



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

VALIDACIÓN TEÓRICA DE UN PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES POSTOPERADOS MÉXICO 2020

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

LEO. ANGÉLICA SOFÍA GARCÍA HUERTA

**DIRECTOR
DR. EN C.S RAFAEL ANTONIO ESTÉVEZ RAMOS**

**CODIRECTOR
DR. EN C.S IHOSVANY BASSET MACHADO**

**TUTOR ADJUNTO
DR. EN SP. JULIO FLORES VILLEGAS
VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO. ABRIL 2021**



CUVCH



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ESTADO DEL ARTE	4
Capítulo 1. El proceso quirúrgico.....	4
1.1 Periodos postoperatorios	6
Capítulo 2. Valoración de Enfermería	9
Capítulo 3.- Respuestas humanas alteradas de Margory Gordon	12
3.1. Patrón 1: Percepción de la salud	13
3.2. Patrón 2: Nutricional – Metabólico	16
3.3. Patrón 3: Eliminación	22
3.4 Patrón 4: Actividad y Ejercicio	27
3. 5. Patrón 5: Sueño y Descanso	31
3.6. Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.	33
3. 7 Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto	39
3. 8 Patrón 8: Rol – Relaciones.....	40
3. 9. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.....	41
3. 10. Patrón 10: Tolerancia al Estrés.....	43
3. 11. Patrón 11: Valores – Creencias	45
Capítulo 4. Modelos de plan de alta	47
4.1.- Modelos y teorías de Enfermería.....	49
4.2.1. Hildegard E. Peplau Teoría de las relaciones interpersonales	50



4.2.2 Virginia Henderson Teoría de las 14 necesidades	51
4.2.3 Faye Glenn Abdellah Teoría de 21 problemas de enfermería	52
4.2.4. Lydia Hall Modelo de esencia, cuidado y curación (Core, Care, Cure)	
54	
4.2.5. Joyce Travelbee Modelo de relaciones entre seres humanos.....	55
4.2.6 Ida Jean (Orlando) Pelletier Teoría del proceso de Enfermería	56
4.2.7 Florence Nightingale Teoría del entorno.....	57
4.3 Modelos enfermeros conceptuales	58
4.3.1 Dorothea E. Orem 1914 -2007. Modelo del autocuidado.....	59
4.4 Teorías en Enfermería	63
4.4.1 Afaf Ibrahim Meleis 1942- Presente. Teoría de las transiciones.	63
4.5 Filosofía de Enfermería.....	67
4.5.1 Patricia Benner. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la Enfermería.	68
Capítulo 5. Plan de Alta	72
5. 2. Investigaciones de plan de alta en Enfermería.....	74
Capítulo 6 .- Validación.....	78
6.1 Validación Teórica	83
6.2 Validez de contenido por juicio de expertos.	85
6.2 Alfa de Cronbach	86
6.3 Metodología NIPE	88



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	90
IV. JUSTIFICACIÓN.....	94
V. OBJETIVOS.....	97
VI. METODOLOGÍA	98
VII. RESULTADOS.....	103
VIII. DISCUSIÓN.....	136
IX. CONCLUSIÓN	141
X. BIBLIOGRAFÍA	143



I. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo terminal de grado aborda el tema de la validación teórica de un plan de alta en enfermería, entendiendo la validación como la manera de explorar en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, es decir, aquello para lo que ha sido diseñado, de tal forma que permita comprobar la utilidad de un instrumento; se pueden estimar validaciones de diferentes modos como son: validación de criterios, validación de constructos y contenido (Carvajal, *et al.*, 2011).

Para el caso de las ciencias de la salud, resulta de vital importancia contar con instrumentos validados por expertos del área por cuanto esto permite recopilar, analizar y mantener actualizada la información producto de las investigaciones clínicas. La validación debería ser, en todos los casos, la base científica mediante la cual se obtenga información confiable que garantice la calidad en el cuidado y permita emitir juicios clínicos sobre los planes de alta en enfermería.

De acuerdo con (Tixtha, *et al.*, 2014), el plan de alta de enfermería se puede entender como un documento legal, cuya elaboración conlleva un proceso dinámico de valoración, el cual resulta de suma importancia, ya que garantiza que tanto el paciente como el cuidador primario puedan realizar la transición del hospital al hogar, incluyendo la educación y la promoción a la salud; al mismo tiempo, el plan de alta de enfermería, de acuerdo a estos autores, funciona como un medio de comunicación con los diferentes niveles de atención sanitaria.



En el caso específico de la elaboración de un plan de alta para pacientes postoperados, se requiere de un proceso de enseñanza-aprendizaje que ayude a potenciar las competencias respecto a una situación actual de salud, con la finalidad de disminuir complicaciones, reingresos hospitalarios y aminorar la cantidad de inconformidades. Conviene considerar lo anterior a la luz de los datos que ofrece la Organización Mundial de la Salud la cual reporta que cada año se realizan en el mundo unos 234 millones de intervenciones de cirugía mayor.

El plan de alta para el paciente postoperado busca el empoderamiento del paciente en su autocuidado mediante el aprendizaje significativo, ya que una vez que es dado de alta, pasa por una etapa compleja de recuperación que requiere de cuidados en el hogar. Con el apoyo integral del plan de alta médico y el plan de alta de enfermería, se logra el objetivo de transición del cuidado del paciente en medio de un proceso de enseñanza-aprendizaje, a la vez de mejorar la comunicación con sus prestadores de servicio de salud.

La investigación de esta problemática se realizó con el interés de contribuir con la situación de un gran porcentaje de pacientes postoperados que son egresados del hospital presentando necesidades asociadas a patologías agudas de resolución quirúrgica o enfermedades crónico-degenerativas y a su vez, con un alto grado de dependencia para su autocuidado, lo que amerita una coordinación entre las redes de apoyo para garantizar los cuidados requeridos.



A partir de la revisión de la literatura se puede evidenciar que en México existen escasos estudios sobre el plan de alta, su aplicabilidad e implementación, así como tampoco existe un documento formal y estandarizado del plan de alta en enfermería que permita evaluar el impacto y trascendencia del empoderamiento del paciente para su autocuidado, respaldado en un modelo de enseñanza-aprendizaje enfermero.

En este sentido, la presente investigación tuvo como objetivo general validar teóricamente un instrumento de plan de alta de enfermería para pacientes postoperados, en el marco de los modelos y teorías en enfermería. La investigación se realizó en dos etapas: la primera, consistió en una revisión bibliográfica exhaustiva sobre planes de alta, respuestas humanas alteradas, modelos de enfermería, cuidados específicos para pacientes postoperados y, posteriormente, se desarrolló la propuesta de plan de alta en enfermería, gestionando la validación con técnica Delphi. Esta última, a cargo de profesionales de enfermería expertos en áreas clínicas, en investigación y en validación de contenido para la posterior aplicación del Alfa de Cronbach.

En la segunda etapa, se realizó el análisis factorial de los resultados estadísticos del plan de alta para paciente postoperados.



II. ESTADO DEL ARTE

Capítulo 1. El proceso quirúrgico

El profesional de enfermería juega un papel importante para el cuidado del paciente que amerita tratamiento quirúrgico en todas las etapas perioperatorias. El paciente es visto desde todas las esferas bio, psico, social y espiritual. Esto facilita una atención holística, incluyendo la etapa del postoperatorio mediato, donde el paciente que fue sometido a tratamiento quirúrgico necesita participar en el proceso enseñanza-aprendizaje para, posteriormente, llevar a cabo su cuidado en el domicilio, realizando así, una transición y adecuación de su entorno y cuidado en el hogar con ayuda de un plan de alta de enfermería.

Para una mejor comprensión de este contexto a nivel conceptual, se hizo necesario retomar las definiciones de paciente quirúrgico y proceso quirúrgico los cuales se describen a continuación:

En palabras de Nerea (2018), el paciente quirúrgico es descrito como la persona que previo a un diagnóstico médico, es candidato a una intervención quirúrgica para resolver su problema de salud, esta intervención puede tener fines diagnósticos: de reparación, de exploración o reconstrucción; dependiendo de las respuestas humanas que se encuentren alteradas por el proceso patológico que cursa.

Asimismo, Nerea (2018) considera el proceso quirúrgico como aquel que sucede a todo paciente que es sometido a una intervención quirúrgica, y que, además, cursa una serie de características y situaciones comunes donde se debe



tomar en cuenta sus particularidades, su estado de salud, así como el tipo de intervención quirúrgica a través de cuidados continuos. Este se encuentra dividido en tres momentos bien diferenciados (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio) y cuyo éxito dependerá de la correcta actuación de cada profesional del equipo de salud en cada una de ellos.

El periodo perioperatorio comprende desde que el paciente es diagnosticado con alguna patología que amerita tratamiento quirúrgico, hasta el momento que es dado de alta por parte del servicio que realizó el tratamiento, incluyendo el tiempo de rehabilitación que el paciente necesite.

Citando a Ubé (2006) el informe de enfermería del alta hospitalaria es considerado como “un documento de vital importancia para garantizar la continuidad de los cuidados, ya sea a través de otros profesionales sanitarios como del propio paciente y/o cuidador principal” (p.11). Según este autor, la intervención del profesional de enfermería inicia con la identificación de necesidades de acuerdo a la condición física, patológica y social del usuario y familia, desde el ingreso hasta el momento del egreso, para ir elaborando un plan de continuidad asistencial al paciente.

La respuesta física del paciente ante la intervención depende de su estado físico, de la edad y de la magnitud de la intervención. La manera en que éste afronte psicológicamente el proceso, dependerá del conocimiento previo, experiencias quirúrgicas y de la forma en que pueda resolver los acontecimientos que provocan estrés.



1.1 Periodos postoperatorios

El periodo postoperatorio inicia cuando termina el acto quirúrgico y continúa la atención en el área de recuperación, posteriormente pasa al área de hospitalización y egresa del hospital continuando con sus cuidados y tratamiento en el hogar. Este periodo comprende desde la etapa de rehabilitación hasta que el paciente es dado de alta.

De acuerdo con Amo *et al.* (2009), durante toda la etapa del postoperatorio los cuidados de enfermería se centran en restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, a través del manejo del dolor, la detección de respuestas físicas a los signos de alarma, así como prevenir posibles complicaciones. Al mismo tiempo, incluye la enseñanza de los cuidados necesarios que el paciente debe realizar en su domicilio.

Teniendo en cuenta a Le Mone (2009), el periodo postoperatorio puede dividirse en 2 fases:

- **Postoperatorio inmediato:** en esta fase se detectan cambios significativos de las respuestas humanas; suele durar entre 2 a 4 horas. Este periodo tendrá lugar en la unidad de recuperación desde que el paciente sale de quirófano hasta que se estabiliza su estado fisiológico y se recupera totalmente de los efectos residuales anestésicos de la cirugía. Puede ser necesario que el paciente requiera orientación constantemente en cuanto tiempo, lugar y espacio, y una vez que se estabilice, ya podrá ser trasladado al área de hospitalización.



A decir de Le Mone (2009), durante la etapa de posoperatorio inmediato es necesario vigilar algunos parámetros que resultan indispensables para realizar una valoración y detectar oportunamente las complicaciones. De ahí, la importancia de observar los signos vitales, el nivel de conciencia, estado emocional, la coloración, temperatura, malestar, dolor, la presencia de náuseas o vómito, las pérdidas insensibles, la misma herida quirúrgica, los drenajes y la diuresis. En palabras del mismo autor, el profesional de enfermería debe valorar al paciente cada 15 minutos la primera hora después de la cirugía, posteriormente, cada 30 minutos las siguientes dos horas y cada hora por las siguientes 4 horas. Se realizará cada 4 horas una valoración, dependiendo las respuestas humanas del paciente.

- ⇒ El periodo **postoperatorio tardío**, es la fase dónde se da la resolución y curación. Tiene lugar ya sea en el área de hospitalización o en un área de cuidados especiales. Se espera que sea en este período dónde queden resueltas alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas, además de los desequilibrios asociados a la cirugía, la anestesia y la curación, al igual que el manejo del dolor hasta llegar al egreso hospitalario que va acompañado de cuidados domiciliarios y en algunos casos, de rehabilitación.

La fase de postoperatorio tardío cobra importancia, debido a que es el momento en el que se puede incidir con un plan de alta de enfermería, el cual sería proporcionado al paciente de forma escrita.



El plan de alta de Enfermería se entrega al paciente de forma verbal y escrita, ya que en esta fase de transición del cuidado del hospital al hogar hay una laguna de cuidado y supervisión. En México, particularmente, no se documenta, siquiera, si un paciente necesita rehabilitación; tampoco hay registro de enfermería sobre como es el progreso del paciente durante el periodo de recuperación ni sobre su incorporación nuevamente a su vida diaria.



Capítulo 2. Valoración de Enfermería

Una manera de garantizar cuidados de calidad y estandarizar lineamientos bajo los cuales el profesional de enfermería puede llevar a cabo sus actividades, es a través del proceso de atención de enfermería (PAE), el cual implica la aplicación del método científico durante la práctica asistencial de la enfermería. El proceso enfermero comprende cinco etapas que a continuación se mencionan: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La valoración es el primer paso del proceso de atención de enfermería. Reyes (2017) lo define como “un proceso planificado, sistemático, continuo que se ocupa de la recolección de datos e interpretación de información, de tal manera que a través de la valoración es posible determinar la situación de salud y la respuesta que las personas dan a esta”(p.39). La valoración permite recoger todos los datos del paciente, realizar observaciones fiables, obtener datos relevantes para identificar las respuestas humanas alteradas así como distinguir y priorizar las intervenciones. Para ello el profesional de enfermería debe poseer un amplio conocimiento en fisiología, fisiopatología, ciencias sociales, farmacología, y sobre todo, ser muy observador para detectar cambios fisiológicos y respuestas humanas que pudieran alterarse en el paciente postoperado.

En la etapa de valoración se desarrolla el pensamiento crítico mediante el análisis de la información obtenida; se procede a verificar y analizar para posteriormente emitir juicios para realizar los diagnósticos enfermeros y poner en marcha los cuidados.



La valoración del paciente postoperado se da a través de los datos relacionados con las necesidades, problemas de salud y las respuestas humanas que se pudieran ver afectadas. “En la labor de la enfermera(o), se ve sintetizado el conocimiento, la experiencia, los estándares y actitudes de pensamiento crítico, simultáneamente, cada vez que lleva a cabo en una persona o cliente la valoración en un paciente” (Potter y Perri, 2005, p.302)

Siguiendo la línea de pensamiento del autor mencionado, el profesional de enfermería, a través del pensamiento crítico, formula interrogantes relevantes durante la exploración física, que a su vez deriva de la experiencia y el cúmulo de conocimientos que adquiere desde la formación académica y de sus actitudes cómo profesional de la salud.

Potter y Perri (2005 consideran que la valoración del paciente debiera ser mediante un enfoque completo que vaya de lo general a lo particular, o de acuerdo a la propuesta de Gordon y los patrones funcionales. Un enfoque innovador para la valoración podría ser el que va orientado al problema. Es justamente, bajo este último enfoque que se orientó el plan de alta en el presente trabajo.

Una vez analizados los datos de la valoración será posible identificar los modelos y propuestas a la luz de las teorías de enfermería que proporcionen información para mantener o mejorar el estado de salud del paciente.

La valoración es el eje medular para poder realizar un plan de alta, ya que, desde el primer contacto con el paciente, el profesional de enfermería realizará una valoración minuciosa y detectará respuestas humanas alteradas que precisarán cuidado posterior a la hospitalización y del procedimiento quirúrgico, así como también el modo en que se desarrollará el vínculo de enseñanza con el paciente y el cuidador primario.



De acuerdo con Amaro (2004), no solo se trata de valorar el reflejo de objeto para el sujeto, sino además su concienciación, la asimilación de la relación entre las necesidades propias y los objetos que las satisfacen.



Capítulo 3.- Respuestas humanas alteradas de Margory Gordon

Con respecto a lo documentado por Alligood (2015), dentro de la disciplina de enfermería surgió el interés por la búsqueda de conocimiento especializado, lo cual llevó a las eruditas en enfermería a identificar la necesidad de teorías para guiar la investigación, la educación, la administración y la práctica profesional.

De acuerdo con este autor, la valoración es de vital importancia y trascendencia pues permite conocer respuestas a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que pueden ser tratados bien sea por enfermería o por un equipo multidisciplinario; la valoración da pie a que pueda desarrollarse la siguiente etapa del proceso de atención: la etapa de diagnósticos de enfermería.

Estévez (2019), conceptualiza las respuestas humanas como “la reacción del organismo ante un agente externo e interno” (p.1), una manera de ejemplificar lo argumentado por el autor sería a través de la fisiología, donde un estímulo interno podría ejemplificarse con un impulso eléctrico que proviene del nodo sinusal para desencadenar en el latido cardíaco, mientras que un agente externo puede ejemplificarse con la manipulación de los tejidos cardiacos ante una cirugía de tórax.

En la opinión de Le Mone (2009), la valoración se convierte en una herramienta fundamental para los profesionales de enfermería, por cuanto permite recolectar la información necesaria a través de la exploración física, la valoración psicológica, sociológica y espiritual, de tal forma que se puedan evaluar las necesidades asistenciales de cada paciente de manera individualizada.



En la propuesta teórica de Marjory Gordon (1987) sobre patrones funcionales, se contemplan todos los comportamientos del individuo con respecto a su salud y calidad de vida, de tal manera que permita una valoración sistemática, a la vez de obtener datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y del entorno) de una manera ordenada y centrada en la atención de los 11 patrones funcionales de salud.

3.1. Patrón 1: Percepción de la salud

Es importante reconocer la forma en que se pueden evaluar o ejecutar los 11 patrones funcionales que derivan de la propuesta de Gordon. En el siguiente apartado, algunos autores profundizan sobre las características de cada patrón. Se rescatan dentro del primer patrón, 3 componentes que a continuación se mencionan:

De acuerdo a la línea de pensamiento de Amezcua (2016), el conocimiento acerca del problema de salud es esencial para aquel paciente que será sometido a un tratamiento quirúrgico. Este a su vez puede estar influenciado por factores tanto intrínsecos como extrínsecos. Entre **los intrínsecos** al paciente y la familia, se encuentra **el deterioro perceptivo**, por lo que se debe realizar una valoración cognitiva primaria, donde se tomen en cuenta los factores estresantes tales como: el medio hospitalario, los procedimientos y rutinas desconocidas por el paciente.



Además, la tecnología aplicada a la persona y la multi-invasión en el periodo de recuperación, por ejemplo, los accesos vasculares, drenajes, sondas, vendajes o casos más radicales como aquellas personas a las que les fue practicada una amputación, por mencionar algunas. En una segunda evaluación por parte del profesional de enfermería, debería explorar el estado cognitivo, donde se contemplan las experiencias previas, creencias, valores y la capacidad de recursos con los que cuenta el paciente.

Con respecto a **los factores extrínsecos** del paciente y la familia, se expresan en la falta de recursos externos o la escasez de conocimiento para el cuidado domiciliario.

Otro de los de los aspectos a considerar en este patrón es el tratamiento farmacológico ya que es imprescindible en las instituciones hospitalarias. A decir de Cháfer *et al.* (2009), existe un primer paso en la terapia farmacológica de acuerdo a lo establecido en las guías clínicas con respecto a la farmacoterapia perioperatoria. Generalmente, se hace uso de antibióticos, antitrombóticos, analgésicos y antieméticos en estos pacientes. De acuerdo a este autor, la profilaxis antibiótica se realiza con la finalidad de eliminar agentes patógenos que hayan causado resistencia aún con la asepsia perioperatoria. Para el caso de las cirugías limpias con material protésico o en las cirugías contaminadas, se debe administrar el antibiótico profiláctico de 30-60 minutos antes de iniciar con la incisión quirúrgica.

Estos investigadores encontraron que la movilización temprana del paciente concomitante a la administración de trombolíticos profilácticos, puede disminuir el riesgo de complicaciones trombo embólicas perioperatorias en más del 70%. Según ellos, los procedimientos de cirugía mayor, así como el control del dolor perioperatorio está relacionando con complicaciones cardiovasculares,



trombosis venosa profunda, embolias pulmonares, gastrointestinales, infecciosas y neuroendócrinas. De ahí, la importancia de llevar a cabo las medidas profilácticas perioperatorias, centrando la atención en los antecedentes del paciente y la previa valoración del patrón percepción de la salud.

Todas las complicaciones del paciente postoperado afectan su calidad de vida, interfieren con el tratamiento rehabilitador, aumentan la estancia hospitalaria, originan reingresos y pueden predisponer al dolor crónico así como aumentar las quejas de los pacientes por los servicios de salud recibidos.

Quispe (2017) por su parte, reconoce que el **autocuidado** del paciente postoperado debería ser llevado, en primera instancia, por la misma persona y en el caso en que no tuviese la fuerza o voluntad suficiente para hacerlo, habría la necesidad de un cuidador primario que sería el responsable de impartir cuidado en el domicilio y a su vez promovería la reintegración gradual de la persona a las actividades cotidianas con el propósito de generar una mejora en su estilo y calidad de vida.



3.2. Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Es importante tomar en cuenta la relevancia del patrón nutricional-metabólico en la teoría de Gordon, por cuanto aporta pautas de actuación en enfermería en relación con la dieta en pacientes postoperados, las complicaciones primarias y en instancias mayores, las complicaciones de órganos y sistemas que pudieran presentarse. Por esta razón, se hace hincapié en el estado nutricional y metabólico del paciente postoperado y sus necesidades nutricionales.

Tomar en cuenta la **dieta específica para pacientes postoperados** cobra importancia al considerar el estado nutricional del paciente hospitalizado y la relación que guarda con su proceso clínico, pues, como mencionan Lino y Vazquez (2018), los procesos patológicos en estos pacientes dependen en gran parte de la nutrición. Se ha encontrado mayores índices de morbilidad y mortalidad, complicaciones agregadas como neumonías, sepsis y úlceras de decúbito que complican y hacen tardía la cicatrización de heridas, incrementando de esta manera el tiempo de estancia hospitalaria.

En palabras de estos autores, mantener un aporte nutricional adecuado, balanceado y específico para paciente quirúrgico, marcará la diferencia y contribuirá a la pronta recuperación en un lapso menor, mejorando así no solo la calidad de vida, sino también el estado de ánimo.

Tal y como lo señalan Lino y Vazquez (2018), **la alimentación** forma parte de las necesidades básicas en toda persona. La definen cómo un conjunto de



fenómenos involuntarios, que se dan después de la ingesta de los alimentos como: la digestión, la absorción y la asimilación de éstos en las células del organismo. De acuerdo con estos autores, la alimentación comprende un conjunto de actos que son voluntarios y conscientes, de tal manera que van dirigidos a la elección, preparación e ingesta de los alimentos y son determinados en gran parte por el contexto sociocultural y económico en el que se desenvuelve la persona. Es así, como se adquieren los hábitos dietéticos y en consecuencia, los estilos de vida. Hablar de alimentación nos lleva a hablar, en un sentido más amplio, sobre la nutrición.

Existen, además, algunas complicaciones o trastornos dentro de la alimentación que resulta importante mencionarlos. Torres *et al.* (2016) ofrecen una aproximación al fenómeno de la **anorexia**. Se entiende como un trastorno psiquiátrico; su característica principal es la restricción en la ingesta de alimento con la finalidad de perder peso hasta llegar a un peso muy inferior de los parámetros normales. Esta se acompaña de una distorsión en la manera de percibir el cuerpo y el peso, así como de la negación a la delgadez extrema. Considerar la anorexia en pacientes vulnerables a la misma durante un proceso quirúrgico resulta determinante en la realización o no del procedimiento y las medidas de precaución que deben tomarse en cuenta en pacientes con estados patológicos como este, pues el proceso quirúrgico en sí depende de la adecuada valoración del estado nutricional del paciente.

En el patrón nutricional existen algunas alteraciones que pueden presentarse durante el periodo postoperatorio, **las náuseas** es una de ellas. Se trata de la sensación que se tiene justo antes de vomitar y puede preceder al vómito o simplemente, aparecer de forma aislada. Hay avances de vasto alcance en la anestesiología, pero a pesar de esto, todavía se siguen presentando



náuseas y vómitos en el postoperatorio. Existe una incidencia que oscila entre el 4,6% y el 49% de la presencia de náuseas en pacientes postoperados.

En la misma línea de alteraciones se encuentra el **vómito**, comúnmente llamado emesis. Se presenta como la expulsión violenta y espasmódica del contenido estomacal a través de la boca. El tipo de cirugía realizada puede influir en gran parte en la presencia del vómito, se identificó que los pacientes llevados a procedimientos por laparoscopia tienen mayor incidencia de vómito, comparados con aquellos a los que les fue practicada cirugía abierta o endoscópica, mientras que donde mayormente se encontró presencia de vómito fue en los procesos quirúrgicos realizados por otorrinolaringología, maxilofacial y cirugía general. (Gempeler *et al.*, 2016)

Es necesario tomar en cuenta las alteraciones que se presentan en el patrón nutricional, pues, gran parte de la recuperación oportuna de los pacientes depende del tipo de alimentación que puedan llevar y el adecuado aporte nutricional según los requerimientos exigidos en todo el proceso quirúrgico.

Otro aspecto importante dependiente de patrón nutricional es el **proceso de cicatrización**. Se puede entender como una respuesta que tiene el cuerpo ante una lesión, y puede ocurrir en cualquier sitio. Esto se debe a que el hueso tiene la capacidad única de repararse por sí mismo, al igual que el hígado puede regenerarse.

Para poder comprender mejor el proceso de cicatrización es necesario se retome la **cascada de la coagulación** y sus fases. (Romero, 2016), describe la primera fase de inflamación: como la respuesta celular y vascular donde se inicia la hemostasia, con una liberación de colágeno y la degranulación plaquetaria,



formando un trombo y dando inicio a la activación de la cascada de coagulación, procediendo a la activación de protrombina y fibrinógenos para formar el coágulo que servirá de hemostasia del lecho quirúrgico. Este sirve como un debridador de bacterias y células que invaden la herida. El proceso dura alrededor de 7 días. Se continúa con la fase de proliferación la cual facilita la migración celular y el fibroblasto para lograr una herida limpia, condes aplanados para cubrir la lesión. Por último, se entra a la fase de remodelación, esto es cuando se forma la cicatriz madura.

La literatura descrita nos brinda claridad sobre lo que implica la **herida quirúrgica** y el proceso por el que transita. Esto permite prever los cuidados de la herida quirúrgica los cuales deben llevarse a cabo 24 horas posteriores a la cirugía, por lo menos una vez al día. Es muy importante que el profesional de enfermería tome en cuenta las medidas de precaución estandarizadas para realizar la curación de la herida quirúrgica, así como instruir al paciente o al cuidador primario de cómo debe aplicar las reglas de antisepsia y si fuera necesario, el uso de antisépticos con la finalidad de evitar complicaciones y reingresos hospitalarios.

En palabras de Nerea (2018), se debe prestar particular atención en brindar toda la información al paciente sobre el cuidado de la herida y su seguimiento con medidas que favorezcan la cicatrización, haciendo hincapié en las respuestas físicas o complicaciones que pudieran presentarse en el proceso de cicatrización como son la localización, tamaño, estado de la piel y los signos de infección como aumento de calor, dolor, inflamación, tumefacción, presencia y característica del exudado.



Complicaciones de la herida quirúrgica.

El estado nutricional en el que se encuentra el paciente es determinante en gran parte sobre las posibles complicaciones que pudiese tener una vez llevado el acto quirúrgico. Entre las más frecuentes se encuentra la **infección de la herida quirúrgica**, que puede desencadenar una serie de problemas clínicos de gran gravedad, ya que puede llegar a la propagación sistémica, produciendo septicemia e incluso choque séptico. De acuerdo a la apreciación de Nerea (2018), estas infecciones ocupan el segundo lugar con mayor incidencia en los hospitales y suponen un aumento importante en la morbilidad, mortalidad, en los costos y la atención hospitalaria. En este sentido, es vital la vigilancia y valoración por parte del personal de enfermería de manera activa y continua ante la aparición de cualquier signo o síntoma relacionado con la infección de la herida, tanto durante la estancia hospitalaria como durante su egreso, de tal manera que favorezca la obtención de un diagnóstico y tratamiento oportuno y efectivo.

Siguiendo con las consideraciones del mismo autor, la infección de la herida quirúrgica se asume como multifactorial debido a la realización de procedimientos complejos como los trasplantes, la inmunidad a antibióticos, o a causa de factores dependientes del paciente, el estado inmunológico del paciente, los hábitos nocivos el consumo de sustancias estupefacientes, enfermedades de base crónica degenerativas, edad avanzada (incluyendo los grupos más vulnerables niños y adultos mayores), infecciones recurrentes, estado de nutrición u obesidad, uso de tratamientos habituales, niveles de glucemia y la fluida terapia administrada al paciente.

Según los estudios realizados por Nerea (2018), existen diversos **factores dependientes del acto quirúrgico**, entre los que se mencionan: el tipo de cirugía (ya sea limpia o contaminada), la duración, el plano anatómico y la técnica



quirúrgica con la que se aborda, además de factores como el medio ambiente y los circuitos con los que cuenta el quirófano e instrumental utilizado, así como el personal sanitario, quedando lo anterior plasmado en la hoja de tiempo fuera.

En cuanto a la presencia de infecciones y complicaciones Nerea (2018), ha documentado la **infección profunda de la herida**, la cual se presenta dentro de los 30 días postoperatorios, si no hay presencia de implantes definitivos, o hasta de un año cuando hay un implante relacionado con la cirugía. Este tipo de infección se caracteriza por involucrar a tejidos blandos y profundos, lo que es conocido como la fascia y los planos musculares, excluyéndose de las infecciones que comprometen solamente el plano superficial y profundo o aquellas de órgano y espacio que drenen a través de la incisión. Bajo otras características encontramos la **infección de órgano y cavidades**, la cual se presenta 30 días después de la cirugía cuando no hay implante definitivo o dentro de un año si lo hubiera. Este tipo de infección involucra también cualquier sitio anatómico diferente a la incisión como lo son los órganos y cavidades profundas: es el caso de la pleura, el peritoneo, el espacio aracnoides, por mencionarlos de ejemplo, que fueron manipulados durante la intervención quirúrgica.

Otra de las complicaciones que el mismo autor menciona es la **dehiscencia de la herida quirúrgica** que se presenta mayoritariamente en las cirugías abdominales; consiste en la separación parcial o total de los bordes de la herida. En algunos casos, puede estar acompañada de una eventración, es decir, la separación de los bordes de la herida, pero con salida de órganos o asas intestinales lo que provoca una complicación de gran severidad. Usualmente, se espera que esta complicación se presente dentro de las dos primeras semanas del postoperatorio, generalmente entre el quinto y décimo día y su causa puede ser múltiple, desde el pronto retiro de las suturas, el debilitamiento o mala colocación de las suturas o el no afrontar los bordes del lecho quirúrgico.



Según lo mencionado, la dehiscencia está mayormente relacionada a enfermedades crónico-degenerativas o a casos con trastornos nutricionales y metabólicos como la obesidad y la desnutrición. En algunas ocasiones está acompañada de hipertermia y de datos evidentes de separación de los bordes de la herida quirúrgica.

3.3. Patrón 3: Eliminación

La eliminación es un patrón que se puede ver modificado o afectado en el proceso quirúrgico. A continuación, se detallan algunos conceptos claves bajo los cuales se pueden valorar las necesidades de los pacientes en el proceso perioperatorio.

De acuerdo con Nerea (2018), **la eliminación urinaria** es la capacidad que tiene el sistema urinario para filtrar los productos de desecho, además de conservar solutos y extraer-eliminar la orina de forma saludable. Para fines del periodo postoperatorio la eliminación urinaria debe valorarse ya que suele presentarse micción espontánea de 6 a 8 horas después de la cirugía. En ese caso se deberá valorar las características de la orina, vigilar la hematuria y cuantificar el volumen urinario si se sospecha de retención urinaria. Además, es necesario palpar y evaluar la presencia de globo vesical y, en una última instancia, la viabilidad de colocación de sonda transuretral.

La **retención urinaria** puede presentarse como una complicación del postoperatorio. Se manifiesta por la imposibilidad de miccionar y la falta de vaciamiento vesical; se puede presentar en algunos pacientes por la pérdida de sangre durante la cirugía, también lo condicionan los fármacos anestésicos, o



por traumatismo causado durante la colocación de sonda vesical. Para evaluar el balance hídrico en los pacientes postoperados se debe tomar en cuenta la micción que presente de 6 a 8 horas posteriores a la cirugía, en caso de que no fuera así, debe sospecharse de posible globo vesical que usualmente va acompañado de dolor.

Una de las medidas que se pueden tomar para llevar el control de eliminación urinaria es el **sondaje vesical**. Este consiste en un cateterismo que se lleva a cabo a través de la introducción de una sonda por el meato urinario, recorre la uretra y llega hasta la vejiga. Su finalidad puede ser la introducción de alguna sustancia (solución fisiológica, medicamentos o algunos citotóxicos) para drenar la orina; esta técnica debe llevarse a cabo con medidas de asepsia, ya que la cavidad a la que se introduce se encuentra estéril en condiciones normales (Medinabeitia ,2016)

Retomando las ideas y conceptos de Nerea (2018), se hace necesario considerar el **manejo de la eliminación urinaria** en los pacientes postoperados, valorando los signos y síntomas de retención urinaria y al mismo tiempo, estar al tanto de la micción o del gasto urinario por sonda si fuera el caso. Se espera que presente micción en las primeras 6-8 horas y se debe evaluar la cantidad y sus características, por ejemplo, si está concentrada, presenta hematuria y en algunas ocasiones será necesario la reposición de líquidos.



Dentro del patrón de eliminación también menciona la **eliminación intestinal**, señalando que debido al ayuno en el que permanece el paciente antes y después de la cirugía, se generan cambios en su patrón normal de eliminación que usualmente se acompaña de disminución del peristaltismo y el reposo indicado ocasionado por los fármacos y soluciones suministrados. Esto puede generar estreñimiento en algunos casos en los primeros días del postoperatorio por lo que es importante que enfermería valore constantemente la eliminación intestinal, el peristaltismo, la frecuencia y las características de la materia fecal;

Mearin (2016) hace énfasis en el **estreñimiento**, señala que se caracteriza por la dificultad o la escasa frecuencia en las deposiciones, además, un esfuerzo excesivo durante la defecación o tener la sensación de evacuación incompleta. Generalmente, no se debe a una causa orgánica subyacente por lo que se le considera un trastorno funcional intestinal; Este, guarda relación clínica y fisiopatológica con el estreñimiento que se presenta por consumo de fármacos, pero la diferencia fundamental es la presencia o ausencia de dolor y la gravedad va a depender tanto de la intensidad de los síntomas intestinales como de otros factores con la asociación de síntomas gastrointestinales y extra intestinales, el grado de afectación que se tiene además de las formas de percepción y comportamiento.

Otra de las complicaciones que se pueden presentar es el **íleo paralítico**, que de acuerdo con Nerea (2018), se presenta como un fallo en la propulsión intestinal y puede ser de forma aguda después de la manipulación del intestino en la cirugía, o secundaria a complicaciones con lesión intestinal, sepsis peritoneal. También se puede presentar debido a un desequilibrio hidroelectrolítico como la hipocalcemia o hiponatremia.



Por otra parte, puede presentarse la **distensión abdominal**, siendo frecuente en las cirugías abdominales, y se debe a la acumulación de gas y jugos gástricos que provocan la inhibición o disminución del peristaltismo dentro de las primeras 24-48 horas después de la intervención como consecuencia de la manipulación del intestino durante la cirugía. El paciente puede referir dolor abdominal de gran intensidad, inflamación abdominal y sensación de plenitud, náuseas, vómitos, y si la distensión es muy grande, puede incluso comprometer el patrón respiratorio debido a la presión que se ejerce sobre el diafragma.

Otra de las complicaciones es la **impactación fecal**, que como señalan Serrano y Díaz (2018) puede ser causada por un estreñimiento mal tratado, lo cual conlleva a una acumulación de gran cantidad de masa fecal que se endurece e impide su eliminación de manera espontánea, acumulándose en el colon o en el recto debido a una constipación crónica. Es una complicación que se presenta a menudo en pacientes que fueron sometidos a cirugía, por lo tanto, es importante valorar constantemente la eliminación intestinal evitando el estreñimiento con dieta, fibras, laxante y ejercicio físico.

Colomina (2015), nos menciona otra complicación que compromete el patrón de eliminación, se trata de la **pérdida hemática en cirugía**, señala la importancia de valorar a los pacientes con pruebas de tipe y cruce, acompañado de exámenes de laboratorio con la finalidad de que el paciente llegue en el mejor estado hemodinámico posible, y así disminuir el riesgo de transfusión perioperatoria. En algunos casos sugiere ajustar el valor de la hemoglobina, aún cuando no se trate de un caso de anemia, pues de esta manera se reducen los riesgos de transfusión. Se puede hacer uso de eritropoyéticos en los casos en que necesitemos una reserva de sangre para minimizar la transfusión de sangre alogénica en las cirugías donde se presenta gran cantidad de pérdida hemática.



Belltall *et al.* (2012) aportan sobre el concepto de **hemorragia masiva** que sigue siendo una de las causas de morbilidad en los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y obstétricos. Se trata del tipo de hemorragia que implica un elevado riesgo vital y en el que, a pesar de realizársele todas las medidas terapéuticas al paciente, sigue teniendo muy alta probabilidad de requerir transfusión masiva de pérdidas sanguíneas $> 1.5 \text{ ml/kg/min}$ y transfusión de 4 o más componentes hemáticos en una hora.

Lo anterior nos lleva al concepto de **balance hídrico**, que de acuerdo con Cuevas (2018) operacionalmente, se trata de la terapia de infusión intravenosa para el paciente quirúrgico con el objetivo de mantener las constantes vitales en rangos fisiológicos apropiados. Se da a través de la administración de líquidos durante la cirugía y permite dar un aporte extra para reponer las pérdidas y mantener el equilibrio hemodinámico del paciente bajo efectos anestésicos, disminuyendo de esta manera las complicaciones y estancias perioperatorias.

Pérez y Pérez (2016) rescatan dentro de los conceptos que guardan relación con la eliminación, la **pérdida de fluidos perioperatorios**. Estas son pérdidas generadas por el ayuno, la diuresis, la exudación, evaporación por la herida quirúrgica (dependiendo su tamaño), hemorragia quirúrgica, o en respuesta fisiológica ante una disminución del volumen sanguíneo; Se activan entonces mecanismos compensadores, aumentan las resistencias sistémicas para mantener la presión arterial, trayendo como consecuencia una redistribución del flujo hacia los órganos vitales (cerebro, riñón, corazón), además de incrementar la actividad simpática y la contractilidad cardíaca con disminución de la actividad vagal. De esta manera, la presión logra conservarse por el mismo incremento de las resistencias vasculares y el gasto cardíaco.



Retomando nuevamente a Nerea (2018), define **la hemorragia** y la clasifica como una de las complicaciones del evento quirúrgico que puede ocasionar incluso la muerte del paciente. Se origina, bien sea por la lesión de vasos durante el procedimiento, durante la administración de medicamentos anticoagulantes, defectos de la hemostasia o por un mal funcionamiento plaquetario, y puede ser de forma insidiosa o emergente, tanto en el postoperatorio inmediato como en el mediato.

3.4 Patrón 4: Actividad y Ejercicio

En este patrón se destaca la importancia que toma la función respiratoria en el proceso quirúrgico. Asimismo, se enfatizan la actividad y el ejercicio en etapas tempranas para conseguir un estado óptimo de salud antes de la cirugía y una recuperación temprana después de la misma.

Entre las recomendaciones para mejorar la **función respiratoria** se sugiere el incentivar al paciente a que realice cambios posturales e inicie con una deambulacion temprana para conseguir un buen intercambio gaseoso.

Todo lo anterior se puede llevar a cabo siempre y cuando no esté contraindicado; Se hace hincapié en el **estado respiratorio-intercambio gaseoso**, ya que se debe mantener un intercambio alveolar de bióxido de carbono y oxígeno que regule las concentraciones de gases arteriales. De la misma manera resulta indispensable que se lleve a cabo la **monitorización y valoración respiratoria** donde sé de prioridad a mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, al mismo tiempo que se vigile la frecuencia, el ritmo, la profundidad y esfuerzo de las respiraciones.



En los casos en el que el paciente se sienta agitado, con ansiedad o incluso falta de aire, se le debe enseñar técnicas de relajación a través de la respiración lenta y profunda con el fin de mejorar su patrón respiratorio. También, resulta necesario la auscultación de los sonidos respiratorios teniendo en cuenta las áreas que se escuchen hipoventiladas y vigilar la presencia de sonidos adventicios. Para ello es preciso auscultar la cara anterior, lateral y posterior. En caso de llevar un tratamiento pulmonar previo, se deben auscultar los sonidos y registrarlos.

Dentro de la función respiratoria se deben valorar las respiraciones anormales con ruidos parecidos a cacareos o ronquidos ya que puede presentar tracción de la mandíbula o podría tener la lengua retraída. Es importante que el personal de enfermería conozca los esquemas de respiración como la bradipnea, taquipnea, la hiperventilación, o respiraciones como las de Kussman, Cheyne-Stokes, Biot, etc., además de los esquemas atáxicos que permiten reconocer los signos tempranos de las complicaciones respiratorias (Nerea, 2018).

En caso que fuese necesario se puede recurrir a la **oxigenoterapia**, es decir, a la administración de oxígeno suplementario de forma concomitante que se deben llevar a cabo medidas profilácticas como lo son la eliminación de secreciones bucales, nasales y traqueales. Se debe comprobar que el dispositivo esté bien colocado e instruir al paciente sobre la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno. Se debe verificar si hay datos de hipoventilación secundaria al aporte suplementario de O₂, además de verificar si existen signos de toxicidad por el mismo o en algunos casos atelectasias por absorción.



Nerea (2018), menciona algunas complicaciones respiratorias comunes que se pueden presentar en el proceso quirúrgico, siendo más frecuentes en las cirugías torácicas, abdominales, vasculares y otorrinolaringológicas, como por ejemplo: las generadas por oclusión o desplazamiento de la lengua, las hipoxemias, el laringoespasma, la broncoaspiración, las atelectasias y las neumopatías postoperatorias

El laringoespasma se produce cuando la laringe se obstruye debido a la contracción de los músculos que impiden la entrada y salida de aire de los pulmones. Generalmente, es causada por la irritabilidad de las vías aéreas que pueden estar relacionadas con otras causas referentes a la historia del paciente como el EPOC, tabaquismo, asma o por la propia anestesia. También puede deberse al retiro del tubo orotraqueal después de la ventilación quirúrgica. Se presenta como una respiración sibilante o estridor acompañada de cianosis y otros datos de obstrucción. Es considerada una complicación grave que amerita una actuación rápida por parte del equipo de salud a través de la administración inmediata de oxígeno por mascarilla y ambú. Una vez recuperado el paciente, debe administrarse oxígeno humidificado hasta normalizar por completo las constantes.

La **broncoaspiración**, se presenta como una complicación frecuente en pacientes con efectos residuales de anestesia, esto es porque se elimina el reflejo nauseoso y de vómito. Ocurre una aspiración pulmonar de contenido gástrico o de procedencia por hemorragias nasales o de la cavidad orofaríngea, obstruyendo las vías aéreas y generando manifestaciones clínicas como cianosis, disnea y congestión pulmonar.



La hipoxemia, se presenta cuando la presión parcial de oxígeno en los gases arteriales (PaO₂) está por debajo de 60 mmHg o una reducción de la saturación arterial de oxígeno (SaO₂) por debajo de 90%. Puede manifestarse con diversos síntomas desde taquicardia hasta bradicardia, hipertensión o hipotensión, disnea, taquipnea, arritmias cardíacas o escalofríos, Por esta razón, se hace necesaria la toma de gasometría arterial para evaluar los niveles y las alteraciones presentes.

Las **atelectasias** son consideradas complicación del paciente con hipoxemia y se trata de un tipo de obstrucción bronquial que aumenta la secreción y la disminución de la capacidad de expectoración. Como consecuencia, puede llegar al colapso alveolar, acompañado de disnea, cianosis, taquicardia y dolor en la mayor parte de los casos. En casos más radicales se llega a presentar complicaciones como la **neumonía**, que se manifiesta como una infección respiratoria que afecta a los pulmones provocando que los alvéolos se llenen de pus y líquido y dificulte en consecuencia la absorción de oxígeno, además de hacer la respiración muy dolorosa. Se puede presentar seguido de una atelectasia, broncoaspiración o secundario a un reposo prolongando en cama, entre los datos característicos se observan el esputo purulento o sanguinolento, malestar general, hipertermia y tos.

Ejercicio físico

Se considera que la introducción temprana de actividad física y movimiento favorecen la recuperación en el postoperatorio. En palabras de Arismendi y Torres (2017), es importante alentar a los pacientes sobre el **fomento a la actividad**, de tal manera que puedan iniciar tempranamente con la deambulación, ya que esto reduce la incidencia de complicaciones, favorece la ventilación y reduce la acumulación de secreciones bronquiales en las vías



respiratorias, Por otra parte, reduce la distensión abdominal y aumenta el peristaltismo de los intestinos; además, evita se produzcan complicaciones como la tromboflebitis o flebotrombosis, que son complicaciones de menor frecuencia, ya que previene la estasis de la sangre al aumentar la circulación en las extremidades y favorecer el retorno venoso.

Otra de las bondades de la deambulación es la disminución del dolor, dando como resultado que el periodo de hospitalización sea menor e incorporando al paciente lo más rápido posible para su recuperación domiciliaria.

La **deambulación temprana**, ha sido introducida como parte del proceso de rehabilitación del paciente y se inicia cuando está fisiológicamente estable. Esto evita complicaciones futuras. Además, la aplicación de la mecánica corporal influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulación de la sangre. Esto incluye la actividad progresiva, (movilidad en la cama, sentado en el borde de la cama, sentado en silla, de pie, hasta la deambulación) con el fin de disminuir la aparición de complicaciones y favorecer el inicio del proceso de rehabilitación que busca reincorporar el individuo a su entorno familiar y social.

3. 5. Patrón 5: Sueño y Descanso

Navarro-García *et al.* (2017) define el **sueño** como un estado fisiológico necesario y reparador, periódico y reversible: se caracteriza por la pérdida de los sentidos, de la conciencia, la motricidad espontánea; un punto característico es que la persona es capaz de despertarse con estímulos sensoriales. El sueño trae consigo grandes beneficios como la restauración homeostática del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, la conservación de la energía además de ser un medio por el cual se eliminan recuerdos irrelevantes y la conservación



de la memoria perceptiva. Es a través del sueño que se pueden regular algunos procesos fisiológicos como son el mantener la temperatura corporal, el sistema endócrino y la liberación de hormonas; influye en el sistema vascular y en la musculatura, además de fortalecer el sistema inmunológico.

Sin embargo, existe una contraparte del sueño y este es el **insomnio**. Se manifiesta como un síntoma claro de trastorno de sueño que intervine con el sueño insuficiente o no restaurador de una persona y esto puede ser causado por múltiples factores: biológicos, psicológicos o ambientales. Entre los síntomas que la persona experimenta son la dificultad para iniciar y mantener el sueño, que repercute en la salud del individuo y presenta alteración en las actividades diarias, fatiga, menor rendimiento y cefalea. Una variante mencionada por el mismo autor es el **insomnio a largo plazo** que se caracteriza por la dificultad para conciliar el sueño de manera aguda, es decir, está mayormente relacionada con factores estresantes, se manifiesta por dificultad para dormir, despertar o no dormir de forma reparadora y comúnmente se corrige cuando el paciente elimina los factores estresores (D'Hyver de las Deses ,2018).

Otra de las anomalías que pueden presentarse en el sueño es el **delirio del despertar**, que de acuerdo a Amo *et al.* (2009) es también conocido como un despertar violento provocado por una alteración neurológica que causa mayor preocupación. Puede estar acompañado de sentimientos de inquietud, agitación, desorientación, movimientos violentos y gritos. Una de sus causas puede ser los efectos residuales anestésicos, la hipoxia, distensión vesical o cuando se experimenta demasiado dolor; por cuestiones de desequilibrio hidroelectrolítico al igual que la ansiedad del preoperatorio. Sin embargo, también puede estar presente en el postoperatorio. Entre sus causas tenemos: una acción prolongada



de los narcóticos, sedantes, anestésicos inhalados, esto en oposición al daño neurológico.

El delirium **tremens**, de acuerdo con este autor, se presenta como otra alteración del sueño y puede tener orígenes multifactoriales tales como los efectos anestésicos, algunos tipos de medicación, el dolor, la respuesta inflamatoria por el trauma quirúrgico, además de caracterizarse por periodos de inquietud, insomnio, taquicardia, desorientación y alucinaciones.

3.6. Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

La sensopercepción es un elemento importante durante el proceso quirúrgico. Uno de los autores que ha aportado a los conceptos relacionados a este patrón es Amo *et al.* (2019), quien en su estudio identificó los tipos de dolor. Describe el **dolor agudo** como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, usualmente es causada por una lesión de los tejidos. De acuerdo a su intensidad puede ir desde leve a severa con un final previsible y se espera que remita en un plazo menor a seis meses. El paciente lo manifiesta de manera verbal o mediante escalas, adoptan una posición antiálgida para evitar la exacerbación del dolor. el **dolor crónico**, es un dolor sostenido, de manera prolongada y tiene menor intensidad que el agudo, generalmente, se asocia a enfermedades crónicas, por lo que se puede presentar en el postoperatorio, al volverse crónico pierde el sentido de “alarma” y es por tanto totalmente innecesario y preciso de aliviar.

El **nivel de dolor** es la manifestación del paciente con respecto a la intensidad del dolor que experimenta. Lo manifiesta verbalmente o por



expresiones faciales álgicas acompañadas de taquicardia e hipertensión. Resulta indispensable tomar en cuenta el **manejo del dolor**, para ello se requiere de un abordaje completo del paciente y la procura, en la medida de lo posible, del alivio o la disminución del dolor a un nivel tolerable para la persona. Cuando un paciente es sometido a cirugía, se debe valorar el dolor, esto incluye las características, la localización, la intensidad y duración. La manera de evaluarlo puede ser por medio de la exploración física, detectando cambios en la respuesta física o por la manifestación verbal. Se debe tomar en cuenta las indicaciones de analgésicos prescritos y si existe la necesidad de solicitar interconsulta médica.

De acuerdo a Soto *et al.* (2018), el dolor no solamente genera discomfort e insatisfacción al paciente, sino que se acompaña de alteraciones neuroendócrinas sistémicas y de una respuesta inflamatoria local que está relacionada con la intensidad del trauma quirúrgico y modulado por la técnica anestésica.

Efectos negativos del dolor agudo.

Soto *et al.* (2018) ha estudiado los efectos negativos que el dolor agudo puede causar. En primer lugar, identifica los **efectos fisiológicos del sistema cardiovascular**, no resultando raro que los pacientes postoperados presenten síntomas como hipertensión, taquicardia, irritabilidad, resistencia vascular sistémica, que en consecuencia, aumentará el gasto cardíaco. Con respecto al **sistema respiratorio**, al presentarse el dolor es muy probable que la demanda de oxígeno aumente, lo que provoca que la producción de dióxido de carbono favorezca la hipoxemia y la hipoventilación.

El **sistema gastrointestinal y urinario** no queda exento de los efectos del dolor, ya que se producen cambios en el tono simpático de los esfínteres



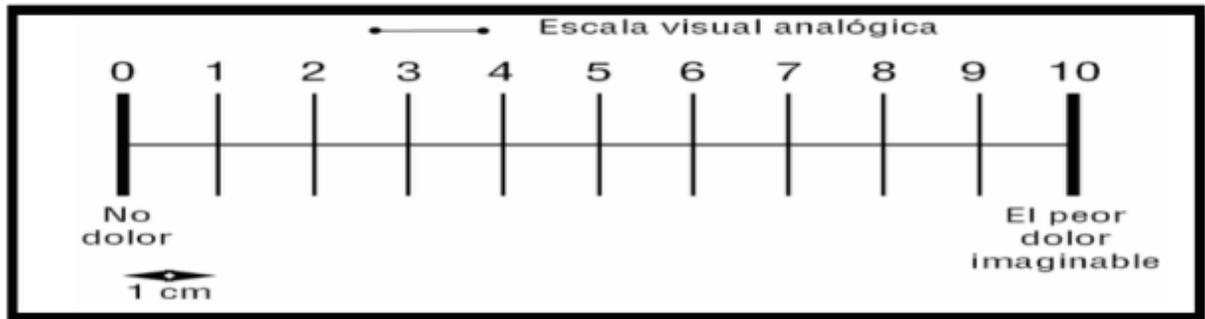
provocando retención urinaria, íleo paralítico y por consiguiente retención urinaria y estreñimiento respectivamente; además de hipersecretar jugo gástrico causando náuseas, vómito y estreñimiento. En cuanto al **sistema hematológico**, la cascada de coagulación se ve afectada con el dolor de tal manera que se reduce la fibrinólisis. En cuanto al **sistema inmunitario**, es probable que aparezca linfopenia y deprima al sistema retículoendotelial, lo cual deja expuesto a los pacientes a infecciones. En el **sistema general**, provoca ansiedad y alteraciones al patrón del sueño, así como aumento en el nivel de estrés.

En palabras de Soto (2018), el **dolor sensorial** es el aquel que se manifiesta como un dolor inflamatorio secundario a un estímulo químico, mecánico o térmico en los nociceptores, es decir, los nervios que responden a un estímulo doloroso.

Por su parte, Javier (2019) ha encontrado que el **uso de escalas** es útil como herramienta de medición. Esta debe ser empleada de acuerdo a los fines para los que fue elaborada. Debe ser simple y de fácil aplicación. La **escala visual analógica** (EVA) es la que permite medir la intensidad del dolor descrito por el paciente. Se trata de una línea del uno al diez en donde en el extremo del uno se encuentra la frase de “no dolor” y el extremo opuesto representa el máximo dolor que el paciente ha experimentado (ver figura 1). De igual forma se pueden colocar caras con facies de dolor o una cara con mucho dolor. (ver figura 2). Es preciso que el paciente vea la escala y responda en qué puntuación se situaría de acuerdo al dolor que está experimentando. También es posible evaluar el dolor de acuerdo a las facies del paciente en relación con las caras que se integran a la escala.

Figura 1

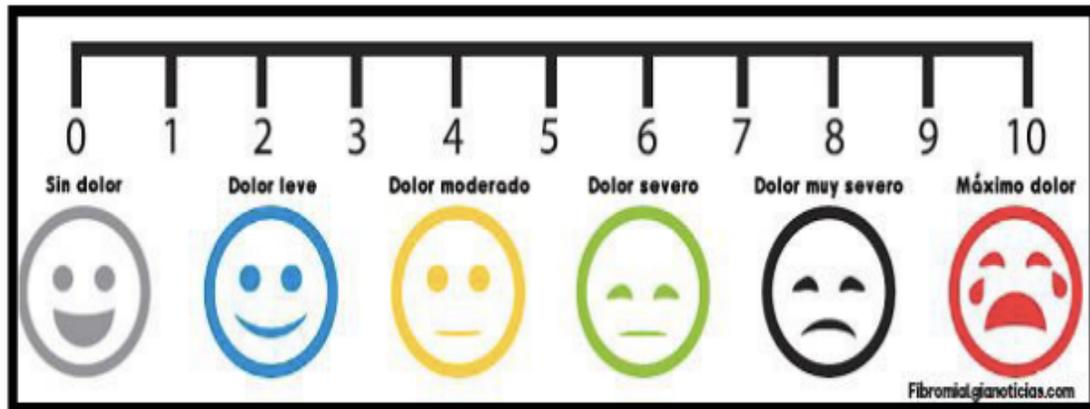
Escala Visual Analógica Numérica



Fuente: Clarett (2013)

Figura 2

Escala Visual Analógica de Caras



Fuente: Clarett (2013)

Amo *et al.* (2009) refiere la importancia de que el paciente permanezca en la unidad de recuperación hasta que su situación sea estable. Hasta entonces, puede valorarse la posibilidad de trasladarlo a hospitalización. Para medir la



estabilidad se puede emplear la escala de Aldrete (figura 3), la cual valora la actividad, respiración, circulación, el nivel de conciencia y la coloración. Esta escala permite valorar con gran precisión la recuperación post anestésica del paciente. Por medio de esta escala es posible valorar los elementos mencionados con anterioridad, además de agregar el sistema tegumentario (Javier, 2019).

Figura 3

Escala De Valoración De Aldrete

Categoría	Ítems	Puntos
Actividad motora	Posibilidad para mover 4 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	2
	Posibilidad para mover 2 extremidades de forma espontánea o en respuesta a órdenes	1
	Imposibilidad para mover alguna de las 4 extremidades espontáneamente o a órdenes	0
Respiración	Posibilidad para respirar profundamente y toser frecuentemente	2
	Disnea o respiración limitada	1
	Sin respuesta	0
Circulación	Presión arterial = 20% del nivel preanestésico	2
	Presión arterial entre el 20 y el 49% del valor preanestésico	1
	Presión arterial = al 50% del valor preanestésico	0
Consciencia	Plenamente despierto	2
	Responde cuando se le llama	1
	Sin respuesta	0
Color	Rosado	2
	Pálido	1
	Cianótico	0

	Admisión	5'	15'	30'	45'	60'	...'	Alta
Puntuación								

Fuente: Javier (2019)

Continuando con las ideas del mismo autor, la **orientación cognitiva** resulta útil para poder identificar si el paciente se encuentra ubicado en tiempo, lugar y espacio, así como en su persona. Se puede valorar a través de la identificación de sí mismo, de los seres queridos y del lugar en el que se encuentra. Javier (2019), reconoce en sus estudios la importancia de la **escala**



de Glasgow en donde se evalúa el estatus neurológico de la persona, que requiere atención pre, trans y postquirúrgicas ya sea por lo delicado de la intervención y porque su compromiso tiene que ver con la evaluación del desempeño de un órgano vital: el cerebro. El rango va de 0-15. Esta escala de conciencia examina la capacidad neurológica del momento y su perfil evolutivo.

Figura 4

Escala De Glasgow

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

Fuente: Javier (2019)

Resultado:

- ⇒ De 15 a 13: Leve
- ⇒ De 12 a 9: Moderado
- ⇒ Menos de 9: Severo



3. 7 Patrón 7: Autopercepción- Auto concepto

Se debe tener en cuenta el patrón de autopercepción y de integridad concebido por el paciente, sobre todo, para dar cuenta de las afecciones más comunes que pueden alterar este patrón. Uno de los sentimientos que frecuentemente experimentan los pacientes que son sometidos a cirugía es la **ansiedad** (Amo *et al.*,2009). Se manifiesta como una sensación de malestar y miedo, acompañada de respuesta autónoma. Muchas veces la persona desconoce la causa del mismo o lo tipifica como inespecífico. Es una sensación anticipada de temor a un peligro y una señal potencial lo cual le permite tomar medidas necesarias para enfrentarse a tal situación. Durante el periodo postoperatorio puede presentarse una conducta inquieta o desorientada cuando revierte la anestesia. Así como la etapa de recuperación inmediata, se debe de proteger al paciente para que no se retire los dispositivos como apósitos, vías vasculares, drenajes, catéteres o equipo de monitorización. Resulta necesario mantener los barandales en alto. Se debe proteger la vía aérea manteniendo al paciente libre de aspiración u obstrucción a través de una adecuada posición que al mismo tiempo fomente la circulación y retorno sanguíneo, así como facilitar el intercambio gaseoso.

Con respecto al **apoyo emocional**, Gómez-Carretero *et al.* (2009) identifica algunos factores que predisponen al paciente a presentar ansiedad, tales como: el malestar físico, el dolor, el cambio en el rol familiar o las cuestiones sociales y el estrés, por lo que el apoyo del personal de enfermería debería fomentar una cultura de cuidado que repercuta en el proceso enseñanza-aprendizaje de manera positiva para favorecer el autocuidado de la persona en el hogar y por ende, su recuperación.



En este sentido, **la autopercepción** en el paciente postoperado es el que determinará la conducta ética del propio paciente, siendo un referente que permite valorar la atención de salud recibida y las buenas prácticas para contribuir al proceso de enseñanza-aprendizaje en el plan de alta de enfermería. (Alarcón *et al.* 2018)

3. 8 Patrón 8: Rol – Relaciones

Con respecto al patrón rol-relaciones es importante mencionar los conceptos que se engloban en este patrón. En primera instancia, la figura del **cuidador principal**, de acuerdo a las aportaciones de López-Gil *et al.* (2009) resulta necesaria ya que será un miembro de la familia quien ejecutará los cuidados en casa y esto conlleva a una nueva situación que puede provocar importantes cambios dentro de la estructura familiar, en los roles y patrones de conducta con sus integrantes. En ocasiones los cambios que se presentan pueden generar estados de crisis o poner en peligro la estabilidad de la familia, pudiendo afectar todos los componentes, pero en especial, al cuidador principal quien lleva la mayor parte del desgaste físico y la carga emocional que los cuidados implican.

El problema en los cuidadores ha sido ampliamente debatido en la literatura. Los estudios de los últimos veinte años señalan que los cuidadores informales se ven expuestos a una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales relacionados con ansiedad, depresión, irritabilidad, nerviosismo, tristeza y agotamiento, en otras palabras, las afecciones físicas y emocionales a las que se exponen, repercuten directamente en la salud del colectivo. Chirveches (2013) complementa estas aportaciones al



señalar que gran parte de la atención se brinda solamente al entorno del individuo convaleciente, por lo que la casa se convierte en un escenario de atención sanitaria donde confluyen tanto los cuidados profesionales como los informales.

Esta circunstancia provoca que la complejidad de los cuidados se traslade al ámbito familia. Este mismo autor visibiliza que el proceso de hospitalización del paciente trae consigo una serie de cambios en el estilo de vida y entonces se tiene que reestructurar y modificar para adaptarse a los cuidados del postoperatorio implicando cambios en el rol familiar, cambios físicos o psicológicos.

3. 9. Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Desde el punto de vista de Vallejos (2018), la necesidad sexual del individuo es igual de importante que el resto de los otros patrones, tomando especial énfasis entre las dimensiones de comunicación, afecto y bienestar. Generalmente, las enfermedades crónicas están asociadas con frecuencia a disfunciones sexuales; estas alteraciones en la sexualidad repercuten en el desarrollo físico y psicológico de la persona.

Entre los físicos, podemos mencionar: los derivados de la propia enfermedad (cáncer, diabetes, etc.) y las terapias empleadas ya sean quirúrgicas (mastectomía, histerectomía, orquiectomía, etc.) o médicas (antihipertensivos); entre los factores psicológicos pueden estar presentes: problemas de autoestima, ansiedad, y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad. Por lo tanto, las **causas de la disfunción sexual** pueden clasificarse en orgánicas o psicosociales. Las orgánicas se dan cuando el



paciente presenta alteraciones estructurales, endocrinas o fisiológicas. Las psicosociales cuando se existen alteraciones psicológicas, ambientales y culturales.

Consiguiente, en la **respuesta sexual en enfermedades crónicas**, es necesario precisar que se presentan comúnmente en personas con enfermedades crónicas o discapacidades, su origen es multifactorial y en su desarrollo los factores pueden ser tanto físicos como psicológicos. En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual, mientras que los tratamientos farmacológicos pueden interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual.

Según Vallejos (2008), el **deseo sexual**, es un estado interno que mediatiza la existencia humana y persuade a la persona para tener pretensiones de tener intimidad o interacción sexual con su pareja. Sin embargo, existen algunas alteraciones que se pueden presentar en el acto sexual, una de ellas es la **dispareunia**, que se manifiesta por el dolor al tener relaciones sexuales. Puede haber desde irritación vaginal hasta molestias después de la unión sexual.

A decir de Chirveches (2013), la mayor parte de los pacientes postoperados egresan a domicilio para recibir cuidados en la fase de recuperación, sobre todo, de la familia nuclear. Generalmente, son mujeres las que cuidan, lo que supone una tarea de gran responsabilidad y exigencia, por lo que resulta fuerte la carga emocional sobre el cuidador y el resto de la familia; todo esto puede influir en la manera en la que una persona se desenvuelve en el rol sexual.



3. 10. Patrón 10: Tolerancia al Estrés

El manejo del estrés en pacientes en proceso perioperatorio es importante porque el procedimiento a realizar depende de cierta manera del manejo del estrés que tenga la persona. Al respecto Ortiz (2016) refiere el **estrés** cómo una respuesta física y específica del organismo ante alguna demanda o agresión que puede ser física o psicológica.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; su carácter estresante depende además de la hospitalización, de la enfermedad, de los acontecimientos y sus consecuencias, provocando de esta manera una elevación de la ansiedad. Comúnmente, en el ámbito hospitalario el paciente se enfrenta con diversos estresores cómo: la desorientación, la pérdida de intimidad, el abandono del entorno y roles habituales, En palabras del mismo autor, el estrés por el que cursa la persona esta asociado, no solamente al miedo o temor que tenga respecto a la cirugía, sino a la manipulación y preparación previa, como por ejemplo: la instalación de un acceso venoso, un enema, estudios especializados, y la sensación de dolor que pudiera experimentar. Aunado a esto, se encuentra el aislamiento por el procedimiento quirúrgico y de recuperación, aumentando los niveles de estrés y ansiedad tanto en el paciente como en la familia y sus repercusiones son generalizadas en el organismo.

La capacidad de afrontar el estrés depende en gran medida de la capacidad individual de adaptación ante los cambios y de las respuestas físicas y biológicas, trayendo consigo una serie de respuestas humanas, como la respuesta endócrina en donde existe un aumento de la secreción de la hormona pituitaria y la activación del sistema nervioso simpático. Esto tiene como efecto la liberación hormonal que se produce desde los órganos diana. según lo detalla Padilla



(2013) una situación de estrés conlleva a la interacción y suma de estímulos aferentes de muy diversa índole que deben ser integrados en el sistema nervioso central y que originan una respuesta hormonal directamente proporcional a la intensidad del estímulo. El hipotálamo tendrá un papel preponderante en la respuesta eferente desencadenando una serie de respuestas metabólicas mediante un doble sistema efector. Por esta razón, en el paciente postoperado se espera una reacción sistémica de la cirugía con afectaciones endocrinológicas, inmunológicas y hematológicas. Dentro de las últimas mencionadas se encuentran la activación del sistema nervioso simpático, alterando el sistema endocrino como la secreción de la glándula hipofisiaria; la inmunosupresión pos operatoria estará determinada en función del daño tisular ocasionado por el trauma quirúrgico.

En las cirugías de mínima invasión ya sean por laparoscopia o guiadas por robot, el daño tisular es menor comparado con las cirugías convencionales. Las cirugías con isquemia/reperfusión, como sucede en las cirugías cardiovasculares que en algún punto del procedimiento requieren de isquemia intraoperatoria y posteriormente reperfusión, se dan a través de una dinámica compleja. Durante la isquemia el endotelio vascular local va a ser activado y se produce el reclutamiento y la adhesión de granulocitos y trombocitos al endotelio. La isquemia induce un aumento en la producción de radicales superóxido y una depresión relativa de los mecanismos antioxidantes de defensa. Comienza a depletarse el metabolismo del óxido nítrico y aparece vasoconstricción.

Durante la reperfusión se produce una respuesta sistémica inflamatoria contribuyendo más adelante a la oclusión local de los capilares, escape vascular y edema intersticial. Así la isquemia prepara los tejidos para la reperfusión subsecuente donde la concentración de citoquinas está aumentada, tanto en el tejido local como en la sangre y los órganos distantes (Padilla 2013, p.150).



Durante la cirugía cardiovascular dependiente de circulación extracorpórea, donde la sangre entra en contacto con una máquina de perfusión, al tener contacto con los oxigenadores se desencadena una respuesta inflamatoria sistémica que deriva en la afectación de la activación de la coagulación, lo cual trae consigo el incremento de la fibrinólisis, la activación del complemento y la activación y disfunción plaquetaria. Todo esto, produce un trauma quirúrgico y genera una respuesta metabólica, afectando el sistema endócrino, hemodinámico e inmunológico. Esto puede durar días o semanas, por lo que resulta importante tener en cuenta el manejo del estrés para no tener factores agregados al desequilibrio que la cirugía provoca en los diferentes órganos y sistemas del paciente. El buen manejo del estrés aminora las complicaciones y permita una recuperación temprana.

3. 11. Patrón 11: Valores – Creencias

Un elemento importante en la vida de las personas son las creencias bajo las cuales se guía y enfrenta la realidad, sin embargo, en múltiples ocasiones en el ámbito de la salud se visualiza poco esta necesidad, a pesar de ser fundamental en el continuo de cada individuo. En el caso de los procedimientos quirúrgicos no resulta la excepción, sin embargo, se debe dar la oportunidad a las personas de profesar su fe y religión, respetando sus creencias, conocimiento y su cultura.

De acuerdo con Antayhua y Menesses (2015), el paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico atraviesa por problemas de salud, tanto en el orden físico como espiritual. Generalmente, se cuestiona sobre el por qué



de sus padecimientos y sufrimiento. Esta situación se exagera o acentúa cuando atraviesan por momentos de estrés emocional y de incertidumbre; esto se debe a que las dimensiones de la enfermedad son físicas y mentales. De ahí, la importancia de evaluar la calidad de vida de las personas integrando aspectos como la espiritualidad, las creencias personales y la religión; dichos componentes pueden estar relacionadas con el amor divino, la búsqueda de paz interior, tranquilidad, armonía y esperanza, los procesos de enfermedad y reflexiones sobre la finitud de la vida. Todas ellas representan una forma de relacionarse con lo trascendente, con un ser superior; una fuerza creativa que guía y orienta en el camino. Es a través de las creencias espirituales como la persona puede comprender su lugar en el mundo por estar íntimamente ligadas a sus necesidades psicológicas y estas a su vez derivan en creencias, valores y ritos propios de la persona.

Bajo la concepción de estos autores se asume la espiritualidad como un principio, una experiencia, una forma de ser que se expresa a través del cuerpo, el pensamiento, los sentimientos y la creatividad. Todas en conjunto permiten reflexionar sobre uno mismo y prepara a la persona para los valores, la doración, la comunicación con lo sagrado y lo trascendente.



Capítulo 4. Modelos de plan de alta

Existen diferentes modelos y recursos para la implementación y construcción del plan de alta o egreso de transición hospitalaria. En primer lugar, se menciona el sistema RED por sus siglas en inglés (Re-Engineered Discharge) implementado por el hospital Boston Medical Center el cual incluye un grupo amplio de hospitales que comparten el programa para egresos hospitalarios basados en 12 componentes interconectados de manera eficaz para reducir las rehospitalizaciones. Entre algunos de los componentes se cuentan (a) la planificación y el seguimiento de los resultados de las pruebas de; (b) la organización de servicios ambulatorios posteriores al alta, así como equipos médicos; (c) identificación de los medicamentos correctos junto a un plan para que el paciente los obtenga y los tome; (d) la enseñanza de un plan de alta al paciente por escrito; (e) la educación al paciente sobre su diagnóstico, corroborando que lo comprenda; (f) la revisión junto al paciente de dudas que aceleren la transición de cuidado, entre otros.

En la universidad de Vermont en Burlington se realizó un estudio basado en la implementación de modelos para la transición del cuidado; esto resulta de gran relevancia clínica ya que evitaría la utilización innecesaria de atención de salud por complicaciones, al igual que eventos adversos a los pacientes más vulnerables (Morrison *et al*, 2016).

Los dos modelos de transición de cuidado implementados incluyeron penalización a los hospitales que continuaban con altos índices de reingresos por complicaciones. La intensidad de los cuidados se efectuaba con base en una valoración obtenida desde una llamada telefónica, hasta visitas domiciliarias. Se realizaron constantes revaloraciones a los objetivos trazados y adecuaciones en



entorno. Los responsables de dicho plan eran dos equipos multidisciplinarios especializados en áreas de prevención a la salud, uno encabezado por médicos y el otro equipo liderado por un maestro en enfermería.

Los programas incluyeron una visita al hogar dentro de los tres días posteriores al egreso con la coordinación por parte de una enfermera y la comunicación entre los proveedores de atención aguda y primaria. Estos fueron los más efectivos para reducir las hospitalizaciones. Se incluyeron dos programas intensivos de visitas domiciliarias diferentes que brindan atención de transición a poblaciones distintas en dos centros médicos de un pequeño estado rural.

La preparación para el personal que implementa los modelos de transición incluyeron experiencia de emergencias, cuidados intensivos y médicos quirúrgicos del hospital. Las visitas comenzaron en el hospital desde el primer día de hospitalización si es posible, y continuaron diariamente hasta el alta. Los objetivos de las visitas al hospital eran establecer contacto, presentar a los pacientes el programa de atención de transición y solicitar que permitieran una visita al hogar. La primera visita domiciliaria tuvo lugar 24 a 48 horas después de la hospitalización (Morrison *et al.*, 2016).

Los modelos de transición crearon metas para un hogar de continuación del cuidado seguro y un plan de atención de seguimiento. Las intervenciones incluyeron la reconciliación de medicamentos, la revisión de las instrucciones de alta, la educación para el autocontrol de enfermedades crónicas y la evaluación de los servicios necesarios, cómo vivienda, alimentación y transporte. Las intervenciones incluyeron el tratamiento de enfermedades agudas, manejo de enfermedades, manejo de síntomas, manejo de medicamentos, seguridad en el



hogar, clarificación de objetivos, planificación anticipada de cuidados y derivaciones a un nivel más alto de cuidados (Morrison *et al.*, 2016).

4.1.- Modelos y teorías de Enfermería

El desarrollo de teorías en enfermería es un componente esencial en el mundo de las investigadoras en enfermería por cuanto les permite fomentar el conocimiento propio de la disciplina y construir un conocimiento científico y profesional, capaz de ser aplicado a la práctica (McCrae, 2011).

Los conceptos son verdaderos bloques donde se cimienta y construyen las teorías de enfermería para posteriormente clasificar los fenómenos que se van a estudiar (Kaplan, 1964).

“El proceso de construcción de conceptos emerge de la práctica, al incorporar la bibliografía y los hallazgos de investigación de múltiples disciplinas. Los conceptos se construyen en un marco conceptual y son posteriormente refinados”(Alligood, 2015, p. 5).

Las investigaciones de teorías en enfermería pueden generar el surgimiento de nuevas teorías que expliquen los fenómenos dentro de la disciplina y favorezcan a las prácticas enfermeras, por lo cual es necesario que se continúen comprobando las teorías para que haya una mejor interpretación de los datos del paciente y una acertada toma de decisiones.



4.2.1. Hildegard E. Peplau Teoría de las relaciones interpersonales

Hildegard E. Peplau, considerada como “ Madre de la Enfermería Psiquiátrica” por cuanto su trabajo teórico y clínico condujo al desarrollo de la enfermería psiquiátrica como especialidad diferenciada. Su ámbito de influencia en enfermería incluye sus contribuciones como experta en enfermería psiquiátrica, educadora, autora y líder y teórica de la enfermería. Peplau ejerció un gran liderazgo en la profesionalización de la enfermería. Fue directora ejecutiva y presidenta de la American Nurses Association.

En 1952 Peplau escribió el libro (Interpersonal Relations in Nursing) plasmando la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico.

Peplau analizó cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Identificó las cuatro fases siguientes de la relación enfermera paciente: orientación, identificación, explotación y resolución. Basó su trabajo en las teorías de Maslow y modelos psicoanálisis (Alligood, 2015).



4.2.2 Virginia Henderson Teoría de las 14 necesidades

Henderson reinventó los conceptos de la enfermería con la teoría de las 14 necesidades humanas básicas; incursionó definiendo y conceptualizando la práctica de enfermería, estableciendo los conceptos de interdependencia y dependencia para el cuidado del paciente.

Según su criterio la función de la enfermera es “ayudar a la persona, enferma o sana, en la realización de actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”. (Henderson, 1964, p.63).

Propuso 14 necesidades básicas en las que se basa la atención de enfermería. Identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente en los que la enfermera actúa como sigue: 1) sustitución del paciente, 2) colaboradora para el paciente y 3) compañera del paciente. Esto significa que a través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan.

Las 14 necesidades identificadas por Henderson (1991) son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.



6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

4.2.3 Faye Glenn Abdellah Teoría de 21 problemas de enfermería

Faye Glenn Abdellah fue una destacada investigadora dentro de la disciplina de enfermería, experta en problemas sanitarios. En 1994 fue nominada a mujer más famosa del 2000 por su dedicación y entrega a la atención sanitaria de los Estados Unidos.

Su teoría se basa en la metodología para la resolución de problemas mediante los 21 problemas de enfermería.



A continuación se presenta la tipología de Abdellah (1960) de los 21 problemas de enfermería:

1. Mantener una buena higiene y bienestar físico.
2. Favorecer una actividad óptima: ejercicio, descanso, sueño.
3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones y otros tipos de traumatismos, y mediante la prevención de la propagación de infecciones.
4. Mantener una buena mecánica corporal y prevenir y corregir las deformidades.
5. Facilitar el mantenimiento del aporte de oxígeno a todas las células del cuerpo.
6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del cuerpo.
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación.
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico.
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades: patológicas, fisiológicas y compensadoras.
10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladoras.
11. Facilitar el mantenimiento de la función sensitiva.
12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas.
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y las enfermedades orgánicas.
14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz.
15. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales productivas.
16. Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales.



17. Crear o mantener un entorno terapéutico.
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables.
19. Aceptar los objetivos posibles óptimos a la luz de las limitaciones, tanto físicas como emocionales.
20. Utilizar recursos comunitarios como ayuda para resolver los problemas que surgen de las enfermedades.
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades.

4.2.4. Lydia Hall Modelo de esencia, cuidado y curación (Core, Care, Cure)

Lydia Hall, filósofa y enfermera generó teorías sobre cuidados a largo plazo y control de enfermedades crónicas. Su teoría retoma tres círculos interconectados entre sí, a manera de representar al paciente y las funciones de la enfermería: curación, cuidado y la esencia de la persona (Alligood, 2015).

Los tres círculos cambian de tamaño y se solapan según la fase del paciente en el proceso de enfermedad. Una enfermera interviene en los tres círculos, en diferentes grados y también con diferentes profesionales de la salud.

Los trabajos de Lydia Hall demostraron la mejora en la comunicación enfermera-paciente, así como el desarrollo y la concienciación de los pacientes cuya insuficiencia cardíaca se trató en el ámbito domiciliario; también para el proceso de enfermería y el razonamiento crítico relacionados con la preparación para los desastres. Reconoce a la enfermería como una profesión y contribuye a



que las enfermeras impacten en el paciente y obtengan resultados favorables para el paciente. Sus contribuciones están consideradas como filosofías de la enfermería (Alligood, 2015).

4.2.5. Joyce Travelbee Modelo de relaciones entre seres humanos

Propuso que el objetivo de la enfermería debe ser “ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si fuera necesario, a encontrar un significado para estas experiencias; siendo el fin último la presencia de la esperanza”(Alligood, 2015, p. 50).

Travelbee conceptualizó y escribió sobre enfermedades, sufrimiento, dolor, esperanza, comunicación, interacción, empatía, compasión, transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Su gran aporte consistió en el énfasis en los aspectos emocionales, sobre todo la empatía y la compenetración.

Considera que los valores espirituales que mantiene una persona determinarán, en gran medida, su percepción de la enfermedad. Los valores espirituales de la enfermera y sus opiniones filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento determinarán hasta qué grado podrá ayudara un enfermo a encontrar o no el significado en estas situaciones (Travelbee, 1971).

Escribió sobre el valor de la compasión en enfermería y lo actualizó sin olvidar que la compasión es básica en la atención holística enfermera.



4.2.6 Ida Jean (Orlando) Pelletier Teoría del proceso de Enfermería

Desarrolló su teoría a partir de un estudio que realizó en la School of Nursing de la Yale University acerca de la integración de conceptos de salud mental en un currículo de enfermería básica. Este estudio se realizó por observación y participación en experiencias con pacientes, estudiantes, enfermeras e instructores y se derivó inductivamente de notas de campo (Alligood, 2015).

Orlando fue una de las primeras pensadoras en enfermería que propuso que los pacientes tienen sus propios significados e interpretaciones de las situaciones y por tanto, las enfermeras deben validar sus inferencias y análisis con los pacientes antes de sacar conclusiones y la resolución y el cumplimiento de la necesidad de ayuda inmediata del paciente. (Alligood, 2015).

Las personas se convierten en pacientes que requieren atención enfermera cuando tienen necesidades de ayuda que no pueden satisfacer independientemente porque tienen limitaciones físicas, reacciones negativas a un entorno o una experiencia que les impide comunicar sus necesidades. Los pacientes sufren angustia o sentimientos de indefensión a causa de las necesidades de ayuda no satisfechas (Orlando, 1961).



4.2.7 Florence Nightingale Teoría del entorno

Florence Nightingale es considerada la fundadora de la enfermería moderna. Su teoría se centró en el entorno, o como ella misma lo conceptualizó, alrededores. Definió y describió los conceptos de ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y ruido y entorno. Observó el entorno de los pacientes atendidos en la guerra de Crimea e Inglaterra, extendiendo el entorno a los hogares y las condiciones de las personas con escasos recursos.

Ella consideraba que un entorno saludable favorece la recuperación y el mantenimiento de la salud. Su trabajo teórico incluyó los cinco elementos esenciales para mantener un entorno favorable los cuales son: aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz; elementos que son tan indispensable en la actualidad como hace 150 años . Escribió sobre el paciente, la manera como las enfermeras realizaban tareas para mantener el entorno saludable y vigilaban el cuidado del paciente para favorecer su recuperación.

Nightingale definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Concebía la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía. El concepto de entorno hace hincapié en que la enfermería es ayudar a la naturaleza a curar al paciente. Sus aportes aún son significativos por cuanto utilizó el razonamiento inductivo para establecer las leyes de la salud, la enfermedad y la enfermería a partir de sus observaciones y experiencias. La educación que recibió durante su infancia, especialmente en filosofía y matemáticas, habría potenciado su habilidad para el pensamiento lógico y el razonamiento inductivo. Por ejemplo, las observaciones que realizó en el hospital de Escutari le sirvieron para llegar a la conclusión de



que un entorno contaminado, sucio y oscuro provocaba enfermedades (Alligood, 2015).

Todas las obras de Florencia son reconocidas mundialmente como filosofías para la enfermería moderna cómo normas de conducta para las enfermeras desde hace más de 150 años, teniendo que evaluar la intervención de los cuidados para observar y registrarlo en la práctica (Alligood, 2015)

4.3 Modelos enfermeros conceptuales

Los modelos conceptuales de enfermería son conceptos y sus relaciones que especifican una perspectiva y producen evidencias entre fenómenos específicos de su disciplina. Abordan conceptos de metaparadigmas extensos (seres humanos, salud, enfermería y entorno) que son centrales para su significado en el contexto de un marco organizativo particular y de la disciplina enfermera; proporcionan perspectivas con diferentes focos para el pensamiento crítico sobre personas, familias, comunidades y para tomar decisiones de enfermería basadas en el conocimiento (Alligood, 2015).

Al elaborar un plan de alta en enfermería es necesario retomar los modelos conceptuales de las teóricas más destacadas con la finalidad de sustentar las acciones para elaborar la propuesta del presente trabajo, para ello se describirán los modelos más relevantes para el paciente posoperado, un paciente que necesitará de un cuidado específico para su recuperación y rehabilitación, con el objetivo de que se reintegre a su vida cotidiana lo más pronto posible.



4.3.1 Dorothea E. Orem 1914 -2007. Modelo del autocuidado

En su teoría del déficit de autocuidado Orem (2001) estableció: “La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria” (Alligood, 2015, p. 233)

Las aportaciones de Orem contribuyeron de gran manera para el desarrollo de las enfermeras en formación. Fue la primera en introducir el concepto de autocuidado como actividad aprendida capaz de generar bienestar en quien lo practica.

Para Orem, (2001) el autocuidado es una práctica aprendida por los individuos con un objetivo claro y que puede ser puesto en marcha en cualquier circunstancia de la vida para contrarrestar factores que afecten su salud y bienestar de las personas. El autocuidado como actividad puede estar orientado por la persona hacia sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno. En este sentido, la autora propone tres requisitos elementales del autocuidado (a) requisito de autocuidado Universal, (b) requisito de autocuidado del desarrollo y (c) requisito de autocuidado de desviación de la salud), de la misma manera destaca los factores condicionantes básicos que pueden interferir con el autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las demanda terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado ejercida, en la que las capacidades de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir todos los



componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada (Orem, 2000).

El déficit de cuidado dependiente es una relación que existe cuando el proveedor de cuidados dependiente no es adecuado para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona que recibe el cuidado.

De igual manera, aclara que el diseño enfermero fomenta actividades profesionales para valorar, diagnosticar y ejecutar el cuidado a partir de las reflexiones concretas para alcanzar los objetivos y resultados planeados, construyendo guías para la producción de enfermería. Revindica la Actividad Enfermera y la concibe como

“La capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado” (Orem, 2001, 95).

Los sistemas enfermeros son las acciones prácticas de las enfermeras orientadas según la necesidad del paciente para proteger y regular el desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes postoperados que necesitan continuar el autocuidado posterior a su egreso del hospital y fomentar el autocuidado en el domicilio.

El diseño enfermero se trata de una actividad profesional desarrollada antes y después del diagnóstico y la prescripción enfermera; consiste en juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades



operativas de estructura. El objetivo del diseño del plan de alta de enfermería es ofrecer una guía por escrito para ayudar a alcanzar los resultados necesarios previstos en la producción de la enfermería; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

Los Sistemas enfermeros son las series de acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes postoperados que requieran un plan de alta de enfermería (Orem, 2001).

Esta autora escribió al método de ayuda desde una perspectiva enfermera. Consiste en una serie secuencial de acciones que resolverán o compensarán las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar .

Orem (2001) Identificó las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:



1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos tanto para uno mismo como para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Orem, planteó presuposiciones y propuestas para la teoría de los sistemas enfermeros, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado las cuales se mencionarán en detalle.

Teoría de los sistemas enfermeros: son acciones formadas por diseño y producción, para pacientes con limitaciones en el autocuidado.

Teoría del déficit de autocuidado: es la capacidad de acción de las personas en torno a la necesidad del cuidado, la ayuda que necesitara y acciones enfocadas a comprender el cuidado.



Teoría del autocuidado: son acciones aprendidas y desarrolladas de forma continua reguladas por cada persona para alcanzar el máximo bienestar en salud .

Los términos que utilizó Orem están definidos de manera muy precisa. El lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en el siglo XXI en la teoría de la acción y en la filosofía. La terminología de la teoría es coherente. El término autocuidado tiene múltiples significados según la disciplina. Orem definió el término y ha elaborado la estructura sustancial del concepto de una manera única, pero también coherente con otras interpretaciones (Allgood, 2015).

4.4 Teorías en Enfermería

Las teorías en enfermería describen, explican o predicen los resultados basados en las relaciones entre los conceptos de los fenómenos enfermeros, enmarcando el problema y definiendo términos relevantes que se pueden desarrollar a varios niveles de abstracción. “Las grandes teorías en enfermería son casi tan abstractas como los modelos de los que derivan, pero se consideran teorías porque proponen resultados que pueden comprobarse”(Allgood, 2015, p. 349).

4.4.1 Afaf Ibrahim Meleis 1942- Presente. Teoría de las transiciones.

Meleis completó los estudios de licenciada en Enfermería en la Universidad de Alejandría, en Egipto. Posteriormente, emigró a Estados Unidos para seguir su formación doctoral y docente. Desarrolló la teoría de las transiciones. Es una reconocida teórica e investigadora, ponente a nivel mundial para compartir su conocimiento y teoría.



A lo largo de estos años Meleis recibió numerosos premios y honores, además de doctorados honorarios en todo el mundo, ha escrito más de 170 artículos en revistas de ciencias sociales, enfermeras y médicas; 45 capítulos y numerosas monografías, procedimientos y libros.

Los primeros trabajos de Meleis sobre transiciones definían transiciones no saludables o inefectivas en relación con la insuficiencia del rol. Definió insuficiencia del rol como cualquier problema en el conocimiento y/o ejecución de un rol o de los sentimientos y objetivos asociados con la conducta de rol percibida por uno mismo o por el cónyuge (Meleis, 2007).

Sus principales temas de investigación fueron definir los componentes, procesos y estrategias relacionadas con la suplementación del rol, que creía marcaría la diferencia para ayudar a los pacientes a realizar una transición saludable. Esto llevó a Meleis a definir salud como dominio, y probó la definición con variables de resultados alternativas como menos síntomas, bienestar percibido y capacidad para asumir nuevos roles (Alligood, 2015, p. 371).

Meleis (2000) identifica los conceptos principales de la teoría intermedia de las transiciones incluyen:

1. tipos y patrones de las transiciones.
2. propiedades de la experiencia de la transición.
3. condiciones de las transiciones (facilitadores e inhibidores).
4. patrones de respuesta (o indicadores de proceso y de resultado).
5. terapéutica de enfermería.

Los tipos de transiciones incluyen desarrollo, salud y enfermedad, situacional y organizativo. La transición del desarrollo incluye nacimiento, adolescencia, menopausia, vejez y muerte. Las transiciones de salud y



enfermedad incluyen proceso de recuperación, alta hospitalaria y diagnóstico de enfermedad crónica (Meleis y Trangenstein, 1994).

Este autor identifica las propiedades de la experiencia de la transición incluyen cinco subconceptos:

1. Conciencia
2. Compromiso
3. Cambio y diferencia
4. Tiempo
5. Puntos críticos y fenómenos

Meleis (2000) definió los siguientes conceptos:

Conciencia: Conocimiento y reconocimiento de la experiencia de la transición con coherencia sobre lo que se conoce y como dará repuesta a las nuevas situaciones que se le presenten.

Compromiso: Es la obligación contraída por la persona en el proceso de transición.

Cambios y diferencias: son todas las acciones de permuta ya sea en identidad, roles, comportamientos, estilo de vida, derivado de procesos externos.

Define, además, la Transición como un tiempo con un punto de partida identificable, que va de los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un período de inestabilidad, confusión y estrés, y llega a un final con un nuevo inicio o período de estabilidad.

Las condiciones de las transiciones incluyen factores personales, comunitarios o sociales que pueden facilitar o limitar los procesos y resultados de



transiciones saludables. Las condiciones personales incluyen significados, creencias y actitudes culturales, estado socioeconómico, preparación y conocimiento.

Meleis (1994) conceptualiza las terapias de enfermería como tres medidas que son ampliamente aplicables a las intervenciones terapéuticas durante las transiciones. En primer lugar, propusieron evaluar la disposición como una terapia de enfermería. La valoración de la disposición debe responder a esfuerzos interdisciplinarios y estar basada en una completa comprensión del cliente; requiere valoración de cada una de las condiciones de la transición para generar un boceto personal de la disposición del cliente, y permitir a los clínicos e investigadores determinar diversos patrones de la experiencia de la transición.

Meleis (2000) Define los siguientes postulados:

Las Enfermeras: Son las principales cuidadoras de clientes y familias que sufren las transiciones. Las transiciones originan un cambio y son consecuencia del cambio.

Persona: Las transiciones incluyen un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, manifestados en todos los individuos. La transición puede causar cambios de identidades, roles, relaciones, habilidades y patrones de conducta. Las vidas diarias de clientes, entornos e interacciones se modelan por la naturaleza, condiciones, significados y procesos de sus experiencias de transición.

Salud: Las transiciones son complejas y multidimensionales. Las transiciones tienen patrones de multiplicidad y complejidad. Todas las transiciones se caracterizan por flujo y movimiento en el tiempo. Cambio y diferencia no son intercambiables ni sinónimos de transición.



Entorno: La vulnerabilidad está relacionada con experiencias, interacciones y condiciones del entorno de la transición que exponen a los individuos a un daño potencial, una recuperación problemática o larga o un afrontamiento retrasado o nocivo.

La teoría de las transiciones fue formulada y desarrollada a través de la inducción utilizando la bibliografía y los hallazgos de investigación existentes. Inicialmente fue desarrollada como un concepto central de la enfermería y más tarde cómo una teoría de nivel medio. “La teoría de las transiciones fue formulada con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre las experiencias de las transiciones en diferentes tipos de transiciones con la terapia de enfermería para personas en fase de transición”(Alligood, 2015, p. 373).

La teoría puede desarrollarse, comprobarse y mejorarse con una evolución dinámica para explicar los cómo se relacionan los diversos grupos y como ocurre la transición en los pacientes postoperados con problemas de salud muy específicos de cuidados para su recuperación y rehabilitación.

4.5 Filosofía de Enfermería

La filosofía enfermera analiza los fenómenos, el razonamiento y la argumentación lógica, contribuyendo a la formación de nuevos conocimientos disciplinarios, siendo la base de la profesión. Contienen estudios retrospectivos y trabajos filosóficos de la disciplina y el cómo se aplican a la profesión.



4.5.1 Patricia Benner. Cuidado, sabiduría clínica y ética en la práctica de la Enfermería.

La influencia filosófica de Benner fue tomada de la teoría de Virginia Henderson mencionando la unión de la práctica clínica y el conocimiento integral con razonamiento reflexivo.

Benner mencionó que para ampliar el conocimiento práctico se desarrolla “mediante investigaciones científicas basadas en la teoría y mediante la exploración del conocimiento práctico existente desarrollado por medio de la experiencia clínica en la práctica de esta disciplina” (1984, pág. 3).

Benner (1984) realizó su obra *From Novice to Expert* y describe los cinco niveles de adquisición y desarrollo de habilidades:

1. principiante
2. principiante avanzado
3. competente
4. eficiente
5. experto

La filosofía describe los cuatro aspectos dinámicos para el cambio y la ejecución en la transición de los niveles de habilidades:

1. Se pasa de los principios y conceptos a utilizar la experiencia específica y pasada.
2. Se cambia a un pensamiento analítico basado en la intuición.
3. El estudiante priorizara la situación por orden de importancia.



4. Se pasa de ser un observador, a ser autónomo para el cuidado.

El nivel conseguido con la actuación solo puede determinarse mediante la validación consensuada de expertos y mediante la valoración de los resultados de la situación (Benner, 1984).

A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. “La pericia se desarrolla a medida que el clínico demuestra las expectativas basadas en un principio y las modifica aplicándolas a una situación real”(Alligood, 2015, p. 121).

Benner refiere que las capacidades intelectuales y reflexivas dependen del conocimiento que poseemos y menciona que el principiante no tiene ninguna experiencia previa de la situación a la que debe enfrentarse por lo que deberá de ir trabajando.

La principiante en la mediada que va avanzando es como puede ir actuando ante determinadas situaciones, logrando llegar a ser principiante avanzado cuando ha logrado demostrar tener las competencias necesarias para conocer las necesidades del paciente y dar respuesta a estas. (Benner *et al.*, 1992).

El estadio competente determina que se poseen los elementos necesarios para la atención con razonamiento en el proceso enfermero, con intervenciones pertinentes y oportunas para el paciente.

Las enfermeras eficientes son consideradas las que tienen la capacidad de brindar respuestas calificadas ante el reconocimiento de las respuestas humanas.

La persona experta ya no se basa en el principio analítico (norma,



directriz, máxima) para justificar su comprensión de la situación y llevar a cabo la acción adecuada (Benner, 1984).

Los principales aspectos de la práctica experta son los siguientes:

- ✓ Demostrar dominio clínico y de la práctica basada en los recursos.
- ✓ Asimilación del saber práctico.
- ✓ Visión general.
- ✓ Previsión de lo inesperado.

La enfermera experta posee la habilidad de reconocer patrones gracias a su amplia experiencia. Para la enfermera experta, conocer las preocupaciones y las necesidades reales del paciente es muy importante, incluso si ello significa planificar

Se identifican funciones específicas para el experto:

- El rol de ayuda.
- La función de enseñanza y formación.
- La función de diagnóstico y seguimiento del paciente.
- La gestión eficaz de las situaciones que cambian con rapidez.
- La administración y la vigilancia de las intervenciones y de los regímenes terapéuticos.
- El seguimiento y la garantía de calidad de las prácticas de cuidado de la salud.
- Las competencias organizadoras del rol de trabajo.

“La enfermería se considera como la práctica del cuidado cuya ciencia sigue una moral y una ética del cuidado y la responsabilidad” (Benner y Wrubel, 1989, pág.11). Benner y Wrubel (1989) consideran que la práctica enfermera



abarca el cuidado y el estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. “La experiencia se desarrolla cuando el clínico prueba y mejora las proposiciones, las hipótesis y las expectativas basadas en principios en las situaciones reales de práctica” (Benner, 1984a, pág.3)

Los docentes incorporan a los alumnos:

1. El conocimiento abstracto, con enseñanzas significativas.
2. Integrar los conocimientos teóricos con los prácticos logrando el conocimiento significativo.
3. Desarrollar el pensamiento crítico mediante el razonamiento clínico.
4. lograr la identidad profesional de la disciplina.

“El juicio clínico y las prácticas de cuidado requieren una atención específica para cada paciente a lo largo del tiempo, considerando los cambios y lo que se ha aprendido. En esta visión del juicio clínico se unen el conocimiento práctico y la acción experta” (Benner, 1999, pág. 316). “El conocimiento clínico de una enfermera depende de hasta qué punto sus habilidades enfermeras marcan una diferencia en el cuidado y los resultados del paciente” (Benner y Wrubel, 1982, pág.11).



Capítulo 5. Plan de Alta

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2019 se realizaron 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que se traduce en una cirugía por cada 25 personal, con complicaciones atribuibles a evento quirúrgicos causando discapacidad o estancias más prolongadas en hospitalización entre un 3% a un 25%. La información sobre la atención quirúrgica sólo ha sido uniformada sistémicamente en un reducido número de estudios científicos.

De acuerdo a los datos anteriores, el profesional de enfermería tiene el compromiso de elaborar un plan de alta para el paciente postoperado, lo cual significa una transición desde el cuidado del hospital al cuidado en el domicilio para favorecer la comunicación y desarrollando el proceso enseñanza-aprendizaje a manera de guía para el cuidado domiciliario; lo que permitirá que el paciente fomente su autocuidado, identifique signos y síntomas de alarma evitando así los reingresos hospitalarios por complicaciones.

El alta Hospitalaria es un proceso común en la actividad asistencial de la mayor parte de los sistemas sanitarios del mundo.” El proceso culmina cuando un paciente que, estando previamente ingresado (es decir, que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro hospitalario”(Martinez, 2014, p. 21). “El Plan de Alta consiste en una serie de recomendaciones que se le dan al paciente en forma oral y escrita, de tal manera que sean comprendidas a cabalidad una vez que el médico ha notificado el alta”(Nava, 2010, p. 40)



Toda intervención quirúrgica representa para el paciente una agresión física, donde experimenta temor a lo desconocido, dolor en la recuperación y angustia. Lo que hace necesario no solo proporcionar cuidados físicos postoperatorios, sino que además es necesario enfatizar en el aspecto educativo, el mismo que favorecerá el incremento del nivel de información y ayudará a disminuir el estrés y alteraciones causadas por la intervención quirúrgica y la anestesia. (Tuesta y Herquinio, 2017)

(Vargas y Fernández, 2011) realizaron la construcción de modelos para la implementación de un Programa de Alta Hospitalaria Programada (PAH) que incluye: una valoración de las necesidades del paciente, tanto al momento del ingreso como en el egreso; coordinación con la red externa de salud y la reubicación de los usuarios con problemas sociales, así como una agilización de los trámites administrativos.

Dentro de las actividades los profesionales de enfermería está la de educar al paciente sobre las recomendaciones a seguir en el postoperatorio como: alimentación (plan nutricional), los cuidados de la herida quirúrgica; así como identificar los signos y síntomas de alarma que determinen el acudir al servicio de urgencias, la correcta administración de los fármacos prescritos y el progreso de rehabilitación si fuera necesario.

El plan de alta le permite al familiar o al cuidador conocer las recomendaciones individualizadas respecto al estado de salud del paciente al egreso, por lo que la comunicación enfermera-paciente y/o familia debe ser efectiva para lograr la aplicación correcta del plan de alta. Éste plan de cuidados se debe planear desde el primer contacto con el paciente y debe concluir cuando éste sea dado de alta” (Tixtha et al., 2014, p. 13).



El plan de alta se sustenta de bases filosófica y de investigaciones partiendo de una valoración y recolección de datos que inicia desde el momento en que el paciente ingresa al hospital, valorando al paciente de forma bio, psico, social y espiritual. Incluye las limitaciones y los recursos del paciente para la coordinación del plan de cuidados, el proceso de enseñanza con el paciente y el cuidado mediante un intercambio de información y resolución de dudas que surgen en el proceso (Adrietta, Lopes, y Bottura, 2011).

El plan de alta realizado por los enfermeros debe contener recomendación dietética, horarios de la medicación y control del peso. Además, debe “planificar los cuidados para un seguimiento en ambulatorio; educar al paciente para el conocimiento de la enfermedad, de la relación entre terapia farmacológica y enfermedad, de la relación entre comportamiento saludable y enfermedad y señales y síntomas de la descompensación. (Adrietta et al., 2011, p. 106).

Plan de egreso: Se define como el conjunto de intervenciones específicas e individualizadas realizadas por el profesional de enfermería, mediante una evaluación minuciosa tendientes a satisfacer las necesidades identificadas del paciente para resolver problemas prioritarios reales que surgen de la condición de salud por el que cursa el paciente postoperados. (Duarte y Martinez, 2015).

5. 2. Investigaciones de plan de alta en Enfermería

Diversas investigaciones científicas realizadas a nivel mundial sobre el plan de alta de enfermería han dado bases sólidas sobre la eficacia de los planes de alta enfermero, dando como resultados importantes contribuciones a la disciplina como áreas de oportunidad para mejorar el proceso de egreso



hospitalario, con mayor información y educación para el paciente y el familiar. A continuación, se citarán algunos de ellos.

Pichitporn-chaia (1999), realizó una investigación con el objetivo de revisar las prácticas de plan de egreso de las enfermeras tailandesas y como la transición hospital hogar se incorpora como parte de la práctica. Obteniendo como resultado que el plan de egreso es un proceso informal que se ve atravesado por varios factores y debe ser evaluado.

Krohn (2008) en su investigación identifica la importancia del plan de egreso en la atención de pacientes ambulatorios. Concluye que se debe dar instrucciones de salida, propósito y metas contemplando los obstáculos para elaborar el plan de manera adecuada.

Han (2009) Reconoce el plan de egreso como un problema central dentro del sistema de salud, en donde la estadía hospitalaria tiende a ser más corta, los costos más altos y, en consecuencia, se incrementa el énfasis en el cuidado comunitario. Concluye que en la medida en que los profesionales del área de la salud comprendan la importancia de dicho plan de egreso y lo ponga en práctica, se podrán disminuir las readmisiones, los costos del servicio, el estrés para los pacientes y mejorar la continuidad del cuidado.

Chin-Yen (2009) destacó como objetivo de su investigación el verificar el nivel de preparación del personal para asumir un plan de egreso. Obteniendo como resultado que las enfermeras deben adquirir la competencia para adelantar el plan de egreso.

Rhud (2010) El objetivo de su investigación fue el revisar como toman las decisiones las enfermeras con relación al plan de egreso de los pacientes y como perciben su rol en este campo. Sus resultados fueron: la identificación de



necesidades particulares se asocia a la capacidad de comunicación de las enfermeras y a la aplicación de su propia competencia de tomar decisiones según la indicación.

Chen (2012), su objetivo principal de investigación fue el identificar los motivos de readmisión hospitalaria, en una muestra de 4101 pacientes con problemas cardiacos, obteniendo como resultado que el 24.7 % de los pacientes fueron reingresados al hospital concluyendo que los planes de egresos de enfermería carecen de directrices claramente establecidas, ocasionando variaciones.

La preparación del paciente para el egreso y la transición del cuidado del hospital al hogar a través del Programa de Alta Hospitalaria Programada ha permitido construir modelos que responden a esas necesidades, establecer objetivos y vincular la transferencia del cuidado del usuario al cuidador o familiar, tomando en cuenta el apoyo de la redes creadas para este fin (Vargas Bermúdez y Fernández Coto, 2012).

Para fines académicos y de mejor análisis, la presente propuesta de plan de alta se clasificó en tres grupos: intervenciones de enfermería de apoyo emocional, físico y orientadoras.

Para el paciente postoperado es fundamental que se le brinde cuidados orientados al apoyo emocional, ya que hay estudios que demuestran que una intervención de enfermería orientada a disminuir el estrés y mejorar la ansiedad del paciente son fundamentales para el proceso postoperatorio, en especial para ayudar a que el paciente entienda y aplique las intervenciones para ayudarlo en su domicilio a una recuperación más favorable y rápida.



En un estudio realizado por la psicóloga (Carapia, 2012), refiere que los pacientes que presentan un moderado control sobre su ansiedad presentan una mejor recuperación, ya que refieren menos dolor y el conocimiento sobre su padecimiento y su cuidado para la recuperación le permite tener una idea clara sobre su autocuidado en el domicilio. Las intervenciones de enfermería de apoyo emocional consisten en favorecer la relación de confianza enfermera-paciente mediante informes detallados sobre los acontecimientos que va a experimentar en el postoperatorio tardío, así como explicar detalladamente el plan de alta y disipar dudas.

Las intervenciones de Apoyo Físico, en palabras de (Macías, 2018) están orientadas hacia el autocuidado, baño, higiene y curación de herida quirúrgica, las actividades de higiene personal facilitan la comodidad, salud y favorecen mejor cicatrización de la herida quirúrgica, disminuyendo riesgo de complicación y reingresos innecesarios al hospital.

Por último, siguiendo con este mismo autor se encuentra el grupo de intervenciones enfocadas al apoyo orientador las cuales tienen como finalidad generar estrategias para brindar información y la educación en el paciente para el manejo de medicamentos, sondas, estomas o drenajes con cuidado específico para sus necesidades en el periodo postoperatorio, así como generar cambios y acciones que favorezcan su recuperación.



Capítulo 6 .- Validación

Para construir un instrumento que precisa validación es necesario realizar una búsqueda bibliográfica y una revisión sistematizada de la literatura en perspectiva con el fin de conocer la información actualizada de mayor relevancia en relación con el tema de estudio como lo es el plan de alta de enfermería. En este caso, resultaron ser escasos los estudios y documentos validados sobre planes de cuidados estandarizados para el egreso hospitalario.

Se ha podido confirmar que en México existe poca investigación relacionada con el plan de alta de enfermería. De igual forma, se evidencia que tampoco se ha desarrollado un documento oficial, estandarizado y validado en el cual se plasmen los cuidados domiciliarios al egreso. El caso de los pacientes postoperados no es la excepción, de tal manera que no queda un registro en el expediente clínico del paciente.

Es un deber en esta disciplina contribuir con la calidad del cuidado extrahospitalario, mediante un instrumento que estandarice el plan de alta de enfermería a través de la validación, cuyo contenido explique de forma sintetizada los cuidados primordiales y al mismo tiempo, pueda servir como guía para el cuidado del paciente en el domicilio. De esta manera, se reafirma la labor del binomio enseñanza-aprendizaje en la toma de decisiones sobre la adecuada terapia farmacológica y el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma.

Entender la validación como parte crucial del proceso de recolección de datos en la investigación se hace imprescindible, por lo tanto, resulta necesario revisar las aportaciones conceptuales que diferentes autores han hecho al



respecto. A continuación, se muestran algunas aproximaciones teóricas respecto al concepto de validación.

Para Soriano (2014) la validación consiste en un proceso articulado que debe trascender de la confiabilidad a la validez. Por otra parte, Luján y Cardona (2015) conciben la validez como “la capacidad que existe en los instrumentos de medir el constructo o variable que pretende medir y para lo cual fue diseñado” (p.6). Estos autores reconocen cinco tipos de validez de un instrumento: (1) validez de apariencia, (2) de contenido, (3) de criterio, convergente-divergente (4) y (5) de constructo. De acuerdo con sus premisas, la validez podrá evaluarse para todas o algunas de estas dimensiones dependiendo del tipo de escala objeto de la validación. Una concepción importante sobre la validez es la proporcionada por la Real Academia Española, la cual indica que “es darle fuerza o firmeza a algo, es decir hacerlo válido” (RAE, 2019).

Retomando las ideas de Soriano (2014), tenemos que todos los instrumentos de validación, deberán ser consecuencia de una interacción entre el paradigma epistemológico, la perspectiva teórica, la metodología y las técnicas de recolección y análisis de datos para la elaboración de instrumentos con bases sólidas en la disciplina. De tal manera, que los documentos que requieran ser validados deberán cumplir con dos elementos: validez y confiabilidad. La información obtenida en la investigación será un punto de referencia para el investigador obteniendo datos reales y objetivos que puedan convertirse en información relevante para otros estudios en referencia.

Otra contribución importante la hace Herrera (1998), quien define el instrumento de medida como un conjunto de técnicas mediante las cuales se puede asignar un valor numérico para poder ser cuantificado y de este modo



poder medir las manifestaciones que de esta surjan. Por su parte, Messick (1996) considera que el instrumento será válido en cuanto que el grado de propiedad de las inferencias e interpretaciones de los resultados de un test incluya sus consecuencias sociales y éticas, para lo cual le asigna un alto valor acerca del cómo y para qué los resultados del test son utilizados y sus consecuencias. Messick da las directrices para recolectar diferentes tipos de evidencias con base al uso y objetivos del instrumento. Entre ellas menciona: la evidencia del contenido, del constructo y su valor predictivo. De acuerdo a este autor, es importante entender que la validez no es una propiedad intrínseca de los instrumentos, sino que dependerá del objetivo de la medición, la población y el contexto de aplicación.

Messick da por entendido que el proceso de validación es permanente y exige constantes comprobaciones empíricas, por lo que no puede afirmarse contundentemente que una prueba es válida, sino que presenta un grado aceptable de validez para determinados objetivos y poblaciones.

Podemos comprender la validación de un instrumento como un proceso constante, donde como lo dicta la ciencia moderna, existen continuas comprobaciones que permitan garantizar la credibilidad de las investigaciones científicas. En palabras de Alfaro y Montero (2013), la validez puede ser el grado de confiabilidad de la prueba para determinada población.

Para validar el instrumento se dan a conocer a continuación las dos fases de la manera en que se debe estructurar:

- En una primera fase, deben tenerse claros objetivos, teoría y constructo para elaborar el plan de alta de enfermería que se trabaja en validar.
- Como segunda fase, se realiza la validación por contenido con juicio de expertos.



No sin antes haber seleccionado a profesionales de enfermería con la respectiva profesionalización y experticia tanto en temas de pacientes postoperados, como en investigación; de tal manera que los jueces conocieran el objetivo y la metodología de la investigación y evaluaran a través de una escala Likert los constructos para poder realizar el análisis estadístico, obtener resultados e interpretarlos.

En las ciencias de la salud resulta cada vez más importante disponer de instrumentos de medida que permitan evaluar atributos subjetivos que integran constructos y dimensiones más complejas. Esto resulta ideal para orientar acciones de atención, promoción o protección de la salud, razón por la cual se llevará a cabo la propuesta del plan de alta en enfermería.

Uno de los métodos más utilizados y con mayor aceptación para la validación de un instrumento es el método Delphi. Este consiste en una revisión sistemática de conceptos y antecedentes históricos. Contempla diversos factores como son: las características, ventajas, uso en el área de la salud incluyendo tres fases (1) preparación, la cual incluye la selección de expertos, preparación del instrumento y decisión de la vía de consulta, (2) consulta, esta incluye la ronda de consultas, el procesamiento estadístico y la realimentación, y (3) consenso y reporte de resultados (Luján y Cardona, 2015).

Con respecto a los tipos de validación a los que un instrumento puede someterse, encontramos que de acuerdo a lo que se desea medir pueden ser:

- **Validez de contenido.** En palabras de Luján y Cardona (2015), este tipo de validez obedece al proceso por medio del cual se evalúan las propiedades y los diferentes ítems si son apropiados para el documento que se quiere medir,



incluyendo todos los dominios y una representación adecuada. Es preciso contemplar todos los aspectos y escalas de un amplio rango de circunstancias.

- **Validez de criterio.** Luján y Cardona (2015) lo refieren como el proceso por medio del cual se establece el grado de validez a través de los puntajes obtenidos en la escala. El nuevo instrumento que se está evaluando debe compararse con una escala existente ampliamente aceptada y que haya demostrado ser el mejor instrumento disponible para la medición del fenómeno de interés. Posterior a la comparación se correlacionan ambas escalas.
- **Validez de constructo.** Desde la perspectiva de Luján y Cardona (2015) se entiende como la propiedad que garantiza que los puntajes que resultan de las respuestas del instrumento puedan ser consideradas y utilizadas como una medición válida del fenómeno estudiado.

Un punto importante a tomar en cuenta en la validación es la utilidad que este mismo pueda tener. Para evaluar si un instrumento es útil o no, se evalúan la aplicación del instrumento, la sencillez del formato, la claridad de las preguntas, si se requiere o no de entrenamiento al personal que lo aplica. Esta característica se evalúa mediante la realización de una prueba piloto con un grupo pequeño de participantes, de tal modo que puedan realizarse modificaciones y adecuaciones (Luján y Cardona, 2015).

Un Instrumento no es útil si su aplicación resulta difícil, compleja o costosa. Este parámetro hace referencia a aspectos como el tiempo necesario para su registro, codificación, interpretación y evaluación.



6.1 Validación Teórica

En el área de la salud y en la disciplina de enfermería es necesario contar con instrumentos, documentos y cuestionarios para la práctica clínica con un alto grado de confiabilidad ya que de este modo se podrá garantizar la calidad en la atención e investigación en las áreas de la salud.

La validación se puede entender como una característica propia del proceso, dicho en otras palabras, si el instrumento o cuestionario garantiza comprobar que mide apropiadamente lo que debe de medir, o cumple con el objetivo para lo cual fue creado en igualdad de circunstancias o situaciones donde se va a aplicar.

Existen múltiples maneras de validar un instrumento dependiendo el tipo de investigación, los objetivos y las variables que se establezcan.

En palabras de Dendaluce (1997) Una investigación tiene validez teórica cuando en el planteamiento del problema (tema, objetivos, selección de variables, definición de las mismas, relaciones establecidas); y/o en el planteamiento metodológico para la resolución del problema (diseño, plan, sujetos, muestreo, datación, análisis) se tiene en cuenta la teoría o al menos parcialmente se deriva de consideraciones teóricas; y/o en las conclusiones (como parte y producto de una buena globalización de lo que ha representado la investigación) hay alguna aportación a la teoría (p. 80).

Para este proyecto final de grado se utilizó la validación teórica mediante la exhaustiva recolección de información, así como una constante valoración de las repuestas humanas del paciente postoperado, sustentadas en las teorías y



modelos de enfermería de Marjory Gordon y los 11 patrones funcionales. La misma engloba recomendaciones de cuidado para todo el paciente postoperado. Dicha propuesta requirió de validez de contenido por expertos, ya que la validación teórica es la más idónea para alcanzar los objetivos de esta investigación

La validación teórica estuvo respaldada por la validación de contenido con el método Delphi o criterio de expertos. Para medir la fiabilidad o comparar los resultados en situaciones similares se utilizó la técnica de fiabilidad de Alfa de Cronbach.

Para (Dendaluce, 1997) la validación teórica debe reunir algunas de las siguientes condiciones:

- La elección del problema de investigación o problema parcialmente teóricos.
- Las variables estudiadas sobre consideraciones teóricas
- La relación de la de la propuesta de investigación en base total o parcial a modelos teóricos.
- El diseño de la investigación sobre consideraciones teóricas.
- Muestreo de forma aleatoria.
- Los aspectos de recolección de información sustentados sobre planteamientos teóricos.
- El análisis de resultados hace referencia a conclusiones que aportan algo a la teoría.



6.2 Validez de contenido por juicio de expertos.

La validez por expertos brinda una opinión de parte de profesionales que tienen especialidad y experiencia en las áreas, reconocidos por su trayectoria y que pueden transmitir información a través de los juicios que realicen al documento.

En el proceso de validez de contenido se ponen en juego una serie de opiniones argumentadas por parte de los expertos o Método Delphi, el cual permite estructurar un proceso de comunicación de diversos expertos para identificar las debilidades y fortalezas del instrumento.

El procedimiento puede variar según los objetivos del instrumento o el contexto de aplicación; también resulta necesario informar a los expertos las características de la población para la cual está enfocada y el lugar donde se llevará a cabo la aplicación del instrumento. (Galicia, Balderrama, y Edel, 2017).

El método Delphi es uno de los métodos utilizado para estudios de ciencias de la salud, sociales y administración, donde se conjunta la experticia con el conocimiento de la disciplina, con comunicación y participación para la construcción de conocimiento.



6.2 Alfa de Cronbach

Cronbach, desde 1951 propuso una fórmula con el coeficiente Alpha que considera la variación de un instrumento de medición en los factores de los ítems. Este puede ser calculado por medio de programas estadísticos. Para los efectos de esta investigación se utilizó el programa Excel , midiendo la fiabilidad de la prueba.

Para medir la fiabilidad de una escala a través del coeficiente de Alfa de Cronbach, se calcula la correlación entre todos los ítems o variables que forman parte de la escala.

Para calcular el coeficiente Alpha se debe de conocer la fórmula que a continuación se expone:

- a) Mediante la varianza de los ítems.

Figura 5

Fórmula para obtener el coeficiente de Alpha de Cronbach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

Fuente: Gonzalez (2015)



Este valor se determinará por medio del programa estadístico Excel o SPSS lo que permitirá calcular fácilmente esta fórmula a partir de la creación de una base de Datos, contemplando el Alpha, el total de número de ítems y el número de expertos.

Para Oviedo (2000) el valor mínimo aceptable para el coeficiente Alpha de Cronbach es 0,70. Por debajo de ese valor es muy bajo. El valor máximo esperado es 0,90 ya que por sobre este valor máximo solo se puede considerar que hay una duplicidad de mediciones de constructos. Se considera un Alpha de Cronbach como ideal entre 0,80 y 0,90.

Tabla 6

Tabla de los valores de Alpha de Cronbach con los valores de fiabilidad

INTERVALO DE ALPHA DE CRONBACH	VALOR DE FIABILIDAD
0 a 0,5	INACEPTABLE
0,5 a 0,6	POBRE
0,6 a 0,7	DÉBIL
0,7 a 0,8	ACEPTABLE
0,8 a 0,9	BUENO

Fuente: Gonzalez (2015).



6.3 Metodología NIPE

El Proyecto para la Normalización de las Intervenciones para la Práctica del profesional de Enfermería (NIPE) es una metodología para realizar investigaciones con validación de instrumentos orientados a la mejora continua, que garantiza calidad de las intervenciones del profesional y del cuidado. Permite aproximarnos a la estimación de los costos en los procedimientos de los pacientes, establecer una taxonomía común para el gremio, así como unificar la metodología científica para las investigaciones y proyectos que ayuden a que estas intervenciones brinden resultados concretos sirviendo de futuras referencias para otras líneas de investigación.

El sistema de clasificación N.I.C. (*Nursing Intervention Classification*) propone que el proceso de validación se realice por medio de la validación teórica y la validación empírica.

Validación teórica: es la que se realiza por medio del soporte de los conocimientos científicos y de las bases de la disciplina o el tema a tratar y es analizada por un grupo de expertos o (panel de expertos) con experiencia en el campo clínico, en investigación y en elaboración y validación de instrumentos.

En la validación teórica se incluye la validación de expertos, ya que es la que se estructura por medio de un grupo de especialistas en enfermería ya sea por su título académico o su experiencia clínica teniendo que contemplar los siguientes aspectos: nombre de la intervención, definición de la intervención y la evaluación de las actividades a validar.



Validación científica: es la validación que se realiza por medio de análisis y búsqueda de material bibliográfico y trabajos de investigación previos teniendo en cuenta: el impacto de la fuente bibliográfica y las normas científicas, apoyándose de la literatura y la comunicación científica publicada hasta el momento.

Validación empírica: se realiza por medio del análisis y evaluación de la realidad clínica y del conjunto de intervenciones de terminología clínica basados en el conocimiento del profesional de enfermería con la terminología que se utiliza en la disciplina. Se establecen las intervenciones de la práctica diaria de enfermería mediante las teóricas en enfermería.

Validación clínica: es la que se realiza con base en un estudio observacional con un equipo de investigadores de la disciplina clasificando las actividades como de alta, mediana y baja relación.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes postoperados que son egresados del hospital requieren asumir la continuidad del cuidado, ya sea por el propio paciente (autocuidado) o por un cuidador primario. Para garantizar la transición del cuidado del hospital al hogar es necesario la elaboración de un plan de egreso en enfermería. (López, Leonel, Ávila, y Castolo, 2014).

La aplicación de este plan de egreso en enfermería favorecerá la atención primaria, ya que permite dar continuidad a los cuidados del paciente, evitará complicaciones, reingresos y quejas. Hay estudios en España que indican que “el plan de alta en enfermería es tan importante como el plan de alta médica” (López, Leonel, Ángel, et al., 2014, p.13)

Un estudio descriptivo realizado en el Hospital Central de la Cruz Roja, en Madrid España, para pacientes postoperados mostró que “39% de los informes de alta quirúrgicos provisionales estaban incompletos y realizados sobre plantilla genérica (59 %) o como simple nota de alta manual (41 %). A causa de esto, se rediseñó la metodología de elaboración y archivado, ofreciéndolas por escrito al paciente, maximizando así la información entregada.” (Fernández *et al.*, 2017, p.12).

Por otra parte, en Cuba se han diseñado reuniones de alta al egreso hospitalario con todo un equipo multidisciplinario encargado del cuidado del paciente. En este caso, todos los prestadores del servicio de salud tienen la obligación de enseñar generando un doble vínculo entre la docencia y la asistencia, compartiendo información en todos los niveles de atención. Siendo



las reuniones de alta un eslabón entre el ingreso y egreso del paciente. El objetivo es instruir al paciente y a sus familiares sobre el modo de conducir el tratamiento al egreso, orientar al paciente sobre la importancia de su seguimiento en el consultorio y explicar al paciente y al familiar la importancia de la rehabilitación.

Sirve también para conocer el grado de satisfacción del paciente y los familiares sobre la atención recibida en el medio hospitalario. De esta manera, se evita su reingreso por omisión o desconocimiento de aspectos relacionados con la terapéutica farmacológica, cuidados y signos de alarma. (Fernández *et al.*, 2017).

En un estudio en Santiago de Chile se analizó la relación entre las percepciones de la calidad de educación al alta y la disposición de pacientes para ser dados de alta. Se menciona que para disminuir los costos sanitarios se reduce la duración de estancia hospitalaria. Esto “hace que los pacientes sean dados de alta del hospital en una etapa intermedia de recuperación y, por ende, que las instrucciones sean más complejas. Como consecuencia de ello se generan altos índices de reingresos hospitalarios.”(Ilva, Uiroz, Eiss, Viviana, y Silva, 2018,p.6)

En Colombia se diseñó una metodología para implementar el Plan de egreso hospitalario como apoyo en el cuidado de la salud de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores. Elaboraron dos instrumentos; la versión larga con 60 ítems y la versión corta con 20 ítems bajo el acróstico CUIDAR, siendo así: Conocimiento, Unicidad o condiciones particulares, Instrumental procedimental, Disfrute de condiciones mínimas para el cuidado o nivel de bienestar, Anticipación, y Relación social e interacción. Realizaron una valoración integral al paciente y al cuidador o familiar desde el ingreso y



realizaron seguimientos del paciente hasta un mes después del egreso pudiendo ser replicado en países de América latina (Carrillo, *et al.*, 2017).

En un estudio realizado por enfermeras brasileñas, donde describen las actividades y funciones que realiza el personal de Enfermería de enlace en Canadá, se identificaron entre las actividades más importantes la elaboración de alta hospitalaria. Estas apuntan a una práctica centrada en la persona y su familia para asegurar la continuidad del cuidado a los pacientes. Ellas mantienen una comunicación con sus pares y otros profesionales, rescatan el historial del paciente, identifican las necesidades clínicas y actúan como educadoras y articuladoras entre los servicios, al transmitir las informaciones acerca de la planificación del alta hospitalaria del paciente” (Knop *et al.*, 2019)

Para las enfermeras de enlace en Canadá la planificación del alta no ayuda solamente a los diferentes profesionales de la salud a coordinar sus servicios de manera complementaria, sino también, a delinear una trayectoria de cuidados esperada para cada paciente, con una visión holística de cada individuo, en la medida en que se evalúan de las condiciones físicas, psíquicas, sociales y del ambiente en que él está insertado (Knop *et al.*, 2019)

En México se cuenta con plan de alta médico; sin embargo, no existe un documento formal y estandarizado del plan de alta en enfermería. Esto representa la piedra angular para la presente investigación ya que se carece de un registro indispensable para poder evaluar su impacto y consecuencia. Adicionalmente, no se brinda una atención integral y holística al paciente desde el modelo enfermero, así como tampoco se realiza un seguimiento al paciente en el egreso hospitalario, aumentando los reingresos hospitalarios por



complicaciones, quejas y extensión en los costos de la atención a diferencia de países Europeos y de América Latina (Tixtha *et al.*, 2014).

Por lo anterior expuesto surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el grado de validez teórica de un plan de alta de Enfermería en pacientes postoperados México 2020?



IV. JUSTIFICACIÓN

Una propuesta de plan de alta de enfermería para pacientes postoperados contribuiría de manera significativa a la disciplina, una vez que sería innovador que los profesionales del cuidado cuenten con un instrumento que les permita extender sus intervenciones más allá del hospital, sin tener la necesidad de su presencia física para ser aplicado, favoreciendo la transición del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Un cuidado que puede ser realizado bien por el paciente o por un cuidador primario. Esta herramienta que constituye una forma de empoderamiento del paciente y a la familia para favorecer en la recuperación y mantenimiento de un estado de salud óptimo a través de la revisión y uso de diferentes modelos enfermeros.

Por otra parte, las propuestas emanadas de teorías relevantes permitirán dar a este plan de alta un enfoque disciplinar mucho más integral que los planes de alta existentes, por cuanto incluye muchos más aspectos que el enfermero podrá incorporar dirigidas al cuidado, manejo de medicamentos, aspectos higiénico dietéticos e identificación de respuestas humanas que denoten signos de alarma, entre otros. Lo anterior permitirá el empoderamiento del profesional de enfermería y enfatizará la actividad autónoma e independiente al plan de alta médico, asimismo, con el instrumento de plan de alta, el profesional de Enfermería garantiza el cumplimiento a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 004.



La importancia de la propuesta se asume como elemento necesario para dar una adecuada calidad sanitaria, ya que a través del registro de todo aquello, la enfermera podrá transformar el conocimiento común sobre los cuidados, en un cuerpo de conocimientos científico que permitan el desarrollo disciplinario y un empoderamiento profesional. (Correa, Verde, y Rivas, 2016)

El impacto para el paciente está respaldado por los estudios realizados donde se afirma que al educar al paciente y entregar un plan de alta de enfermería por escrito evitaría altos costos por complicaciones postquirúrgicas, reingresos hospitalarios y prevención de quejas de los pacientes.

Aun cuando el plan de alta en enfermería forma parte del expediente médico, en México no existe un documento formal y estandarizado. La trascendencia del plan de alta en enfermería bajo el modelo enfermero en pacientes postoperados, impactaría de manera favorable en la disciplina y respaldaría el derecho que tienen los pacientes de estar informados tal como se menciona en la carta de los derechos generales de los pacientes y de acuerdo con la Ley General de Salud en su Artículo 51 Bis 1. Esto implica, entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna, evitando incurrir en implicaciones legales por omisión (Tixtha, 2014).

Derivado de la necesidad de contar con un documento formal y establecido para el plan de alta enfermero, surge la propuesta de un instrumento que contribuya con lo estipulado en el Plan Nacional de Salud 2019-2024, y haga énfasis en la promoción y prevención de la salud, aportando con un modelo de atención primario de salud integral. Un plan de alta por escrito guiará al paciente en su autocuidado, ayudará a prevenir reingresos hospitalarios, complicaciones



posoperatorias, además de contribuir a la detección de los signos y síntomas de alarma, quejas y un gasto económico extra de lo ya estimado en la cirugía.

La trascendencia de los resultados obtenidos en el trabajo podrán ser reproducidos con grandes aportaciones a todos los niveles asistenciales de salud, tanto en el ámbito de las instituciones privadas como públicas, así como en el estado de México y a nivel nacional, e internacional en países con características similares.

El plan de alta propuesto tendrá una gran oportunidad de reproducibilidad, puesto que podrá ser referente para su instrumentación en otras instituciones de sector salud.

El presente trabajo final de grado estuvo guiado bajo un marco de procedimiento ético, tanto en la búsqueda de fuentes de información como en la selección del personal idóneo para la revisión de la propuesta y su posterior evaluación



V. OBJETIVOS

Objetivo General

Estimar la validación teórica de un plan de alta de Enfermería para pacientes postoperados México 2020.

Objetivos Específicos

- ⇒ Identificar información acerca de la existencia de planes de alta de enfermería para pacientes postoperados en las instituciones de salud nacionales e internacionales.
- ⇒ Crear un plan de alta de enfermería dirigido al paciente postoperado para instituciones de salud en México.
- ⇒ Determinar el grado de validez de contenido y confiabilidad de un plan de alta de enfermería dirigido a pacientes postoperados en México.



VI. METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo con enfoque mixto por cuanto se utilizó el juicio de expertos, a través de un enfoque cualitativo. Se incluyó la medición de Alpha de Cronbach para medir la fiabilidad del instrumento con expresión numérica para la medición de la frecuencia.

Tipo de Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

El estudio se realizó en dos fases:

Diseño del plan de alta:

En la primera fase del trabajo se realizó una búsqueda sistemática de la información a través de las siguientes bases de datos: Pubmen, Scopus, Medline, Google Académico, Redalyc, Scielo y Dehesa.

Como estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: plan de alta, enfermería, validación y paciente postoperado, periodo postoperatorio. Se realizó una segunda búsqueda de la literatura científica en la que se incluyeron las dos principales variables de estudio:

1.- Plan de alta, desplegando dos variables más de estudio las cuales son:
a). Cuidados de enfermería bajo la teoría de Virginia Henderson y b). Cuidados de enfermería bajo la teoría de Virginia Henderson.



2. Periodo postoperatorio; desplegándose en dos variables de estudio:
a). Patrones funcionales de Marjory Gordon y b). Respuestas humanas alteradas.

En cuanto a los criterios de inclusión se consideraron:

- Documentos, tesis, guías de cuidado y estudios de revisión y de tipo descriptivos con resultados relacionados con la aplicación del plan de alta en enfermería en pacientes postoperados.

Entre los criterios de exclusión se tomaron en cuenta:

- Estudios con antigüedad preferentemente no mayor a cinco años.
- Estudios sin diseño explícito.

Para los criterios de eliminación se tomaron en cuenta:

- Documentos incompletos, duplicados, que no presentaban información metodológica pertinente al propósito del estudio.

Posteriormente, se procedió a un proceso de razonamiento crítico y análisis de la información, identificando los diagnósticos de enfermería para el paciente adulto postoperado, a partir de un listado de las respuestas humanas alteradas y poder incluir todos los cuidados necesarios durante periodo posoperatorio.

Una vez analizada y clasificada la información, se construyó un plan de alta de enfermería ordenado según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. Cada uno de los patrones agrupó recomendaciones de cuidado específicos. Se agregó un encabezado contentivo de los datos para la identificación del paciente y un cuadro para señalar el manejo de medicamentos.



Se incluyó también un apartado para registro de citas, dando lugar a la propuesta final del plan de alta de enfermería para el paciente postoperado.

Para fines académicos y asegurar un mejor análisis, la propuesta final de plan de alta se clasificó en tres grupos: intervenciones de enfermería de apoyo emocional, intervenciones de apoyo físico y las orientadoras.

La segunda fase del trabajo consistió en la validación del plan de alta a través el análisis de contenido por medio de la técnica Delphi o Juicio de Expertos.

Muestra: 10 expertos.

Criterios de selección: Profesionales de enfermería con licenciatura y posgrado, cinco años de experiencia en el área clínica y dos en el área quirúrgica y con competencia en investigación, lo anterior es sustentado en la filosofía de Patricia (Benner, 1984), la cual indica que el estudiante aprende y va adquiriendo de manera progresiva experiencia y habilidad para afrontar diversas situaciones hasta convertirse en experto, definiéndolo como: el que guía por experiencias pasadas, el conocimiento teórico y práctico además de poseer un dominio de las situaciones que afronta y la capacidad de identificar áreas de oportunidad y alternativas de solución eficaz. Así como también (Shanteau, 2002) lo mencionada en su artículo "*Performance-based assessment of expertise: How to decide if someone is an expert or not*", se puede identificar a un experto por su experiencia, por la aclamación social, la consistencia como profesional y sus habilidades.



Recolección de la información:

La técnica empleada fue Juicio de Expertos:

El instrumento contenía un total de 50 ítems contruidos bajo el modelo de escala Likert con ponderaciones en un rango de 1 a 5: Totalmente de acuerdo, 4.- Medianamente de acuerdo, 3.- Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2.- Medianamente en desacuerdo y 1.- Totalmente en desacuerdo.

Se adjuntó el consentimiento informado para los jueces. Se determinó un periodo de cuatro semanas para que realizaran sus observaciones y enviaran su opinión argumentada y el documento firmado. Se recibieron solamente ocho respuestas. Dos de los expertos decidieron no participar en la investigación por lo que se convocaron dos más. En total participaron 10 jueces en la primera revisión.

Aspectos éticos:

La presente investigación esta sustenda en la Declaración de Helsinski, de la Asociación Médica Mundial, última actualización en 2000, ya que favorece las normas éticas que promuevan y garanticen el respeto a todos los seres humanos, la proteccion de la salud de los derechos individuales y de la comunidad en cuanto a sujetos de investigación. Es deber del investigador proteger la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de las personas participantes de la investigación.

Para conformar el panel de expertos se tomaron como referentes dos principios éticos: 1. El respeto a la persona y 2. La busqueda del bien. Por medio de un consentimiento informado para participar de manera voluntaria en la investigación mediante un dialogo de confianza y colaboración con un



compromiso de ambas partes, dicho documento conteni: el propósito de la investigación, la justificación, informacion de los beneficios reales o potenciales y a terceros, los criterios de inclusión, confidencialidad de los datos y uso anónimo de la participación, incluyendo la posibilidad de retirarse del estudio y su firma que ratifique la participación voluntaria e informada.

Procesamiento de la información

Los resultados obtenidos fueron llevados a una base de datos en Excel

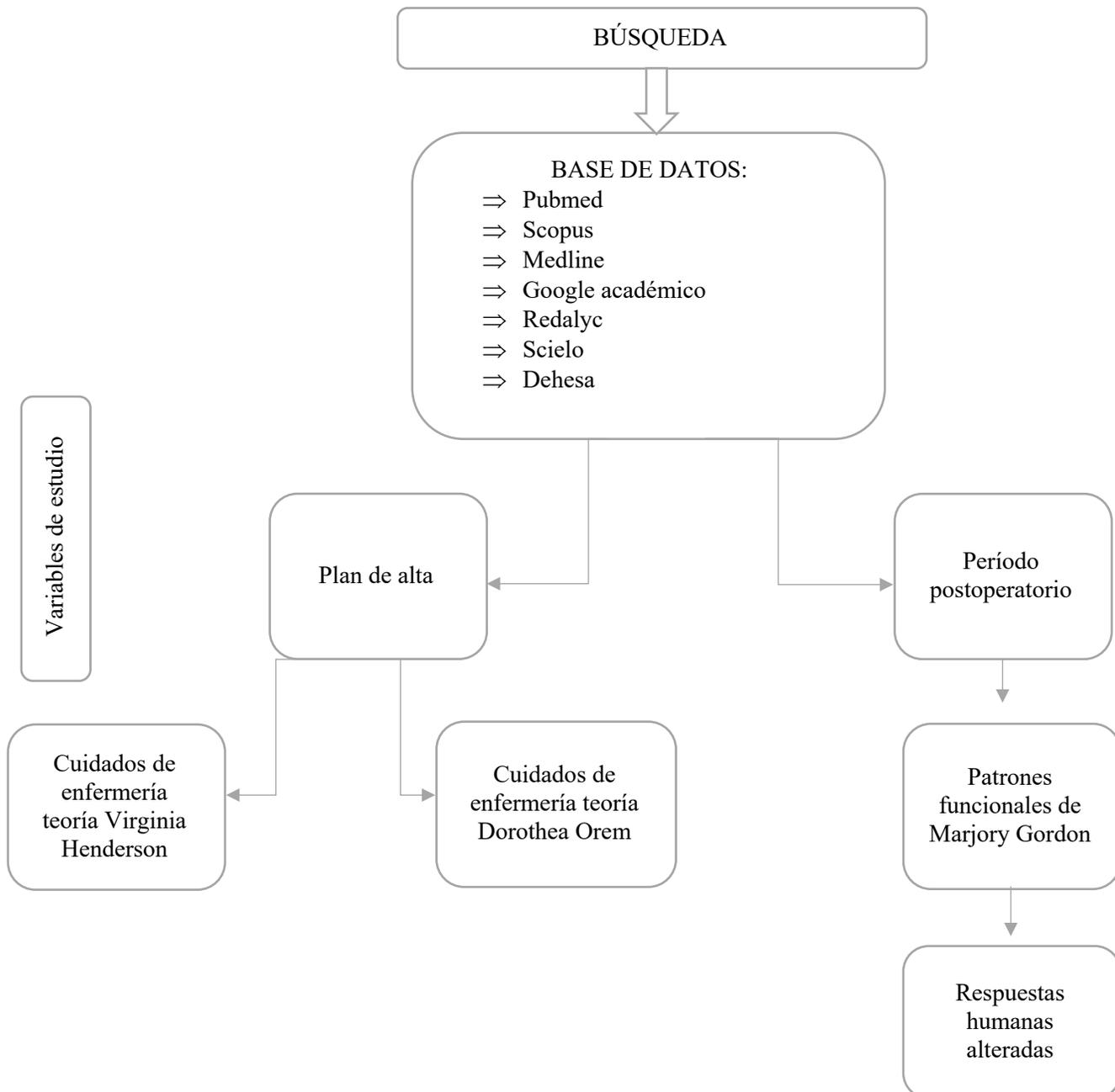
Análisis de la información

Para su análisis se utilizaron medidas de tendencia central (media o promedio) y como medida de dispersión la desviación estándar, la fiabilidad del instrumento se cálculo a través del Alfa de Cronbach, los resultados se presentaron en cuadros, graficas y polígono de frecuencia.

VII. RESULTADOS

Figura 7

Flujograma de Proceso de una Revisión Bibliográfica



Fuente: García (2020).



La figura 7 expresa como fue la búsqueda exhaustiva por las diferentes bases de datos más importantes y confiables relacionadas con las ciencias de la salud y la disciplina de enfermería para el abordaje en relación con las de las dos variables en estudio plan de alta y periodo postoperatorio.

En la búsqueda de la variable plan de alta se contemplaron los aspectos de los cuidados de enfermería para el paciente postoperado bajo la teoría de las 14 necesidades de **Virginia Henderson**, así como los cuidados de enfermería para el paciente postoperado bajo la teoría del Autocuidado de **Dorothea Orem**.

De la variable de estudio período postoperatorio, fue necesario complementar la búsqueda bibliográfica sobre los **11 patrones funcionales de Marjory Gordon** e incluir todas las respuestas humanas que se encontraran alteradas en el paciente postoperado.



Figura 8

Cuadro de Resultados de la búsqueda de Bibliografía

BASE DE DATOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS	TEMAS DE ESTUDIO	
Pubmed	5	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Virginia Henderson. ▪ Periodo postoperatorio.
		1	
		2	
Scopus	6	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Virginia Henderson. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Dorothea Orem. ▪ Periodo postoperatorio. ▪ Patrones funcionales de Margory Gordon. ▪ Respuestas humanas alteradas.
		1	
		1	
		1	
		1	
Medline	5	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Dorothea Orem. ▪ Respuestas humanas alteradas.
		1	
		1	
Google académico	20	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Virginia Henderson. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Dorothea Orem. ▪ Periodo postoperatorio. ▪ Patrones funcionales de Margory Gordon. ▪ Respuestas humanas alteradas.
		2	
		2	
		2	
		8	
Redalyc	5	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta ▪ Periodo postoperatorio. ▪ Respuestas humanas alteradas.
		1	
		1	
Scielo	12	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de alta. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Virginia Henderson. ▪ Cuidados de enfermería en el paciente postoperatorio basado en la teoría de Dorothea Orem. ▪ Periodo postoperatorio. ▪ Patrones funcionales de Margory Gordon. ▪ Respuestas humanas alteradas.
		1	
		1	
		1	
		3	

Fuente: García (2020).

En la figura 8 se muestran las 6 principales bases de datos que sirvieron de referente para la recopilación de la bibliografía y el número de artículos encontrados para las dos variables de estudio y sus subtemas.



Figura 9

Cuadro de Referencia Bibliográfica con Resumen

	AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	RESUMEN
P U B L I C A D O	Buurman Bianca	Un ensayo clínico aleatorizado en una evaluación geriátrica integral y el hogar seguimiento intensivo después del alta hospitalaria: el puente del cuidado de transición	Tres hospitales en los Países Bajos participarán en el estudio multicéntrico, aleatorizado que compara un programa de cuidado de transición dirigido por enfermeras de varios componentes proactiva con la atención habitual después de la descarga.
	Fermann Gregory J.	Diseño y la justificación de un ensayo aleatorizado de una estrategia de transición de atención en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda dados de alta en el servicio de urgencias.	Es un estudio multicéntrico aleatorizado de una intervención de cuidados de transición centrado en el paciente en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) que reciben el alta después de un período breve de la observación.
	Kripalani Sunil Jackson Amy	Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists	Este artículo revisa varios desafíos importantes para brindar atención de alta calidad cuando los pacientes abandonan el hospital. También se discuten enfoques para promover transiciones de atención más efectivas.
	Morrison Jessica	Reducing Preventable Hospitalizations with Two Models of Transitional Care.	El modelo de transición emergente es diseñado para disminuir los eventos adversos prevenibles y la utilización asociada de la atención médica mediante un seguimiento temporal después del alta hospitalaria.
	Schamess, Andrew.	Sala de urgencias del hospital y la utilización reducida de personas con múltiples enfermedades crónicas y discapacidad receptora de atención primaria en el hogar.	Se resumieron los datos de registro médico electrónico, entre los pacientes que recibieron intervenciones en el hogar y compararon las tasas por 1000 días paciente para visitas a urgencias, ingresos y reingreso.
S C O P O S	Bellido Vallejo José Carlos	Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes	El modelo de cuidados de Virginia Henderson para que dé soporte y orientación filosófica al desarrollo del libro y bajo ese prisma se han desarrollado las valoraciones e interrelaciones Nanda-Noc-Nic.
	Butcher Woward	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	Clasificación normalizada y completa de las intervenciones de los profesionales de enfermería, útil para la planificación, documentación e integración de los cuidados eficaz para el diseño de programas. de la competencia, la



S C O P U S			retribución, la docencia y el diseño de programas.
	Gómez Romero Javier Franco	Prevención de la infección de sitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica	Describir la evidencia y el grado de recomendación de las medidas preventivas desarrolladas en las 3 fases asistenciales del enfermo quirúrgico (preoperatoria, perioperatorio y postoperatoria), así como las coincidencias y divergencias entre las guías de práctica clínica (GPC) seleccionadas.
	NANDA	Diagnósticos Enfermeros Definición y clasificación 2018-2020 Undécima edición Elsevier	Taxonomía es la ciencia y la práctica de la categorización y la clasificación. Incluye 234 diagnósticos de enfermería que son agrupadas (clasificadas) en más de 13 dominios (categorías) de la práctica de enfermería.
	Pérez Pérez Antonio	Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia	Recomendaciones generales establecidas en un consenso para la elaboración del informe de alta hospitalaria en especialidades médicas a las necesidades específicas de la población diabética hospitalizada.
M E D I C I N E	Raile Allgood Martha	Modelos y Teorías en Enfermería 8° ED.	Libro digital sobre las teorías de la enfermería, representando a las principales pensadoras en este campo basándose en sus trabajos y publicaciones teóricas.
	Arce Guillermo	Desarrollo sustentable desde el enfoque de autocuidado: un aporte a la práctica de enfermería.	A través de dos de los requisitos de Autocuidado de la salud como son normalidad y peligros para la vida, planteados por Dorothea Orem se analizará como los cambios en nuestro ecosistema pueden repercutir en el continuo salud-enfermedad de las personas.
	Beltrán Neto Stefany Carolina	Nivel de información del plan de egreso por pacientes de traumatología del hospital general Latacunga, noviembre 2017- marzo 2018	Este estudio fue de tipo descriptivo, cualitativo, cuantitativo y transversal, los instrumentos que se utilizaron fueron la guía de observación que se aplicó a los profesionales de Enfermería y una encuesta dirigida a los pacientes que son remitidos con el alta a sus hogares.
	Knop Aued Gisele	Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado.	Estudio descriptivo, cualitativo, pautado en el referencial teórico Cuidado Basado en las Fuerzas, que describir las actividades desarrolladas por las enfermeras de enlace para la continuidad del cuidado después del alta hospitalaria.



G
O
O
G
L
E
A
C
A
D
É
M
I
C
O

Quinones Michael A.	Drenaje de Succión Cerrado Con Pera	Recomendaciones y cuidados para utilizar un drenaje de succión cerrado debajo de la piel durante la cirugía. Este drenaje extrae la sangre u otros líquidos que se acumulan en esta área.
Antayhua Ortiz Ana Leonor Abigail	Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional	Describe la espiritualidad en pacientes que reciben cuidados paliativos en un hospital nacional.
Arismendiz Izquierdo	Eficacia de la deambulación temprana para la disminución de complicaciones postoperatorias.	Revisión sistemática y metaanálisis que revisó las bases de datos más comunes, seleccionando 10 artículos sobre, la eficacia de la deambulación temprana disminuye complicaciones de todo tipo en pacientes post-operados.
Barmaimon Enrique	Libro Medicina Perioperatorio Prof. Dr. Enrique Barmaimon-6 Tomos- Año 2017.8- Tomo Vi.	Libro que organiza y mejora la atención médica en el paciente postoperado.
Centro de Especialidades Quirúrgicas	Estreñimiento después de su operación	Recomendaciones y cuidados especializados para el paciente postoperado y el uso de lactantes.
Chirveches Pérez Emília	Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos, en su domicilio.	Comparar la carga que suponen los cuidados en las diferentes fases del proceso quirúrgico (preoperatorio, transición del hospital al domicilio, convalecencia y; conocer las repercusiones del cuidar sobre su salud.
Comisión permanente de enfermería	Plan de cuidados de enfermería Perioperatorio.	En un enfoque sistémico, la OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía a través del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente.
Comisión permanente de enfermería.	Modelo del Cuidado de Enfermería. 1º ed. 2018.	Modelo de cuidados de enfermería con una postura enfocado a dar respuesta a las necesidades de atención de la población mexicana; considerando las características y la diversidad cultural.
Correa Edgar Argueta	Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson	Herramienta metodológica, está constituida por una serie de pasos o etapas íntimamente interrelacionadas. Dichas etapas son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
Duran Armas Carla Elizabeth	Nivel de captación del plan de egreso en los pacientes con diabetes, de acuerdo a la información impartida por parte del Profesional de	El plan de egreso se define como el conjunto de actividades y cuidados que tiene por objeto proporcionar la información clara sobre el autocuidado en el hogar.





G O O G L E A C A D É M I C O		Enfermería que labora en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Docente de Calderón, durante el periodo abril – junio 2016.	
	Gallardo Karina	Solarte	Revisión Temática de Plan de egreso, otra competencia en enfermería
		IMSS	Prevención y manejo de las complicaciones Postoperatorias en cirugía no cardiaca en el Adulto Mayor.
		Junta de Extremadura, consejería de Sanidad y Políticas Sociales	Proceso Asistencial Integrado Del Paciente Quirúrgico, 2019
		LeMone P, Burke K	Enfermería médico-quirúrgica. Pensamiento critico en la asistencia del paciente.
		Madinabeitia Serrato Izar	Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje vesical.
		Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad	Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal
		Nava Galán Ma. Guadalupe	Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica
		Nerea Ogara de la Fuente	Atención y cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente quirúrgico
			Búsqueda de desde diferentes estudios realizados a nivel de Colombia, en el periodo de 2009 a 2015, para lo cual se revisó la literatura relacionada con el tema, que sirviera de soporte para discutir, reflexionar y evaluar críticamente los datos obtenidos en la investigación
			Las complicaciones postoperatorias son las eventualidades que ocurren en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico, respuestas a la recuperación.
			Una herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales.
			El libro brinda una base para realizar el juicio clínico y que pueda aplicarse para prestar unos cuidados de enfermería seguros, individualizados y competentes al paciente que necesita procedimientos quirúrgicos
			Trabajo que describe pautas de cuidados al paciente portador de sondaje vesical y los conocimientos más relevantes en cuanto a enfermería se refieren.
			Instrumento para mejorar la atención sanitaria de los pacientes a los que se les va a realizar un procedimiento de cirugía mayor electiva con abordaje abdominal. Ofrece recomendaciones de cuidado.
			El plan de alta de enfermería es un documento que proporciona información importante e individualizada al paciente y cuidador primario (familiar: padres, esposa o hijos); es elaborado por el enfermero que atiende al paciente durante su hospitalización.
			Aborda de manera holísticamente al paciente quirúrgico en la etapa postoperatoria, reconociendo la importancia del papel del profesional de enfermería en cuanto a atención y cuidados de este.





G O G L E A C A D É M I C O	Paris Ortega Silvia	Procesos quirúrgicos que afectan a la imagen corporal.	Las consecuencias de la sobrevaloración de la imagen corporal se extienden con la aparición de patologías que necesitan la intervención de procedimientos quirúrgicos que afectan a la apariencia física del individuo.
	Pérez Montserrat	Martí Percepción de los enfermeros sobre el informe de cuidados de enfermería al alta en un Hospital Comarcal	Estudio mixto del Informe de Cuidados de Enfermería al alta, ya que es la parte final del proceso enfermero para garantizar la continuidad de cuidados.
	Quirúrgica cirujanos asociados	Recomendaciones para dietas postquirúrgicas <i>Recomendaciones dietéticas para una buena cicatrización.</i>	Una alimentación inadecuada e insuficiente hace más difícil la cicatrización de heridas. Una dieta equilibrada, variada y ajustada a los requerimientos de cada persona puede ser nuestra mejor medicina y la clave para la recuperación y para la cicatrización de heridas.
R E D A L Y C	Carrillo González Gloria Mabel	Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento "cuidar" - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar.	Escalas que midan la competencia para el cuidado en el hogar de pacientes con enfermedades crónicas por cuanto estos reciben excesivos lineamientos para su cuidado y se enfrentan a terapéuticas en extremo complejas.
	Carrillo González Gloria Mabel	Metodología De Implementación Del "Plan De Egreso Hospitalario" para personas con enfermedad crónica En Colombia	Diseño y validación de una metodología para implementar el "Plan de egreso hospitalario" como mecanismo de apoyo en el cuidado de la salud de personas con enfermedad crónica.
	Pinzón de Salazar Lina	El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma.	Considera los aspectos que deben tenerse en cuenta al realizar el Plan de Alta para un enfermo, agrupándolos por medio de una nemotecnia que, a la vez que facilita su memorización, refleja un cuidado integral.
	Valencia Carlos	Basto Cicatrización: proceso de reparación tisular. Aproximaciones terapéuticas	El proceso de cicatrización es una secuencia de eventos que depende de la dinámica celular del tejido celular lesionado y circundante.
	Vargas Zeidy	Bermúdez Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia.	Es un modelo para implementar para otras instituciones hospitalarias nacionales e internacionales, ya que proporciona herramientas a los pacientes y a sus familiares para llevar a cabo el autocuidado y su posterior reincorporación a la comunidad.
	Amezcuca, Cintado	Manuel La falta de conocimientos del usuario sobre su proceso: un	La asistencia administrada por profesionales tiene que estar comprendida





S
C
I
E
N
C
I
A

		problema frecuente en la asistencia ambulatoria especializada.	bajo el marco de la continuidad asistencial, lo que implica la incorporación de sistemas de información que aseguren la asistencia.
Andrietta, María Paula		Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.	Identifica como las enfermeras han planificado el alta de los pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva, ya que el plan de alta inadecuado y el no seguimiento de las orientaciones dadas son apuntados como posibles factores de rehospitalización.
Basozabal Zamakona Begoña		Manual de Enfermería Quirúrgica.	El manual está enfocado al conocimiento sobre las técnicas, normativas y filosofía que se desarrollan dentro del Área Quirúrgica y está dirigido al personal de enfermería a fin de que conozca los conceptos más elementales para comenzar a trabajar en esta área.
Castañeda Gueimonde María	Caridad	Reunión al egreso o sesión de alta: vinculo entre asistencia y docencia.	La reunión al egreso o sesión de alta como un elemento que sella la emisión del diagnóstico del paciente, así como resume su tratamiento, orienta su seguimiento por consulta externa o por la atención primaria y se establece el momento para conocer del grado de satisfacción del paciente y sus familiares.
Cesar Choez González	Augusto	Plan de alta y la aplicación por el profesional enfermero del Hospital Dr. Gustavo Domínguez.	El plan de alta de enfermería es un documento escrito que sirve de guía al paciente para continuar con el tratamiento en el hogar, el enfermero se enfoca en la educación como el factor principal para su uso, sin embargo, éste es realizado de forma rápida y sin un proceso educativo al paciente.
Interial Guzmán Ma. Guadalupe		Plan de Alta en Pacientes Postoperatorios de Cirugía Cardíaca	El plan de alta es una estrategia desarrollada por el profesional de enfermería con el propósito fundamental de brindar herramientas al paciente acerca de los cuidados en el hogar asociados a su padecimiento de salud. Esta estrategia se debe aplicar en todos los pacientes.
Intermountainhealth care		Ostomías: Cuidados en el Hogar Guías para los Pacientes y sus Familias.	Es una referencia para e alta hospitalaria donde describe la digestión y la función de una ostomía, así como los cuidados de la piel.
McGregor Margaret		Un estudio antes después de uso hospitalario en dos poblaciones frágiles recibir servicios basado en el hogar diferentes durante el mismo	A medida que las personas envejecen, son más propensos a experimentar el aumento de la fragilidad y un uso más frecuente de los servicios hospitalarios. Se analizó la atención primaria en el hogar y el reingreso hospitalario.





S C I E N C I A		tiempo en Vancouver, Canadá.	
	Ricardo Ramírez José Manuel	Valoración nutricional de pacientes egresados de un servicio de cirugía general.	El estudio evaluó el estado nutricional de 91 pacientes egresados del Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Clínico quirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, quienes habían sido intervenidos con cirugía mayor electiva, durante el trienio 2013-2015.
	Romero Valverde Andrés	Cicatrización	La cicatrización es la respuesta del cuerpo a una lesión, que puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo.
	Silva Silva Viviana	Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad	Se analizó la relación entre las percepciones de la calidad de educación al alta y la disposición de pacientes para ser dados de alta, mediante una aplicación de escala de calidad.
	Soto Otero Yaime	El dolor agudo postoperatorios, aún un problema en el paciente quirúrgico	La elección de una correcta analgesia posoperatoria, adecuada al tipo de cirugía y al entorno del paciente, es clave para el desarrollo de una buena y efectiva recuperación funcional posoperatoria.

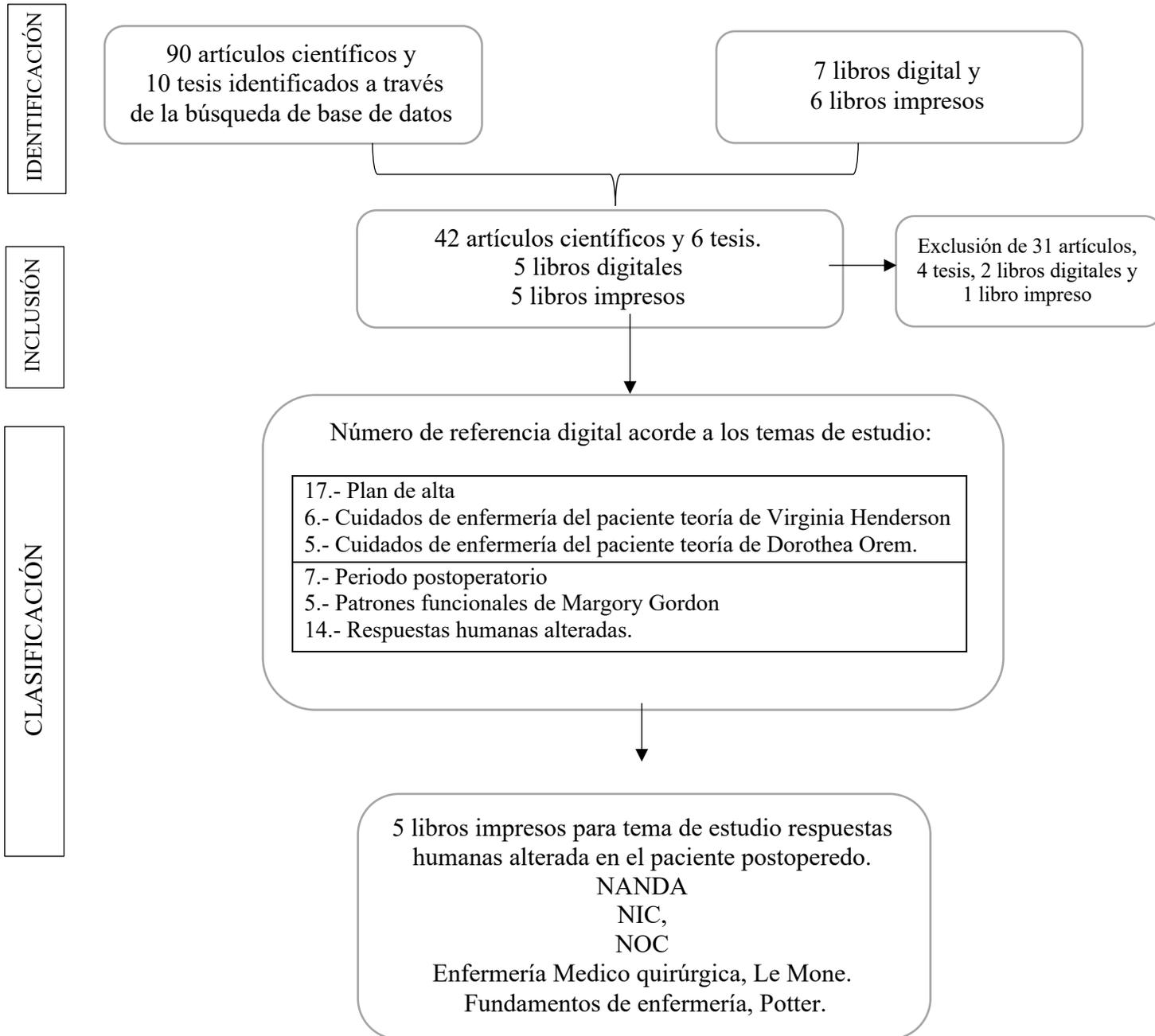
Fuente: García (2020).

La figura 9, muestra información sobre el autor, el título de la referencia bibliográfica, así como una pequeña reseña del artículo, tesis o libro digital que sirvieron de marco referente para la conformación del estado del arte y la elaboración de la propuesta del plan de alta de enfermería. Todo bajo bases científicas para lograr la compilación de los cuidados especializados para todo tipo de paciente postoperado.



Figura 10

Diagrama de Flujo para la Selección de Artículos



Fuente: García (2020).



La figura 10 detalla información sobre la cantidad de bibliografía (artículos, tesis y libros) que fueron encontrados en las diferentes bases de datos ya mencionadas en cuadros anteriores; se expresa por medio del diagrama la cantidad de artículos, tesis y libros que fueron incluidos, así como la cantidad de bibliografía que fue excluida por no considerarse completa, suficiente, repetida o pertinente.



Figura 11

Propuesta de plan de alta de enfermería para paciente postoperado.

PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES POSTOPERADOS
FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

Fecha de admisión:	Hora:	Registro/Afiliación:	
Nombre:	Edad:	Sexo:	
Fecha de Nacimiento:	Ocupación:	Escolaridad:	Estado civil:
Diagnóstico médico:	Fecha de ingreso:	Fecha de la cirugía	
Cirugía realizada:	Cuidador primario o responsable del cuidado en el hogar:		
Fecha de egreso:	Dirección:	Teléfono:	
Enfermera responsable de orientar el Plan de Alta:			

<p align="center">PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Báñese diario en regadera, despegue las cintas y retire el apósito o gasa para descubrir la herida, durante el baño lave la herida quirúrgica con sus dedos agua y jabón, terminando el baño proceda a realizar curación de la herida. <input type="checkbox"/> Cámbiese de ropa diario, use ropa holgada. <input type="checkbox"/> Mantenga la habitación limpia y libre de polvo. <input type="checkbox"/> Evite la exposición al sol y calor, esfuerzos físicos o cargar mucho peso y el contacto con mascotas <p align="center">PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO</p> <p>Dieta para paciente: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evite el consumo de: papa, col, rábano, brócoli, coliflor, cebolla, pepino, manzanas, pasas, plátanos, algunas leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja) bebidas con gas, debido a que aumenta el gas en el intestino y las flatulencias; así como el consumo de grasas, alcohol, café, tabaco ya que irritan la mucosa gástrica y aumentan la acidez durante las 2 semanas posterior a la cirugía. <input type="checkbox"/> Prepare sus alimentos con higiene, lave sus manos antes de cada comida y evita comer alimentos en lugares con poca higiene o expuestos al aire libre. <p>CUIDADO A PACIENTES CON ALIMENTACIÓN POR SONDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Corrobore si la colocación de la sonda es correcta, elevar la cabeza de 30° a 45° durante la alimentación, espere de 30 a 60 minutos después de la alimentación para cambiarlo de posición, administre agua por la sonda cada 4 a 6 hrs y después de cada alimentación, antes de cada alimento compruebe que no hay residuos, mantenga en refrigeración el alimento. <p>CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lave cuidadosamente las manos con agua limpia y jabón, (si es posible, use guantes desechables). <input type="checkbox"/> Coloque un guante en la mano dominante y proceda con la otra mano a mojar la herida con solución salina o agua inyectable o agua embotellada y proceda a limpiar con gasa estéril o limpia, de arriba hacia abajo o de la zona más limpia hacia la más sucia, evite la fricción con la gasa durante la limpieza y seque con otra gasa a palmaditas sin frotar. <input type="checkbox"/> Cubra la herida con gasa o apósito estéril o limpio (si es necesario). No cubra la herida si no ha sido limpiada. <input type="checkbox"/> Cambie el apósito según la cantidad del exudado. <input type="checkbox"/> Coloque vendaje según indicaciones (heridas abdominales, pacientes con obesidad o paciente adulto mayor). <input type="checkbox"/> Inspeccione la herida cada que realice el cambio de apósito o curación, no coloque lociones, perfumes, talcos, ni cremas sobre sus heridas. Esto ayudará a prevenir infecciones. 	<p align="center">PATRÓN 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA URINARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie diario los genitales y el área que rodea la sonda urinaria. <input type="checkbox"/> Lave sus manos y vacíe el contenido de la bolsa cuando este a la mitad de la capacidad, manteniéndola por debajo del nivel de la vejiga, abra la pinza o el dispositivo del fondo de la bolsa, verter en un recipiente medidor, cierre el dispositivo y déjelo pinzado, deseche el líquido en la taza de baño, lave nuevamente sus manos. <input type="checkbox"/> Registre características de la orina, color, cantidad y olor cantidad y olor, mantenga el tubo de drenaje sin obstrucciones y asegure que la sonda este fijo a la piel y conectada a la bolsa de drenaje. <p>CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL ESTREÑIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aumente el consumo de líquidos (de 6 a 8 vasos), a menos que es esté contraindicado, (Los medicamentos, el reposo en cama y la dieta pueden causar estreñimiento. <input type="checkbox"/> Consuma alimentos ricos en fibra (trigo, salvado de harina, ciruela pasa). <p>CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambie la bolsa cada que se encuentre despegada, con fuga o desgaste o cada 3 a 5 días. Lave sus manos, vacíe la bolsa y retírela levantado el disco de pegamento y empuje hacia abajo la piel, despegue la bolsa por completo. <input type="checkbox"/> Limpie la piel alrededor de la estoma con agua y una gasa y seque a palmaditas. <input type="checkbox"/> Mida el tamaño de su estoma, ajuste el tamaño y recorte si es necesario, frote con sus manos el disco del pegamento y proceda a retirar el papel protector, evite tocar el pegamento, coloque el disco de pegamento la estoma y corrobore que este bien colocado. <input type="checkbox"/> Vacíe la bolsa cada que se encuentre sucia. <p>CUIDADO DEL PACIENTE CON DRENAJE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lave las manos con agua y jabón antes y después cada que manipule el drenaje. <input type="checkbox"/> Mantenga el drenaje a la altura que le indicaron. <input type="checkbox"/> Corrobore que el tubo del drenaje no se encuentre doblado o acodado. <input type="checkbox"/> Vigile la cantidad, color y consistencia del drenaje que sale. <input type="checkbox"/> Observe la zona alrededor del drenaje que no se encuentre enrojecida, caliente, con supuración o con bordes duros alrededor de la piel y el drenaje y que se encuentre bien fijo. <input type="checkbox"/> Limpie la zona alrededor del drenaje de adentro hacia afuera con gasas y agua embotellada o inyectable o solución salina y seque con una gasa a palmaditas. <p>DRENAJE PENROSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retire y limpie el exceso de exudado con gasas, limpie con agua o solución salina y proceda a cubrir con suficientes gasas o compres, fijar a la piel con micropore y cambie las veces que sea necesario. <p>DRENAJE POR GRAVEDAD (drenovac, biovack, Jackson-pratt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpie la piel, seque a palmaditas y cubra con una gasa o apósito la piel en donde sale el tubo de drenaje. <input type="checkbox"/> Lave sus manos, cierre la pinza del drenaje, y proceda a abrir, vacíe todo el contenido en un recipiente medidor, una vez vacío proceda a presionar con la mano el drenaje hasta que quede sin aire, coloque la tapa del drenaje, corrobore que el tubo se
--	---





<p style="text-align: center;">PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO</p> <p><input type="checkbox"/> Evite actividades de gran intensidad y esfuerzo.</p> <p><input type="checkbox"/> Realice ejercicios de respiración profunda, tome una inspiración profunda y luego suelte el aire lentamente. Incluya actividades de meditación, conectando la mente con el cuerpo.</p>	<p>encuentre libre y sin dobladuras, anote la cantidad extraída, deseche el líquido en la taza de baño y lave de nuevo sus manos.</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO</p> <p><input type="checkbox"/> Controle las actividades que le causan mucha fatiga para evitar el cansancio excesivo en lo que se recupera de la cirugía, duerma de 6 a 8 horas por la noche.</p> <p><input type="checkbox"/> Tome una siesta durante el día para cumplir con las necesidades de sueño o tome periodos de descanso en un ambiente tranquilo con luz y temperatura agradables para usted.</p> <p><input type="checkbox"/> Limite las visitas y acorte su duración.</p>																																																							
<p style="text-align: center;">PATRÓN 6: COGNITIVO –PERCEPCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Acuda a urgencias si usted presenta alguno de los siguientes síntomas de alarma:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor intenso. ➤ Distensión o inflamación abdominal. ➤ Vómito ➤ Sangrado ➤ Fiebre <38.8° C. ➤ Dificultad respiratoria. ➤ Manchas en la piel con inflamación y picor. ➤ Zumbido de oídos. ➤ Hormigueo en la lengua o boca. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Signos de alarma en la herida quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrojecimiento. ➤ Drenaje de pus mal oliente. ➤ Sangrado de la herida. ➤ Bordes endurecidos. ➤ Aumento de calor en la herida. </td> </tr> </table> <p>MANEJO DEL DOLOR</p> <p><input type="checkbox"/> Disminuya el estrés ya que también puede ayudarte a controlar el dolor y mejorar el sueño y el estado de ánimo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tome los medicamentos solo de la manera indicada con la dosis y el tiempo que le indicaron. (Si usted siente menos dolor, puede comenzar a moverse o a caminar).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor intenso. ➤ Distensión o inflamación abdominal. ➤ Vómito ➤ Sangrado ➤ Fiebre <38.8° C. ➤ Dificultad respiratoria. ➤ Manchas en la piel con inflamación y picor. ➤ Zumbido de oídos. ➤ Hormigueo en la lengua o boca. 	<p style="text-align: center;">Signos de alarma en la herida quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrojecimiento. ➤ Drenaje de pus mal oliente. ➤ Sangrado de la herida. ➤ Bordes endurecidos. ➤ Aumento de calor en la herida. 	<p style="text-align: center;">PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO</p> <p><input type="checkbox"/> Solicite ayuda para su cuidado, higiene personal, vestido, curación de herida a su cuidador hasta que usted sea capaz de asumirlo por completo.</p> <p><input type="checkbox"/> Exprese sus sentimientos, para ayudarle a tomar consciencia del cambio.</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN 8: ROL - RELACIONES</p> <p><input type="checkbox"/> Exprese sus dudas sobre la orientación del plan de alta de Enfermería.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicite orientación y disipe dudas sobre el desempeño del rol que tendrá en el proceso de recuperación.</p> <p><input type="checkbox"/> Identifique las redes de apoyo con que cuenta (familiar, grupos de ayuda).</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> Espere algunas semanas y luego consultar con el médico sobre cuando puede reanudar su vida sexual. (Los medicamentos, la condición médica y las enfermedades crónicas pueden afectar los deseos y las acciones sexuales).</p> <p style="text-align: center;">PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p><input type="checkbox"/> Incorpore actividades en el domicilio como: dar una caminata corta, leer un libro, escuchar música, tejer.</p> <p><input type="checkbox"/> Seleccione música agradable a su oído y que lo haga sentirse relajado.</p>																																																					
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor intenso. ➤ Distensión o inflamación abdominal. ➤ Vómito ➤ Sangrado ➤ Fiebre <38.8° C. ➤ Dificultad respiratoria. ➤ Manchas en la piel con inflamación y picor. ➤ Zumbido de oídos. ➤ Hormigueo en la lengua o boca. 	<p style="text-align: center;">Signos de alarma en la herida quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrojecimiento. ➤ Drenaje de pus mal oliente. ➤ Sangrado de la herida. ➤ Bordes endurecidos. ➤ Aumento de calor en la herida. 																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">MEDICAMENTO</th> <th style="width: 15%;">DOSIS</th> <th style="width: 15%;">VÍA</th> <th style="width: 15%;">HORARIO</th> <th style="width: 35%;">TIEMPO INDICADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	HORARIO	TIEMPO INDICADO																																																			<p style="text-align: center;">PATRÓN 11: PRINCIPIOS VITALES</p> <p><input type="checkbox"/> Fomente el uso de recursos espirituales como rezar.</p> <p><input type="checkbox"/> Solicite la presencia de familiares y amigos que le proporcionen fuerza y apoyo espiritual.</p> <p>OBSERVACIONES:</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p>
MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	HORARIO	TIEMPO INDICADO																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">PROGRAMACIÓN DE CITAS</th> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">SERVICIO</th> <th style="width: 33%;">FECHA</th> <th style="width: 34%;">HORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	PROGRAMACIÓN DE CITAS			SERVICIO	FECHA	HORA													<p>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE LA ORIENTACIÓN Y PLAN DE ALTA</p> <p> </p>																																					
PROGRAMACIÓN DE CITAS																																																								
SERVICIO	FECHA	HORA																																																						
<p>En caso de duda usted puede comunicarse al Teléfono _____ Ext. _____</p>																																																								

Fuente: García (2020).





La Propuesta de plan de alta de enfermería para paciente postoperado, está elaborado bajo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, también se consideró incluye recomendaciones de cuidado para el paciente postoperado bajo la teoría del autocuidado de Dorothea Orem y la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

El plan de alta inicia con una ficha de identificación para el paciente que comprende todos los datos personales del paciente, su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y el diagnóstico de egreso final, así como el nombre del profesional de enfermería que se encargó de orientar el plan de alta.

Patrón 1: Percepción y manejo de salud. Integra 4 recomendaciones de cuidados sobre higiene y baño.

Patrón 2: Nutrición y metabólico, abarca 10 recomendaciones de cuidado. Para efectos de la primera recomendación se consideró dejarla de manera abierta para que el profesional de enfermería coloque la dieta correspondiente a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta la situación de salud actual, la interacción de los medicamentos prescritos con los algunos alimentos y las patologías de base o previas a la cirugía. Dentro de este patrón también se encuentran recomendaciones para la alimentación por sonda en caso necesario para el paciente y recomendaciones para la limpieza y curación de la herida quirúrgica.

Patrón 3: Eliminación e intercambio, contiene tres cuidados para los pacientes que necesitan continuar con el tratamiento de sonda urinaria en el



hogar, así como recomendaciones de manejo y cuidado. También se incluye recomendaciones para evitar el estreñimiento, manejo de ostomías y drenajes.

Patrón 4: Actividad- ejercicio, se incluyeron dos recomendaciones enfocadas en las actividades que podrá realizar el paciente después de la cirugía.

Patrón 5: Sueño y descanso, se consideraron tres cuidados orientados a las actividades y maneras de fomentar el sueño.

Patrón 6: Cognitivo-percepción, comprende los signos y síntomas de alarma que el paciente postoperado debe de conocer e identificar para acudir a urgencias en caso necesario, así como también se anexo un apartado que contemple el manejo de los medicamentos prescritos.

Patrón 7: Autopercepción- auto concepto, integra dos cuidados para ayudar al paciente a solicitar ayuda pertinente para la toma de conciencia en su imagen; por ejemplo, para un paciente que sufrió alteraciones físicas después de la cirugía.

Patrón 8: Rol Relaciones: contempla 3 cuidados para mejorar las redes de apoyo necesarios para la transición del cuidado del hospital al hogar.

Patrón 9: Sexualidad y reproducción: contempló un cuidado orientado a la sexualidad, ya que hay cirugías ginecológicas, urinarias o reproductivas que requieren un mayor tiempo de espera para continuar con su vida sexual.



Patrón 10: Afrontamiento- tolerancia al estrés, se compone de dos cuidados o actividades que puede realizar en el hogar para disminuir el estrés postquirúrgico.

Patrón 11: Principios vitales; incluye dos cuidados para fomentar la presencia de la familia y ejemplos de recursos espirituales que puede realizar en su domicilio.

Por último, se contempla un apartado para el registro de citas subsecuentes. Un recuadro con el nombre de quien recibe la orientación al plan de alta y el número telefónico del hospital donde el paciente podrá solicitar información vía telefónica en caso de dudas.

El presente plan de alta fue validado teóricamente por medio del juicio de expertos o técnica Delphi, acorde a las respuestas emitidas por 10 expertos y sus observaciones en los 50 ítems que conformaron el plan de alta; se llevó a cabo una ponderación con la escala Likert, la cual comprende cinco probables respuestas, ponderándolas cada una de la manera siguiente:

- 1.- Totalmente en desacuerdo.
- 2.- Medianamente en desacuerdo.
- 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4.- Medianamente de acuerdo.
- 5.- Totalmente en acuerdo.

Posteriormente, se realizó una base de datos en Excel incluyendo la primera y segunda revisión que se habían enviado a los expertos y se procedió al análisis estadístico. Se obtuvo el promedio, la mediana, desviación estándar y Alpha de Cronbach de cada uno de los 11 patrones funcionales que



conformaron el instrumento de plan de alta para el paciente postoperado, obteniendo la siguiente información:

Tabla 12

Cuadro de Desviación Estándar y Media por Patrones 1º Revisión de Expertos

DESVIACIÓN ESTANDAR N Y PROMEDIO POR PATRONES FUNCIONALES

	Patrón 1	Patrón 2	Patrón 3	Patrón 4	Patrón 5	Patrón 6	Patrón 7	Patrón 8	Patrón 9	Patrón 10	Patrón 11
PROMEDIO	4.7	4.5	4.7	4.8	4.7	4.8	4.7	4.8	4.7	4.9	5
DESVIACIÓN ESTANDAR	0.943398	3.132092	6.456779	0.489898	1.249	0.489898	0.806226	1.024695	0.9	0.3	0

Fuente: García (2020)

Gráfica 13

Gráfica de Desviación Estándar y Media por patrones Funcionales primera Revisión de Expertos.



Fuente: García (2020)



En la tabla 12 y gráfica 13, se encuentran los promedios y desviación estándar de los 11 patrones funcionales, obtenidos en la 1º revisión de expertos, encontrando que el patrón 2 Nutrición- Metabólico obtuvo el menor promedio con 4.5 y el patrón 11 Principios vitales comprende el mayor promedio con 5, en cuanto al patrón con mayor desviación fue el 3 Eliminación e intercambio con 6.45.

Gráfica 14

Campana de Desviación Estándar y Media por Patrones Funcionales primera Revisión de Expertos.



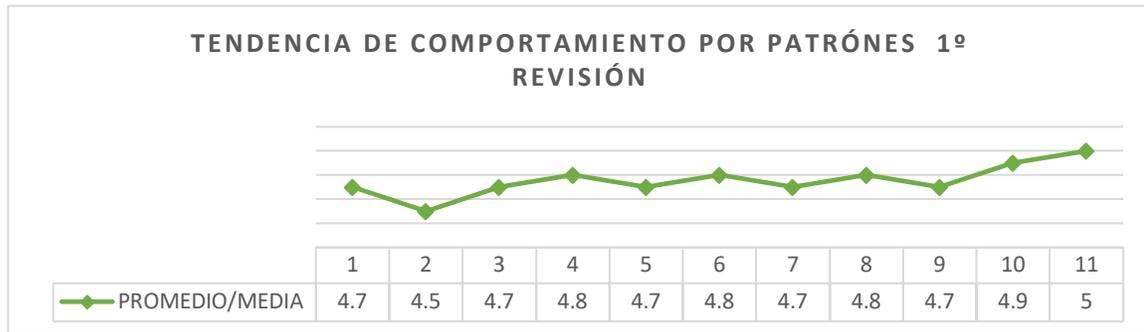
Fuente: García (2020)

En el gráfico 14 se representa la frecuencia del promedio de los 11 patrones evaluados en la primera revisión de expertos, con lo que podemos reflejar en la campana de Gauss la frecuencia en altos promedios 4.7 y 4.8, demostrando la aceptación de la mayoría de los ítems.



Gráfico 15

Polígono de Dispersión, Tendencia de Comportamiento por Patrones Funcionales. Primera Revisión de Expertos.



Fuente: García (2020)

En la figura 15 en relación con la tendencia de comportamiento por patrones funcionales en la primera revisión de los expertos, encontramos que la puntuación más alta estuvieron en el patrón 11 con una calificación de 5, el patrón 10 con calificación de 4.9 y el resultado más bajo se encuentra en el patrón número 2.

Tabla 16

Cuadro de Alpha de Cronbach General 1º revisión de Expertos

α(Alfa)	0,795
<i>k</i> (Número de ítems)	50
<i>V_i</i> (varianza de cada ítem)	15.07
<i>V_t</i> (varianza total)	68.45

Fuente: García (2020)

En la tabla 16 se muestra el primer acercamiento a la confiabilidad por Alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0,795.





Posterior a las observaciones realizadas por los expertos, se realizaron las modificaciones pertinentes para la validación del plan de alta para pacientes postoperados. Dichas modificaciones (cambios y aumento de la cantidad de ítems) se enviaron nuevamente a los expertos para una segunda revisión, continuando con las mismas ponderaciones de la escala Likert y obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 17

Cuadro de Desviación Estándar y Media por Patrones 2º Revisión de Expertos

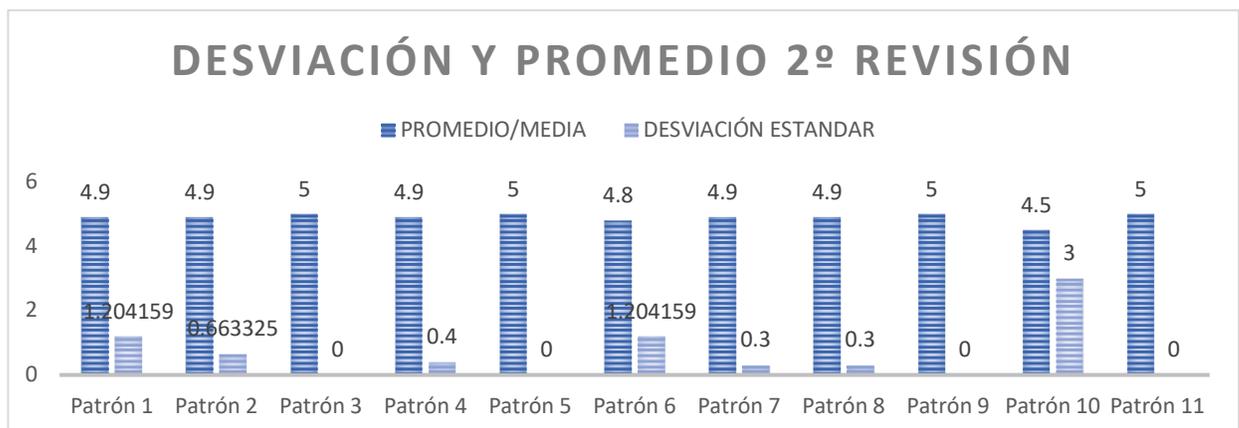
DESVIACIÓN ESTÁNDAR Y PROMEDIO POR PATRONES FUNCIONALES

	Patrón 1	Patrón 2	Patrón 3	Patrón 4	Patrón 5	Patrón 6	Patrón 7	Patrón 8	Patrón 9	Patrón 10	Patrón 11
PROMEDIO	4.9	4.9	5	4.9	5	4.8	4.9	4.9	5	4.5	5
DESVIACIÓN ESTANDAR	1.204159	0.663325	0	0.4	0	1.204159	0.3	0.3	0	3	0

Fuente. García (2020)

Gráfica 18

Gráfica de desviación estándar y media por patrones funcionales primera revisión de expertos.



Fuente: García (2020)





En la tabla 17 y gráfico18 se reflejan los promedios de aprobación por los expertos en la segunda revisión, la mayor calificación obtenida son los patrones 3, 5 y 10 con calificación de 5, seguida de los patrones 1, 2, 4 y 7 con calificación de 4.9, en cuanto al patrón con menor calificación fue el 10 con calificación con 4.5.

Gráfica 19

Campana de desviación estándar y media por patrones funcionales segunda revisión de expertos.



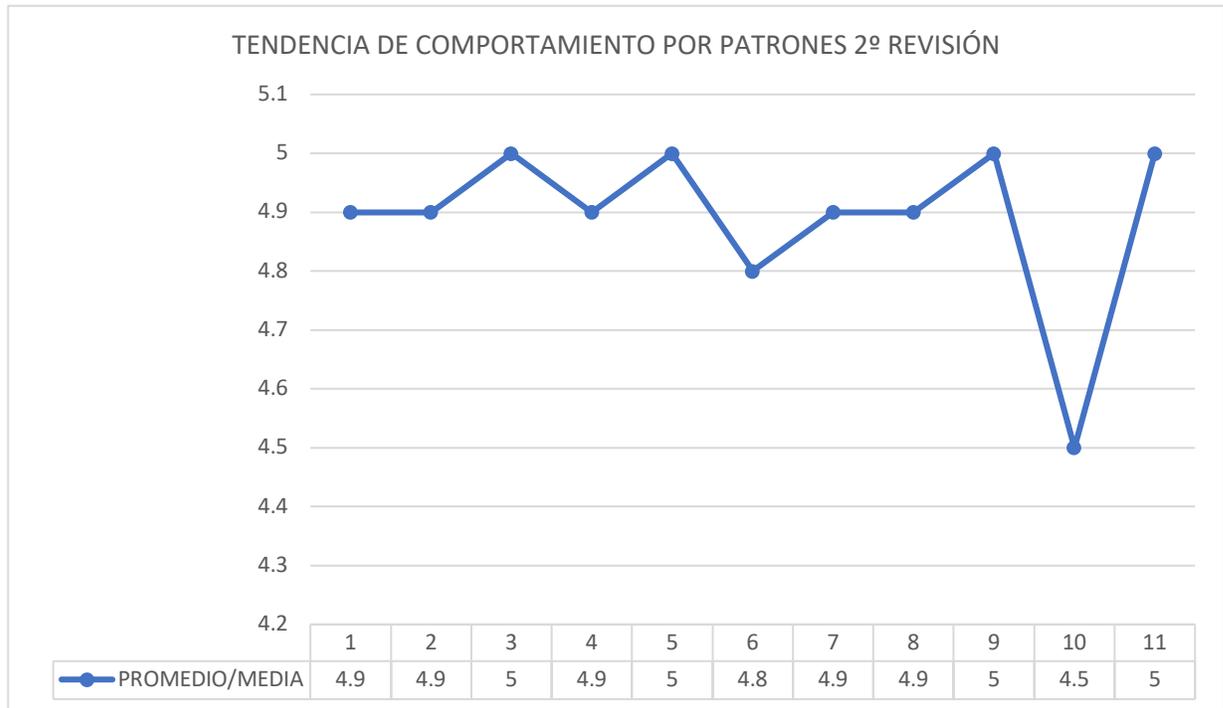
Fuente: García (2020)

En el gráfico 19 se representa la frecuencia del promedio de los 11 patrones evaluados en la segunda revisión de expertos, con lo que podemos reflejar en la campana de Gauss la frecuencia en altos promedio de 4.9, demostrando la aceptación en la adopción de la mayoría de los ítems.



Gráfica 20

Polígono de dispersión, Tendencia de Comportamiento por Patrones Funcionales, Segunda Revisión de Expertos.



Fuente: García (2020)

El gráfico 20 representa la relación con la tendencia de comportamiento de los patrones en la segunda revisión de los expertos, encontramos que la puntuación más alta estuvieron en los patrones 3, 5, 9 y 11 con una calificación de 5 y el resultado más bajo se encuentra en el patrón 10 con calificación de 4.5.



Tabla 21

Alpha de Cronbach General Segunda Revisión de Expertos.

α(Alfa)	0,852
<i>k (Número de ítems)</i>	63
<i>Vi (varianza de cada ítem)</i>	1.67
<i>Vt (varianza total)</i>	10.36

Fuente: García (2020)

En la tabla 21 se muestra el resultado obtenido del coeficiente de Cronbach de la segunda revisión de expertos, obteniendo un alto grado de confiabilidad con un promedio de 0,85.

Tabla 22

De Agrupaciones Por Intervenciones De Enfermería De Apoyo Emocional, Físico Y Orientador.

A P O Y O E M O C I O N A L	PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO
	<input type="checkbox"/> Controle las actividades que le causan mucha fatiga; para evitar el cansancio excesivo en lo que se recupera de la cirugía, duerma de 6 a 8 horas por la noche. <input type="checkbox"/> Limite las visitas y acorte su duración.
	PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO
	<input type="checkbox"/> Solicite ayuda para su cuidado, higiene personal, vestido, curación de herida a su cuidador hasta que usted sea capaz de asumirlo por completo. <input type="checkbox"/> Exprese sus sentimientos, sobre su estado de salud. <input type="checkbox"/> Lea detenidamente los cuidados que debe realizar en casa, por favor indique si tiene dudas en alguna de ellas.
	PATRÓN 8: ROL – RELACIONES
	<input type="checkbox"/> Solicite orientación y exprese sus dudas sobre el desempeño del rol que tendrá en el proceso de recuperación. <input type="checkbox"/> Busque el apoyo necesario de (familiar, amigos o grupos de ayuda). <input type="checkbox"/> Considere que este podría ser un buen momento para aliviar tensiones con sus amigos y familiares.
	PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS
	<input type="checkbox"/> Incorpore actividades en el domicilio como: dar una caminata corta, leer un libro, escuchar música y tejer. <input type="checkbox"/> Seleccione música agradable a su oído y que lo haga sentirse relajado.
	PATRÓN 11: PRINCIPIOS VITALES
	<input type="checkbox"/> Fomente la meditación y/o el uso de recursos espirituales como rezar, orar, realizar alabanzas. <input type="checkbox"/> Solicite la presencia de familiares y amigos que le proporcionen fuerza y apoyo espiritual, así como el uso de tecnología (video llamadas, videos). <input type="checkbox"/> Examine y piense en aquellas cosas que son lo más importante para usted y que dan sentido a su vida, piense en ello como motivación durante su recuperación.





<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">A P O Y O F Í S I C O</p>	<p style="text-align: center;">PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambie de ropa diario, use ropa holgada y ropa interior de algodón. <input type="checkbox"/> Mantenga la habitación limpia y sin corrientes de aire, evitando la dispersión de polvo y con ventilación. <input type="checkbox"/> Evite la exposición al sol y calor, esfuerzos físicos o cargar mucho peso y el contacto con mascotas <input type="checkbox"/> Baño diario, evite el baño en tina o baño de inmersión. <input type="checkbox"/> Durante el baño despegue las cintas y retire el apósito o gasa para descubrir la herida, lave la herida quirúrgica con sus dedos agua y jabón neutro, terminando el baño, proceda a realizar curación de la herida. <p>CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lave las manos con agua limpia y jabón, (mójese las manos con agua, deposite jabón suficiente, frótese las palmas entre sí, entre los dedos, detrás de las manos, pulgares, uñas, detrás de los dedos, enjuague y seque) y si es posible, use guantes desechables para realizar la curación. <input type="checkbox"/> Inspeccione la herida cada que realice el cambio de apósito o curación, (observe el color, temperatura, tamaño y olor de la herida), NO coloque lociones, perfumes, talcos, ni cremas sobre sus heridas. Esto ayudará a prevenir infecciones. <input type="checkbox"/> Coloque un guante en la mano con la que escribe y proceda con la otra mano a mojar la herida con aguay proceda a limpiar con jabón neutro y gasas limpias, de arriba hacia abajo o de la zona más limpia hacia la más sucia, evite la fricción con la gasa durante la limpieza y seque con otra gasa a palmaditas sin frotar. <input type="checkbox"/> Cubra la herida con gasa o apósito limpio (soló si está indicado), no cubra la herida si no ha sido limpiada. <input type="checkbox"/> Cambie el apósito según la cantidad de secreción, La herida debe estar seca el mayor tiempo posible para favorecer su cicatrización <input type="checkbox"/> Coloque vendaje según indicaciones (heridas abdominales, pacientes con obesidad o paciente adulto mayor). <input type="checkbox"/> Si usted fuma, evite la práctica hasta 15 días después de la cirugía, ya que puede afectar el proceso de cicatrización. <p style="text-align: center;">PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evite actividades de gran intensidad y esfuerzo, como levantar objetos pesados >4kg por 6 semanas después de la cirugía. <input type="checkbox"/> Trate de no subir escaleras durante las dos primeras semanas de la cirugía. <input type="checkbox"/> Realice ejercicios de respiración profunda, tome una inspiración profunda y luego suelte el aire lentamente. Incluya actividades de meditación, conectando la mente con el cuerpo. <input type="checkbox"/> Inicie la deambulacion asistida en casa, (previa evaluación de médico y enfermera). <input type="checkbox"/> Mantenga despejada el camino y verifique que es seguro deambular. <input type="checkbox"/> Asegúrese que el área para deambular cuenta con iluminación adecuada.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">A P O Y O O R I E N T A D O R</p>	<p style="text-align: center;">PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO</p> <p>Tipo de Dieta: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consuma alimentos ricos en fibra, (pan integral, frutas, verduras, cereales). Proteínas (carne, pollo sin grasa y huevo), Vitaminas (zanahorias, frutas cítricas). Una correcta alimentación ayudara a una cicatrización más rápida de la herida. <input type="checkbox"/> Evite el consumo de: papa, col, rábano, brócoli, coliflor, cebolla, pepino, manzanas, pasas, plátanos, algunas leguminosas (frijol, haba, garbanzo, lenteja) bebidas con gas, así como el consumo de grasas, alcohol, café, tabaco durante las 2 semanas posterior a la cirugía. Debido a que aumentan el gas en el intestino, flatulencias, irritan la mucosa gástrica, aumentan la acidez o inclusive que se habrá la herida. <input type="checkbox"/> Prepare sus alimentos con higiene, lave sus manos antes de cada comida y evite comer alimentos en lugares con poca higiene o expuestos al aire libre. <p>CUIDADO A PACIENTES CON ALIMENTACIÓN POR SONDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coloque en la sonda una jeringa y proceda a aspirar suavemente, si observa contenido gástrico (puede ser blanco oscuro, verde o marrón), son indica que la sonda está colocada correctamente. <input type="checkbox"/> Corrobore si la colocación de la sonda es correcta, antes de cada alimento, eleve la cabeza de 30° a 45° durante la alimentación, espere de 30 a 60 minutos después de la alimentación para cambiarlo de posición, administre 1 vaso con agua natural por la sonda cada 4 a 6 hrs. y después de cada alimentación, antes de cada alimento compruebe que no hay residuos, mantenga en refrigeración el alimento.





PATRÓN 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA URINARIA

- Lave a diario los genitales y el área que rodea la sonda urinaria con agua y jabón neutro.
- Lave sus manos y vacíe el contenido de la bolsa cuando este a la mitad de la capacidad, manteniéndola por debajo del nivel de la vejiga, abra la pinza o el dispositivo del fondo de la bolsa, vierta en un recipiente medidor, cierre el dispositivo y déjelo pinzado, deseche el líquido en la taza de baño, lave nuevamente sus manos.
- Registre características de la orina, color, cantidad y olor, mantenga el tubo de drenaje sin obstrucciones y asegure que la sonda este fija a la piel y conectada a la bolsa de drenaje.

CUIDADOS DEL PACIENTE EN EL ESTREÑIMIENTO

- Aumente el consumo de líquidos de 6 a 8 vasos, a menos que esté contraindicado, (Los medicamentos, el reposo en cama y la dieta pueden causar dificultad para evacuar, heces duras y secas).
- Consuma alimentos ricos en fibra (trigo, salvado de harina, ciruela pasa).
- Aumente la movilidad, después del desayuno camine, intente comer a la misma hora para regresar a su rutina normal.
- Si tiene indicado laxantes o ablandador de heces, tómelo en el horario que está indicado.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

- Cambie la bolsa cada que se encuentre despegada, con fuga o desgaste o cada 3 a 5 días. Lave sus manos, vacíe la bolsa y retírela levantado el disco de pegamento y empuje hacia abajo la piel, despegue la bolsa por completo.
- Limpie la piel alrededor de la estoma con agua y una gasa y seque a palmaditas.
- Mida el tamaño de su estoma, ajuste el tamaño y recorte si es necesario, frote con sus manos el disco del pegamento y proceda a retirar el papel protector, evite tocar el pegamento, coloque el disco de pegamento la estoma y corrobore que esté bien colocado.
- Vacíe la bolsa cada que se encuentre llena a la mitad de la capacidad.

CUIDADO DEL PACIENTE CON DRENAJE

- Lave las manos con agua y jabón antes y después de que manipule el drenaje.
- Mantenga el drenaje a la altura que le indicaron.
- Corrobore que el tubo del drenaje no se encuentre doblado o acodado.
- Vigile la cantidad, color y consistencia del drenaje que sale.
- Observe la zona alrededor del drenaje que no se encuentre enrojecida, caliente, con supuración o con bordes duros alrededor de la piel y el drenaje y que se encuentre bien fijo.
- Limpie la zona alrededor del drenaje de adentro hacia afuera con gasas y agua embotellada o inyectable o solución salina y seque con una gasa.

DRENAJE PENROSE

- Retire y limpie el exceso de líquido que sale del drenaje con gasas, limpie con agua o solución salina y proceda a cubrir con suficientes gasas o compresas, fijar a la piel con micrópilo y cambie las veces que sea necesario.

DRENAJE POR GRAVEDAD (drenovac, biovack, Jackson-pratt)

- Limpie la piel, seque a palmaditas y cubra con una gasa o apósito la piel en donde sale el tubo de drenaje.
- Lave sus manos, cierre la pinza del drenaje, y proceda a abrir, vacíe todo el contenido en un recipiente medidor, una vez vacío proceda a presionar con la mano el drenaje hasta que quede sin aire, coloque la tapa del drenaje, corrobore que el tubo se encuentre libre y sin dobladuras, anote la cantidad extraída, deseche el líquido en la taza de baño y lave de nuevo sus manos.



A P O Y O O R I E N T A D O R	PATRÓN 6: COGNITIVO –PERCEPCIÓN	
	<input type="checkbox"/> Acuda a urgencias si usted presenta alguno de los siguientes síntomas de alarma:	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor intenso. ➤ Distensión o inflamación abdominal. ➤ Vómito ➤ Sangrado ➤ Fiebre >38.8° C. ➤ Dificultad respiratoria. ➤ Manchas en la piel con inflamación y picor. ➤ Zumbido de oídos. ➤ Hormigueo en la lengua o boca. 	<p>Signos de alarma en la herida quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enrojecimiento. ➤ Secreción de la herida de color amarillenta y mal oliente. ➤ Sangrado de la herida. ➤ Bordes endurecidos. ➤ Aumento de calor en la herida.
	MANEJO DEL DOLOR	
	<input type="checkbox"/> Disminuya el estrés ya que también puede ayudarle a controlar el dolor y mejorar el sueño y el estado de ánimo. <input type="checkbox"/> Intente una distracción cómo leer un libro, ver una película, dibujar. <input type="checkbox"/> Tome los medicamentos solo de la manera indicada con la dosis y el tiempo que le indicaron, (Si usted siente menos dolor, puede comenzar a moverse o a caminar e ir integrándose a sus actividades).	
	PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
	<input type="checkbox"/> Espere algunas semanas y luego consultar con el médico sobre cuando puede reanudar su vida sexual. (Los medicamentos, la condición médica y las enfermedades crónicas pueden afectar los deseos y las acciones sexuales). <input type="checkbox"/> En cirugías cardiovasculares, parto, cesárea, histerectomía, vaginales, urológicas o de próstata, tendrá que esperar por lo menos 6 semanas para reanudar la vida sexual.	

Fuente: (García, 2020)

La tabla 22, muestra la propuesta final del plan de alta posterior a las 1º y 2º revisión, pero para fines de un mejor análisis se clasificaron las intervenciones de enfermería en intervenciones de apoyo físico, apoyo orientador y apoyo emocional.

Las actividades de apoyo físico contemplaron las actividades que orientaran hacia el confort y bienestar físico como son el **patrón 1 de percepción -manejo de la salud** del ítem A1 al A 12, así como el **patrón 4 de actividad y ejercicio** que comprenden los ítems D1 al ítem D 6.





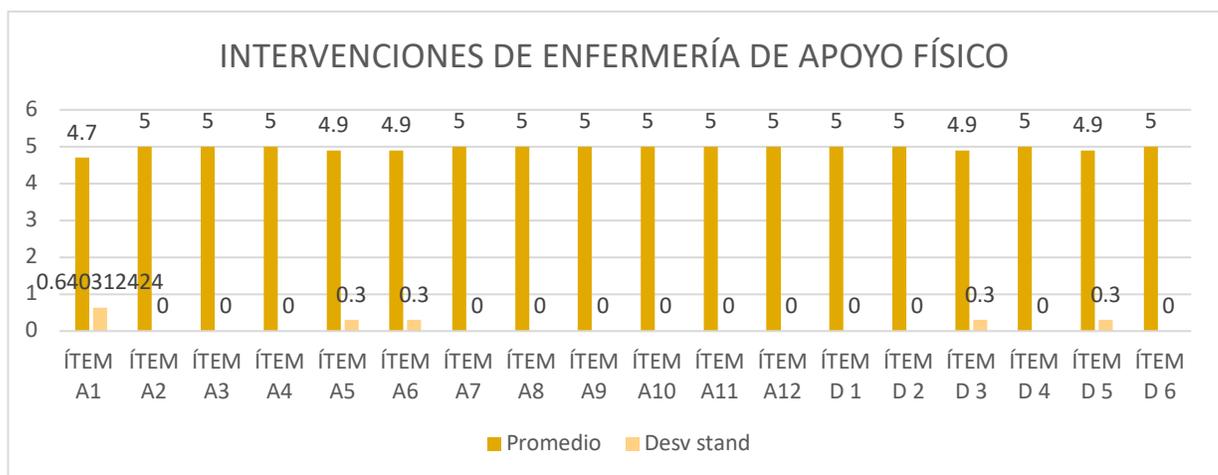
Para las actividades de apoyo orientador, contempla las actividades que sirven de guía para su cuidado en el domicilio integrando **el patrón 2-nutrición-metabólico** del ítem B1 al B 6, **patrón 3 Eliminación e intercambio** del ítem C1 al C 20, **patrón 6 Cognitivo-percepción** del ítem F1 al ítem F4, y por último se contempló el patrón 9 Sexualidad y reproducción del ítem I 1 al ítem I 2.

Por último, se agruparon las actividades de apoyo emocional donde se incluyó el **patrón 5 Sueño- descanso** del ítem E1 y E2, **patrón 7 Autopercepción-autocuidado** con los ítem G1 al G 3, **patrón 8 Rol-relaciones del ítem H 1 al H 3**, **patrón 10 Afrontamiento- tolerancia** del ítem J 1 al J 2, y por último **el patrón 11 Principios vitales** del ítem K1 al k3.

Posterior a la agrupación de las 3 intervenciones de enfermería se procede a la creación de la base de datos y a el análisis estadístico por cada una de las 3 intervenciones obteniendo los siguientes resultados y gráficas:

Gráfico 23

Promedios y Desviación Estándar de las Intervenciones de Enfermería de Apoyo Físico



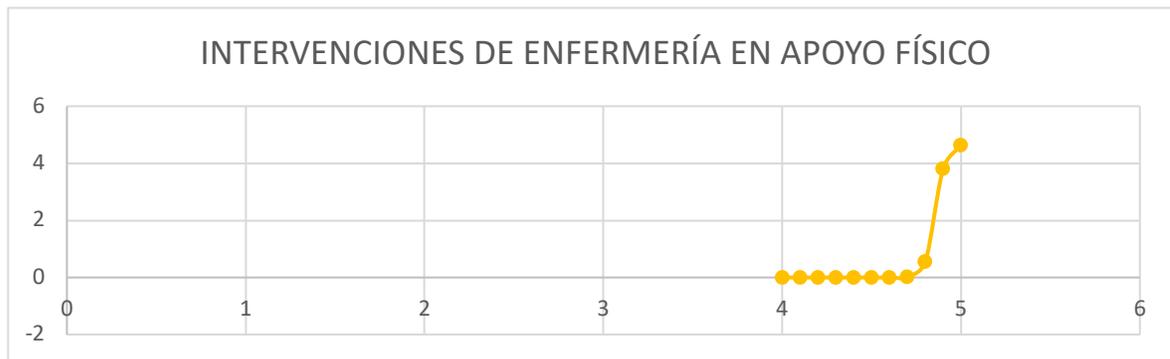
Fuente: García (2020)



En el gráfico 23 se encuentran los promedios de los ítems que se agruparon en las intervenciones de enfermería de apoyo físico, con altos promedios de calificación de 5, 4.9 y 4.7, en cuanto a desviación estándar la máxima es de 0.6

Gráfico 24

Promedios de las Intervenciones de Enfermería de Apoyo Físico.

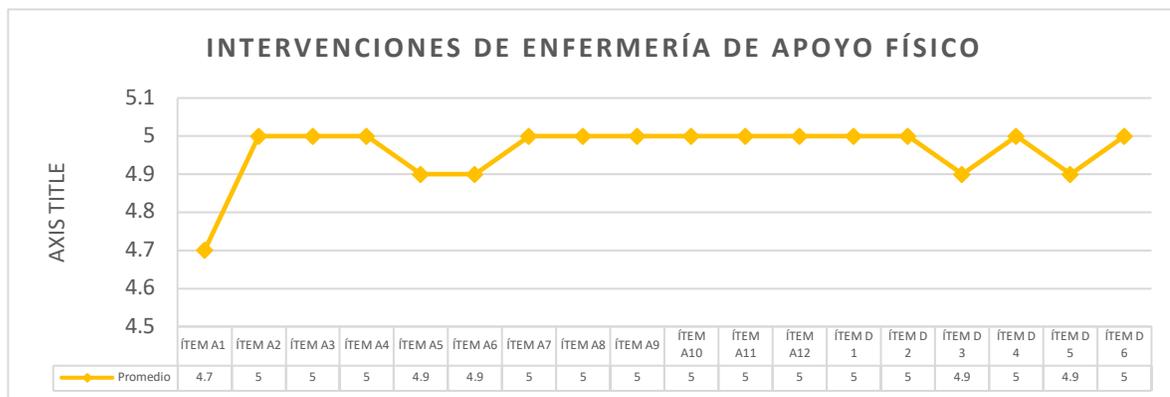


Fuente: García (2020)

En la campana de gauss, (gráfico 24), en las intervenciones de apoyo físico, prevaleció una alta calificación de 5.

Gráfico 25

Polígono de Dispersión, Tendencia de Comportamiento por Intervenciones de Enfermería de Apoyo Físico.

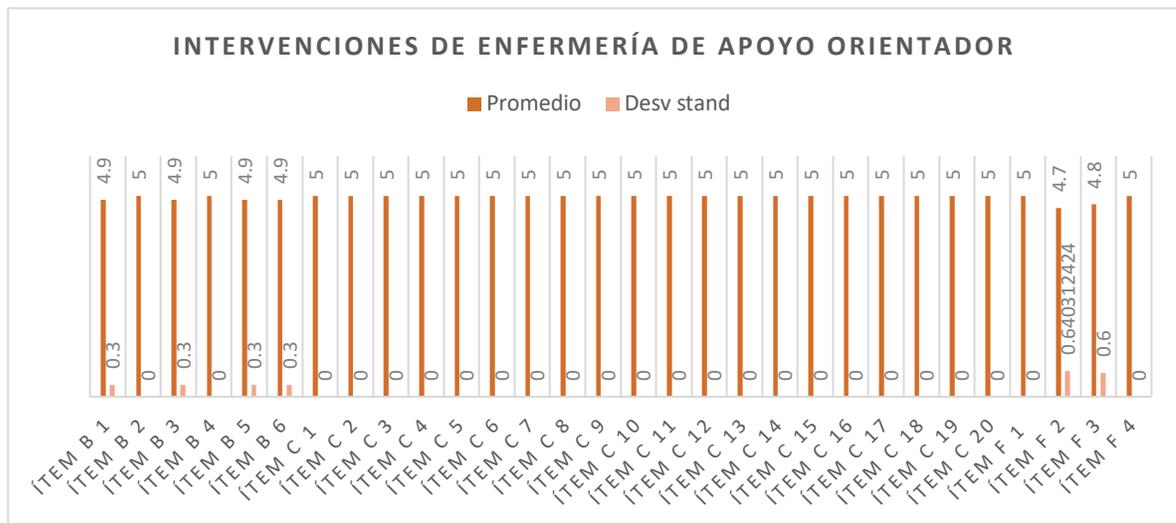


Fuente: García (2020)

En cuanto a la tendencia de comportamiento al igual que el gráfico anterior, predominaron los promedios altos de 5, seguido de 4.9 y obteniendo el promedio mínimo de 4.7 (gráfico 25).

Gráfico 26

Promedios y Desviación Estándar de las Intervenciones de Enfermería de Apoyo Orientador.

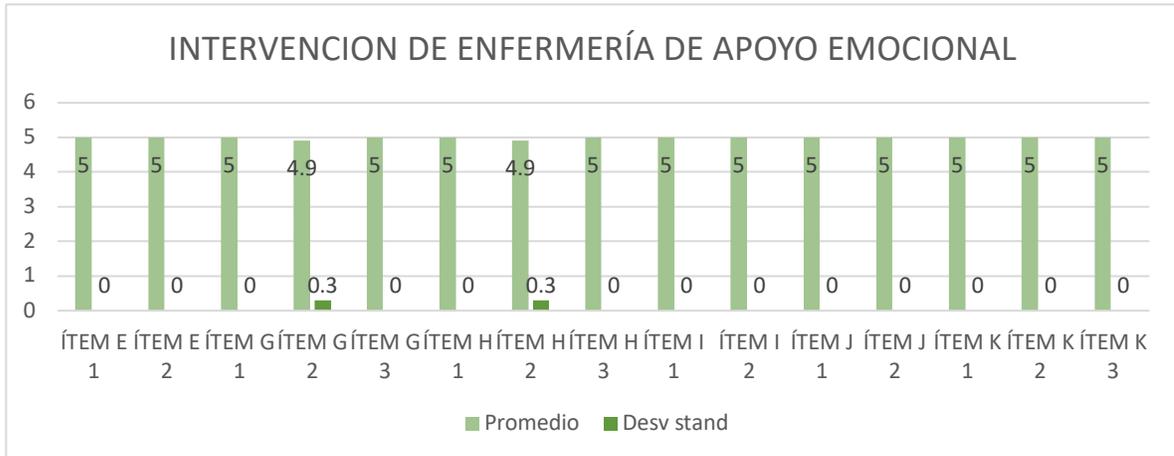


Fuente: García (2020)

En el gráfico 26 se encuentran reflejados los promedios de los ítems que se agruparon en las intervenciones de enfermería de apoyo orientador, con altos promedios de calificación de 5, 4.9 y 4.8, en cuanto a desviación estándar la máxima es de 0.64.

Gráfico 29

Promedios y Desviación Estándar de las Intervenciones de Enfermería de Apoyo Emocional

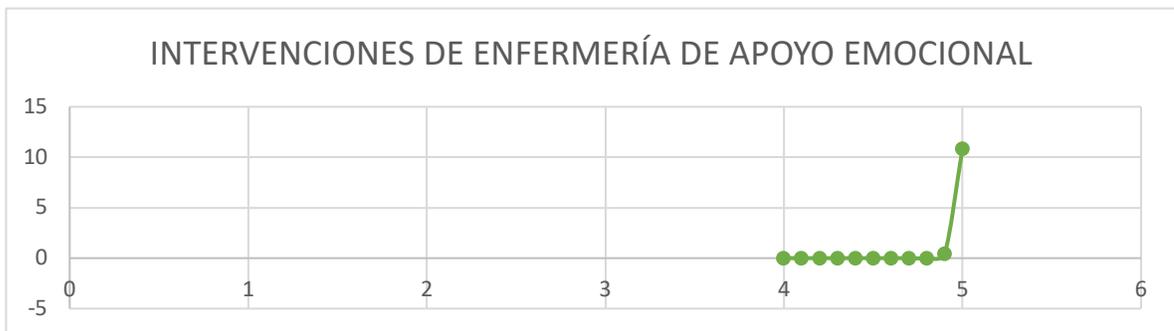


Fuente: García (2020)

En el gráfico 29 se encuentran reflejados los promedios de los ítems que se agruparon las intervenciones de enfermería de apoyo emocional, con altos promedios de calificación de 5 y 4.9 en cuanto a desviación estándar la máxima es de 0.3.

Gráfico 30

Promedios de las intervenciones de Enfermería de apoyo emocional



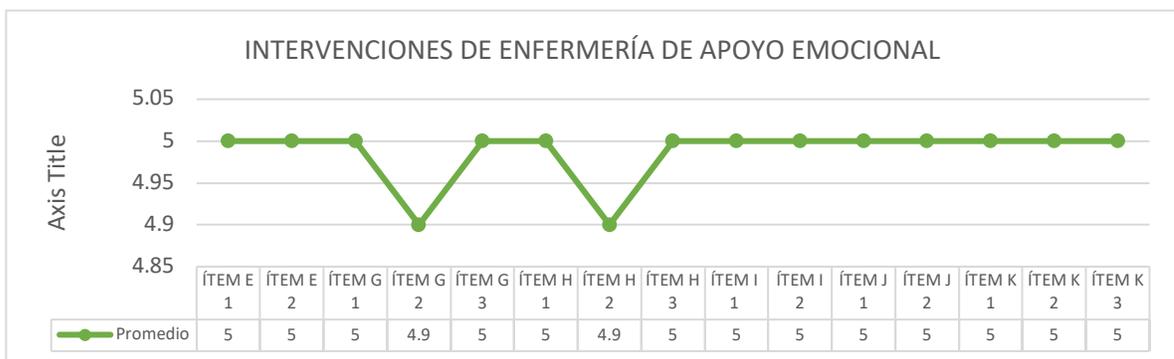
Fuente: García (2020)



En la campana de Gauss, (gráfico 30), en las intervenciones de apoyo emocional, prevaleció el máximo promedio de 5.

Gráfico 31

Polígono de dispersión, Tendencia de comportamiento por Intervenciones de Enfermería de Apoyo Emocional



Fuente: García (2020)

En cuanto a la tendencia de comportamiento en las intervenciones de apoyo emocional se mantienen estables con altos promedios de 5 y 4.9 (gráfico 28).



VIII. DISCUSIÓN

La búsqueda y revisión de la literatura científica es fundamental para el desarrollo de inéditas líneas de investigación. Autores como Girao (2015), menciona que el internet es una plataforma para que las bases de datos expongan literatura disponible por medio de revistas y artículos.

Es necesario que dentro de este mundo de información digital el investigador este muy atento para poder identificar la información necesaria, adecuada, y pertinente, con sustento bibliográfico que sirva de referente para generar nuevo conocimiento Esta investigación tuvo como primer objetivo indagar acerca del estado actual de los planes de alta tanto a nivel nacional, como internacional; por lo que procedió a una búsqueda exhaustiva por las diferentes bases de datos electrónicas más reconocidas y referidas por otros investigadores del área de la salud (Coughlan, 2013; Martínez, 2011) Entre las bases de datos examinadas se mencionan: Pubmen, Scopues, Medline, Google académico, Redalyc y Scielo, consideradas entre las más consultadas y con mayor número de publicaciones, por lo que se coincide que la revisión bibliográfica exhaustiva es el primer paso para comenzar una investigación con base en fuentes de datos confiables que sirvan para analizar aportaciones anteriores.

Como resultado de la revisión realizada, se encontraron 90 artículos científicos y 10 tesis referidos a plan de alta y cuidados de enfermería orientados bajo la teoría de Virginia Henderson, Dorothea Orem sobre las respuestas humanas alteradas. De igual forma, se menciona el uso de 7 libros digitales y 6 libros impresos que dieron el sustento científico para la elaboración y



conformación de las intervenciones de cuidado del plan de alta de Enfermería para pacientes postoperados. De esta bibliografía consultada se excluyeron 31 artículos, 4 tesis y un libro impreso por considerarse información repetida y poco pertinente para este proyecto.

Entre los estudios a nivel nacional con similitudes a esta propuesta de plan de alta, se señalan los trabajos publicados por Adrietta (2011) y Tixtha (2014), quienes proponen instrumentos de plan de alta dirigido a pacientes con trastornos Cardiacos, basados en el modelo el plan de alta de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología. Estos estudios concluyen que el 56% de las recomendaciones no son documentadas en el expediente clínico, a su vez disminuyendo en un 90% las quejas y los reingresos.

En lo que se refiere a este trabajo terminal de grado la propuesta de un plan de alta de enfermería es específico para el paciente postoperado; contiene los cuidados más importantes y necesarios para todos aquellos pacientes que necesitan tratamiento quirúrgico, englobando todas las especialidades. Este plan de alta se considera más amplio por cuanto se tomaron todas las respuestas humanas alteradas y preceptos teóricos de autocuidado de Dorothea Orem y los patrones funcionales de Marjory Gordon. Lo que quiere decir, que no sólo se limita a un solo tipo de paciente o una sola patología, superando así en logros y aportaciones, además de contar con una mayor confiabilidad del instrumento debido a la validación teórica, con técnica Delphi o por medio de juicio de expertos a la que fue sometido. El contenido validado y las recomendaciones de cuidado que se plasmaron en este plan de alta provienen de expertos y profesionales de enfermería con grados académicos de maestría y doctorado que han publicado artículos científicos sobre plan de alta, validación, registros clínicos de enfermería y que tienen una amplia experiencia en la investigación, docencia,





constructo y validación de instrumentos, así como también una amplia trayectoria en la enfermería asistencial.

Otros estudios internacionales que resultan de interés son el de Silva (2018), de Santiago de Chile y el realizado por Bermúdez (2011), en Costa Rica; quienes diseñaron propuestas de plan de alta para paciente postoperados mediante la escala de calidad (*Readiness Hospital Discharge Scale, RHDS*), contentiva de cuatro dimensiones: (a) estado físico, (b) estado emocional del paciente, (c) idoneidad de información y (d) afrontamiento de la necesidad. Fue aplicado en un grupo piloto de pacientes obteniendo en la mayoría de los pacientes respuestas favorables para el momento del alta, encontrando como principal obstáculo para el proceso de comunicación con el paciente fatiga, dolor y dificultad para retener la información. En sus variables de estudio que fueron (sexo, edad, estado civil, nivel educativo, diagnóstico y principal problema de salud), se obtuvieron promedio, bondad de ajuste y coeficiente de regresión.

Señalando algunas diferencias con esta investigación, se diseñó el instrumento para la validación de contenido por juicio de expertos. Se planificó su evaluación mediante una escala Likert, que permitiera evaluar la opinión, el nivel de concordancia, comprensión y contenido con las recomendaciones de cuidados por los expertos. Los cinco elementos de la escala fueron: 5 Totalmente de acuerdo, 4 Medianamente de acuerdo, 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2 Medianamente en desacuerdo y 1 Totalmente en desacuerdo. Se consideró promedio, media y desviación estándar, Alpha de Cronbach. Se analizó la propuesta final del plan de alta en intervenciones de enfermería de apoyo emocional, apoyo físico y apoyo orientador, permitiendo reflejar una mejora significativa en el índice de Alpha de Cronbach de 0,79 (aceptable) a un Alpha



de 0,85 (bueno), reflejando la alta confiabilidad del instrumento de plan de alta para su uso y aplicación.

Otra investigación en temas de validación y metodología de implementación de plan de egreso hospitalario, fue el propuesto por Carrillo (2017), quien diseñó y validó una propuesta de plan de alta como mecanismo de apoyo para la persona enferma y para el cuidador primario, validando su contenido por medio de juicio de expertos y calificándolo con una escala Likert con cinco puntos donde 1 es total desacuerdo hasta 5 completamente de acuerdo. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto a 120 pacientes, obteniendo una media de preprueba de 153.93, media postprueba de 216.75, una desviación estándar preprueba de 9.688, y una desviación estándar postprueba de 6.202.

Correlacionando los resultados de este trabajo con el estudio anterior podemos resaltar similitudes en cuanto a diseño y validación de contenido por juicio de expertos, ya que de igual manera los expertos calificaron el plan de alta con una escala Likert de 5 niveles comparando los resultados estadísticos, se llevó a cabo a través de una primera y segunda revisión de expertos, muy similar a los dos eventos reportados en el estudio como preprueba y postprueba. Entre los datos estadísticos obtenidos en la presente investigación se destacan: Desviación estándar en la primera revisión 4.67, media en la primera revisión 4.75, mediana primera revisión 5. Desviación estándar en la segunda revisión 1.701, media en la segunda revisión 4.97, mediana segunda revisión 9.71.

Al contrastar los resultados del estudio mencionado con el presente trabajo de investigación se puede concluir que se obtuvo una desviación estándar más baja lo que indica que la mayoría de las variables se agruparon más cerca de la media aritmética. Las medias obtenidas en este estudio reflejan una mayor armonía en el conjunto de valores aritméticos, brindando alta superioridad en



cuanto a datos estadísticos y confiabilidad ya que se obtuvo también el análisis de Alpha de Cronbach de 0,85, mientras que los reportados en el estudio de la Dra. Carrillo no reporta el análisis de Alpha de Cronbach lo que refiere validez y no confiabilidad.

Como se ha mencionado a lo largo de la presente investigación existen planes de alta muy generales y pocos planes de alta validados y confiables para su aplicación. Además, no hay referencias de un documento formal y estandarizado para plan de alta en enfermería. Para poder correlacionar la confiabilidad de este instrumento se analizó con el estudio propuesto por Alonso (2013), quien diseño y validó un cuestionario de calidad del cuidado de enfermería. El instrumento estuvo conformado por 23 ítems evaluado mediante escala Likert de 5 dimensiones, con el que analizó la validez de constructo y el Alpha de Cronbach resultando de 0,83 en referencia a los resultados de esta investigación en cuanto al índice de Alpha de Cronbach se obtuvo que fue de 0,85. Esto demuestra que esta propuesta de plan de alta contiene los elementos que se consideraron pertinentes y validados por contenido y juicio de expertos. Por otro lado, también mostró un Alpha superior a 0,8, lo que indica que el instrumento es útil y confiable y se puede emplear en cualquier institución de salud, ya sea a privado o público, a nivel nacional o internacional. Esto coincide con lo establecido por Oviedo (2005) quién menciona que un Alpha de Cronbach ideal es de 8,0 a 9,0 ya que uno superior sólo indica duplicidad de información.



IX. CONCLUSIONES

Con todo lo anteriormente expuesto se permite arribar a las siguientes conclusiones:

A pesar de que existen más de 90 investigaciones científicas relacionadas con propuestas de planes de alta a nivel internacional y 6 referentes bibliográficos sobre propuestas de planes de alta en México, ninguno está relacionado al paciente postoperado, ni sometido a un proceso riguroso de validación.

Existen modelos europeos y norteamericanos sobre los planes de alta muy generales, y pocos están dirigidos a la transición de cuidado del paciente postoperado. Por lo que la presente propuesta resulta novedosa ya que incluye intervenciones específicas que coadyuvan a que el paciente postoperado continúe su proceso de recuperación en el domicilio logrando de esta manera un mejor autocuidado. Además, propone un papel del profesional enfermero más dinámico orientado hacia el apoyo físico, emocional y orientador, capaz de hacer comprender a cabalidad al paciente sobre las orientaciones de nutrición, higiene, manejo de medicamentos, así como los signos y síntomas de alarma para acudir nuevamente a urgencias. Todas estas consideraciones hacen de la presente propuesta un plan de alta original y novedosa.

Se cumplieron los objetivos general y específicos que guiaron esta investigación. Se estimó la validación teórica de un plan de alta de Enfermería para pacientes postoperados México 2020, se identificó la información acerca de la existencia de planes de alta de enfermería para pacientes postoperados en las instituciones de salud nacionales e internacionales, se creó un plan de alta de



enfermería dirigido al paciente postoperado para instituciones de salud en México y se determinó el grado de validez de contenido y confiabilidad de un plan de alta de enfermería dirigido a pacientes postoperados en México.

La presente investigación fue validada por contenido por medio del juicio de expertos, mediante opiniones argumentados, dichas validación se analizó estadísticamente, obteniendo una buena confiabilidad con un Alpha de Cronch o,85.



X. BIBLIOGRAFÍA

Adrietta, M. P., Lopes, M. R. S., & Bottura, L. de B. A. L. (2011). Plan del alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, 19(6)

Alarcón, C. tatiana, Antón, R. M., & Arriola, vargas ricardo. (2018). *Autopercepción de los enfermeros de la especialidad en centro quirúrgico sobre los estándares de su comportamiento ético en la practica clínica hnch – hndac, Lima 2018.*

Alligood, M. R. (2015). *Modelos Y Teorías En Enfermería Octava Edición.* (Www.Medilibros.Com, Ed.) (Elsevier).

Amaro, C. M. del C. (2004). El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Revista Cubana de Enfermería.*

Amezcuca, M., Cintado, J., José, D., Río, S., Martos, E., Pérez, F., & Terol, J. (n.d.). La Falta De Conocimientos Del Usuario Sobre Su Proceso: Un Problema Frecuente En La Asistencia Ambulatoria Especializada.

Amo, F. Del, Garcia, J., Gil, E., Gimenez, M. A., Gimenez, D., Giner, E., & Gómez, M. (2009). Fisiopatología Medica Proceso Quirurgico: Postoperatorio, 31. Retrieved from http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf





Antayhua, ortiz ana, & Menesses, L. riva mónica. (2015). Espiritualidad en pacientes de cuidados paliativos de un hospital nacional, 2(2), 203–212.

Arismendi, I., & Torres, M. (2017). *No“Eficacia De La Deambulacion Temprana Para La Disminución De Complicaciones Postoperatorias” Trabajo Title.*

Belltall Olmos A, Romero García E, Monsma Muñoz M, Beloouchi M, A. N. P., & Hospital. (2012). Manejo de Hemorragia masiva: ¿Estamos haciendo todo lo posible? Belltall. *Revista Electronica de AnestesiaR*, 4(10), 2–5.

Butcher, W., Dochterman, J., Bulechek, G., & Wagner, C. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (Elsevier, Ed.) (Séptima Ed).

Carapia, S. A., & Mejía, T. G. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.07.009>

Carrillo, G. G. M., Sánchez, H. B., Gómez, O. J., Carreño, S. P., & Chaparro, D. L. (2017). Metodología de implementación del “plan de egreso hospitalario” para personas con enfermedad crónica en Colombia. *Revista Med*, 25(2), 55–62. <https://doi.org/10.18359/rmed.3079>

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000100007>





Cháfer, R. M., Dmínguez, R. P., Reyes, S. A., Gorch, M. M., Ocaña, G. M. de los Á., & Martín, C. J. (2009). Recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico perioperatorio., 86(3), 130–138.
<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2009.04.012>

Center for Disease control and, & Revention. (2020). Atención de emergencia de heridas | Desastres naturales y tiempo severo|CDC. Retrieved from <https://www.cdc.gov/es/disasters/woundcare.html>

Chirveches, P. E. (2013). *Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos , en su domicilio.*

Correa, E., Verde, E. E., & Rivas, J. G. (2016). Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. *Universidad Autónoma Metropolitana*, 148.

Cuevas, F. (2018). *Desarrollo de una aplicación para el cálculo de líquidos transoperatorios en pacientes quirurgicos.* universidad de carabobo.

Dendaluze, S. I. (1997). La validez teórica de las investigaciones empíricas en Ciencias Sociales. *Revista Internacional de Los Estudios Vascos = Eusko Ikaskuntzen Nazioarteko Aldizkaria = Revue Internationale Des Études Basques = International Journal on Basque Studies, RIEV*, 42(1), 77–101.

D'Hyver de las Deses, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 33–45.





Duarte, N. P., & Martínez, K. J. (2015). Validación de contenido y aparente de material educativo: Plan de egreso para personas en situación de cronacidad en un hospital de segundo nivel. Santander.

Fernández, Z. R., Rodríguez, R. R. R., Fariñas, A. M., Dolz, A. M. N., & Céspedes, M. E. G. (2017). La reunión de alta al egreso hospitalario como doble vínculo entre la docencia y la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(3), 232–243.

Galicia, L., Balderrama, J., & Edel, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura: Revista de Innovación Educativa*, 9(2), 42–53. <https://doi.org/10.18381/ap.v9n2.993>

Gempeler, R. E., Miranda, P. N., Garrido, H. A., Echeverrya, L. M., Tobos, G. M., & Acosta, F. C. (2016). Incidencia de náusea y vómito postoperatorio y factores asociados en el Hospital Universitario de San Ignacio. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-1.invp>

González, J., & Pazmiño, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(2), 62–67.

Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2020). *Diagnósticos Enfermeros Definición y clasificación 2018-2020*. (Elsevier, Ed.) (Undécima E).



- Hern, N. B., Valc, N., & Correspondencia, P. (2018). *De La Competencia Emprender Como Contribución a La Theoretical Validation of the Strategy for the Development of Competence Engage As a Contribution To the Integral Training of the Student of Pre-University Education*. 103–116.
- I., M. S. (2016). Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje vesical. *Universidad de La Rioja*, 2–57.
- IMSS, & FAO. (2016). Guia De Nutrición Para Adolescentes. *Organización de Las Naciones Unidas Para La Agricultura y La Alimentación*, 2(1), 28. Retrieved from www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s02
- Intermountainhealthcare.org. (2015). Ostomía : Cuidados en el Hogar Gu í a s p a r a l o s P a c i e n t e s y s u s F a m i l i a s. Retrieved from <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=521451657>
- LeMone, P., & Burke, K. (2009). *Enfermería Medicoquirúrgica*. (P. P. Hall, Ed.) (Cuarta Edi, Vol. 1–2). Madrid (España).
- MedlinePlus. (2015). Drenaje de succión cerrado con pera. *Ee.Uu*, 30058(404). Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000039.htm>
- Ilva, V. S. I. S., Uiroz, P. E. S. Q., Eiss, M. W. V., & Silva, S. (2018). Percepciones ante la preparación al alta en pacientes médico-quirúrgicos de un hospital de alta complejidad, 23–27.



Javier, S. marizol. (2019). *Cuidado De Enfermería Al Paciente Posoperado Inmediato De Histerectomía Abdominal En La Unidad De Recuperación Posanestésica Del Hospital Iii Essalud-Juliaca, 2018*. Universidad nacional del altiplano.

Knop, A. G., Bernardino, E., Lapierre, J., & Dallaire, C. (2019). Artículo Original Actividades de las enfermeras de enlace en el alta hospitalaria: una estrategia para la continuidad del cuidado * Introducción Método. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069-3162>

LeMone P, B. K. (2009). Enfermeria medico quirurgica.Pensamiento critico en la asistencia del paciente., 1118.

Lino, R. C., & Vazquez, R. E. J. (2018). *Eficacia De La Nutricion Enteral Comparado La Nutricion Parenteral Para Disminuir Complicaciones En Pacientes Postoperados De Cirugia Gastrointestinal Trabajo*. Universidad Privada Norbert Wiener.

López, E. T., Leonel, A. A., Ángel, M., Ávila, C., Mahuina, E., & Castolo, C. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 12–18.

Luján, J. A., & Cardona, J. A. (2015). Construcción y validación de escalas de medición en salud: Revisión de propiedades psicométricas. *Archivos de Medicina*, 11(3), 1–10. <https://doi.org/10.3823/1251>





Macias, P. M., & Solano, T. D. (2018). Apoyo emocional y psicológico del personal de Enfermería y su relación con los niveles de ansiedad en los pacientes pre-quirúrgicos del hospital Martín Icaza de Babahoyo. In *Gastrointestinal Endoscopy* (Vol. 10, Issue 1). <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.05.023><https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.04.013><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29451164><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5838726><http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2013.07.022>

Martinez, R. M. (2014). *Evaluación y mejora del proceso de alta hospitalaria María Martínez Ramos*. Universidad De Alicante. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/f326/b108778149bc0398397b13f5382cc8d8c17c.pdf>

Morrison, J., Palumbo, M. V., & Rambur, B. (2016). Reducing Preventable Hospitalizations With Two Models of Transitional Care, 322–329. <https://doi.org/10.1111/jnu.12210>

Nava, G. (2010). Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoria de enfermería neurológica. *Enfer Neurol (Mex)*, 12(1), 40–44. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131g.pdf>

Navarro-García, M., de Carlos Alegre, V., Martínez-Oroz, A., Irigoyen-Aristorena, M. I., Elizondo-Sotro, A., Indurain-Fernández, S., ... García-Ganuzza, R. (2017). Calidad del sueño en pacientes sometidos a cirugía cardiaca durante el postoperatorio en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 28(3), 114–124. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.005>





Nerea, O. F. De. (2018). Atención y cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente quirúrgico.

Ortiz, L. (2016). *“Estrés en pacientes sometidos a cirugía traumatológica programada”*. Universidad Nacional De Cuyo.

Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfade Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–580.

Padilla, C. J. M. (2013). Artículo de revisión: Estrés quirúrgico y anestesia. *InvestMedicoquir*, 5(1), 142–158.

Pérez-Pérez, A. (2016). Reanimación hídrica guiada por metas. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39, S42–S47.

Potter, A. P., & Perri, A. G. (2005). *Libro fundamentos de enfermería potter /perry*.

Quispe Lazo, G. (2017). Conocimientos Y Prácticas De Autocuidados Del, 34.

Reyes, Y. alejandra. (2017). *Validación De Un Instrumento De Valoración De Enfermería Al Paciente Pediátrico En Recuperación Postquirúrgica Inmediata*. Universidad Autonoma del estado de México. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/154795677.pdf>

Romero, V. (2016). * Andrés Romero Valverde, 1(9), 13–17.

Serrano, B., & Díaz, E. (2018). Impactación fecal en la población anciana española: prevalencia y factores asociados, 22.





Soriano, R. A. M. (2014). Diseño y validación de instrumentos de medición, 19–40.

Soto, otero yaime, Roque, & Yanecsy. (2018). El dolor agudo postoperatorios , aún un problema en el paciente quirúrgico Acute postoperative pain : still a problem in the surgical patient, *90*(3), 1–11.

Tixtha, L., Leonel, A. A., Córdoba, M., & Campos, C. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios, *13*(1), 12–Torres, S., Zárate, G., & Matus, M. (2011). Calidad de los registros clínicos de enfermería : Elaboración de un instrumento para su evaluación Nursing clinical registers quality: the generation of an assessment instrument, *8*(1), 17–25.

Torres, D. C. V., Martín, P. G., Ezquiaga, E., Navas, G. M., & García De Sola, R. (2016). Tratamiento quirúrgico de la anorexia nerviosa resistente al tratamiento médico. *Nutricion Hospitalaria*, *33*(4), 1001–1007. <https://doi.org/10.20960/nh.403>

Tuesta, O. L. A., & Herquinio, C. W. (2017). *Universidad Nacional De Ucayali Programa De Segunda Especialidad E1 Enfermeria E*. Universidad Nacional De Ucayal, Pucallpa Peru.



Vallejos, O. D. L. (2018). *Sexualidad En Pacientes Sometidas A Tratamiento Quirurgico Por Cancer De Mama, Que Asisten A La Consulta Externa Del Hospital Bertha Calderon Roque Para Su Seguimiento En El Mes De Enero 2018*". Universidad Nacional Autonoma De Nicaragua Facultad De Ciencias Médicas Unan- Managua Trabajo.

Vargas Bermúdez, Z., & Fernández Coto, R. (2012). Programa De Alta Hospitalaria Programada Para Preparar El Egreso Del Paciente Y Familia. *Enfermería Actual de Costa Rica*, 0(21).
<https://doi.org/10.15517/revenf.v0i21.3658>.

Villamizar, S., Riascos, C. A., & Thomson, P. (2013). *Validación Teórica De Un Modelo Experimental De Interacción Humano- Estructura*. May.