lic. Jefe	1	10%
Lic. Supervisor	1	10%
Lic. Asistencial	8	80%
TOTAL	10	100%

Referente a los datos otorgados en la tabla número tres los recursos de Licenciados en enfermería son mayoritariamente con rol asistenciales (un ochenta por ciento).

Tabla N°4: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según tiempo de egreso.

TIEMPO DE EGRESO	FA	FR%
Hasta 4 años	6	60%
5 a 9 años	1	10%
10 a 14 años	0	0%
15 a 19 años	0	0%
más de 20 años	3	30%
TOTAL	10	100%

En relación al egreso de los Licenciados en Enfermería, la tabla número cuatro refleja que se ven en su mayor porcentaje menos de cuatro años. Únicamente el treinta por ciento de los mismos tiene más de 20 años.

Tabla N° 5: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según especialización en el área de pediatría.

ESPECIALIZACIÓN EN ÁREA DE PEDIATRÍA	FA	FR%
SI	2	20%
NO	8	80%
TOTAL	10	100%

En la tabla número cinco se muestra que un ochenta por ciento de los Licenciados no cuentan con cursos de especialización en el área de pediatría.

Tabla N° 6: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según grado de formación continua en el área.

CURSOS DE FORMACIÓN CONTINUA EN EL ÁREA	FA	FR%
SI	5	50%
NO	5	50%
TOTAL	10	100%

Respecto a la tabla número seis la mitad de la población no posee cursos de formación continua en el área.

Tabla N° 7: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según presenta curso de formación en el servicio.

PRESENTA CURSO DE FORMACION REALIZADO EN EL SERVICIO	FA	FR%
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%

En la tabla número siete el noventa por ciento de la población asistió a cursos de formación en el servicio.

Tabla N°8: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según realización de plan de alta.

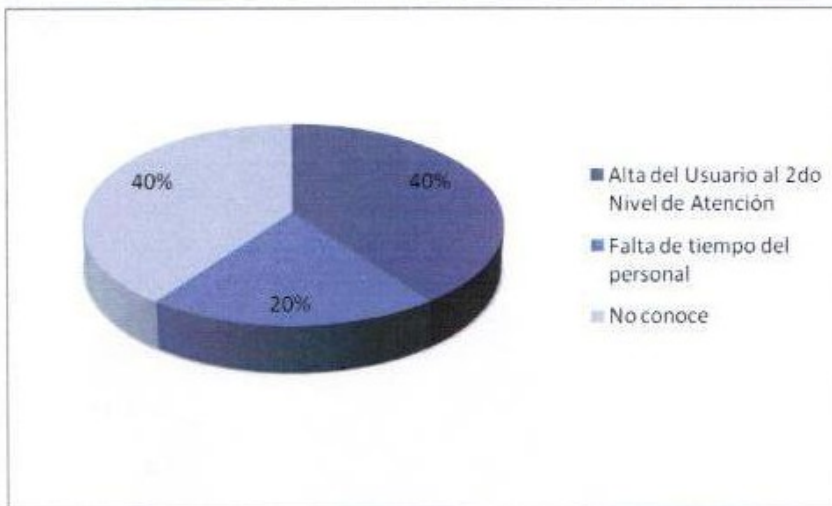
REALIZACIÓN DE PLAN DE ALTA POR PARTE DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO	FA	FR%
SI	0	0%
NO	10	100%
TOTAL	10	100%

En los datos obtenidos representados en la tabla ocho el total de los Licenciados consultados no realiza plan de alta el servicio.

Tabla 9: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según motivo por el cual no se realiza plan de alta.

MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZA PLAN DE ALTA EN EL SERVICIO	FA	FR%
Alta del Usuario al 2do Nivel de Atención	4	40%
Falta de tiempo del personal	2	20%
No conoce	4	40%
TOTAL	10	100%

Gráfico 1: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según motivo por el cual no se realiza plan de alta.

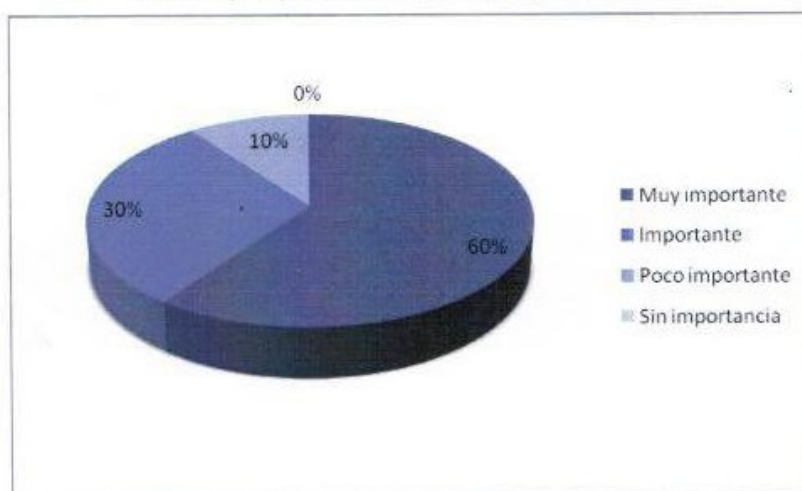


Según tabla número nueve y gráfico número uno, un cuarenta por ciento considera que no realiza plan de alta debido a que existe falta de tiempo y el paciente es derivado a un segundo nivel de atención.

Tabla N°10: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según como se considera la aplicación de un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería.

CONSIDERACION DE LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE ALTA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERIA	FA	FR%
Muy importante	6	60%
Importante	3	30%
Poco importante	1	10%
Sin importancia	0	0%
TOTAL	10	100%

Gráfico N°2: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según como se considera la aplicación de un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería.



En su mayoría los Licenciados consideran que el plan de alta es importante o muy importante en el servicio como se representa en la tabla número diez y gráfico número dos.

Tabla N°11: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según, si debería existir plan de alta por parte del Equipo de Enfermería a los usuarios con bronquiolitis.

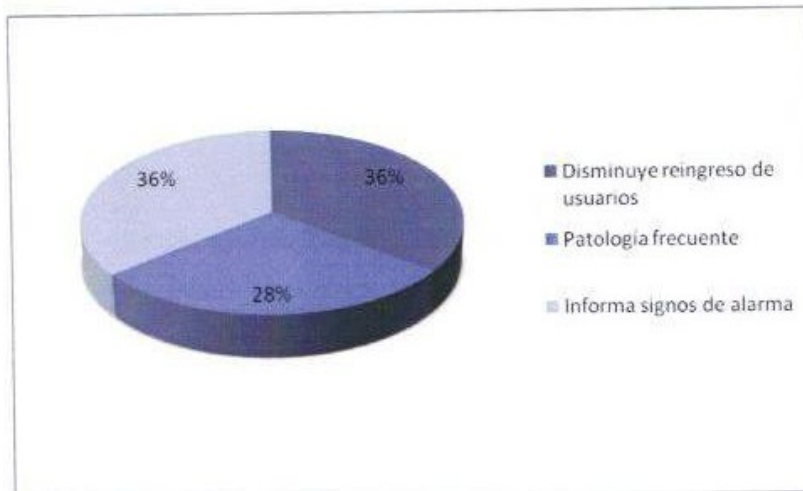
CONSIDERACION DE LA EXISTENCIA DE UN PLAN DE ALTA POR PARTE DEL EQUIPO DE ENFERMERIA A USUARIOS CON BRONQUIOLITIS	FA	FR%
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%

Un noventa por ciento de los Licenciados en Enfermería considera que debería existir un plan de alta en niños con bronquiolitis como muestra la tabla número once.

Tabla N°12: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según razones por las cuales debería existir un plan de alta para usuarios con Bronquiolitis.

MOTIVOS POR LOS QUE DEBERIA EXISTIR PLAN DE ALTA	FA	FR%
Disminuye reingreso de usuarios	5	35,71%
Patología frecuente	4	28,58%
Informa signos de alarma	5	35,71%
TOTAL	14	100%

Gráfico N° 3: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según razones por las cuales debería existir un plan de alta para usuarios con Bronquiolitis.

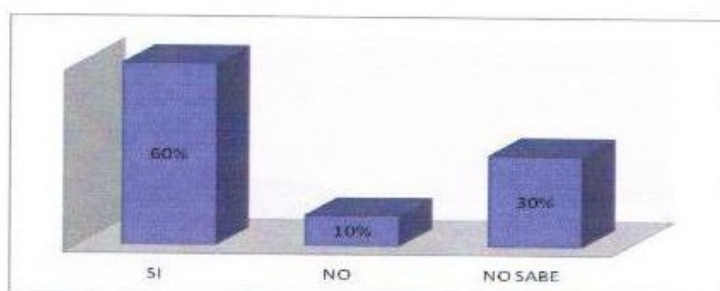


Según tabla número doce y gráfico número tres en similares proporciones la población lo considera importante por disminuir los reingrosos del usuario e informar sobre signos de alarma.

Tabla N°13: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según posibilidad de implementar un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería a los usuarios con bronquiolitis en el servicio.

REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE PLAN DE ALTA EN EL SERVICIO	FA	FR%
SI	6	60%
NO	1	10%
NO SABE	3	30%
TOTAL	10	100%

Gráfico N°4: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según posibilidad de implementar un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería a los usuarios con bronquiolitis en el servicio.

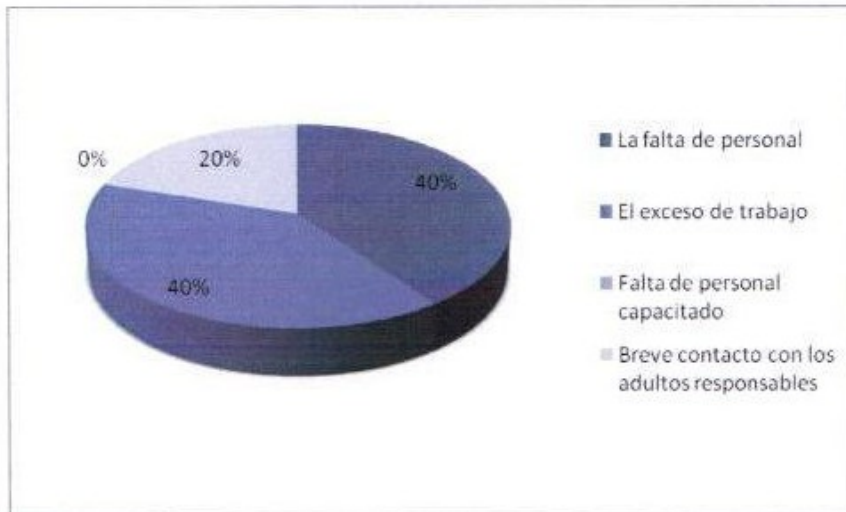


El sesenta por ciento de los Licenciados considera que es posible implementar un protocolo de plan de alta y un treinta por ciento no lo sabe según muestra tabla número trece y gráfico número cuatro.

Tabla N° 14: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según impedimentos para la aplicación de un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería a los usuarios con bronquiolitis en el servicio.

IMPEDIMENTOS PARA SU APLICACIÓN	FA	FR%
La falta de personal	4	40%
El exceso de trabajo	4	40%
Falta de personal capacitado	0	0%
Breve contacto con los adultos responsables	2	20%
TOTAL	10	100%

Gráfico N°5: Distribución de los Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Pediátrico según impedimentos para la aplicación de un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería a los usuarios con bronquiolitis en el servicio.



iguales proporciones los Licenciados consideran que tanto la falta de personal como el exceso de trabajo son impedimento para la aplicación del plan de alta, esto es lo que se muestra en la tabla número catorce y el gráfico número cinco.

10. RESULTADOS

Los datos obtenidos a través de las encuestas muestran que: en cuanto a la población de estudio, 10 Licenciados en Enfermería del Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) Neonatal y Pediátrico del Hospital Policial, un 80 % corresponde al sexo femenino, es una población con un promedio de edad de entre 20 a 29 años 60%.

El CTI cuenta con un Licenciado Jefe, un Licenciado Supervisor y 8 Licenciados Asistenciales.

En relación a los años de trabajo se destaca que el 60 % de la población tiene menos de 4 años de ejercicio de la profesión.

Con referencia a la formación académica, un 80% de la población no presenta especialización en el área de pediatría. El 50 % no ha realizado cursos de formación continua en el área, de los cuales un 90% tiene pensado realizarlo. Los cursos de posgrado que se destacan con el 50% son: Cuidados intensivos pediátricos y Atención al recién nacido de alto riesgo.

El 90% de la población realizó el curso denominado Cuidados y atención en el niño críticamente enfermo brindado por el servicio.

Tomando en cuenta la inexistencia del plan de alta en el servicio, el equipo de Enfermería cree que los motivos por los cuales no se aplican son que: el usuario es derivado a un segundo nivel de atención (40%), falta de tiempo del personal de enfermería (20%), no conoce el motivo por el cual no se aplica (40%).

El 60% considera muy importante la aplicación del plan de alta por parte de enfermería, un 30% importante y un 10% poco importante.

Con respecto a la existencia de un plan de alta a los usuarios con Bronquiolitis el 90 % cree que debería existir, un 10% que no.

Las razones que se destacan por las que deberían existir son: disminuiría los reingresos y así la incidencia de la patología (35,71%), serviría como herramienta para la familia para la detección de signos de alarma (35,71%) y ya que la Bronquiolitis es una patología frecuente (28,58%).

En cuanto a la existencia de un protocolo de plan de alta en el servicio el 60% de la población cree que se podría implementar, 10% cree que no y el 30% no lo sabe.

Los impedimentos para su aplicación son según en el 40% de los Licenciados debido a la falta de personal y el exceso de trabajo y el 20 % restante al breve contacto con los adultos responsables.

El 50 % de los Licenciados en Enfermería consultados consideran que ellos son los responsables de aplicar el protocolo de plan de alta y el otro 50% que la aplicación debería ser llevada a cabo en conjunto con el Auxiliar de Enfermería.

2. ANALISIS

Los Licenciados en Enfermería que desempeña su tarea en el servicio se encuentran en un rango etario que no excede los 30 años de edad, siendo esta una población joven que tiene la intención de realizar cursos y especializaciones en el área. La presencia de una rotación permanente en el servicio permite estimar que el equipo está en continua actualización, lo cual es un aporte importante para la prevención y promoción en salud.

A pesar de este interés en la formación profesional, no se ha incorporado el plan de alta como una herramienta de educación en la asistencia directa. El plan de alta comienza en el momento en que el usuario ingresa a la instalación sanitaria e incorpora a la familia en los datos para que se le de continuidad a los mismos en el domicilio, para lograr la socialización de la información, facilitar cambios de conducta y estilos de vida saludables.

Los profesionales de Enfermería reconocen su inexistencia y lo atribuyen a que el niño continúa el proceso de atención en el segundo nivel.

En el mismo existe un reconocimiento de los beneficios del plan de alta, siendo muy importante la implementación del mismo en los niños con bronquiolitis. Esta es una patología muy frecuente en el servicio y por ello los padres deberían ser educados para poder detectar signos de alarma y evitar el reingreso del niño con mayores complicaciones y riesgos.

Los Licenciados consideran además, que es factible de ser aplicado a pesar de que existen factores que dificultan la misma como la falta de personal y el exceso de trabajo.

La figura del Profesional de Enfermería aparece como principal promotor de salud, considerado responsable en conjunto con el auxiliar de enfermería de transmitir conocimientos al usuario y su familia, en todos los niveles de atención.

2. CONCLUSIONES

Los objetivos planteados inicialmente en esta investigación fueron cumplidos en cuanto se logró caracterizar la población conociendo los aspectos más relevantes que hacen a ésta. Se logró identificar los factores que favorecen o dificultan la aplicación del plan de alta en niños con bronquiolitis.

Las infecciones respiratorias como la bronquiolitis constituyen una de las causas de morbilidad y mortalidad con mayor frecuencia en el área pediátrica, que se refleja en los datos obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica y estadística, y que además fue respaldado por los datos obtenidos. La bronquiolitis es una de las enfermedades respiratorias más frecuentes con mayor prevalencia desde el mes de vida a los 5 años de edad, en los meses de invierno.

El Licenciado en Enfermería cumple un rol importante en el control y desarrollo de acciones que contribuyan a la mejora del estado de salud enfermedad.

El plan de alta es una herramienta muy importante en el proceso de atención de enfermería que debería ser iniciado al momento del ingreso del usuario y aplicado en cualquier nivel de atención a lo largo de su internación. Ello contribuiría a promover y reventar la salud de estos niños, evitando el reingreso a un tercer nivel.

Como medios que favorecen la aplicación de plan de alta en niños con bronquiolitis se encuentran: la disponibilidad del equipo, la totalidad de los profesionales consideran su importancia y beneficio en la promoción y prevención en salud, en su mayoría estiman conveniente la existencia del mismo.

Por el contrario existen factores que dificultan la aplicación del plan de alta entre ellos encontramos: la dinámica de trabajo, la falta de personal y el exceso de trabajo.

Dado que en el servicio en donde se llevó a cabo la investigación, la población es muy limitada sería de gran importancia extender la investigación a otros servicios; dado que el plan de alta de los usuarios forma parte esencial de su proceso salud enfermedad y por ende del proceso de atención de enfermería para la promoción y prevención de salud.

respecto a la población estudiada y los resultados obtenidos sería de importancia utilizar como herramienta las estrategias AIEPI en el plan de alta en los servicios.

Como el servicio no cuenta con un protocolo de plan de alta escrito ni verbal, proponemos la elaboración de un protocolo que sirva de guía durante el proceso de asistencia en donde se integra todo el equipo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MOLLA A, PASCALE I. "Investigación de virus respiratorios en niños menores de dos años hospitalizados por infección respiratoria aguda baja" Archivos Pediátricos del Uruguay [en línea] 2003 [fecha de acceso 11 de junio de 2011]; 74(3):176-181. URL disponible en: www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10490.pdf

MORON. "Tratado de Pediatría". 17ª Edición. Madrid: Editorial ELSEVIER; 2006.

PEREIRA M, GUALA M. "Virus Respiratorio Sincicial: identificación reiterada en niños". Archivos de Pediatría del Uruguay [en línea] 2007 [fecha de acceso: 11 de junio de 2011]; 78(4). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-007000400004&script=sci_arttext

PEREIRA A, PIREZ C. "Estrategia de atención de niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas". Revista Saude Publica [en línea] 2002 [fecha de acceso: 11 de junio de 2011]; 36(3):292-300. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10490.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, División de Epidemiología. Montevideo: Código J 20 Clasificación Internacional de Enfermedades. X revisión; 2010.

PEREIRA Y. "Alta en los hospitales de niños en Río de Janeiro: un estudio de los factores de los cuidados de enfermería al alta"; Monografía. Rio de Janeiro, sn, 1978. 120 páginas; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> PEREIRA

PEREIRA SANTOS A. "El alta hospitalaria: una visión de un grupo de enfermeras / alta hospitalaria: el punto de vista del grupo de enfermería". Revista Enfermera [en línea] enero 2007 [fecha de acceso: 16 de octubre de 2011]; 15 (1) :40-45. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?l=pt&script=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&next=1&n=lnk&exprSearch=14464&indexSearch=ID>

- ¹ WONG D. *"Enfermería Pediátrica"*. 4ta Edición; Madrid: Editorial Mosby / Dogma Libros; 1995.
- ⁷ UDELAR, FACULTAD DE ENFERMERIA. *"Plan de estudios 1993"*. Montevideo: Consejo Directivo Central; 1993.
- ¹⁰ PIREZ C, MONTANO, A. *"Atención Pediátrica. Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención"*. 7ma Edición. Montevideo: Oficina del Libro FEEMUR; 2008
- ¹¹ AGUIAR M. *"Tratado de Enfermería Infantil, Cuidados Pediátricos"*. 4ta Edición. Barcelona: Editorial Océano Mosby; 2003.
- ¹² ZURRO C. *"Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica"*. 4ta Edición. Madrid: Editorial Elsevier; 2003.
- ¹³ CIE. *"Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería"*. Ginebra: place Jean-Marteau; 2006. 1201
- ¹⁴ ZABALEGUI A. *"El rol del profesional en enfermería"*. Revista Rol [en línea] 2003 [fecha de acceso: 13 de julio de 2011]; Año 3, N° 3. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/33>
- ¹⁵ POKORSK S, MORAES M. *"Proceso de Enfermería: De la Literatura a la Práctica"*. Rev Latino-am Enfermagem [en línea] 2009 [fecha de acceso: 13 de julio de 2011]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/les_04.pdf
- ¹⁶ POTTER P. *"Fundamentos de Enfermería"*. 5ta Edición. Madrid: Editorial Elsevier Mosby; 2002.
- ¹⁷ BEARE P, MYERS J. *"Principios y Práctica de la Enfermería Medico quirúrgica"*. 2da Edición. Madrid: Editorial Mosby/Dogma Libros; 1998
- ¹⁸ CLOHERTY J. *"Manual de cuidados neonatales"*. 4ª Edición. Barcelona: Editorial MASSON; 2005.

4. BIBLIOGRAFÍA

GUIAR M. *Tratado de Enfermería Infantil, Cuidados Pediátricos*. 4ta Edición. Barcelona: Editorial Océano Mosby; 2003.

HEARE P, MYERS J. *Principios y Práctica de la Enfermería Médico quirúrgica*. 2da Edición. Madrid: Editorial Mosby/Dogma Libros; 1998

VERDA M. *Cuidados intensivos en pediatría*. Edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 1996.

IE. *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Ginebra: place Jean-Marceau; 2006. 1201

LOHERTY J. *Manual de cuidados neonatales*. 4ª Edición. Barcelona: Editorial MASSON; 2005.

FERRARI A, PIREZ C. *Estrategia de atención de niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas*. Revista Saude Publica [en línea] 2002 [fecha de acceso: 11 de junio de 2011]; 36(3):292-300. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10490.pdf>

HERNANDEZ SAMPIERI R. *Metodología de la investigación*. 4ta Edición. D F: McGrawHill; 2006

MACHADO M, GUALA M. *Virus Respiratorio Sincicial: identificación reiterada en niños*. Archivo de Pediatría del Uruguay [en línea] 2007 [fecha de acceso: 11 de junio de 2011]; Art. 78(4). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842007000400004&script=sci_arttext

MAURO Y. *Alta en los hospitales de niños en Río de Janeiro: un estudio de los aspectos de los cuidados de enfermería al alta*; Monografía. Río de Janeiro, sn, 1978. 120 p. ficha; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/iah/online/>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, División de Epidemiología. Montevideo: Código J 20 de la Clasificación Internacional de Enfermedades. X revisión; 2010.

ELSON. "Tratado de Pediatría". 17ª Edición. Madrid: Editorial ELSEVIER; 2006.

EREIRA DOS SANTOS A. "El alta hospitalaria: una visión de un grupo de enfermeras / alta hospitalaria: el punto de vista del grupo de enfermería". Revista Enfermera [en línea] febrero 2007 [fecha de acceso: 16 de octubre de 2011]; 15 (1) :40-45. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?iisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14464&indexSearch=ID>

INEDA E, CANALES F. "Metodología de la Investigación". 2da Edición. OPS Oficina Panamericana. 1994

IREZ C, MONTANO, A. "Atención Pediátrica. Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y prevención". 7ma Edición. Montevideo: Oficina del Libro FEEMUR; 2008

OKORSK S, MORAES M. "Proceso de Enfermería: De la Literatura a la Práctica". Rev Latino-am Enfermagem [en línea] 2009 [fecha de acceso: 13 de julio de 2011]; 17(3). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/es_04.pdf

OTTER P. "Fundamentos de Enfermería". 5ta Edición. Madrid: Editorial Elsevier Mosby; 2002.

RUZA F. "Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos". 3era Edición. Barcelona: Editorial Formas-Capitel; 2003.

PREMOLLA A, PASCALE I. "Investigación de virus respiratorios en niños menores de dos años hospitalizados por infección respiratoria aguda baja" Archivos Pediátricos del Uruguay [en línea] 2003 [fecha de acceso 11 de junio de 2011]; 74(3):176-181. URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10490.pdf>

ELAR, FACULTAD DE ENFERMERIA. " *Plan de estudios 1993*". Montevideo: Consejo Ejecutivo Central; 1993.

ONG D. " *Enfermería Pediátrica*". 4ta Edición; Madrid: Editorial Mosby / Dogma Libros; 1985.

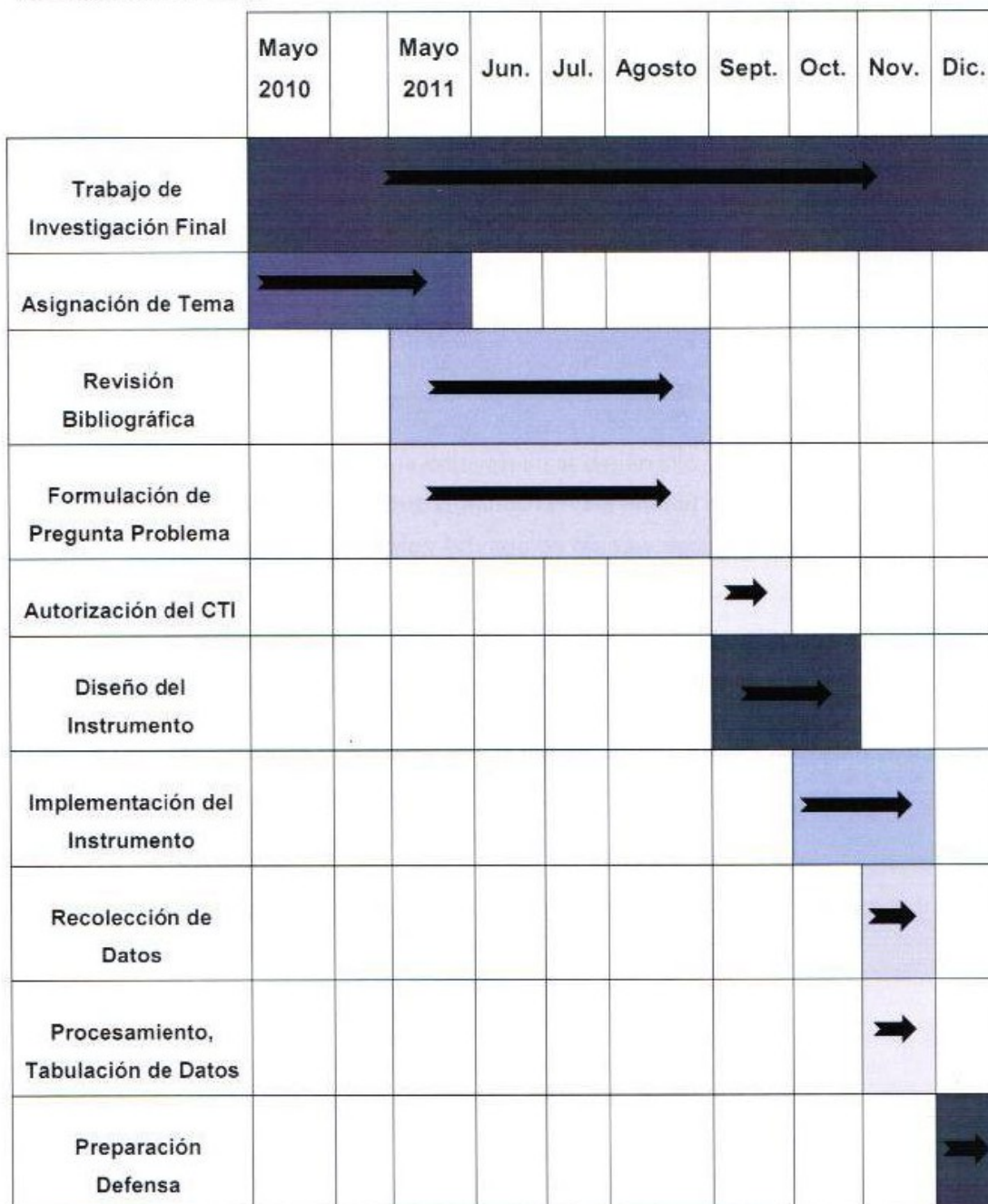
BALEGUI A. " *El rol del profesional en enfermería*". Revista Rol [en línea] 2003 [fecha de acceso: 13 de julio de 2011]; Año 3, N° 3. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/33>

ARRERO C. " *Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica*". 4ta Edición. Madrid: Editorial Elsevier; 2003.

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma de Gantt



ANEXO II

Instrumento de recolección de datos dirigido a Licenciados en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos del Hospital Policial.



Universidad de la Republica
Facultad de Enfermería
Trabajo Final de Investigación
Cátedra, Salud De Niño/A Y Adolescente



**“Factores que influyen en el desarrollo de un
Plan de Alta en niños/as con Bronquiolitis en una unidad de Cuidados Intensivos
Neonatal y Pediátrico Privado de Montevideo, año 2011”**

Somos estudiantes finalizando la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República nos encontramos realizando el trabajo de investigación final.

Este instrumento se elaboró con el fin de recabar información sobre la implementación de Plan de Alta en niños/as con bronquiolitis, consta de preguntas dicotómicas, de respuesta múltiple y abierta.

La información recabada únicamente se utilizara con el fin descrito con una conducta ética conforme a nuestro desempeño profesional.

1) Sexo	F	
2) Edad	M	
3) ¿Cuál es el cargo que usted ocupa?	Lic. Jefe/a	
	Lic. Supervisor/a	
	Lic. Asistencial.	
	otros:	
4) ¿Cuánto tiempo lleva de egresado/a?	Hasta 4 años	
	De 5 a 9 años	
	De 10 a 14 años	
	De 15 a 19 años	
5) ¿Cuenta con título de posgrado a nivel de especialización en el área de Pediatría?	Más de 20 años	
	SI	
6) ¿Ha realizado cursos de posgrado en el área?	NO	
	SI	¿Cuál?
7) ¿Ha recibido algún curso de formación dentro del servicio donde trabaja?	NO	¿Tiene pensado hacerlo? S/N
	SI	¿Qué temática?
8) ¿Se realiza plan de alta en el servicio en el que desarrolla su actividad?	NO	¿Le gustaría recibirla? S/N
	SI	¿Por qué cree usted que no la ha recibido?
9) ¿Cómo considera la aplicación de un plan de alta por parte del Equipo de Enfermería?	NO	¿conoce la razón
	Muy importante	
	Importante	
	Poco importante	
10) ¿Cree Usted que en el servicio debería existir plan de alta a los usuarios con bronquiolitis?	Sin importancia	
	SI	¿Por qué?
10.1) Si existiera un protocolo de plan de alta en el servicio, ¿cree usted que se podría implementar?	NO	¿Por qué?
	NO	¿Qué impediría su implementación?
		La falta de personal
		El exceso de trabajo
		Falta de personal capacitado
Breve contacto con los adultos responsables		
	NO SE	
11) De ser aplicado el protocolo:		¿Por quién cree usted que debe ser implementado?