



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE
ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL**

T E S I S

P R E S E N T A

EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

ASESOR EXTERNO: MTRO. SILVINO ARROYO LUCAS

CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"
CARRERA DE ENFERMERÍA

ASUNTO: Asignación de Jurado



Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
P R E S E N T E:

Comunicamos a usted, que la Tesis con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL", de el C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO con No. de cuenta 412016323, de la carrera de Licenciatura en Enfermería se le han asignado los siguientes sinodales para sustentar su examen profesional:

PRESIDENTE:
DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

VOCAL:
MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

SECRETARIO:
MTRO. SILVINO ARROYO LUCAS

SUPLENTE:
E.E.C. MARIA DE JESÚS PÉREZ
HERNÁNDEZ

SUPLENTE:
M.C. MIGUEL ÁNGEL GALLEGOS ORTÍZ

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 02 de Febrero del 2017.

JEFE DE LA CARRERA
DRA. MARÍA SUSANA GONZALEZ VELÁZQUEZ.



ARACELY



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL", preparado por el alumno **C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO**, con número de cuenta **412016323**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 02 de Febrero de 2017.
P R E S I D E N T E

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

ARACELY



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



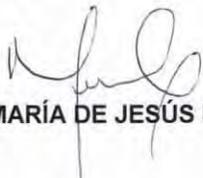
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL", preparado por el alumno **C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO**, con número de cuenta **412016323**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 02 de Febrero de 2017.
S U P L E N T E


E.E.C. MARÍA DE JESÚS PÉREZ HERNÁNDEZ

ARACELY



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el tema: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL**", preparado por el alumno **C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO**, con número de cuenta **412016323**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"**POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU**"
Ciudad de México, a 02 de Febrero de 2017.
V O C A L

MTRA BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

ARACELY*



**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
PRESENTE

Con respecto a la **TESIS** con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL", preparado por el alumno **C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO**, con número de cuenta **412016323**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 02 de Febrero de 2017.
SECRETARIO

MTRO. SILVINO ARROYO LUCAS



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA

Asunto: Voto de Aceptación.



DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E

Con respecto a la **TESIS** con el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL", preparado por el alumno **C. EDUARDO VELÁZQUEZ MORENO**, con número de cuenta **412016323**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 02 de Febrero de 2017.
S U P L E N T E


M.C. MIGUEL ÁNGEL GALLEGOS ORTÍZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) VELÁZQUEZ MORENO EDUARDO, con número de Cuenta 412016323, de la Carrera de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA se le ha fijado el día 31 del mes de MARZO del año 2017 a las 12:00 hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE:
DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

V O C A L:
MTRA. BELINDA DE LA PEÑA LEÓN

SECRETARIO:
MTRO. SILVINO ARROYO LUCAS

SUPLENTE:
E.E.C. MARÍA DE JESÚS PÉREZ HERNÁNDEZ

SUPLENTE:
M.C. MIGUEL ÁNGEL GALLEGOS ORTÍZ

El título de la prueba escrita que presenta es: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN".

Opción de titulación: TESIS

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad de México, a 14 de Marzo del 2017

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
DIRECTOR



FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES
ZARAGOZA

Oficina de exámenes profesionales
y de grado.

U. N. A. M.
DE ESTUDIOS
SUPERIORES
ZARAGOZA
Vo.Bo.
JEFE DE LA CARRERA
BRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ



*SGV*SMG*Araceli*

DEDICATORIA

A Dios:

Por permitirme el don de la vida, y la convivencia con los que amo y a quienes tengo en estima, por todos ellos por el sol del día por el pan y el agua, por permitirme dar un paso más en la dirección correcta.

A mis padres:

Les dedico cada taza de café y desvelo, cada hora de estudio que aprendí a llenar con 60 minutos íntegros de esfuerzo, que culminan en este y se ve reflejado en todos mis esfuerzos. Lejos estuvimos unos de otros desde el inicio, pero el amor nos mantuvo en unidad, no puedo menos que dedicarles este esfuerzo reflejo del amor que vive en mí.

A Saily Ramírez:

Tu amor y paciencia son siempre mi “as” bajo la manga, el vaso de agua bajo el sol ardiente, eres la voz que me motiva a seguir adelante cada día. En cada travesía venidera (y vendrán muchas) por favor déjame contar contigo como hasta ahora. Gracias amor por que este logro es tuyo también.

A Elizabeth Mayorga y Guadalupe Herrera:

Hace cuatro años pensé en abandonar la carrera que hoy amo, me da sustento y me alegra la vida, tuve miedo, estaba confundido cansado y hambriento, perdí más que un padre y un sustento, perdí a un amigo un guía y motivación, pero ustedes no vacilaron en tomar mi mano y decir *“tranquilo, es por aquí” “apóyate en mí”*.

A diario he pensado como agradecerles, nunca podré. Porque si como entonces no tengo una mano delante y otra detrás para cubrirme, es únicamente por lo incomodo de la posición, pero este pequeño paso se los dedico con gran cariño y con mucho esfuerzo, les estaré por siempre agradecido.

AGRADECIMIENTOS

A los increíbles humanos que participaron en este trabajo

Por su atención cooperación y sobrehumana paciencia muchas gracias.

A MIS MAESTROS

Desde ahora cada trabajo que realicé llevará implícita su forma de ver el mundo. Y si he de llegar a ver más lejos, será ciertamente porque subí a hombros de gigantes.

Belinda de la Peña

Por la motivación, el apoyo y la guía brindados siempre le agradeceré.

Silvino Arroyo

Por la disposición, asesoría y compartir la filosofía tan increíble del Maestro Salvador Zubirán.

Karina Rangel

Por ser un faro tan brillante en este camino que me has enseñado a recorrer.

Graciela Rivera

Por su genial amistad, influencia, tiempo, paciencia... ¡Por todo! Muchas gracias.

Schaila Martínez

Por su gran dedicación a la Enseñanza, su alegría y compañerismo. Le agradezco.

A MIS HERMANOS Y AMIGOS

Gerardo Mejía, Cristina Trahyn, Eduardo Chávez, David Gutiérrez, Jonathan Saldaña, Gabriela Martínez, Roció Martínez, Leticia Viera, Yoali Núñez, Marisol Jiménez, Izbeth Jimenez y Fernanda Toriz

Por su apoyo, amistad y por creer en mí ¡Muchas gracias!

A MI ALMA MATER

Con la certeza de que jamás podré pagar lo aquí vivido y aprendido solo puedo agradecerte esta experiencia, a tus espacios, ideales, y grandes humanos que te forman. Gracias INCMNSZ gracias FESZ gracias UNAM.

Viviré desde ahora con estas palabras en mi mente y corazón

¡Hacia la excelencia!

¡Yo soy FES Zaragoza!

¡Por mi raza hablará el espíritu!

CONTENIDO

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1 Continuidad de cuidados.....	7
4.2 Cuidados en el domicilio	7
4.3 Plan de alta de enfermería.....	8
4.4 Nivel de conocimiento del plan de alta.....	11
5. MARCO REFERENCIAL	12
5.1 Calidad en la atención	12
5.2 Institutos nacionales de salud.....	14
5.3 Unidad de la investigación	14
5.4 Atención de calidad en enfermería	15
5.5 Registros electrónicos de enfermería.	16
6. ESTADO DEL ARTE	18
6.1 El plan de alta en la continuidad de cuidados.....	18
6.2 Aplicación del plan de alta de enfermería	21
6.3 Estructurando al plan de alta	22
6.4 Percepción y opinión del plan de alta de enfermería	27
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
8. HIPÓTESIS	30
9. OBJETIVOS	30
10. METODOLOGÍA	31
10.1 Diseño de la investigación	31
10.2 Criterios de selección.....	32
10.3 Variables.....	33
10.4 Técnica de recolección de información.....	41
10.5 Plan de análisis estadístico.....	44
10.6 Consideraciones éticas.....	46

11. RESULTADOS	47
11.1 Análisis descriptivo	47
11.2 Análisis inferencial	59
12. DISCUSIÓN	75
13. CONCLUSIÓN	78
14. SUGERENCIAS	81
15. ANEXOS	82
Anexo 1: Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel.....	82
Anexo 2: Operacionalización de las variables	86
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Puntos de concordancia en los apartados del plan de alta.....	9
Tabla 2. Operadores booleanos utilizados en la revisión bibliográfica.....	18
Tabla 3. Distribución del tamaño de la muestra.....	32
Tabla 4. Componentes de la variable dependiente.....	33
Tabla 5. Características de los ítems.....	35
Tabla 6. Características de las dimensiones.....	38
Tabla 7. Dimensiones del plan de alta de enfermería.....	39
Tabla 8. Descripción de las dimensiones del conocimiento del plan de alta.....	41
Tabla 9. Cálculo de escala de nivel de conocimiento del plan de alta.	42
Tabla 10. Cálculo de escala de nivel de conocimientos generales y aspectos metodológicos del plan de alta.....	43
Tabla 11. Cálculo de escala de nivel de conocimiento de aspectos estructurales del plan de Alta.	43
Tabla 12. Cálculo de escala de nivel de conocimiento observado del plan de alta...	43
Tabla 13. Cálculo de escala de nivel de conocimiento institucional y declarado del plan de Alta.	43
Tabla 14. Tabla de contingencia área de adscripción con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería.....	61
Tabla 15. Tabla de contingencia rango de edades con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería	62
Tabla 16. Tabla de contingencia escolaridad con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería	63
Tabla 17. Tabla de contingencia turno con nivel de conocimiento de plan de alta de enfermería.....	64
Tabla 18. Tabla de contingencia rango de edades con nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería.....	65
Tabla 19. Tabla de contingencia escolaridad con nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería	66
Tabla 20. Tabla de contingencia antigüedad laboral con nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería.....	67

Tabla 21. Tabla de contingencia área de adscripción nivel de conocimiento de aspectos metodologicos del plan de alta de enfermería	68
Tabla 22. Tabla de contingencia antigüedad laboral con nivel de conocimiento de aspectos metodologicos del lan de alta de enfermería	69
Tabla 23. Tabla de contingencia rango de edades con nivel de conocimiento de aspectos estructurales del plan de alta de enfermería	70
Tabla 24. Tabla de contingencia área de adscripción nivel declarado de conocimiento del plan de alta de enfermería.....	71
Tabla 25. Tabla de contingencia turno con nivel de conocimiento observado del plan de alta de enfermería	72
Tabla 26. Rango promedio y suma de rangos en nivel de conocimiento del nivel técnico y nivel licenciatura.....	73
Tabla 27. Rango promedio y suma de rangos en nivel de conocimiento (Nivel técnico y especialidad)	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Frecuencia de género por rango de edad.....	47
Gráfica 2. Porcentaje de individuos por rango de años de servicio.....	48
Gráfica 3. Frecuencia y porcentaje de individuos por escolaridad.....	49
Gráfica 4. Porcentaje y frecuencia de individuos por institución educativa.	50
Gráfica 5. Frecuencia de individuos por nivel de satisfacción laboral expresada.	51
Gráfica 6. Nivel de conocimiento del personal de enfermería	52
Gráfica 7. Nivel de conocimiento generales del plan de alta de enfermería.....	53
Gráfica 8. Nivel de conocimiento metodológico del plan de alta de enfermería	54
Gráfica 9. Nivel de conocimiento estructural del plan de alta de enfermería	55
Gráfica 10. Nivel de conocimiento institucional del plan de alta de enfermería	56
Gráfica 11. Nivel de conocimiento declarado del plan de alta de enfermería.....	57
Gráfica 12. Nivel de conocimiento observado del plan de alta de enfermería.....	58

1. RESUMEN

Introducción: El Plan de Alta de Enfermería, es la herramienta educativa del profesional de Enfermería para mejorar los cuidados al alta. Determinar el conocimiento sobre este permite el desarrollo de estrategias para optimizar sus beneficios.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento del plan de alta en el personal de Enfermería de una unidad de tercer nivel de atención.

Método: Estudio cuantitativo observacional y transversal, con muestra estratificada proporcionada no probabilística con 204 enfermeras de los servicios y turnos susceptibles de brindar plan de alta, continuidad de cuidados y donde se registra la atención de enfermería de forma electrónica. Se creó un instrumento a partir de la bibliografía existente el cual se dimensionó en 6 áreas, para obtener un puntaje el cual se escaló para determinar el nivel de conocimientos general y por dimensión. Dicho instrumento obtuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.790. Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva y complementariamente pruebas de estadística inferencial.

Resultados: 51% de los participantes presentó un nivel de conocimiento *medio* seguido por el 25% con *nivel bajo*, 20% con *nivel alto* y 2% con *nivel muy bajo y muy alto*. Se determinó que en el área de *conocimientos metodológicos* la mayoría (43%) presentó un *nivel alto* de conocimientos. En el área de *conocimientos observados* la mayoría (86%) de los individuos tiene un nivel de conocimiento *muy bajo*.

Conclusiones: El *nivel medio* de conocimiento del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel es el predominante.

Palabras clave: Plan alta. Enfermería. Nivel de conocimiento. Continuidad de cuidados. Tercer nivel de atención.

2. INTRODUCCIÓN

En México son atendidas miles de personas en unidades salud, la atención es multidisciplinar debido a las grandes necesidades de atención que tiene un ser humano. Este proceso complejo puede continuar en el domicilio, las personas esperan de los profesionales de salud, el mejor tratamiento, el mejor cuidado, en general la mejor atención, con alta calidad, seguridad y por supuesto que les brinde tranquilidad a ellos y sus seres queridos.

Con los años se ha abordado el tema de la atención de calidad, y con el paso del tiempo se ha ampliado a atención de *alta calidad dada la competitividad internacional en la que se encuentran las Instituciones*, son varios factores que intervienen para poder brindarla, pero existen recursos en las instituciones a veces inexplorados. Al disponer de la mejor información científica en atención y tratamientos disponibles en el momento y usarla para brindar calidad de atención y mejorar la calidad de recuperación o de vida, y aumentar la eficacia de los recursos disponibles al máximo, entonces llevamos a cabo atención de alta calidad.

Enfermería es la profesión que brinda cuidados a las comunidades, familias y personas, en la salud y enfermedad es una profesión que goza del respeto de la sociedad mexicana y en el transcurso de los años se ha transformado en parte importante de la prevención de la enfermedad y la disminución de las complicaciones sin alejarse del ámbito asistencial intrahospitalario, también ha destacado por su constante crecimiento en formación de áreas educativas, administrativas y de investigación, posee su propio cuerpo de conocimientos, habilidades e incluso taxonomía. El abordar constantemente al ser humano en su cuidado integral ha conseguido las habilidades necesarias para potenciar el cuidado aún lejos de su unidad de trabajo, a través, de programas educativos, políticas, estrategias; es en este ámbito en donde se desarrolla la continuidad de cuidados de enfermería.

En países donde se ha apostado por la prevención y limitación del daño, donde el uso de recursos disponibles es por una u otra razón la base de la atención y donde las enfermeras han trabajado arduamente por su reconocimiento y empoderamiento,

se han creado programas proyectos y propuestas para que la continuidad de cuidados tenga un seguimiento continuo por el profesional de enfermería ya sea de un nivel de atención o de otro sin embargo México no es la excepción. No obstante es improductivo únicamente señalar los aciertos de otros países e instituciones por sobre las de nuestra realidad como se ha mencionado, es el saber hacer eficientes los recursos y conocimientos que permite brindar una verdadera atención de alta calidad.

En México se cuenta con el plan de alta de enfermería como medio para continuar los cuidados a través de la enseñanza, la capacitación y el uso de los recursos disponibles. Sus resultados ayudan a las personas a mejorar su cuidado en el momento del egreso de una unidad de salud.

Después de realizar una revisión bibliográfica en bases de datos especializadas se conoce esta información, no obstante no se encontraron referentes claros a la medición del conocimiento del personal de enfermería sobre el plan de alta. Conocer esta información ayudaría a mejorar estrategias de implementación en torno al Plan de alta en diversas unidades y la mejora de estas estrategias podría repercutir indirectamente en la mejora de los cuidados y adherencia terapéutica de las personas que egresan de una unidad de salud.

Por lo cual la presente investigación tiene como objetivo principal: *Determinar el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel*¹. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal.

Los participantes de la investigación son profesionales de enfermería de áreas y turnos susceptibles a brindar plan de alta de enfermería, continuidad de cuidados y realizar registros electrónicos de la atención que brindan. A la población de 626 enfermeras se le ha aplicado criterios de inclusión y exclusión con lo cual no se ha tomado en cuenta a pasantes de enfermería para esta investigación; como criterio de eliminación se planteó: Al personal de enfermería que no desee continuar voluntariamente en la Investigación. Se obtuvo la unidad de análisis de 430 enfermeras de todos los servicios y turnos de la Unidad de salud, a la cual se le

¹ La cual es un referente Nacional para la atención de alta calidad a los pacientes

aplicó un muestreo proporcionado no probabilístico estratificado con un margen de error del 5% y un nivel de confiabilidad del 95%, para obtener a una muestra de 204 enfermeras, de las cuales ninguna abandono la investigación y no se presentaron en el estudio casos perdidos. La muestra está compuesta principalmente por personas del género femenino, con un rango de edad de los 22 a los 67 años de edad y con diferentes niveles de estudio. Para poder determinar el nivel de conocimiento del plan de alta así como conocer aspectos específicos del mismo y datos sociodemográficos de la muestra, se creó a partir de la bibliografía existente y una revisión bibliográfica en bases de datos especializadas en salud, medicina, y enfermería un instrumento de recolección de datos.

Dicho instrumento fue aprobado por consenso de expertos, se determinó su nivel de confiabilidad por medio de la prueba de alfa de Cronbach por medio del programa estadístico SPSS V.24, obteniendo 0.790 en la prueba estadística alfa de Cronbach.

El instrumento de recolección de datos cuenta con 8 ítems de datos sociodemográficos, correspondientes a la variable independiente de la investigación, y 24 ítems (variable dependiente) para determinar el nivel específicos de diferentes aspectos del plan de alta de enfermería dimensionados como: *generalidades, aspectos metodológicos, aspectos estructurales, aspectos institucionales, aspectos declarados y aspectos observados del plan de alta.*

En cada ítem de la variable dependiente puede obtenerse un puntaje mínimo de cero puntos y un máximo de 2 puntos para determinar el conocimiento del plan de alta de enfermería, se suma el puntaje obtenido en el instrumento el cual puede estar entre 0 puntos y 48 puntos, para determinar el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería se escaló el puntaje en 5 niveles proporcionales que determinan un nivel *muy bajo de conocimientos, bajo, medio, alto o muy alto.* Se aplicaron pruebas de estadística descriptiva para conocer el nivel de conocimiento del plan de alta y sus dimensiones y de forma complementaria se realizaron pruebas de estadística inferencial por medio del programa SPSS V. 24. La investigación fue considerada de bajo riesgo, y se siguieron los lineamientos generalmente aceptados para el manejo y obtención de la información, recordando a los participantes la permanencia voluntaria en la investigación.

3. JUSTIFICACIÓN

Las personas que reciben atención en salud requirieren además de los procedimientos propios de cada área intrahospitalaria, cuidados específicos de enfermería, que al egreso y debido a su naturaleza o grado de dificultad pudieran requerir información o capacitación adicional para continuarse o implementarse en su domicilio. El plan de alta de enfermería es una forma de responder a esta necesidad de continuación de cuidados en el hogar.

Se ha observado en diversos estudios, programas que brindan continuidad de los cuidados como el plan de alta de enfermería, el *registro numérico de su aplicación*¹, *su impacto en salud, su impacto en la reducción de costos*² e incluso en *su relación con los reingresos hospitalarios*^{3,44,45}.

Se cree que estas intervenciones tienen múltiples variantes, entre ellas los recursos humanos, y en ellos, el nivel de conocimiento que pueda poseer sobre el tema.

No se encontraron registros específicos del *nivel de conocimientos* de los *prestadores de salud* que llevaron a cabo actividades, o programas de la *continuidad de cuidados o plan de alta de enfermería* tampoco registros del cómo influye este factor en el desarrollo o resultados de esta clase de actividades o programas.

Por lo cual al analizar el *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería* existe la posibilidad que en la unidad se potencialicen los beneficios del plan de alta para las personas que reciben atención en dicha unidad por medio de programas dirigidos al personal que lo lleva a cabo con el fin de mejorar sus conocimientos, así como con la continuación de investigaciones en esta área en un futuro.

Se espera que al socializar el resultado de esta investigación entre los integrantes de la organización tanto el personal asistencial quien es el que lo aplica directamente como el directivo-administrativo de enfermería quien podría crear o modificar estrategias en torno a los objetivos y/o metas de sus programas directivos, así como con el público en general se pueda repercutir en la mejoría de los cuidados en el domicilio.

Actualmente existen investigaciones donde se mide *el nivel de conocimiento* en torno a un tema específico, así, el uso del cuestionario de *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería* y su adecuación a la realidad puede ayudar a determinar el nivel de conocimiento o conocer el avance en el conocimiento del plan de alta post aplicación de programas dirigidos a mejorar el nivel de conocimiento del personal que lo aplica.

En última instancia se buscó llenar el vacío de conocimientos en torno al plan de alta en una unidad de tercer nivel, que se creyó existente.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La continuidad de cuidados es básica para hacer frente a los problemas de salud de las personas que egresan de una unidad hospitalaria, por mejora o alta voluntaria. En México existen unidades hospitalarias de medicina y enfermería domiciliaria dedicadas a la visita del paciente crónico o terminal, existen pacientes que no requieren cuidados o atención formal estricta, personas que egresan por una cirugía, que se recuperan de un tratamiento invasivo mínimo, o diagnóstico, quienes se recuperan de enfermedades infecciosas, o simplemente viven con enfermedades crónicas no transmisibles, pueden requerir únicamente el cuidado informal ya sea de un ser cercano o un cuidador informal.

Y si bien no requieren un cuidador formal en su domicilio estrictamente, en ellos existe la posibilidad de continuar los cuidados con intervenciones que en apariencia pueden parecer simples, pero estas pueden cambiar su estilo de vida ayudando a conservar su salud o mejorando su recuperación.

4.2 CUIDADOS EN EL DOMICILIO

El cuidado de pacientes en el domicilio se lleva a cabo por cuidadores formales e informales. Este fenómeno tiene varias implicaciones pues cuando el cuidado se lleva a cabo por cuidadores formales esto disminuye el cansancio de los familiares o seres cercanos, brinda tranquilidad y seguridad en la atención, pero también implica un costo, que dependiendo de entre otros factores; el estado de salud del paciente, los recursos disponibles, la accesibilidad al domicilio puede ser una opción no viable.

En muchas ocasiones el cuidado debe llevarse a cabo por cuidadores informales, desde familiares hasta personas que sin educación formal en cuidados lo realizan.

No implica que esta opción no tenga un costo, muchas veces el costo es en tiempo, días laborales perdidos, energía, y a veces estrés. Debido a la inexperiencia en este ámbito, se puede generar inseguridad, intranquilidad en el paciente y los cuidadores

que a fuerza de repeticiones ensayo y error aprenden a cuidar. De cualquier modo existe la posibilidad que el cuidador desconozca aspectos importantes sobre los cuidados que el ahora nuevo paciente o ya conocido requiera para su atención en el domicilio.

4.3 PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Una estrategia para la continuidad de cuidados que se puede implementar en cualquier unidad de salud, que aún sin unidad específica de visita médica o enfermera domiciliaria, es el plan de alta.

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 la enfermera o el enfermero que atiende al paciente, pero puede ampliarse con las contribuciones del cuidador, familiares y el paciente mismo. Este tipo de intervención, como parte de los cuidados profesionales, se brinda durante su hospitalización, en dialogo o documento, lo que permite informar y favorecer la continuidad de los cuidados a partir de su hospitalización hasta el egreso hospitalario, permite la comunicación en las distintas áreas clínicas de asistencia, ya sea primaria o especializada para proporcionar cuidado de calidad y acorde a cada paciente para su domicilio⁴

Surgió en 1984 como estrategia para disminuir los costos en la atención en salud y es adaptado por la empresa medicare en Estados Unidos³. En la actualidad como lo expone Pinzón⁵ *es una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma.*

Con esta estrategia se pretende incorporar al paciente en su recuperación y bienestar que bien sabido es uno de los 4 pilares fundamentales de la Enfermería²³ y permite continuar el cuidado al egreso hospitalario, esto es muestra de la atención de enfermería de alta calidad pues echa mano a los recursos y tecnologías disponibles en la actualidad y aumenta la confianza en el paciente familiares y cuidadores en los cuidados en el domicilio.

Se ha demostrado que puede disminuir costos y reingresos hospitalarios^{4,43,44,46} la información que se brinda en el plan de alta puede variar según la valoración de cada enfermera, pero se han encontrado puntos de coincidencia en los siguientes apartados:

Tabla 1. Puntos de concordancia en los apartados del plan de alta.

Referente Apartado del Plan de Alta.	Signos de alarma	Ficha identificación	Dieta	Medicamentos	Ejercicio	Recreación	Espiritualidad	Redes de apoyo	Higiene	Medio Ambiente	Comunicación	Herida	Catéteres
Pinzón	SI	-	SI	SI	-	SI	SI	SI	-	SI	SI	SI	SI
Universidad de Caldas ⁶	-	-	SI	SI	-	-	-	-	-	SI	-	-	SI
FES Iztacala ⁷	SI	SI	SI	SI	SI	-	-	-	SI	-	-	SI	SI
Hospital General de México ⁸	-	SI	SI	SI	-	-	-	-	SI	-	-	-	-
I.N.P. ⁹	SI	-	SI	-	SI	-	-	-	SI	SI	SI	SI	-
Hospital Psiquiátrico ¹⁰	-	-	-	SI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hospital Juárez de México ¹¹	SI	SI	SI	SI	SI	-	-	-	SI	-	-	SI	-
Hospital Universitario Ramón y Cajal ¹²	SI	-	SI	-	SI	-	-	-	-	-	-	SI	SI

Cada apartado tiene su utilidad propia y acorde la valoración de enfermería un apartado puede tomar mayor relevancia que otro.

En la revisión bibliográfica se compararon 8 referentes a los apartados del plan de alta cuyos puntos de concordancia con mayor frecuencia (7 concordancias cada uno) fueron la *dieta* y los *medicamentos*. Y los de menor concordancia fueron *espiritualidad* y *redes de apoyo* con 2 concordancias respectivamente.

Dieta, hábitos alimenticios, hábitos higiénicos alimenticios.

En cada referente bibliográfico es mencionada de una forma un poco diferente, este apartado del plan de alta hace referencia a los cuidados con los alimentos, es decir el consumo de alimentos recomendados, la exclusión en la dieta de alimentos

prohibidos, así como la higiene en la preparación de los mismos, postura al tomar los alimentos, e incluso si deben tomarse antes o después de ciertos medicamentos.

Medicamentos

En este apartado se apoya en la administración de medicamentos que el paciente llevará cabo en su domicilio, es importante aclarar las dudas en torno a dosis, horarios, así como la toma con alimentos o que hacer en caso de que olvide una toma (o aplicación), la importancia de no auto medicarse, así como la importancia de no suspender medicamentos, a menos de que presente reacción adversa en cuyo caso deberá orientársele sobre el que hacer.

Espiritualidad

Pinzón⁵ lo refiere como: *“...una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia y que impulsan al individuo para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, y orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto”*

Redes de apoyo

Son los servicios, familiares, personas y asociaciones que en determinado momento pueden potenciar los cuidados y mejorar la recuperación del paciente, acercarlo a un servicio de salud y ser una oportunidad de salvar su vida.

Por último el formato originalmente estuvo pensado para ser impreso o escrito así lo marca su definición original no obstante por la practicidad puede ser brindado en forma de capacitación-orientación, no obstante, se cree que esto pueda diferir los cuidados al olvidarse como deben realizarse o recordarse en orden erróneo.

4.4 NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA

Brindar un plan de alta implica tener conocimiento de los componentes del mismo (medicación, signos de alarma, dieta etc.) específicos de cada paciente atendido, un conocimiento amplio sobre las características holísticas del paciente que se obtiene por medio de la valoración de enfermería.

Para brindar un plan de alta integral es importante conocer cuánto sabe el profesional de enfermería que lo brinda y partir de ello se puede mejorar su aplicación.

El conocimiento se define como *acción y efecto de conocer*¹³ y nivel como *medida de una cantidad con referencia a una escala determinada*¹³. el término *nivel de conocimiento* se ha acuñado en diversas investigaciones, siendo este *“la medida de una cantidad de conocimientos sobre un tema en una escala determinada”*.

Pero determinar el conocimiento que posee una persona puede ser ambiguo según el instrumento de medición, debido a la posibilidad de error por probabilidad. Al medir el nivel de conocimiento con instrumentos cerrados donde el encuestado señala una opción de varias (3, 5 o 7 etc.) donde una es la opción correcta, por *azar* puede elegir un determinado número de respuestas correctas sin necesariamente conocerlas y en sentido contrario, suponiendo entonces un incremento en la posibilidad de error en la medición. Entonces la selección de un número determinado de respuestas correctas que determine el “nivel de conocimiento” puede tener un sesgo.

Por lo cual se acuño el término de *“nivel de conocimientos”* del plan de alta de enfermería *al nivel en que se sitúa la puntuación de un individuo obtenida por responder de forma escrita en prosa versada los ítems correspondientes del instrumento de medición, así como del cumplimiento en sus registros electrónicos de actividades referentes al plan de alta.*

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 CALIDAD EN LA ATENCIÓN

En la atención de la salud, se presentan escenarios diversos y complejos, debido a que las instituciones de salud son organismos con múltiples procesos y componentes orientados a la prestación de servicios de salud, investigación, docencia, entre otros.

Las condiciones en las que se brinda la atención pueden tener repercusiones perjudiciales e imprevistas pese a que el objetivo perseguido sea en beneficio de los pacientes, por ello brindar calidad en la atención se ha vuelto la razón de ser de múltiples instituciones, logrando disminuir costes en la atención y aumentando la satisfacción y seguridad de los pacientes.

Para el sistema ISO 9001 *calidad* se define como el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado¹⁴, por ello depende de cada institución, establecer los objetivos de sus servicios y procesos, con tendencia a reformarse según las necesidades de sus pacientes procesos y de sus integrantes, así como las medidas que tome para cumplir estos objetivos.

En la calidad de la atención el objetivo que se persigue es que se pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes¹⁵ dando como resultado la disminución de perjuicios y resultados inesperados que afecte a los pacientes de la atención de la salud, y maximizando el bienestar en la atención.

Con el paso de los años la evolución de conceptos y la tendencia mundial a la mejora en la atención de la salud, ha establecido incluso niveles de la atención sanitaria, así la OMS establece que:

“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de la salud) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y

*otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*¹⁶

Para lo cual la investigación y conocimiento de dichas necesidades son un punto clave para brindar los recursos humanos y otros para darles atención con los conocimientos actuales y vigentes que así lo permitan.

Para Avenís Donabedian existen dentro de la calidad asistencial tres componentes básicos¹⁶:

Componente técnico: el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Componente interpersonal: el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que rigen la interacción de los individuos en general.

Aspectos de confort: son todos aquellos elementos del entorno del paciente que le proporcionan una atención más confortable.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:

Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.

Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los pacientes respecto a la atención.

Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los pacientes¹⁷

5.2 INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

La atención de tercer nivel en el país es realizada por institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad que comparten características similares no obstante tienen ideologías propias complejas respecto a la atención del paciente, sobre sí mismas y las personas que las integran. Sus principales características son:

- Buscan el uso óptimo de los recursos institucionales disponibles¹⁸
- Buscan el acceso servicio de salud se alta especialidad, eficiencia y de alta calidad¹⁸.
- Poseen personalidad jurídica y patrimonio propios¹⁹
- Realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud en pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, fin que se logra con la calidad de su personal y apoyado en la tecnología de vanguardia ubicada en sus instalaciones²⁰.

5.3 UNIDAD DE LA INVESTIGACION

El caso de la unidad de salud donde se realizó la investigación no es la excepción ya que plantea en su razón de ser y su objetivo a alcanzar características propias que le brinden una identidad compleja y única a nivel nacional. Destaca entre estas características las siguientes:

- Busca promover atención de calidad, en componentes interpersonales técnicos y científicos con seguridad y excelencia²¹.
- Busca que la calidad y seguridad en la atención que ofrece sea un referente nacional e internacional²¹.
- Realiza investigación, docencia y asistencia de alta calidad, con una gama de valores que están al servicio del ser humano y su ambiente²¹.

² Se modificó la redacción de las principales características de la unidad para proteger su identidad aun así se busca transmitan la esencia de la misma.

Específicamente en el área de enfermería se cuenta con su propio departamento con a su vez identidad propia, plasmadas en su misión, visión y objetivos donde se destaca:

- Proporcionar atención de excelencia en los servicios de enfermería.
- Usar recursos humanísticos y científicos.
- Usar como punto de partida el proceso de atención de enfermería.
- Desarrollar nuevos paradigmas en la práctica profesional.
- Ser un modelo de atención de enfermería a nivel nacional e internacional.
- Impactar en el costo-beneficio de los servicios.
- Optimizar los recursos humanos y físicos.
- Vincular docencia–servicio.
- Propiciar el desarrollo de la investigación como sustento de la praxis de enfermería.
- Impactar en la calidad de la atención a los pacientes.
- Trascender en la familia y comunidad.

Y todo en beneficio del hombre y su medio ambiente.

5.4 ATENCIÓN DE CALIDAD EN ENFERMERÍA

En México la enfermería es la profesión humanística dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes²²

Y el proceso de atención de enfermería es la herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada e integral, cuyo objetivo principal es atender las respuestas humanas individuales o grupales, reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación²².

Existe en el código deontológico de enfermería el cual dirige la profesión los cuatro deberes fundamentales de la enfermería:

- Promover la salud
- Prevenir la enfermedad
- Restaurar la salud
- Aliviar el sufrimiento

Y se reconoce a la enfermería como necesidad universal, son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados²³.

5.5 REGISTROS ELECTRÓNICOS DE ENFERMERÍA.

Como lo marca la Norma Oficial Mexicana 004 del expediente clínico.

“...el expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo”²⁴.

Dentro de la unidad de tercer nivel donde se llevó a cabo la investigación, se cuenta con un sistema de registros clínicos electrónicos (Ehcos), en donde enfermería plasma su valoración basada en los patrones funcionales de Margory Gordon, los diagnósticos de enfermería e intervenciones con el uso de la taxonomía NANDA NOC NIC, observaciones y por supuesto el plan de alta de enfermería.

En la unidad de tercer nivel, cuidados al alta como la *dieta* y la *medicación* pueden estar a cargo de unidades específicas como *nutriología clínica* o los *médicos* a cargo así como la curación y enseñanza sobre heridas y estomas por parte de la unidad de “*heridas y ostomías*.”

No obstante brindar el plan de alta de forma integral es una de las facultades del personal de enfermería que atiende en cada unidad. Trabajándolo en áreas como los *signos de alarma* que pueden presentarse, alternativas o estrategias para la recreación, orientar en torno a la espiritualidad del paciente; e incluso reforzar en las áreas de dieta (nutrición) en aspectos como higiene de la preparación y toma de alimentos, o hábitos alimenticios saludables (postura al ingerir alimentos etc.) Está sin contraponerse a lo prescrito por otras áreas.

En la medicación, puede resolver dudas sobre los horarios convenientes, así como gestionar la resolución de dudas por parte del médico tratante.

6. ESTADO DEL ARTE

Para conocer datos relevantes de los enfoques teóricos que se han dado al *plan de alta* así como tendencias y perspectivas metodológicas se realizó una revisión bibliográfica con las siguientes características;

Tipo de documentos: Artículos de investigación, artículos de revisión y tesis de pregrado, maestría y tesis doctorales con fecha de publicación posterior al año 2008. Dicha revisión se realizó durante el periodo de tiempo comprendido entre Abril 2016 y Noviembre del mismo año.

Buscando en base de datos nacionales e internacionales utilizando los siguientes operadores booleanos.

Tabla 2. Operadores booleanos utilizados en la revisión bibliográfica.

OPERADOR BOOLEANO	PALABRAS
And	<ul style="list-style-type: none"> - Plan & alta - Plan & alta & enfermería - Nivel & conocimiento & plan & alta - Nivel & conocimiento & plan & alta & enfermería - Discharge & plan - Level & knowledge - Discharge & plan & nurse - Discharge & plan & nurse & level & knowledge - Discharge & plan & nursing - Discharge & plan & nursing & level & knowledge
Or	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel or conocimiento or plan or alta or enfermería - Discharge or plan or nurse or nursing level or knowledge
Not	<ul style="list-style-type: none"> - Milpa - Especialidad - Estandarizado

6.1 EL PLAN DE ALTA EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La continuidad de cuidados es el enlace entre una entidad de salud o cuidados y otra, es una oportunidad para organizar recursos necesarios para continuar los cuidados. Los reportes, informes o planes que se emiten para la continuidad de

cuidados varían según las necesidades de cuidado y los recursos disponibles en las unidades de cuidado. Por ejemplo.

En el enlace de turno de un mismo servicio en una unidad de hospitalización dos enfermeras pueden dar continuidad de cuidados valiéndose de las hojas de enfermería, kardex e indicaciones médicas así como un reporte verbal de la condición del paciente.

No obstante en una unidad de recuperación post anestesia, la continuidad de cuidados entre el personal de la unidad y el personal que recibía a los pacientes que se daban de alta de esa unidad se reforzó con un informe de alta de enfermería creado con la opinión del personal implicado en el cuidado²⁵.

La continuidad de cuidados no solo se refiere al ámbito intramuros de las instituciones que brindan salud, incluye los enlaces que se brindan entre las unidades de segundo y tercer nivel con las unidades primer nivel.

En España Serrato et al.²⁶ investigó la eficacia y manejabilidad del programa de continuidad de cuidados entre una unidad especializada en atención al paciente en diálisis peritoneal y una unidad de atención primaria y determinó que el uso de un programa funciona como enlace entre el primer nivel de atención y segundo nivel donde se implementó un protocolo para la curación de orificio de salida y les permite identificar diagnósticos de enfermería más comunes lo que permite la comunicación entre profesionales de enfermería en un lenguaje propio.

El registro de la continuidad de cuidados de las unidades hospitalarias e integrantes de las mismas permite conocer información de las características de los pacientes que egresan, así como las características generales del registro es decir su cumplimentación en torno a parámetros establecidos, (útil en el diseño e implementación de programas de mejora)

Villarejo et al.²⁷ por ejemplo por medio de una investigación observacional retrospectiva a dichos informes determinó los principales diagnósticos de enfermería con los que egresaban los pacientes de una unidad de segundo nivel hacia el seguimiento en una unidad de primer nivel encontrando que los pacientes adultos mayores pluri patológicos presentan una importante demanda de cuidados al alta hospitalaria.

La continuidad de cuidados también incluye los enlaces entre las unidades de hospitalización y los individuos, en donde pueden implementarse desde programas de seguimiento, educacionales a intervenciones personalizadas con fin de preparar a los egresados y familiares para continuar el cuidado su domicilio.

Zamora et al.²⁸ describió las características de los pacientes que egresaban desde su unidad hacia el domicilio e identificó los problemas más comunes a los que se enfrentaba el personal de enfermería al momento del alta, en el 50% de los casos el principal problema fue el déficit de autocuidado que presentaban los pacientes, el riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico así como manejo ineficaz de la sintomatología y el riesgo de dolor y caídas en un 33% de los casos.

Al final determinó que *un programa de seguimiento es de gran utilidad para pacientes egresados al demostrar que disminuye riesgos.*

En España el informe de enfermería al alta es una realidad²⁹, donde el profesional de enfermería comunica por medio de este a otros profesionales de enfermería de otros niveles de atención, los diagnósticos de enfermería, objetivos e intervenciones que se llevaron a cabo durante la atención al paciente. No obstante como se señaló al inicio la continuidad de cuidados se brinda acorde a las necesidades de los pacientes y los recursos disponibles.

En México la continuidad de cuidados al alta de las unidades de hospitalización se realiza a través del plan de alta de enfermería y diversas instituciones^{6,7,8,9,10,11,12} han implementado documentos y directrices para su realización.

Y si bien existen unidades de atención domiciliaria desde unidades de segundo y tercer nivel, aun no se concreta la continuidad de cuidados como en el Informe de continuidad de cuidados.

En una investigación de tipo descriptiva, correlacional y retrospectiva realizada en México con 423 registros Torres et al.³⁰ encontró que los informes de enfermería sobre continuidad de cuidados contaban con un 61.35% de calidad de registro. Con lo que se determinó que no cumplían con lo requisado.

Al término de la revisión bibliográfica no se encontraron más investigaciones a nivel nacional al respecto, donde se evalué específicamente la calidad de los registros

entorno la continuidad de cuidados que brinda enfermería. Que si bien puede que este brindando la continuidad de cuidados, tal vez no se ha registrado por completo.

6.2 APLICACIÓN DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

El Plan de Alta se ha utilizado de diversas formas en varios países, no obstante es difícil encontrar información específica de planes de alta en pacientes con patologías o cuidados específicos. Alves et al.¹ por ejemplo realizó una revisión integradora de la literatura buscando las orientaciones que daba el enfermero a los cuidadores de niños con estoma, no obstante no hallo dichas orientaciones, aun así observó que los estomas estuvieron presentes en el 27% de la bibliografía.

Por otra parte su revisión mostró que los enfermeros tenían prioridad por preparar a la familia para el alta, la praxis enfermera incluye la formulación del plan de alta, pero no existen pautas determinadas como únicas para su realización o una fórmula que deba seguirse al pie de la letra ya que el plan de alta es individualizado, y las necesidades de cuidado prioritarias varían de persona a persona al egreso hospitalario.

La aplicación del plan de alta por el personal de salud específicamente asignado para ello podría marcar la diferencia en el resultado. Hall et. al.³¹ propone un protocolo de investigación donde pretenderá medir la eficacia de planes de alta individualizados, aplicados por trabajadores sociales comparándolos con otros planes de cuidado no brindados por este personal en específico.

Hasta el momento se ha descrito la importancia de la individualidad de los planes de alta por medio de la valoración, es importante conocer otro enfoque.

6.2.1 La aplicación de planes de alta multidisciplinarios.

El consenso del tratamiento al alta hospitalaria de pacientes con enfermedades que se encuentran en situación de labilidad es una opción válida para guiar, brindar cuidados e implementar la educación del plan de alta de enfermería.

En España se realizó una revisión integradora sobre cómo puede brindarse el tratamiento al alta del paciente con hiperglucemia³² para lo cual se adaptaron las

recomendaciones establecidas en un consenso a la elaboración de un informe al alta acorde a las necesidades específicas de la población diabética en una unidad de salud.

Las recomendaciones del consenso fueron:

- a) *Tomar en cuenta la opinión del paciente*
- b) *Individualizar el tratamiento*
- c) *Brindar la información de la forma más simple posible.*

Cabe resaltar que el consenso estuvo formado por médicos de diversas especialidades.

Otro ejemplo de aplicación de plan de alta de forma multidisciplinaria es la validación de un plan de alta de enfermería para embarazadas y mujeres puérperas de alto riesgo³³. En el cual personal de salud especializado en el área, desarrollaron un plan de alta que permite a las embarazadas y puérperas de alto riesgo identificar las señales de riesgo y la necesidad de cuidado, previniendo así complicaciones.

6.3 ESTRUCTURANDO AL PLAN DE ALTA

Otras pautas que se han estudiado y tenido en cuenta estudiar e investigar son; la valoración inicial de los pacientes y la detección de las necesidades educativas, la comunicación en el plan de alta así como la planificación y los resultados o beneficios que emanan de este que se abordan a continuación.

6.3.1 La detección de necesidades educativas

El plan de alta está conformado por los cuidados en los que se capacita al paciente y familiares y por la educación en salud proporcionada, así lo observo Andrietta et al.³⁴ en su revisión integradora, al buscar como las enfermeras han planificado el alta de los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. Se muestra que para establecer un plan de alta habrá primero que determinar las necesidades de cuidado y las necesidades educativas del paciente y familiares.

Para detectar las necesidades educativas al alta hospitalaria Adamuz et al.³⁵ realizó una revisión narrativa de quince años en bases de datos especializadas en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, y destacaron las referentes a *hidratación*,

tratamiento farmacológico, vacunas, actividad física progresiva y manejo de las comorbilidades.

A su vez Moreno et al.³⁶ encontró un déficit de conocimientos en la medicación de los adultos mayores en una unidad de salud privada al alta hospitalaria y sugirió que *debe considerarse el desarrollo de intervenciones dirigidas a garantizar que el plan de alta incluya educación para el manejo de la medicación del paciente.*

En ambos casos la sugerencia de la inclusión de estas necesidades educativas en programas educativos previos al alta hospitalaria para mejorar el cuidado de la enfermedad y la disminución del consumo de los recursos sanitarios posteriores al alta está presente.

6.3.2 Comunicación en el Plan de Alta

La comunicación permite la resolución de dudas y la disminución de errores, en la continuidad de cuidados domiciliarios, en una unidad de tercer nivel. En 2013⁴ se publicó un *artículo de práctica diaria* donde proporcionar información individualizada mediante el plan de alta a familiares y pacientes en consultoría de enfermería neurológica facilitó la continuidad de cuidado.

Un año más tarde en 2014 se publicó en *The Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*³⁷ un reporte de resultados que tuvo por objetivo demostrar la comunicación efectiva durante la consulta de enfermería y el plan de alta el cual se implantó como estrategia curricular para cursantes del 2° módulo de la carrera de enfermería. En un hospital general, la intervención mejoró la comunicación efectiva entre miembros del equipo de salud, al fortalecer vínculos *enfermera-paciente* y culminó en una mejor adherencia terapéutica.

Lo que la comunicación por medio del plan de alta acerca al paciente y familiares a la atención de enfermería y esta última resuelve dudas y disminuye los errores en el cuidado.

Puchia et al. plantea en su revisión integradora que “...el incremento de la población... ...demanda de los profesionales de enfermería potenciar sus

*habilidades de comunicación con el binomio paciente – familiar (y cuidadores) e intervenir en pro del cuidado del cuidador, promoviendo sus habilidades de cuidado y potenciando sus prácticas de educación para la salud domiciliaria...”.*³⁸

Siendo así como se hacen eficientes los recursos del cuidado.

Como resultado observamos la importancia de la comunicación en la estructuración del plan de alta y en apoyo a los familiares y cuidadores.

6.3.3 La planificación del Plan de Alta

Además de la detección de necesidades educativas, y la comunicación efectiva, en el Plan de Alta se aborda el tema de la planeación que si bien en el proceso enfermero este es el tercer paso, este debe estar presente en el plan de alta desde el ingreso del paciente a la unidad hospitalaria.

Planificar el alta al menos un día antes *mejora de forma significativa el tiempo en que egresa un paciente, y la satisfacción global de los pacientes*³⁹ esto se observó en un estudio cuasi experimental, tras una comparativa entre pacientes en los que se anticipaba su egreso y aquellos en los que se seguía un protocolo común. La anticipación de la hora de salida supuso un ahorro económico.

Para lograr agilizar los procesos de alta hospitalaria, el profesional de enfermería juega un papel importante ya que es el profesional que se dedica al cuidado. En 2012 en una unidad de tercer nivel en el servicio de medicina interna Mendoza et al.⁴⁰ analizó el retraso del alta por motivos no médicos, y encontró los principales problemas:

- a) *Imposibilidad de conciliar los cuidados que requería el paciente por parte de los familiares debido al trabajo.*
- b) *La carencia de familiares y redes de apoyo.*
- c) *La incapacidad de los familiares para el cuidado del enfermo.*

Encontramos que ya sea para disminuir el tiempo de egreso como para disminuir las causas de retraso al alta por motivos no medico el profesional de enfermería juega un papel importante y el plan de alta es la herramienta que bien implementada puede dar resultados adecuados.

Como antecedente encontramos en 2008 Collinetti et al. implementó un instrumento de clasificación de pacientes como guía de la planificación del alta de enfermería⁴¹ encontrando que cuando este no se aplicaba las enfermeras centraban sus acciones en dimensiones psico-biológicas, y cuando si se aplicaba el área psicosocial se veía beneficiada. Por tanto una valoración y planificación dirigida beneficia una implementación integral.

Más recientemente Galarza et al.⁴² utilizó una hoja de valoración inicial para identificar necesidades de cuidado del paciente, incluyó al cuidador en esta valoración, al final aplicó una encuesta de satisfacción del cuidador. Identificó que los cuidadores tenían escasa información sobre cómo cuidar y posterior a ello se les capacitó hasta cuatro o más sesiones de capacitación.

Este tipo de guía para la clasificación de pacientes y valoración ayuda a guiar el plan de alta para la inclusión de áreas de cuidados que requieren atención, no es costoso y se traduce en pacientes y cuidadores capacitados y satisfechos.

6.3.4 Beneficios del Plan de Alta

Existen diversos beneficios de la aplicación del plan de alta ya sea aquellos respaldados por sólidos resultados de investigaciones, las opiniones del personal, e incluso en su implementación como estrategia educativa, a continuación se muestran los efectos o beneficios encontrados a través del tiempo en torno a la aplicación del plan de alta de enfermería.

El efecto del plan de alta de enfermería en los conocimientos y habilidades del cuidador formal⁴³ mostró a través de un estudio cuasi experimental, (evaluando primero sus conocimientos y habilidades pre exposición y después post exposición) que los cuidadores informales presentaron conocimientos y habilidades *deficientes* pre exposición, y post exposición estos calificaron como buenos, concluyendo que los cuidadores adquieren por medio del plan de alta habilidades y conocimientos necesarias para el cuidado de su paciente, haciendo evidente la función docente de enfermería.

La aplicación del plan de alta ha mostrado beneficios en quienes lo reciben. En familiares y pacientes se ven satisfechos y disminuyen riesgo de complicaciones en su estado de salud, en quienes lo administran, profesionales de enfermería ya que brinda reconocimiento a la profesión y satisfacción laboral. Pero también en los servicios de salud donde se implementa.

Como antecedente Cano et al.⁴⁴ en 2008 presentó un ensayo clínico controlado no aleatorizado con el fin de evaluar la eficacia de la planificación de alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años, encontrando que los pacientes del grupo control ingresaban con más frecuencia que aquellos en donde el grupo de trabajo había tenido una intervención.

En otro ensayo controlado⁴⁵, se estudió la eficacia de una intervención multicomponente frente a la atención habitual, en términos de reducción de urgencias en re-hospitalización y número de eventos adversos post alta.

La enfermera llevó la conciliación de medicamentos, brindo educación a los pacientes y organizo altas y citas de seguimiento. Así como un plan individualizado en papel. Se observó que los pacientes en quienes se intervino tenían una menor tasa de uso de hospital que aquellos en quienes no se intervino (0.361) en comparación de (0.451) visitas por personas $P= 0.009 (> 0.01)$.

El ensayo sugirió que el trabajo en conjunto de enfermeras y un farmacéutico para conciliar el alta educar y conciliar los medicamentos lleva una menor frecuencia de ingresos y urgencias.

Recientemente Fuenzalida et al.⁴⁶ en un estudio de tipo prospectivo de intervención separo a los pacientes en grupo intervención y grupo control, a los primeros dio instrucción sobre tratamiento y precauciones de la fibrilación ventricular, signos de alarma y control del pulso más un tríptico informativo individualizado y a los segundos solamente un alta tradicional del servicio de Urgencias.

Los resultados arrojaron que el grupo intervención presentó 13.8% de complicaciones en contraste con 24.2% en el grupo control 0.8% de ingresos en 30 días del grupo intervención comparado con 6.4% del grupo control y un 11.2% vs 20.9% a los 90 días.

Las intervenciones educativas de enfermería al alta, estructuradas y planificadas con antelación, disminuyen complicaciones y re ingresos a corto y mediano plazo.

Tras revisar los elementos necesarios del plan de alta solo queda comentar que una planificación oportuna con una valoración estructurada permite identificar a tiempo las necesidades educativas de familiares cuidadores y pacientes logrando el máximo beneficio en la continuidad de cuidados.

6.4 PERCEPCIÓN Y OPINIÓN DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

Quienes aplican el plan de alta de enfermería, o la continuidad de cuidados, muchas veces son los que se interesan en este fenómeno y han logrado a través de la experiencia e investigaciones observar los beneficios de estas intervenciones, por lo cual conocer la percepción y opiniones de este grupo es importante para el ajuste, cambio o mejora de la implementación del plan de alta de enfermería.

Tixtha et al.³³ determinó la opinión de las enfermeras de una unidad de tercer nivel sobre el impacto de la aplicación del plan de alta, encontró que:

- *56% del personal de enfermería sugirió que es necesario implementar el plan de alta en las instituciones como documento legal.*
- *El 36% consideró necesario realizar guías o formatos donde se incluyan nemotecnias del plan de alta.*
- *Y 90% de los profesionales percibió que se disminuiría el número de quejas, reingresos hospitalarios y sobre todo de complicaciones.³*

Y observa necesario hacer una mayor difusión del plan de alta y hacer más investigación al respecto.

En otro estudio se buscaba determinar la satisfacción del personal con el entonces nuevo informe que se implementaba en una unidad de recuperación post anestesia:

El 80% de los participantes consideró útil el informe y el 74% pensó que facilita la continuidad del cuidado proporciona reconocimiento y autonomía a la profesión ²⁵.

También existe la opinión del personal de enfermería que considera la necesidad de *guías de acción rápida, estandarización del plan de alta* en el trabajo de los profesionales de enfermería³⁹ y la falta de estos elementos en un hospital de Ecuador se mostró como la principal causa de no aplicación y registro del plan de alta, el 100% de las ocasiones donde no se aplicaba el plan de alta de enfermería era referida como causa *la carencia de protocolo de aplicación*.⁴⁷

Existe un protocolo de investigación publicado en la base de datos *Cochrane* donde buscan identificar el resultado de la aplicación del plan de alta individualizado por trabajador social asignado en comparación con los planes de otros profesionales. Una opinión al respecto, es que de no estructurar el plan de alta sistematizarlo y reforzarlo con investigaciones quizá el día de mañana no sea el profesional de enfermería quien se encuentre a cargo de su aplicación.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los casi 6 millones⁴⁸ de personas que en el 2015 se hospitalizaron en unidades de salud de segundo o tercer nivel de atención en México, tenían necesidades de salud, y a su egreso estas necesidades continuaron en mayor o menor medida expresadas en necesidades de cuidado y educación para la salud. Al respecto, Zamora²⁸ encontró en su estudio de 2009 que el 50% de los pacientes a su egreso presentan un déficit de autocuidado y en el 33% de los casos, manejo ineficaz del dolor, riesgo de caídas y manejo ineficaz de la sintomatología.

No se encontró cuántos pacientes reingresaron a estas unidades por problemas de salud asociados a sus ingresos anteriores, pero esto representa el uso de servicios de salud, días cama, para los pacientes y familiares un costo⁴¹ que más allá del económico significa, días laborales perdidos, temor, sufrimiento y cansancio.

Por ello, la continuidad de cuidados, ha tomado importancia como medida para la atención de necesidades de salud, de modo que varias instituciones del país^{6,7,8,9,10,11,12} incluida la unidad de tercer nivel donde se realizó la investigación, han trabajado el plan de alta de enfermería, no obstante no se observa homogeneidad en la aplicación y lineamientos del plan de alta, o datos estadísticos sobre su aplicación (Tabla 1. Puntos de concordancia en los apartados del plan de alta.

Si bien se han presentado beneficios del plan de alta, también se ha mostrado un déficit en la calidad del registro de este, problemas en la detección de necesidades educativas de los pacientes y familiares, problemas en su planeación, estandarización y aplicación, pero no se encontraron estudios referentes al factor humano que es finalmente el responsable de la aplicación, registro y mejora de este.

Entendiendo que la forma directa de conocer como el personal de enfermería brinda el plan de alta es identificando sus conocimientos, no solo en lo teórico si no en lo observable directamente se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el plan de alta en una unidad de tercer nivel de atención?

8. HIPÓTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

El personal de enfermería de la unidad de tercer nivel de atención presentará un nivel alto de conocimiento sobre el plan de alta de enfermería.

HIPOTESIS NULA

El personal de enfermería de la unidad de tercer nivel de atención no presentará un nivel alto de conocimiento sobre el plan de alta de enfermería.

9. OBJETIVOS

GENERAL

Analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el plan de alta de una unidad de tercer nivel de atención.

ESPECÍFICOS

1. Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el plan de alta de una unidad de tercer nivel.
2. Determinar el nivel de conocimientos en las diferentes dimensiones del plan de alta de enfermería de una unidad de tercer nivel.

10. METODOLOGÍA

10.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

10.1.1 Población de estudio

La *población* fue el personal de enfermería que labora en la unidad de tercer nivel donde se llevó a cabo la investigación. 626 enfermeras y enfermeros ^{iError! Marcador no definido.}

10.1.2 Tipo de muestreo

Para la determinación del tamaño de *muestra* se utilizó la técnica estadística de muestreo estratificado proporcionado no probabilístico.

Primero se calculó la fracción constante. Es decir: $n/N = k$ Dónde: N: Unidad de análisis n: muestra $k = (0.474)$

Así el producto de la *fracción constante* por el número de enfermeras y enfermeros de cada estrato determinó el número de enfermeras y enfermeros por estrato.

Es decir $k (F x) = f x$ dónde: **F x**= Número de enfermeros y enfermeras por estrato **k**= Fracción constante y **f x**= Muestra de enfermeras y enfermeros por estrato.

10.1.2 Tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la *muestra* se aplicaron a la *población de estudio*, los criterios de inclusión y exclusión dando un total de 430 enfermeras y enfermeros como la *unidad de análisis*. A partir del cual se calculó la *muestra* con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% siendo de 204 enfermeras y enfermeros.

(Se muestra la distribución de la *muestra* por servicio de adscripción y turno en la *tabla 3.*)

Tabla 3. Distribucion del tamaño de la muestra

Área de adscripción /turno	Matutino	Vespertino	Nocturno	Total área
Urgencias	9	8	13	30
Estancia corta	3	2	2	7
Unidad de terapia intensiva	10	7	12	29
Hospitalización 1	13	7	9	29
Hospitalización 2	12	7	9	28
Hospitalización 3	9	6	8	23
Hospitalización 4	3	2	2	7
Unidad de radio diagnostico	3	1	0	4
Cirugía	8	6	4	18
Unidad de radio oncología	9	0	0	9
Heridas y estomas	3	0	0	3
Jornada acumulada	8	0	0	8
Unidad metabólica	4	2	3	9
TOTAL TURNO	94	48	62	204

Fuente: Datos obtenidos del muestreo estratificado proporcionado no probabilístico

10.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

10.2.1 Criterios de inclusión

- Personal de enfermería de los siguientes turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Personal de enfermería de las áreas donde se registra electrónicamente la atención de enfermería a los pacientes.
- Personal de enfermería que registra sus intervenciones de enfermería en los registros electrónicos de enfermería.
- Personal de enfermería que accede voluntariamente a participar en la investigación.

10.2.2 Criterios de exclusión

- Pasantes de enfermería en servicio social

10.2.3 Criterios de eliminación

- Personal que no desee continuar en el estudio

10.3 VARIABLES

10.3.1 Variables independientes

La variable independiente que se consideró para la investigación corresponde a *datos sociodemográficos* integrada por los ítems: Institución educativa de procedencia, área de adscripción, género, edad, escolaridad, antigüedad en el puesto, turno, satisfacción laboral expresada. Se detalla descripción en la Tabla 4.

Tabla 4. Componentes de la variable dependiente

Datos sociodemográficos			
Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Institución educativa de procedencia	Institución educativa donde se formó como profesional de Enfermería	Independiente Nominal	Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito, Universidad Panamericana, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Instituto Politécnico Nacional, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma de Guerrero, Otra:
Área de adscripción	Área en donde realiza la mayor parte de sus funciones laborales	Independiente Nominal	Urgencias, Estancia corta, UTI, Hospitalización 1er piso 2do piso, 3er piso, 4to piso, Unidad de Radio – oncología, Cirugía, Radio Oncología
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha de la Investigación	Independiente de razón	Número de años.
Grupo de edad	Grupo de edad al que pertenece según los años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de la Investigación en rangos de años.	Dependiente Ordinal	Quinquenios
Escolaridad	Estudios formales realizados hasta el momento de la Investigación	Independiente Nominal	Enfermera nivel técnico, licenciatura, especialidad, maestría y doctorado
Antigüedad laboral	Tiempo transcurrido en años, desde el ingreso al puesto de trabajo hasta la fecha de la Investigación	Independiente	Años

Rango de antigüedad laboral	Rango de antigüedad al que pertenece determinado por quinquenios	Dependiente Ordinal	Quinquenios
Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Turno	Turno o jornada en el que desempeña las funciones laborales	Independiente Nominal	Matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada
Satisfacción laboral expresada	La conformidad que expresa una persona en relación a su trabajo y al entorno laboral al cual pertenece.	Independiente Escalar	Escala numérica del 0 al 10
Nivel de satisfacción laboral	Nivel de satisfacción laboral en el que se sitúa según su puntaje expresado.	Dependiente Ordinal	Muy insatisfecho, Insatisfecho, neutral, satisfecho y muy satisfecho.

10.3.2 Variables Dependientes

La variable dependiente de la investigación es el *conocimiento del plan de alta de enfermería* la cual está determinada por el puntaje obtenido en los 24 ítems del instrumento de investigación.

Tabla 5. Características de los ítems

Conocimiento del plan de alta de enfermería			
Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Definición de plan de alta de enfermería	Es el proceso de preparación continua y coordinación que facilita la continuidad de cuidados al egreso hospitalario del paciente	Dependiente ordinal	La definición del plan de alta integra los siguientes elementos: -Proceso de preparación continua y -Coordinación -Facilita la - continuidad de cuidados -Al egreso hospitalario del paciente.
Sinónimos del plan de alta	Sinónimos utilizados para referirse al plan de alta e incluso traducciones en otros idiomas.	Dependiente ordinal	-Alta de enfermería -Continuidad en la atención de enfermería, -Discharge plan nursing
Año de creación del plan de alta	Es el año de acuñación intencionada del término "plan de alta".	Dependiente ordinal	- 1984
Objetivos del plan de alta de enfermería	Son los objetivos de la aplicación del plan de alta en los pacientes y familiares que incluye reducir costos en el sistema de salud, incorporar al paciente en su recuperación y bienestar continuando su cuidado al egreso hospitalario	Dependiente ordinal	- Reducir costos en el sistema de salud - Incorporar al paciente en su recuperación y bienestar - Continuar el cuidado al egreso hospitalario
Ventajas del plan de alta de enfermería	Son las ventajas de la aplicación del plan de alta en los pacientes y familiares que incluye disminuir re ingresos hospitalarios, disminuir costos en la atención, brindar atención de enfermería de alta calidad y brindar confianza a los pacientes.	Dependiente ordinal	- Disminuye reingresos hospitalarios - Disminuye costos en la atención - Permite brindar atención de enfermería de alta calidad - Brinda confianza a los pacientes.
Nemotecnias para el uso del plan de alta de enfermería	La nemotecnia es el proceso intelectual que consiste en establecer una asociación o vínculo para recordar una cosa. Las técnicas mnemotécnicas suelen radicar en vincular las estructuras y los contenidos que quieren retenerse con determinados emplazamientos físicos que se ordenan según la conveniencia.	Dependiente ordinal	Menciona y desarrolla una o más nemotecnias de las mencionadas, y/o integra una nemotecnia válida según características del plan de alta

Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Momento de la aplicación del plan de alta de enfermería	Es el momento, en la estancia de los pacientes y familiares en la institución, para la aplicación del plan de alta de enfermería.	Dependiente ordinal	-Durante su estancia en su unidad -Hasta el momento de egreso
Personas blanco de la aplicación del plan de alta	Son las personas que pueden recibir la información o capacitación del plan de alta de enfermería pues son las participantes en el cuidado extra hospitalario.	Dependiente ordinal	-Familiares -Cuidadores formales -El paciente
Participantes en la valoración del paciente para brindar el plan de alta	Son las personas que participan en la valoración del paciente durante la planeación y la aplicación del plan de alta de enfermería.	Dependiente ordinal	-Médicos -Cuidadores formales e informales -Enfermeras especialistas -Enfermera en turno.
Formatos de aplicación del plan de alta que existen	Son las formas de brindar el plan de alta, ya sea por escrito, de manera verbal o incluso puede brindarse de forma práctica.	Dependiente ordinal	- Escrita - Capacitación practica - Verbal -Impresa
Elementos del plan de alta de enfermería	Son los componentes del plan de alta que incluyen: comunicación, signos de alarma, información, dieta, entorno, recreación, medicamento y tratamientos y espiritualidad. No siempre es necesario contemplarlos todos en un plan de alta y algunos toman más peso que otros según la valoración del paciente.	Dependiente ordinal	Al menos: -Signos de alarma -Dieta -Entorno -Recreación -Medicamento
Espiritualidad en el plan de alta	Es la parte del plan de alta donde se aborda el cuidado espiritual del paciente pues los seres humanos somos trascendentes, y las manifestaciones del espíritu son múltiples; incluyen desde las expresiones artísticas hasta la dimensión religiosa y debe abordarse en el plan de alta.	Dependiente ordinal	- Conoce la importancia de la espiritualidad en el plan de alta.
Redes de apoyo en el plan de alta	Es la parte del plan de alta donde se aborda lo referente a las redes de apoyo de las que se puede disponer en caso de requerir asistencia, es decir, los familiares hospitales cercanos, unidades de salud, ambulancias etc.	Dependiente ordinal	- Conoce la importancia de las redes de apoyo en el plan de alta.
Dieta en el plan de alta	Es la información o capacitación que se incluye en el plan de alta referente a la dieta debe incluir la higiene en la preparación de alimentos, los elementos que contiene una dieta especial, la inclusión de alimentos preferenciales, la limitación de alimentos perjudiciales la información sobre nutrición y hábitos alimenticios saludables.	Dependiente ordinal	- Conoce la importancia de la dieta en el plan de alta.
Medicación y otros tratamientos en el plan de alta	Es la información o capacitación que se brinda a los receptores del plan de alta de enfermería sobre la medicación y otros tratamientos. Esta se puede incluir la transcripción con letra legible la formula médica, se puede informar sobre horarios preferenciales para algunos medicamentos así como su toma	Dependiente ordinal	- Conoce la importancia de la medicación en el plan de alta.

Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Información en el plan de alta	Es importante que la persona y/o familiares conozcan su pronóstico tratamiento, el profesional de enfermería no debe comunicarlo, pero puede gestionar, que médico tratante brinde esa información, por otro lado en su área de competencia los cuidados, puede brindar gran información para el cuidado extra domiciliario.	Dependiente ordinal	Conoce la importancia de la medicación en el plan de alta.
Ubicación electrónica para el plan de alta	Es la ruta con la que ingresando al sistema electrónico se puede acceder a la ubicación electrónica del apartado plan de alta	Dependiente ordinal	Atender paciente → Herramientas → Informes de enfermería → Plan de Alta de enfermería.
Opciones en el apartado "plan de alta"	Son las opciones que en el sistema se encuentran disponibles <i>recomendaciones generales</i> (enlista el elemento sobre el que se dará información/capacitación) y <i>recomendaciones detalladas</i> (enlista cuidados específicos para el plan de alta) así como un apartado para <i>otras</i> recomendaciones. (Es un espacio en blanco para anotaciones pertinentes y permite registrar otras intervenciones)	Dependiente ordinal	Escribe 3 recomendaciones de las contenidas en el apartado plan de alta del sistema electrónico de registros clínicos
Registro de haber brindado plan de alta	El registro que realiza el personal de enfermería tras brindar el plan de alta de enfermería en el sistema electrónico Ehcós. El registro del plan de alta en el sistema electrónico puede ser omitido en ocasiones, o este registro puede hacerse en apartados que no son específicos para dicha acción, o incluso pueden ser complementados, es decir realizando el registro en el apartado " <i>plan de alta</i> " y además registrarlo en el apartado " <i>observaciones de enfermería</i> "	Dependiente Ordinal	Registra haber brindado plan de alta de enfermería, ya sea utilizando esos términos "plan de alta" o sus componentes.
Registro en el apartado "plan de alta"	Es el registro de enfermería tras haber brindado plan de alta de enfermería en la sección "plan de alta", aquí se encuentran disponibles " <i>recomendaciones generales</i> " y " <i>recomendaciones detalladas</i> " así como un apartado para otras recomendaciones y el señalamiento del formato en que se brindó el plan de alta " <i>forma escrita o capacitación</i> "	Dependiente Ordinal	Registra en el apartado "plan de alta" recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones
Registro en el apartado "observaciones"	Es el registro de enfermería tras haber brindado plan de alta de enfermería en la sección " <i>observaciones de enfermería</i> " ya que en ocasiones, cuidados específicos se plasman por escrito en este apartado.	Dependiente ordinal	Registra " <i>observaciones de enfermería</i> " brindar información o capacitación relacionada al plan de alta sin usar el término "plan de alta de enfermería"
Creación de "planes de cuidados" con relación al plan de alta.	Es la creación de planes de cuidados de enfermería referentes directamente (según valoración del investigador) en la sección de "plan de cuidados de enfermería" ya que en este apartado se pueden establecer planes de cuidados "nuevos" o "pre establecidos" ya sea creándolos o seleccionando los existentes. Si bien los planes de cuidado no son meramente un plan de alta, su creación, puede contemplar la información / capacitación que necesita el paciente y cuando la enfermera los crea, está respondiendo a las necesidades de su paciente.	Dependiente ordinal	Establece planes de cuidados en el apartado "plan de cuidados de enfermería" relacionados directamente con puntos integrantes del plan de alta

Los ítems de la investigación están ordenados en 6 dimensiones para su pronta identificación de la siguiente forma: (Tabla 6)

Tabla 6. Características de las dimensiones

Variable	Dimensión	Indicador
Conocimiento del plan de alta de enfermería (24 ítems)	Conocimientos generales del plan de alta (5 ítems)	Ítem: CGP1 – CGP5
	Conocimientos metodológicos del plan de alta (5 ítems)	Ítem: CMP7 – CMP10 y CMP17
	Conocimientos estructurales del plan de alta (6 ítems)	Ítem: CEP6, CEP12 - CEP16
	Conocimientos institucionales del plan de alta (2 ítems)	Ítem: CIP18 y CIP19
	Conocimientos declarados del plan de alta (2 ítems)	Ítem: CDP11 y CDP20
	Conocimientos observados del plan de alta (4 ítems)	Ítem: COP1 – COP4

Existe una variable dependiente que surge a partir del “*conocimiento del plan de alta de enfermería*” llamada “*nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería*” así como 6 variables que surgen a partir del puntaje obtenido en las 6 dimensiones del conocimiento del plan de alta: “*nivel de conocimientos generales del plan de alta*”, “*nivel de conocimientos metodológicos del plan de alta*”, “*nivel de conocimientos estructurales del plan de alta*”, “*nivel de conocimientos institucionales del plan de alta*”, “*nivel de conocimientos declarados del plan de alta*” y “*nivel de conocimientos observados del plan de alta*”. (La descripción de los las dimensiones e ítems que involucran se presenta en la Tabla 7)

Tabla 7. Dimensiones del plan de alta

<i>Dimensiones del plan de alta</i>			
Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Conocimiento del plan de alta de enfermería	Es el conocimiento conceptual, metodológico, práctico y del entorno de un individuo, sobre el plan de alta de enfermería, es susceptible de reproducción escrita, observación y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido a partir del instrumento de recolección valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 48 puntos.
Conocimientos generales del plan de alta	Es el conocimiento de un individuo sobre aspectos básicos del plan de alta, entre ellos su concepto, objetivos y ventajas, sinónimos y el año o historia de su creación es susceptible de reproducción escrita y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 10 puntos
Conocimientos metodológicos del plan de alta	Es el conocimiento de un individuo sobre la forma de brindar un plan de alta. Incluyendo el momento de la aplicación, la población susceptible de recibirlo y participar en su elaboración, el responsable de la aplicación e incluso el formato de aplicación, es susceptible de reproducción escrita y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 10 puntos
Conocimientos estructurales del plan de alta	Es el conocimiento de un individuo sobre los elementos que integran el plan de alta de enfermería, es susceptible de reproducción escrita y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 12 puntos
Conocimientos Institucionales del plan de alta	Es el conocimiento de un individuo sobre lo referente al plan de alta de su entorno laboral específico (instituto, hospital, unidad de adscripción etc.) es susceptible de reproducción escrita y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 4 puntos

Variable	Concepto	Tipo	Indicador
Conocimientos declarados del plan de alta	Son los conocimientos que un individuo declara poseer sobre la aplicación del plan de alta en su labor diaria, es susceptible de reproducción escrita y medición por un puntaje pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 4 puntos
Conocimientos observados del plan de alta	Es el conocimiento de un individuo que ha sido registrado (electrónicamente o no) este es susceptible de ser medido por un observador externo a partir de un estándar pre establecido.	Dependiente Normal	Puntaje obtenido en los ítems correspondientes a dicha dimensión. Valor mínimo obtenible: 0 puntos. Valor máximo obtenible 8 puntos

10.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se elaboró un instrumento para determinar el *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería (anexo1)* con 2 variables: 1) los *datos sociodemográficos* (variable independiente) y 2) el *conocimiento del plan de alta de enfermería* (variable dependiente) fue validado por consenso de expertos y tras su aplicación obtuvo un alfa de Cronbach de 0.790 el cual acorde a los lineamientos generalmente aceptados se consideró *aceptable*⁴⁹

La variable *información socio demográfica* es de tipo independiente y está representada en el instrumento por 8 ítems los cuales se codificaron con las letras iniciales mayúsculas ISD (información sociodemográfica) para su pronta identificación, los ítems (ISD)1, 2, 3, 5, 7 y 8 son de selección de opción múltiple y los ítems 4 y 7 requieren se escriba un número en particular.

La variable *conocimiento del plan de alta de enfermería* es de tipo dependiente y está representada en el instrumento por 24 ítems, los cuales se codificaron con letras iniciales mayúsculas para su pronta identificación (*Tabla 8*).

Tabla 8. Descripción de las dimensiones del conocimiento del plan de alta

Dimensión	Descripción	Confiabilidad (alfa de Cronbach)
Conocimientos generales del plan de alta (CGP)	Los ítems CGP1 – 5 son preguntas abiertas.	0.764 <i>Aceptable</i> (5 ítems)
Conocimientos metodológicos del plan de alta (CMP)	Los ítems CMP7 – 10 Y CMP17 son preguntas abiertas.	0.801 <i>Aceptable</i> (5 ítems)
Conocimientos estructurales del plan de alta (CEP)	Los ítems CEP6 y CEP12 – 16 son preguntas abiertas	0.779 <i>Aceptable</i> (6 ítems)
Conocimientos institucionales del plan de alta (CIP)	El ítem CIP18 es de selección de opción múltiple el CIP19 es una pregunta abierta.	0.561 <i>Media</i> (2 ítems)
Conocimientos declarados del plan de alta (CDP)	Los ítems CDP 11 y 20 son preguntas abiertas.	0.694 <i>media</i> (2 ítems)
Conocimiento observado del plan de alta (COP)	Los ítems COP1 – 4 Son de selección de opción múltiple y son llenados por el investigador a partir de las observaciones realizadas en el expediente electrónico.	0.633 <i>Media</i> (4 ítems)

Se determinó el valor de las respuestas en cada uno de los ítem de la variable dependiente por medio de la *operacionalización de variables* (anexo 2), en la cual el valor mínimo obtenido por ítem fue de 0 puntos y el valor máximo fue de 2 puntos.

Para calcular el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería se sumó el puntaje máximo de los ítems (48 puntos), y posteriormente se escaló proporcionalmente en cinco niveles de rangos (Tabla 9).

Tabla 9. Cálculo de escala de nivel de conocimiento del plan de alta.

Puntaje	Nivel	División	Total de Números	Números Acumulado	Fórmula
0 – 9	Muy bajo	9.8	10	10	49/5=9.8 9.8x1,2...=División
10 – 19	Bajo	19.6	10	20	
20 - 28	Medio	29.4	9	29	
29 – 38	Alto	39.2	10	39	
39 - 48	Muy alto	48	10	49 ³	

Al conocer el puntaje que cada participante obtuvo en el instrumento este se halló en alguno de estos rangos determinando así, el *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería*.

Para identificar el *nivel de conocimiento* en las *dimensiones* del plan de alta de enfermería, se siguió un procedimiento similar, es decir, se determinó el puntaje total máximo posible por cada dimensión, y se escaló en 5 niveles (desde *muy bajo* hasta *muy alto*) así el puntaje obtenido en cada dimensión determinaba según el rango en el que se encontraba el *nivel de conocimiento* de esa dimensión. Las tablas de cálculo de escala de las dimensiones del plan de alta se presentan a continuación:

³ Debido a que el cero se consideró dentro del puntaje posible a obtener, existen 49 números para escalar.

10.3.3 Tablas de cálculo de escala de las dimensiones del conocimiento del plan de alta

Tabla 10. Cálculo de escala de nivel de conocimientos *generales y aspectos metodológicos* del plan de alta.

Puntaje	Nivel	División	Total de Números	Acumulado	Formula
0 1	Muy bajo	2.2	2	2	$11/5=2.2$ $2.2 \times 1, 2, \dots = \text{División}$
2 3	Bajo	4.4	2	4	
4 5 6	Medio	6.6	3	7	
7 8	Alto	8.8	2	9	
9 10	Muy Alto	11	2	11	

Tabla 11. Cálculo de escala de nivel de conocimiento de aspectos *estructurales* del plan de alta.

Puntaje	Nivel	División	Total de Números	Acumulado	Formula
0 1 2	Muy bajo	2.6	3	3	$13/5=2.8$ $2.8 \times 1, 2, \dots = \text{División}$
3 4	Bajo	5.2	2	5	
5 6 7	Medio	7.8	4	8	
8 9 10	Alto	11.4	3	11	
11 12	Muy Alto	13	2	13	

Tabla 12. Cálculo de escala de nivel de conocimiento *observado* del plan de alta.

Puntaje	Nivel	División	Total de Números	Acumulado	Formula
0 1	Muy bajo	1.8	2	2	$9/5=1.8$ $1.8 \times 1, 2, \dots = \text{División}$
2 3	Bajo	3.6	2	4	
4	Medio	5.4	1	5	
5 6	Alto	7.2	2	7	
7 8	Muy Alto	9	2	9	

Tabla 13. Cálculo de escala de nivel de conocimiento *institucional y declarado* del plan de alta.

Puntaje	Nivel	División	Total de Números	Acumulado	Formula
0	Muy bajo	1	1	1	$5/5=1$ $1 \times 1, 2, \dots = \text{División}$
1	Bajo	2	1	2	
2	Medio	3	1	3	
3	Alto	4	1	4	
4	Muy Alto	5	1	5	

La información obtenida de los participantes se capturo y codifico en el editor de datos estadísticos *SPSS versión 24*.

10.5 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo

Para el tratamiento estadístico descriptivo se realizaron medidas de tendencia central en los datos demográficos (Edad, sexo, antigüedad laboral, institución educativa de procedencia, servicio de adscripción, satisfacción laboral, turno y último nivel de estudios) en el editor de datos estadísticos *SPSS versión 24*.

Confiabilidad

Para determinar el nivel de confiabilidad del instrumento así como de sus dimensiones, se aplicó la prueba *alfa de Cronbach* en el editor de datos estadísticos *SPSS versión 24*.

Análisis Inferencial

Se realizaron pruebas de estadística inferencial para calcular la hipótesis y como complemento del análisis descriptivo y para determinar relaciones entre las variables, se aplicaron pruebas paramétricas y no paramétricas acorde al tipo de las variables.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables: *edad, satisfacción laboral, y antigüedad, puntaje de nivel de conocimiento del plan de alta, puntaje de conocimientos generales, puntaje de conocimientos metodológicos, puntaje de conocimientos estructurales, puntaje de conocimientos institucionales, puntaje de conocimientos declarados y puntaje de conocimientos observados*. Con el puntaje de las *dimensiones* del plan de alta y el puntaje del conocimiento *del plan de alta*.

Se calculó la normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov (para poblaciones superiores a 50 individuos) entre las variables: *Institución educativa, área de adscripción género, nivel de estudios, turno y nivel de satisfacción laboral, nivel de conocimiento del plan de alta, nivel de conocimientos generales, nivel de conocimientos metodológicos, nivel de conocimientos estructurales, nivel de*

conocimientos institucionales, nivel de conocimientos declarados, nivel de conocimientos observados. Y los puntajes obtenidos en las dimensiones del plan de alta y el puntaje del *conocimiento del plan de alta.*

De las variables con distribución normal ($p > 0.05$) se determinó por medio de la prueba de Levene la varianza de dichas variables, a las variables que obtuvieron: ($p > 0.05$) en la prueba de Levene se les aplicó la prueba t de Student para muestras independientes.

Se aplicaron pruebas de estadística inferencial no paramétricas en los casos en que: Las poblaciones que no tenían una distribución normal o no provenían de varianzas iguales el cual es requisito indispensable para la prueba t de Student para muestras independientes se les aplicó a prueba estadística U de Mann Whitney.

Y en las variables categóricas se aplicó la prueba estadística *Chi cuadrado* para determinar las relaciones estadísticamente significativas.

10.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se llevó a cabo la investigación con base en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud⁵⁰ y a la declaración de Helsinki⁵¹ respetando los principios científicos generalmente aceptados así como los principios éticos de la profesión de enfermería²³.

La investigación se consideró *sin riesgo*⁵⁰ debido a que fue un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en la investigación.

En la introducción del instrumento se realizó una invitación voluntaria a participar en la investigación, se explicó el uso de la información recolectada y el objetivo de la investigación.

No se ejerció acto alguno de presión sobre los participantes y se respetó su derecho a participar voluntariamente, a no participar, o a abandonar la investigación y de forma verbal se resolvieron dudas durante la recolección de la información.

Medidas de bioseguridad para los sujetos de estudio

Debido a que la naturaleza de esta investigación implica la recolección de la información de manera escrita y procurando sea en un ambiente de seguridad no se consideran necesarias.

Medidas de bioseguridad para investigadores y personal participante

Se buscó la mínima exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos y de cualquier otra naturaleza así como actos de imprudencia y/o actos temerarios.

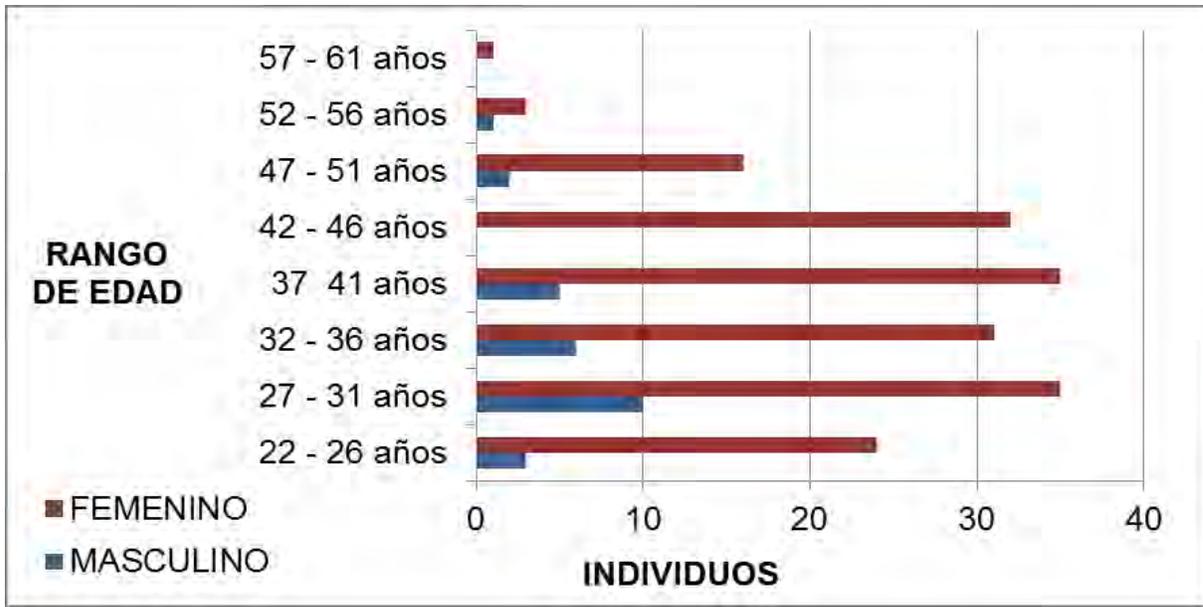
Se aprobó esta investigación por el Comité Académico de Carrera de Enfermería en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (U.N.A.M.) así como al Departamento de Educación e Investigación en Enfermería de la unidad donde se llevó a cabo.

11. RESULTADOS

11.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

11.1.1 Descripción demográfica de la población

Gráfica 1. Frecuencia de género por rango de edad



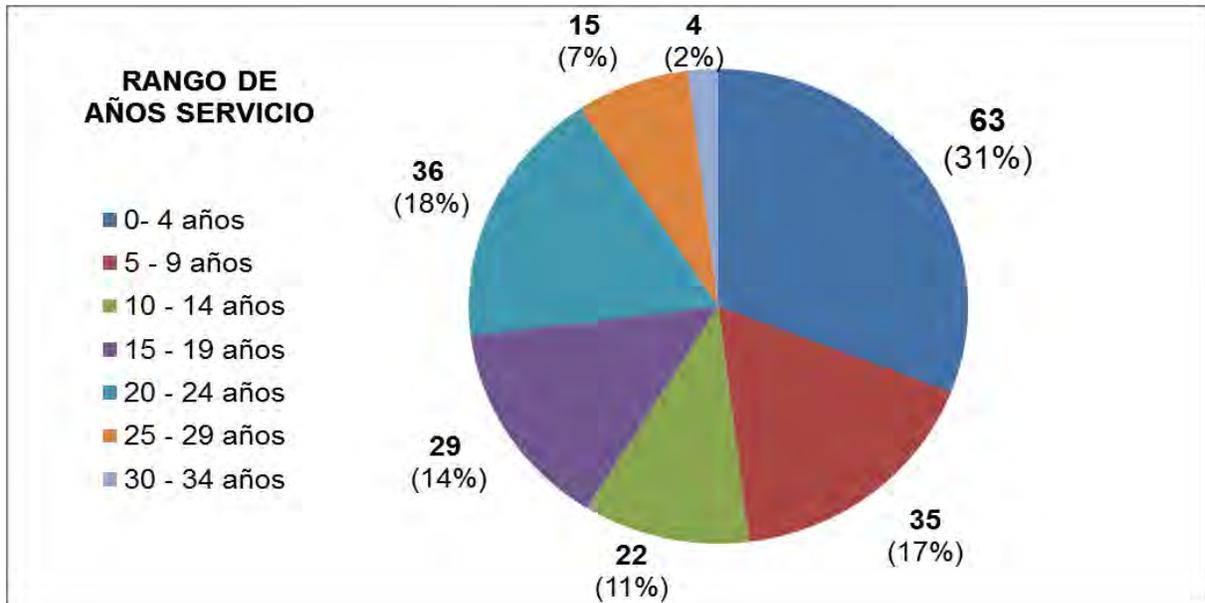
Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de Conocimientos del plan de alta de Enfermería en una unidad de tercer nivel”

La muestra estuvo compuesta por 204 profesionales de enfermería de los cuales pertenecen al *género femenino* 177 individuos lo que representa el 86.8% de la población. 27 profesionales de enfermería pertenecen al *género masculino* que representan el 13.2% del total.

El Rango de edad de la muestra está entre los 22 y 57 años, quienes estaban en el rango de edad entre los 27 y 31 años predominaron representando el 22.1 % del tamaño de la muestra.

Los grupos de edad entre los 52 y 56 años (3 individuos) y el de 57 a 61 años (un individuo) fueron los menos presentes.

Gráfica 2. Porcentaje de individuos por rango de años de servicio



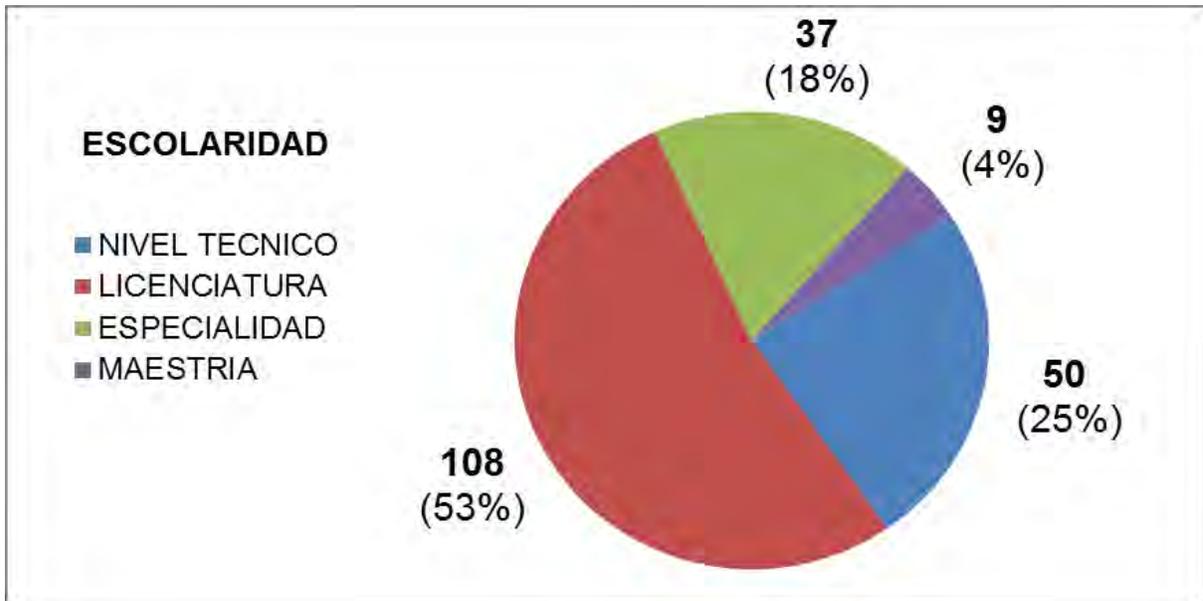
Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

El rango de años de servicio en la unidad de la muestra obtenida fue desde los 0 años (es decir tiempo inferior a un año) hasta los 34 años de servicio. Como se observa en la gráfica los rangos de antigüedad laboral están representados por quinquenios (grupos de 5 años)

El rango de antigüedad laboral con mayor número de profesionales fue el de 0 a 4 años de antigüedad laboral, con 63 individuos, representando el 31% de la muestra.

El rango de antigüedad laboral con menor número de profesionales fue el de 30 a 34 años de edad representado por el 2% de la muestra es decir 4 profesioales.

Gráfica 3. Frecuencia y porcentaje de individuos por escolaridad

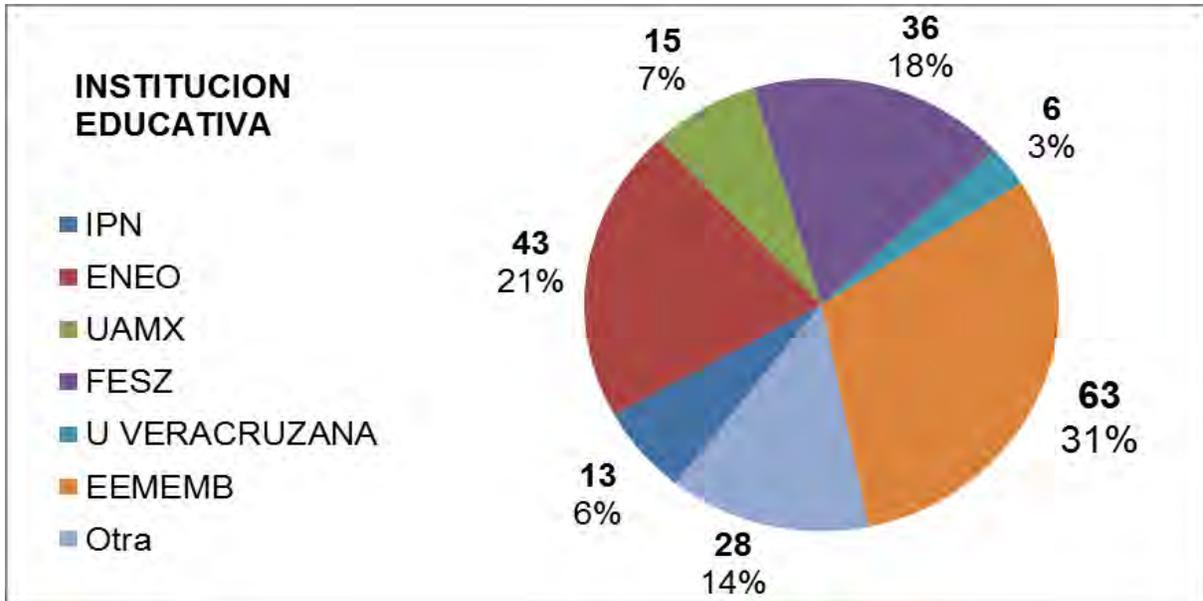


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Con respecto al último grado de estudios de los individuos de la muestra se observó que 108 de los participantes cuentan con nivel de licenciatura representando la mayoría de la muestra con el 53% seguido por 50 de individuos que cuentan con estudios de nivel técnico representando el 25% de la muestra.

Por otro lado, el nivel de escolaridad de los individuos de la muestra con menor frecuencia fueron aquellos con *maestría*, ya que solo eran 9 individuos, representando el menor porcentaje con un 4% del total de la muestra.

Gráfica 4. Porcentaje y frecuencia de individuos por institución educativa

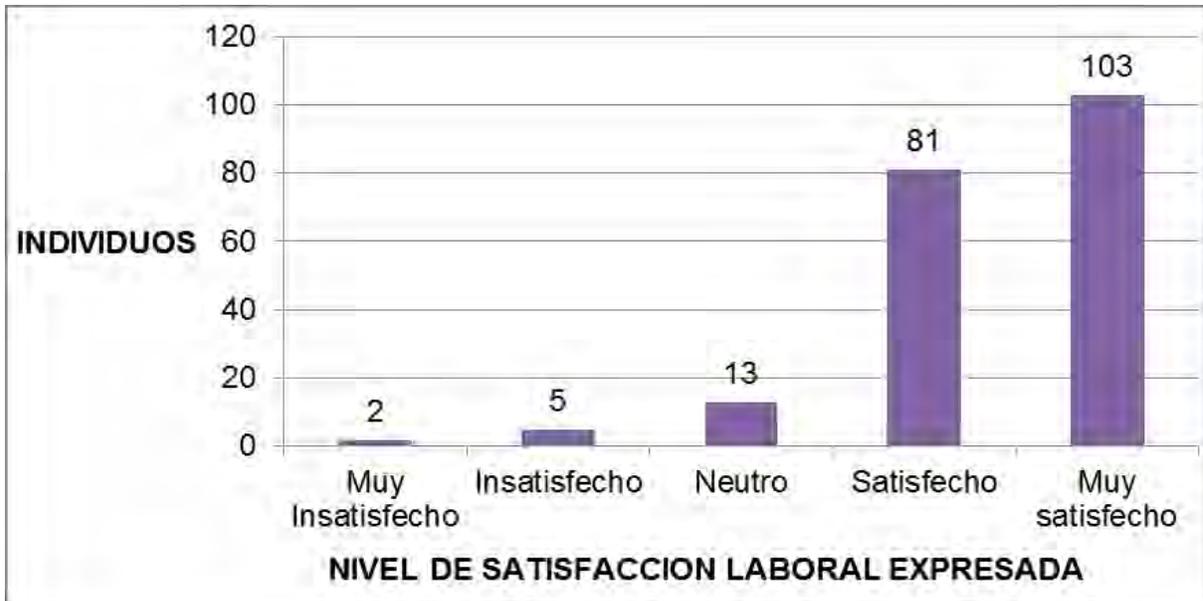


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Sobre la *institucion educativa* de procedencia (es decir donde se formaron con su ultimo grado de estudios) la Institucion de mayor prevalencia fue la *Escuela de Enfermería Maria Helena Maza Brito* (En color naranja en la gráfica 4) con 63 individuos representando al 31% de los individuos seguida por Escuela Nacional de Enfermeria y Obstetricia con un 21% y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, con 36 individuos que representan el 18% de la muestra.

Se agruparon 8 instituciones en el rubro “*otra*” debido a la baja frecuencia ($=<4$). Por lo cual sin tener en cuenta este hecho, la universidad de procedencia con menor frecuencia fue la Universidad Veracruzana con 6 individuos que representan al 3% de los individuos de la muestra.

Gráfica 5. Frecuencia de individuos por nivel de satisfacción laboral expresada



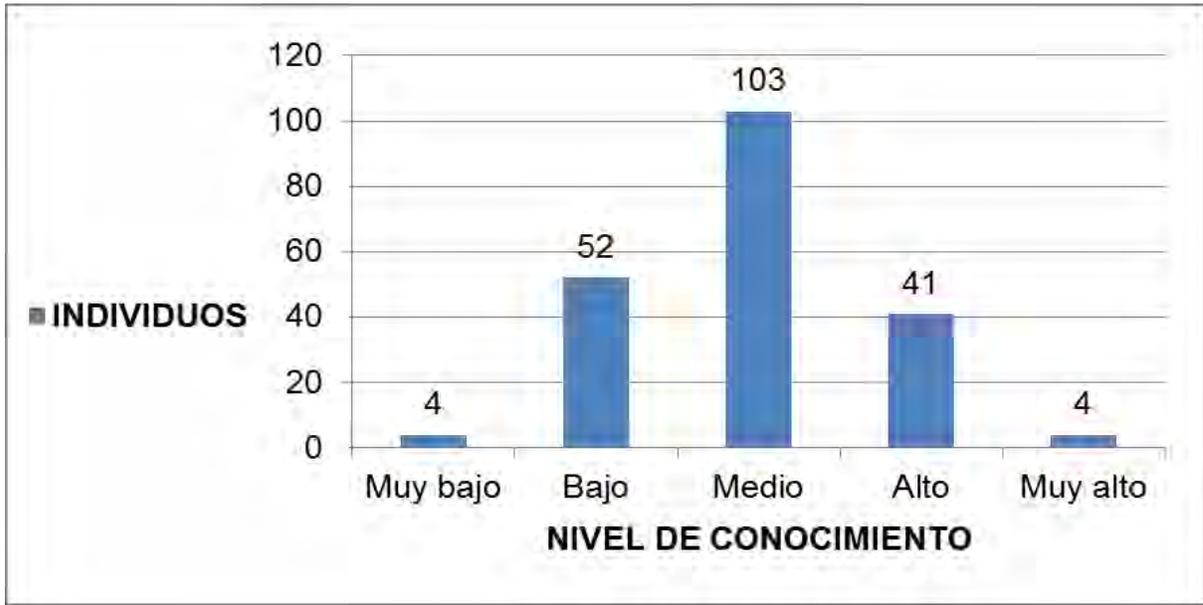
Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

En el *nivel de satisfacción laboral expresada* escalado en 5 niveles desde *muy insatisfecho* a *muy satisfecho*, se observó que 103 individuos expresaron un nivel de satisfacción laboral como *muy satisfecho* lo que representa el 51% del total de los individuos que conforman la muestra. Seguido por 81 individuos que expresaron un nivel de satisfacción laboral como “satisfecho” representando una parte importante de la muestra como 40%.

En contra parte solo 2 individuos que representan el 1% de la muestra se presentaron en el nivel de “muy insatisfecho”.

11.1.2 Descripción del nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería

Gráfica 6. Nivel de conocimiento del personal de enfermería



Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

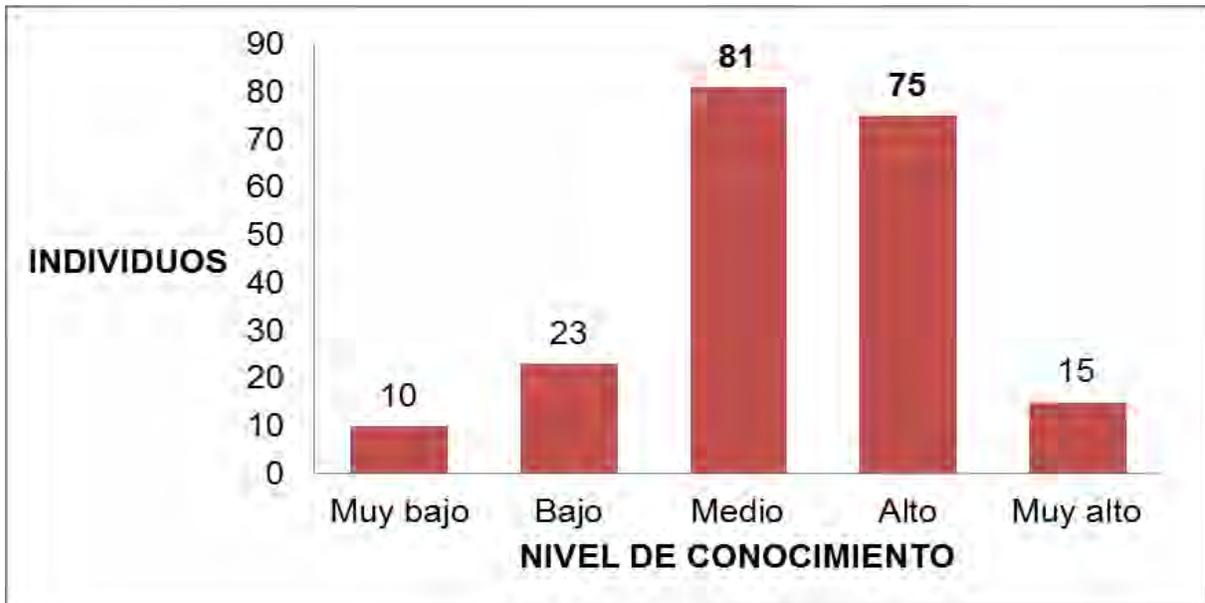
Se determinó el *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería* en el personal de enfermería una unidad de tercer nivel. El puntaje obtenido en el instrumento de medición se escaló con 5 niveles de conocimiento desde *muy bajo* hasta *muy alto*.

Se observó que en una unidad de tercer nivel predominó el nivel de conocimiento *medio* con poco más de la mitad de los individuos de la muestra 103, que representaron el 51% de la muestra. Se encontró además una distribución normal de los individuos en los niveles de la escala, obteniendo un nivel *muy alto* o *muy bajo* únicamente un 2% de la población en cada caso.

El nivel de conocimientos predominante en la unidad es *medio* a *bajo* ya que la suma de los niveles bajo y medio representa al 76% de los individuos de la investigación.

11.1.3 Descripción del nivel de conocimiento por dimensiones

Gráfica 7. Nivel de conocimiento aspectos generales del plan de alta de enfermería

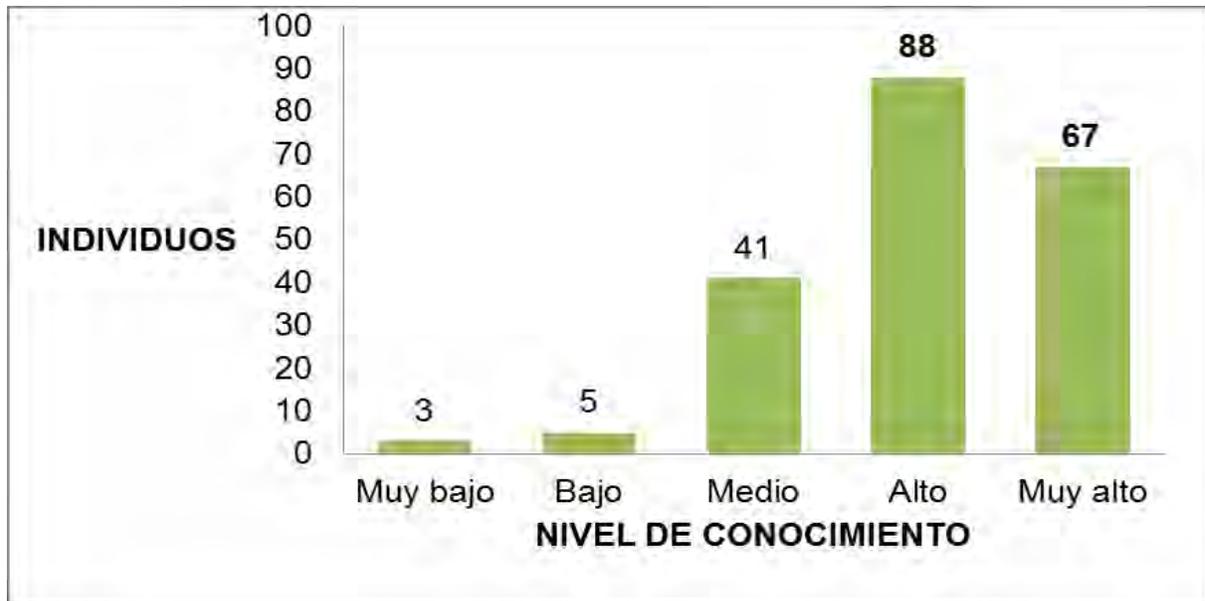


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Además del nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería se determinó el *nivel de conocimiento* del plan de alta de enfermería de las *dimensiones* que integran el *conocimiento del plan de alta de enfermería* en la unidad de tercer nivel donde se llevó a cabo la investigación.

En conjunto los individuos que obtuvieron un nivel *medio* y *alto* representan el 76.5% de la muestra 156 individuos. En contraste con quienes obtuvieron un nivel *muy bajo* y *bajo* que representan en conjunto únicamente el 16% de la muestra representado por 33 individuos en conjunto.

Gráfica 8. Nivel de *conocimiento metodológico* del plan de alta de enfermería

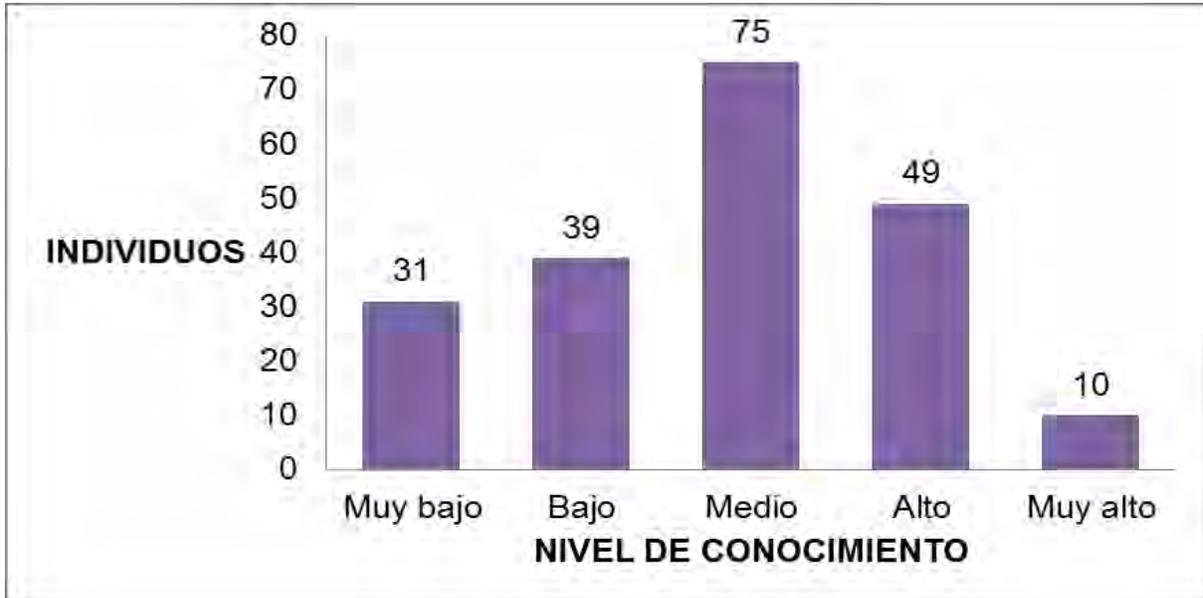


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

88 personas obtuvieron un nivel de conocimientos “*alto*” y 67 el nivel de conocimientos “*muy alto*” que en conjunto representando 75% de los individuos de la muestra con 155 individuos en conjunto.

En aspectos metodológicos del plan de alta se observó presencia mínima de individuos con niveles *muy bajo* (con 3 individuos) y *bajo* (con 5 individuos) de conocimientos, representando en conjunto únicamente el 8% de los individuos.

Gráfica 9. Nivel de *conocimiento estructural* del plan de alta de enfermería

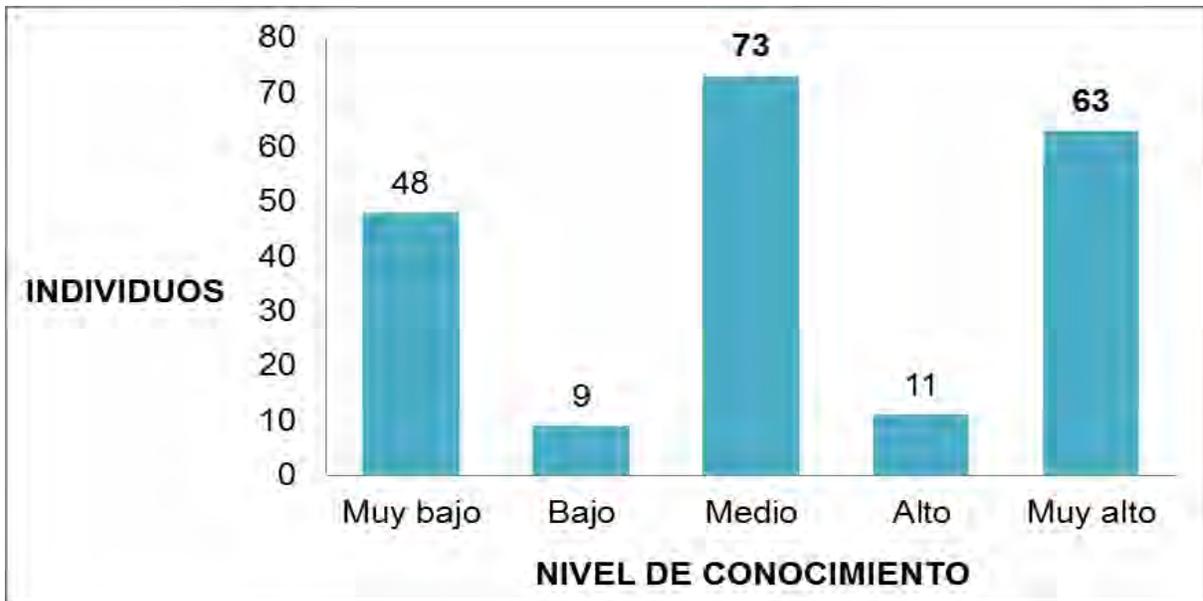


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

En el *conocimiento estructural* del plan de alta predominó el nivel de conocimiento *medio* representando el 36% de los individuos de la muestra es decir 75 personas. La tendencia de esta dimensión es hacia el nivel *medio alto* dado que en conjunto los individuos en estos niveles representan al 61% de los individuos es decir 124 personas.

No obstante una parte importante de los individuos 70 de ellos presentó nivel *bajo* con 39 individuos y *muy bajo* con 31 individuos, representando un 35% del total de la muestra.

Gráfica 10. Nivel de conocimiento *institucional* del plan de alta de enfermería

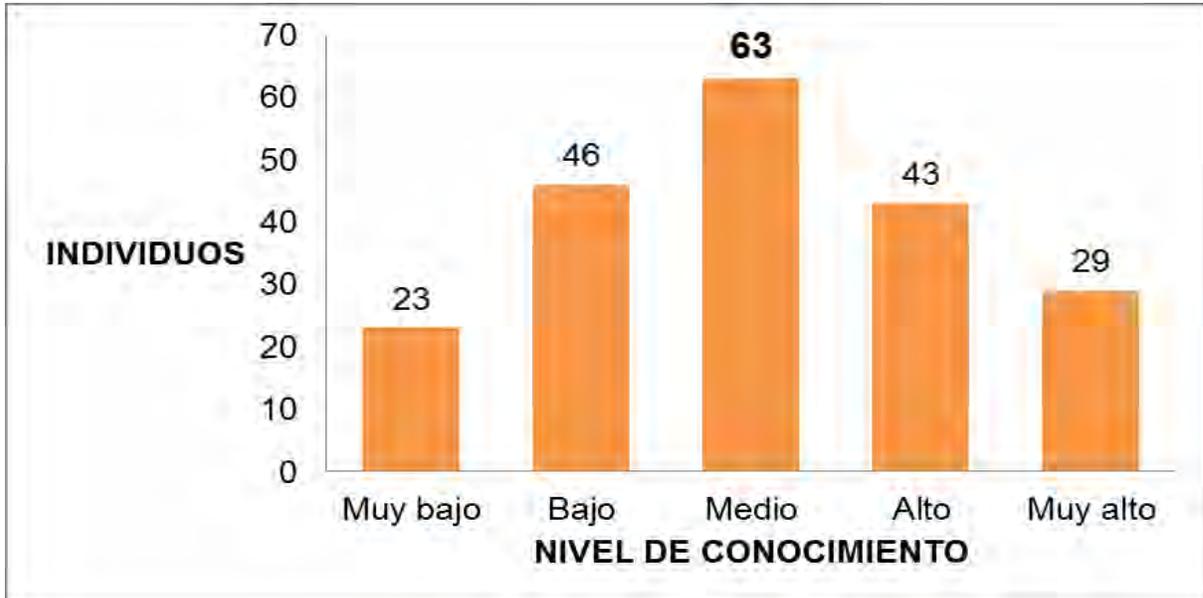


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

En la dimensión de *conocimiento institucional* predominó el nivel *medio* con 73 individuos que representaron por 35% del total de la muestra.

Esta dimensión presentó una distribución de picos en los extremos de la escala, en los niveles *muy bajo* y *muy alto*, con mayor frecuencia en el nivel “*muy alto*” con 63 individuos es decir el 31% de la muestra en comparación del nivel “*muy bajo*” con 48 participantes representando el 23% de la muestra.

Gráfica 11. Nivel de *conocimiento declarado* del plan de alta de enfermería

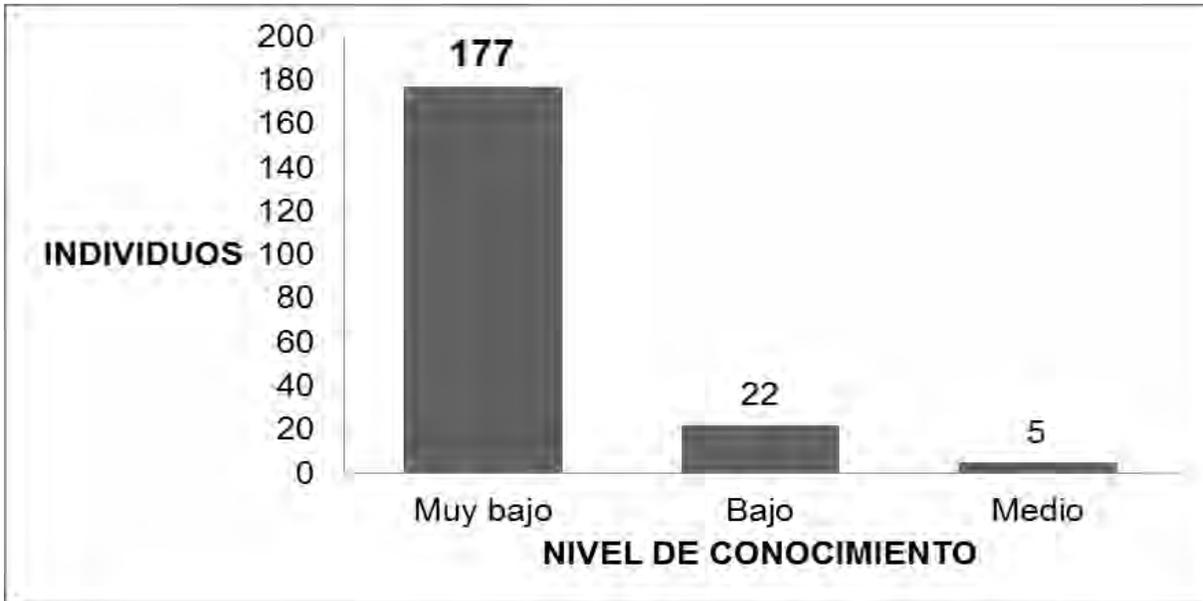


Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de Nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

El nivel de *conocimiento declarado* predominante es el nivel *medio* con 63 individuos que representan el 31% de los individuos de la muestra. La tendencia de la dimensión es hacia el nivel *medio-bajo* ya que en conjunto representan poco más de la mitad de los individuos de la muestra 53%.

Esta dimensión obtuvo una distribución normal en sus individuos, ya que los extremos es decir los niveles de conocimiento *muy bajo* (con 23 individuos) y *muy alto* (con 29 individuos) representan la menor cantidad de individuos de la muestra con 11% y 14% respectivamente.

Gráfica 12. Nivel de *conocimiento observado* del plan de alta de enfermería



Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

El Nivel de conocimiento *observado* predominante fue el *muy bajo* representado por 177 individuos que representan el 86% de la muestra la tendencia es la más baja en las dimensiones del conocimiento del plan de alta. En conjunto el nivel *muy bajo* y *bajo* representan al 97.5% integrada por 199 individuos de la muestra. Únicamente el 2.5% de los individuos presentaron un nivel medio de *conocimiento observado*. En esta dimensión no se registraron niveles *alto* o *muy alto* de conocimiento observado.

11.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

11.2.1 Pruebas estadísticas paramétricas

11.2.1.1 Correlación de Pearson

Con una posibilidad de error de $p= 0.00$ (menos de 1%) se determinó que existe una *correlación positiva considerable* entre el puntaje del *conocimiento del plan de alta* y el puntaje del *conocimiento metodológico* ya que $r= 0.719$ (correlación de Pearson).

Se encontró una *correlación negativa muy débil* ($r=-0.21$) entre el *puntaje del conocimiento* del plan de alta y la *satisfacción laboral* no obstante presentó un margen de error de $p=0.781$ (muy alto ya que máximo aceptable es de $p=<0.05$). No existe correlación entre la satisfacción laboral y el nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería.

Con una posibilidad de error de $p=0.00$ (menos de 1%) se determinó que existe una *correlación positiva considerable* entre el puntaje obtenido en el *conocimiento del plan de alta* y el puntaje de *conocimientos estructurales* del plan de alta se obtuvo un $r= 0.774$ (correlación de Pearson).

No se observó correlación entre la satisfacción laboral y el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería que obtuvo una $r= -0.20$ (correlación de Pearson) con $p=0.781$ la cual es > 0.05 el máximo aceptable de significancia.

Se obtuvo una $r= -0.206$ y una $p= 0.003$ entre el puntaje del *conocimiento del plan de alta* y la *edad* lo que indica un nivel de *correlación negativa débil* con un margen de error de menos del 1%.

Se obtuvo una $r= -0.194$ y una $p= 0.005$ entre puntaje del conocimiento *del plan de alta* y la *antigüedad laboral* que indica un nivel de *correlación negativa muy débil* con un margen de error menor al 1%.

11.2.1.2 T de Student

Los datos de *género* y *puntaje de conocimiento* del plan de alta provienen de una distribución normal ya que p valor *masculino* (0.121) > 0.05 y p valor *femenino* (0.75) > 0.05. Así mismo estos grupos obtuvieron una igualdad de varianzas determinada por la prueba de Levene donde p valor (0.128) > 0.05 se determinó el valor p de Student en 0.09 > a 0.05 se encuentra que *no existe una diferencia significativa* entre la media de puntajes del género masculino y la media de puntajes del género femenino.

Los datos de *nivel de estudios* y *puntaje de conocimiento* del plan de alta provienen de una *distribución normal* ya que p valor nivel técnico(0.200)> 0.05, nivel licenciatura (0.200)>0.05 nivel especialidad (0.66)>0.05 nivel maestría (0.200)>0.05 no obstante únicamente presentan *varianzas iguales* por medio de la prueba de Leven:

La muestra de *nivel técnico* con la muestra de nivel *maestría* con una varianza de 0.692 >0.05 y P valor de Student =0.390 > 0.05 donde se determinó que *no existe una diferencia significativa* entre la media de puntajes de *conocimiento del plan de alta* entre la muestra de *nivel técnico* y la media de puntajes de la muestra de *nivel maestría*.

La muestra del nivel *licenciatura* con la muestra de nivel *especialidad* con una varianza de 0.075>0.05 y P valor de Student= 0.916>0.05 donde se determinó que *no existe una diferencia significativa* entre la media de puntajes de *conocimiento del Plan de Alta* entre la muestra de nivel *licenciatura* y la muestra de nivel *especialidad*.

La muestra del nivel *licenciatura* con la muestra del nivel *maestría* con una varianza de 0.282>0.05 y P valor de Student= 0.723>0.05 donde se determinó que *no existe una diferencia significativa* entre la media de puntajes del *conocimiento del plan de alta* entre la muestra de nivel *licenciatura* y la muestra de nivel *maestría*.

11.2.2 Pruebas estadísticas no paramétricas

11.2.2.1 Chi cuadrada

Tabla 14. Tabla de contingencia área de adscripción con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería

Área de adscripción	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy Alto %
Urgencias	0.0	21.1	44.7	28.9	5.3
Estancia corta	0.0	14.3	28.6	57.1	0.0
UTI	0.0	24.1	58.6	17.2	0.0
H1P	0.0	17.2	62.1	20.7	0.0
H2P	7.1	28.6	42.9	21.4	0.0
H3P	0.0	39.1	43.5	13.0	4.3
H4P	0.0	14.3	57.1	28.6	0.0
Radio diagnóstico	25.0	25.0	50.0	0.0	0.0
Cirugía	0.0	50.0	44.4	5.6	0.0
Radio oncología	0.0	11.1	66.7	22.2	0.0
Heridas y estomas	0.0	33.3	33.3	0.0	33.3
UMA	11.1	11.1	66.7	11.1	0.0

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el *área de adscripción* y el *nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería* $\chi^2 0.16 (44) = 66.446 p < 0.05$.

El grupo de ***estancia corta*** presentó el **mayor porcentaje de individuos** con un ***nivel alto*** de conocimientos sobre el plan de alta siendo estos el 57.1% del total de la muestra de ese servicio.

Por otra parte el grupo de ***cirugía*** presentó el **mayor porcentaje de individuos** con un ***nivel bajo de conocimientos*** con el 50% de sus integrantes.

En el resto de los servicios, ***el mayor porcentaje*** de sus integrantes ***se situó en el nivel medio*** de conocimientos del plan de alta.

Tabla 15. Tabla de contingencia *rango de edades con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería*

Rango de edades	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %
22 a 26 años	0.0	11.1	51.9	33.3	3.7
27 a 31 años	0.0	13.3	57.8	24.4	4.4
32 a 36 años	0.0	27.0	56.8	13.5	2.7
37 a 41 años	10.0	32.5	47.5	10.0	0.0
42 a 46 años	0.0	37.5	46.9	15.6	0.0
47 a 51 años	0.0	27.8	33.3	38.9	0.0
52 a 56 años	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0
57 a 61 años	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el rango de edades de los individuos y el nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería $\chi^2 0.32 (28) = 43.342 P < 0.05$

Se observa que en los grupos de **rango** de edades **entre los 22 y 46 años** (5 grupos) el mayor porcentaje de sus integrantes se sitúa en un **nivel de conocimiento medio**, con porcentajes desde el 46.9% hasta el 57.8% de sus individuos.

En el grupo de participantes entre los **47 y 51 años** se observó el mayor porcentaje de individuos con un **nivel alto de conocimiento** siendo este de 38.9% del total de su población muestral.

Por otro lado los grupos de edad entre 52 y 61 años (2 grupos) han sido los de mayor porcentaje de nivel bajo de conocimientos del plan de alta, no obstante estos grupos cuentan con 5 individuos en conjunto, lo que representa únicamente el 1.5% de la muestra total de la investigación.

Tabla 16. Tabla de contingencia escolaridad con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería

Escolaridad	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
Nivel técnico	6.0	36.0	42.0	14.0	2.0	50
Licenciatura	0.0	24.1	50.9	23.1	1.9	108
Especialidad	0.0	16.2	62.2	21.6	0.0	37
Maestría	11.1	22.2	44.4	11.1	11.1	9

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la escolaridad y el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería $\chi^2 0.32 (12) = 22.571$ $p < 0.05$

Si bien en los cuatro grupos de escolaridad se presentan sus mayores porcentajes de individuos en el **nivel medio de conocimientos** del plan de alta, se observa que el grupo con la mayor frecuencia de individuos con **nivel bajo** de conocimientos es el que tiene escolaridad de **nivel técnico**.

Por otro lado aquellos pertenecientes al grupo de escolaridad de **licenciatura** presentan el mayor porcentaje de individuos con un **nivel alto** de conocimientos del plan de alta, con un 23% cabe mencionar que este grupo está representado por 108 individuos, de los cuales tendrían el nivel alto 25.

Tabla 17. Tabla de contingencia *turno con nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería*

Turno	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
Matutino	2.3	12.8	66.3	16.3	2.3	86
Vespertino	0.0	33.3	41.7	45.8	0.0	48
Nocturno	3.2	35.5	37.1	21.0	3.2	62
Jornada acumulada	0.0	37.5	37.5	25.0	0.0	8

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el turno y el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería $\chi^2 0.043 (12) = 21.580 p < 0.05$

Se observa que los grupos de turno **matutino** y **nocturno** presentan en el **nivel medio** de conocimientos de plan de alta el mayor porcentaje de sus individuos, además de un porcentaje importante de individuos del turno vespertino y de la jornada acumulada.

Por otro lado es el **turno vespertino** quien presenta mayor porcentaje de individuos con un **nivel alto** de conocimiento del plan de alta de enfermería con un 45.8%.

En contraste con el grupo de **jornada acumulada** se han presentado de los turnos, el mayor porcentaje de individuos con el **nivel bajo** de conocimientos del plan de alta de enfermería.

Tabla 18. Tabla de contingencia *rango de edades* con *nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería*

Rango de edades	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
22 a 26 años	0.0	0.0	44.4	55.6	0.0	27
27 a 31 años	0.0	2.2	51.1	40.0	6.7	45
32 a 36 años	2.7	10.8	32.4	40.5	13.5	37
37 a 41 años	12.5	10.0	45.0	25.0	7.5	40
42 a 46 años	6.3	28.1	31.3	31.3	3.1	32
47 a 51 años	11.1	11.1	33.3	27.8	16.7	18
52 a 56 años	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	4
57 a 61 años	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	1

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos generales* y el *rango de edades* $X^2 0.002 (28) = 55.057 p < 0.01$

Esta tabla cruzada muestra una tendencia hacia el nivel alto de conocimientos generales del plan de alta de enfermería.

Se observa que los grupos de edad entre los 22 y 26 años, 32 a 36 años, 42 a 46 y 52 a 56, obtuvieron el ***nivel alto*** de conocimientos generales del plan de alta, con el ***grupo de edad*** entre los **22 y 26** el de ***mayor porcentaje*** de sus individuos con este nivel.

Se observa nuevamente en el grupo de 52 a 56 años que el 50% de sus individuos presenta un nivel bajo de conocimientos, esta vez en la dimensión de conocimientos generales. Superado en porcentaje por el individuo de en el grupo de 57 a 61 años, que representaría el 100 por ciento de sus integrantes.

Se realiza segunda mención al grupo de edad entre los **42 Y 46** años debido a que es el grupo de edad con mayor número de individuos (10) que además descartando los dos grupos de edad entre los 52 y 61 años (por lo expuesto en el párrafo anterior) es el de mayor porcentaje de individuos con un ***nivel bajo de conocimientos generales*** del plan de alta.

Tabla 19. Tabla de contingencia escolaridad con nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería

Escolaridad	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy Alto %	Total
Nivel técnico	12.0	18.0	34.0	28.0	8.0	50
Licenciatura	1.9	11.1	37.0	40.7	9.3	108
Especialidad	0.0	5.4	54.1	37.8	2.7	37
Maestría	22.2	0.0	44.4	33.3	0.0	9

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos generales* y el *nivel de estudios* $X^2 0.014 (12) = 25.099 p < 0.05$.

En la tabla 19 se observa que la tendencia en los grupos de escolaridad y en nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta es el nivel medio.

No obstante el nivel de escolaridad **licenciatura** presenta el mayor porcentaje de individuos con el **nivel alto** de conocimientos de aspectos generales con un 40.7% de sus integrantes.

Por otra parte los integrantes del grupo de escolaridad de **nivel técnico** presentaron el **mayor porcentaje** de individuos con un **nivel bajo** de conocimientos. En el **nivel muy bajo** de conocimientos presentó únicamente la mayor cantidad de individuos con 6 de ellos, aunque no por ello el mayor porcentaje.

Tabla 20. Tabla de contingencia *antigüedad laboral con nivel de conocimiento de aspectos generales del plan de alta de enfermería*

Antigüedad laboral	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
0 a 4 años	0.0	4.8	46.0	42.9	6.3	63
5 a 9 años	2.9	8.6	45.7	40.0	2.9	35
10 a 14 años	9.1	9.1	27.3	40.9	13.6	22
15 a 19 años	17.2	3.4	37.9	27.6	13.8	29
20 a 24 años	2.8	22.2	33.3	36.1	5.6	36
25 a 29 años	6.7	40.0	40.0	6.7	6.7	15
30 a 34 años	0.0	0.0	25.0	75.0	0.0	4

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos generales* y el rango de antigüedad laboral $X^2 0.003 (24) = 46.866 p < 0.01$.

La tendencia de la tabla 20 parece ser hacia un ***nivel de conocimiento*** de aspectos generales del plan de alta de Enfermería ***medio a alto***, predominando así en los grupos de menor antigüedad de ***0 a 14 años*** de antigüedad.

Y la mejor tendencia de ***nivel medio alto de conocimientos generales del plan de alta de enfermería*** la presenta el grupo de individuos de ***0 a 4 años*** de antigüedad.

En contraste se observa que el grupo de ***25 a 29 años*** de edad presenta el mayor porcentaje de individuos con ***nivel bajo de conocimientos generales*** del plan de alta de enfermería con un 40% de su población.

Tabla 21. Tabla de contingencia área de adscripción nivel de conocimiento de aspectos metodológicos del plan de alta de enfermería

Área de adscripción	Muy bajo %	Bajo%	Medio%	Alto%	Muy alto%	Total
Urgencias	2.6	2.6	15.8	50.0	28.9	38
Estancia corta	0.0	0.0	14.3	42.9	42.9	7
UTI	0.0	0.0	10.3	51.7	37.9	29
H1P	0.0	6.9	10.3	55.2	27.6	29
H2P	7.1	0.0	28.6	21.4	42.9	28
H3P	0.0	0.0	43.4	17.3	39.1	23
H4P	0.0	0.0	14.3	28.6	57.1	7
Radio diagnóstico	0.0	25.0	25.0	0.0	50.0	4
Cirugía	0.0	0.0	27.8	72.2	0.0	18
Radio oncología	0.0	0.0	22.2	44.4	33.3	9
Heridas y estomas	0.0	0.0	0.0	66.7	33.3	3
UMA	0.0	11.1	11.1	44.4	33.3	9

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos metodológicos* y el *área de adscripción* $\chi^2 0.045 (44) = 61.080 p < 0.05$.

Se observa en la tabla 21 que la tendencia de nivel de conocimiento metodológico del plan de alta es de nivel alto a muy alto con el mayor porcentaje de los individuos de 8 servicios en el nivel alto de conocimientos metodológicos del plan de alta.

El servicio de **hospitalización 4to piso** (h4p) presentó el mayor porcentaje de sus individuos con **nivel muy alto** de conocimientos metodológicos del plan de alta en el **57%** de sus integrantes.

Y el servicio de **hospitalización tercer piso** (h3p) presentó al mayor porcentaje de sus integrantes con un **nivel medio** de **conocimiento** metodológico del plan de alta con **43%** de sus individuos.

Tabla 22. Tabla de contingencia *antigüedad laboral con nivel de conocimiento de aspectos metodológicos del plan de alta de enfermería*

Antigüedad laboral	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
0 a 4 años	0.0	0.0	14.3	46.0	39.7	63
5 a 9 años	0.0	0.0	28.6	42.9	28.6	35
10 a 14 años	0.0	4.5	18.2	27.3	50.0	22
15 a 19 años	10.3	6.9	13.8	44.8	24.1	29
20 a 24 años	0.0	2.8	27.8	47.2	22.2	36
25 a 29 años	0.0	6.7	26.7	40.0	26.7	15
30 a 34 años	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	4

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos metodológicos* y el *rango de antigüedad laboral* $\chi^2 0.047 (24) = 36.689$ $p < 0.05$.

La tabla 22 presenta una tendencia hacia el nivel alto de conocimientos, con 6 de sus rangos de edad presentando al mayor porcentaje de sus individuos en este nivel. Con porcentajes bajos de sus individuos en niveles de conocimiento metodológico del plan de alta muy bajo y bajo.

Porcentualmente los grupos de entre 10 y 14 años, y el de entre 30 y 34 años de antigüedad presentaron el mayor puntaje de individuos en el nivel muy alto de conocimientos metodológicos del plan de alta, no obstante el segundo grupo está integrado únicamente por 4 individuos mientras que el primero lo está por 22.

Siendo el **grupo de entre 10 y 14 años** de antigüedad el que mayor porcentaje de individuos presentó en el **nivel muy alto** de conocimientos metodológicos del plan de alta de enfermería en la unidad donde se realizó la investigación.

Tabla 23. Tabla de contingencia *rango de edades con nivel de conocimiento de aspectos estructurales del plan de alta de enfermería*

Rango de edades	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
22 a 26 años	3.7	14.8	48.1	29.6	3.7	27
27 a 31 años	2.2	17.8	40.0	35.6	4.4	45
32 a 36 años	27.0	13.5	27.0	29.7	2.7	37
37 a 41 años	25.0	20.0	42.5	5.0	7.5	40
42 a 46 años	21.9	15.6	37.5	21.9	3.1	32
47 a 51 años	5.6	27.8	27.8	27.8	11.1	18
52 a 56 años	25.0	75.0	0.0	0.0	0.0	4
57 a 61 años	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	1

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de *aspectos estructurales* y el *rango de edad* $X^2 0.018 (28) = 4.761 p < 0.05$.

El grupo de edad de entre 32 a 36 años presentó el mayor porcentaje de sus individuos en el nivel alto de conocimientos estructurales del plan de alta de Enfermería.

No obstante y en comparación con el resto de los grupos de rangos de edad, presentó el segundo lugar de mayor porcentaje, superado por el **grupo de 27 a 31 años** que presentó al **35.6 %** de sus integrantes con el **nivel alto de conocimientos** estructurales del plan de alta de enfermería.

Los grupos con mayores porcentajes de nivel bajo de conocimientos estructurales del plan de alta, se sitúan en los grupos de entre 52 y 56 años y entre 57 y 61 años de edad.

Tabla 24. Tabla de contingencia área de adscripción nivel declarado de conocimiento del plan de alta de enfermería

Género	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
Masculino	11.1	3.7	51.9	14.8	18.5	27
Femenino	11.3	25.4	27.7	22.0	13.6	177

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de *conocimiento declarado* y el *género* $X^2 0.035 (4) = 10.317 p < 0.05$.

El nivel medio de conocimientos en la dimensión de conocimientos declarados del plan de alta de enfermería es el predominante en ambos géneros, no obstante el género **femenino** tiene una tendencia hacia un **nivel medio bajo** de conocimientos declarados del plan de alta de enfermería versus la tendencia del género **masculino** hacia el nivel **medio alto** de conocimientos declarados del plan de alta de enfermería.

Tabla 25. Tabla de contingencia turno con *nivel de conocimiento observado del plan de alta de enfermería*

Turno	Muy bajo %	Bajo %	Medio %	Alto %	Muy alto %	Total
Matutino	88.4	5.8	5.8	0	0	86
Vespertino	87.5	12.5	0.0	0	0	48
Nocturno	82.3	17.7	0.0	0	0	62
Jornada acumulada	100.0	0.0	0.0	0	0	8

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento observado y el turno $\chi^2(6) = 12.943$ $p < 0.05$

Se observa en la tabla 25 una tendencia clara en el nivel muy bajo de conocimiento observado del plan de alta de enfermería en los 4 tipos de turnos de la unidad, teniendo el turno nocturno un 17.7% de individuos con un nivel bajo de conocimientos observado, y siendo este fuera del nivel muy bajo el porcentaje predominante en los turnos. Y si bien el turno matutino presentó mayor porcentaje de individuos en el nivel medio, puede deberse a que está integrado por mayor número de individuos que otros turnos.

11.2.2.2 U Mann Whitney

Tabla 26. Rango promedio y suma de rangos en nivel de conocimiento del nivel técnico y nivel licenciatura

	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería	Técnico	50	67.88	3394
	Licenciatura	108	84.88	9167
	Total	158		

Fuente. Datos obtenidos del instrumento “Cuestionario de nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel”

Se determinó que el *nivel de conocimiento* del plan de alta de enfermería es distinto en *licenciados en enfermería y enfermeras con nivel técnico*. Con p valor= (0.019) < significancia 0.05 valor de Mann Whitney =2119.

Se observa en la tabla 26 que el rango promedio en el personal con licenciatura es mayor que el del personal con nivel técnico, por lo cual *se infiere que el nivel de conocimientos es mayor en licenciados en enfermería que en técnicos en enfermería*.

Tabla 27. Rango promedio y suma de rangos en nivel de conocimiento (nivel técnico y especialidad)

	Nivel de estudios	N	Rango promedio	Suma de rangos
Nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería	Técnico	50	39.29	1964.5
	Especialidad	37	50.36	1863.50
	Total	87		

Se determinó que el nivel de conocimientos del plan de alta de enfermería es distinto en especialistas y enfermeras con nivel técnico dado que p valor (0.028) < significancia 0.05 valor de Mann Whitney =689.50.

Se observa en la *Tabla 27* que el rango promedio en el personal con especialidad es mayor que el del personal con nivel técnico, por lo cual se infiere que el nivel de conocimientos es mayor en especialistas que en técnicos en enfermería.

12. DISCUSIÓN

La población estudiada es una muestra homogénea respecto al servicio de adscripción y el turno (o jornada) integrada principalmente por profesionales del género femenino este representa el 87% de los participantes en la investigación en comparación al género masculino con el 13% restante, lo que coincide con el perfil de la profesión donde es predominante el género femenino.

Se trata de una muestra de participantes con similitud a la pirámide poblacional que presenta el INEGI⁵² para la ciudad de México, como se presenta en ella marca que la población predominante esta entre los 25 y 34 años de edad y la población participante predominante esta entre 27 y 31 años. Es al mismo tiempo una población joven ya que 149 de ellos son adultos jóvenes es decir no rebasan los 40 años. Por lo cual en general presentan pocos años de antigüedad laboral; al menos el 31% de ellos tiene menos de 5 años laborando en la institución y el 48% menos de 10 años de antigüedad laboral.

El 53% de la población tiene el nivel de estudios de licenciatura concordando con la estadística de edad ya que es entre los 25 y 34 que se tiene el título de licenciado en enfermería. Seguida por la población con estudios a nivel técnico con 25% y 18% son especialistas, el 4% de los participantes restantes cuentan con estudios de maestría. Además la institución educativa de procedencia con mayor presencia es la Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito ya que 31% de los participantes pertenecen a ella, y cabe mencionar que dicha institución tiene sus instalaciones dentro de la unidad donde se realizó la investigación. La otra institución de procedencia con mayor afluencia es la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que se encuentra ubicada en la cercanía de la unidad donde se realizó la investigación.

Otra de las características de la población muestral estudiada, es que el 81% de los participantes refiere sentirse satisfecho o muy satisfecho de laborar en la institución donde se realizó la investigación, en proporción las unidades más satisfechas de

trabajar en la institución son en orden decreciente: **Unidad de radio oncología, unidad de heridas y estomas y hospitalización de primer piso.**

En la dimensión de *conocimientos generales*, que es integrada entre otros por el ítem *CGP4* se obtuvo una tendencia de nivel de conocimiento medio-alto. Este ítem se refiere a los objetivos para los que fue creado el plan de alta y acorde con **Martínez et. al.**³⁹ quien observó que el “*planificar el plan de alta supone un ahorro económico*” lo cual fue identificado la mayoría de veces como un objetivo del plan de alta por el personal de enfermería de la institución. Dicha dimensión cuenta con el ítem *CGP5* que ayudo a determinar que el personal conoce las ventajas de la aplicación del plan de alta entre las cuales en similitud con **Serrato et. al.**²⁶ “...sirve como un enlace entre niveles de atención... ...y la comunicación entre profesionales de enfermería con un lenguaje propio...”.

Los ítems 8, 9 y 10 pertenecientes a la dimensión de *conocimientos metodológicos*, mostraron una tendencia hacia el nivel alto y muy alto de conocimiento, estos ítems sirven para conocer que consideraciones toma el personal de enfermería para aplicar el plan de alta. Se observa de acuerdo con **Andrietta et. al.**³⁴ que el personal del instituto “...*determina las necesidades de cuidado y necesidades educativas del paciente y familiares...*”. Y cuando el personal de enfermería determina estas necesidades se puede inferir acorde con **Galarza et. al.**⁴² que “...*se traduce en pacientes y cuidadores capacitados y satisfechos*”.

Mendoza et. al.⁴⁰ encontró que la carencia de redes de apoyo y familiares es un problema que retrasa el alta por motivos no médicos, el personal de enfermería de la institución donde se realizó la investigación obtuvo un nivel de conocimiento *medio-alto* en la dimensión de conocimiento estructural que contiene el ítem CEP 14 diseñado para conocer la importancia que da el profesional a las redes de apoyo, con lo que se cree que el problema de las redes de apoyo es considerado importante por parte del personal de enfermería.

A su vez **Moreno et. al.**³⁶ encontró un déficit de conocimientos en la medicación de los adultos mayores en una unidad de salud privada en el alta, en contraste con lo que el ítem CEP 16 presento, ya que al ser parte de la dimensión de conocimientos estructurales obtuvo un nivel de conocimientos medio-alto. Con lo que se infiere que en la institución los conocimientos de la importancia de la medicación al alta son bien conocidos por el profesional de enfermería.

Los ítems 18 y 19 muestran el *conocimiento institucional* que poseen los participantes sobre el registro adecuado del plan de alta en el sistema electrónico de enfermería. En esta dimensión se obtuvo una mayor frecuencia de individuos con conocimiento medio. Los ítems de la dimensión conocimientos observados COP1 - COP4, tuvieron una tendencia clara hacia el nivel muy bajo de conocimientos. Concordando ambas dimensiones con lo que **Torres et. al.**³⁰ encontró en su estudio donde los informes de continuidad de cuidado contaban con el 61.35% de calidad, que implícitamente no cumplían con lo requisado como un informe de calidad³⁰.

Por otra parte el ítem CDP 20 utilizado para conocer la declaración de los participantes sobre su registro del plan de alta en el sistema electrónico, mostró un nivel medio-bajo. A su vez **Narvaez**⁴⁷ observo que la falta de guías de acción rápida, de estandarización del plan de alta en el trabajo de los profesionales de enfermería, es la principal causa de no aplicación y registro del plan de alta.

El resultado de la discusión, muestra que el personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención, tiene conocimientos medios-altos en aspectos que se han detectado como vulnerables en el pasado en otros estudios, pero tiene conocimiento medios-bajos al momento de registrarlo en el sistema electrónico y muy bajos al momento de ser cotejados en el sistema electrónico por un observador externo. Lo que hace pensar que con respecto al plan de alta de enfermería en una unidad de tercer nivel, se tiene un conocimiento medio-alto; pero se tiene un registro medio-bajo-muy bajo.

13. CONCLUSIÓN

El plan de alta de enfermería, es la herramienta educativa de dicho profesional para la continuidad de cuidados a los pacientes a su egreso de la unidad de salud. En la hipótesis de trabajo se consideró que en una unidad del tercer nivel de atención el nivel de conocimientos sobre el plan de alta predominante sería el nivel alto en la escala creada para dicho fin. Para lo cual se desarrolló un estudio sobre el conocimiento del personal de enfermería en diversos aspectos del plan de alta desde conocimientos generales, institucionales declarado y observados en el registro electrónico.

Contrastando con lo previsto en la hipótesis de trabajo que plantea que el nivel de conocimiento del plan de alta de enfermería estaría en el *nivel alto* de la escala, los resultados dieron pauta para adoptar la hipótesis nula ya que el nivel de conocimiento no correspondió al *nivel alto* de conocimientos planteado.

La unidad que mayor porcentaje de individuos presentó en el *nivel alto* de conocimientos en relación a las unidades de atención en el plan de alta fue la **estancia corta**, con más de la mitad de sus integrantes; a su vez la unidad con mayor porcentaje de individuos en el *nivel bajo* de conocimientos fue cirugía con la mitad de sus integrantes.

En los rangos de edad las personas con edad entre 47 y 51 presentaron el mayor porcentaje de individuos en el *nivel alto* de conocimientos del plan de alta y las personas con un rango de edad entre 57 y 61 años obtuvieron un *nivel bajo*, las cuales representaron solo a tres personas.

Con los hallazgos en relación a la escolaridad, se infiere que quienes cuentan con escolaridad de *nivel técnico* presentan el mayor porcentaje de personas con *nivel bajo* de conocimientos del plan de alta de enfermería, en contraste quienes cuentan con **licenciatura** obtuvieron mayor porcentaje de individuos en el *nivel alto* de conocimientos.

En relación al turno, el turno vespertino obtuvo el mayor porcentaje de personas con un **nivel alto** de conocimientos y quienes están en la jornada acumulada presentó el mayor porcentaje de personas con un **nivel bajo** de conocimientos sobre el plan de alta.

En la dimensión de **conocimientos generales** del plan de alta predominó el **nivel medio** de conocimientos con 81 participantes situados en este nivel. En la cual se observó que quienes se encontraban en un rango de edad entre 22 y 26 años obtuvieron el **nivel alto** de conocimientos en más de la mitad de ellos.

En la dimensión de **conocimientos metodológicos** del plan de alta la mayoría de los participantes presentó un **nivel alto** de conocimiento y la unidad con el mayor porcentaje de personas con nivel alto fue hospitalización **4to piso** con poco más de la mitad además, de que quienes cuentan entre 10 a 14 años de antigüedad presentan el mayor porcentaje de participantes con **nivel muy alto** es decir **la mitad de ellos**.

Para la dimensión de **conocimientos estructurales** el nivel de conocimiento fue el **medio** con 75 personas en este nivel, en el cual las personas entre 27 a 31 años presentaron el mayor porcentaje de integrantes con un **nivel alto** de conocimientos estructurales del plan de alta.

El nivel de **conocimiento institucional** del plan de alta fue **medio** con 73 participantes en este nivel, concordando con el nivel de conocimiento total del plan de alta de Enfermería.

Al realizar los estudios de correlación se observaron que existen relaciones que marcan que **a mayor puntaje** en las áreas de **conocimiento metodológico y estructural** del plan de alta, **mayor será el nivel de conocimiento del plan de alta en general**. El nivel de conocimientos entre licenciados en enfermería y enfermeras de nivel técnico es distinto, obteniendo un puntaje promedio mayor por parte de los licenciados. Así como entre las enfermeras especialistas y las de nivel técnico,

obteniendo el puntaje promedio mayor el de las especialistas, lo que determino la diferencia entre las dos poblaciones.

Haber determinado el nivel de conocimiento sobre el plan de alta, así como los hallazgos encontrados permitirán identificar en qué áreas se puede reforzar el conocimiento e integrar a la población con mayores áreas de oportunidad. Esto implica la posibilidad de crear, políticas, estrategias o ejes de acción dirigidos específicamente a la mejora en del conocimiento sobre el plan de alta y posiblemente en un futuro su mejora en la aplicación del mismo.

Esta investigación permitió por primera contar con una información fidedigna del plan de alta de enfermería en un tercer nivel de atención en México, situación en donde no había literatura sobre el particular, dejando de existir este vacío de conocimiento el cual es de suma trascendencia para propiciar: una adecuada adherencia del tratamiento en el hogar, disminución de reingresos, estrés de familiares y pacientes entre otras variables que infieren en el cuidado a domicilio.

14. SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones es importante mencionar que las características de esta investigación permitieron conocer únicamente un aspecto del plan de alta y este fue *el conocimiento que el profesional puede manifestar por escrito en el cuestionario que se aplicó y demuestra* en los registros electrónicos del plan de alta de enfermería, con base a variables sociodemográficas.

Es importante establecer este punto como el límite de la investigación ya que de ningún modo, se estudiaron otras variables que se encuentran implicadas en el fenómeno del plan de alta de enfermería que a juicio personal serían:
(Expresadas en forma de preguntas de investigación)

1. ¿Cuáles son los factores en el servicio que intervienen en la aplicación del plan de alta de enfermería?
2. ¿Cuál es la percepción de la utilidad del personal de una unidad de tercer nivel sobre el plan de alta de enfermería?
3. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación del plan de alta de enfermería en el hogar y cuáles son las debilidades que presentan los familiares y el paciente para seguir las indicaciones?
4. ¿Cuál es el tiempo que se lleva la enfermera en realizar el plan de alta en el servicio a nivel electrónico y el tiempo involucrado al explicarlo al paciente y familiares?
5. ¿Cuál es efecto en los costos de atención al aumentar el tiempo para desarrollar el plan de alta de calidad?
6. ¿Cuál es la calidad de los registros de enfermería en torno al plan de alta?
7. ¿Cómo influye la aplicación del plan de alta de enfermería en la atención de salud de alta calidad?

Como punto destacado de la presente investigación se sientan bases para futuras investigaciones para el estudio del impacto del plan de alta en unidades del tercer nivel.

15. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL

Folio:



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán



La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Educación e Investigación en Enfermería apoya la realización de trabajos de investigación como parte de actividades académicas de nivel Licenciatura, por lo cual solicitamos de su apoyo para contestar el presente cuestionario que tiene por objetivo **determinar el nivel de conocimiento sobre el plan de alta de enfermería**. La información será anónima así como confidencial y será utilizada para fines de formación académica en materia de investigación, por lo cual solicitamos conteste con veracidad.

Elaborado por: Velázquez M.E.

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Instrucciones: Marque con una X la respuesta de acuerdo a su realidad

I. INFORMACION SOCIODEMOGRÁFICA (ISD)

ISD1 ¿En qué institución educativa se formó como profesional de enfermería?

- Escuela de Enfermería María Elena Maza Brito
- Universidad Panamericana
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
- Instituto Politécnico Nacional
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- Universidad Autónoma de Guerrero
- Otra: _____

ISD2 ¿Señale en qué área se encuentra actualmente adscrito?

- Urgencias
- Estancia corta
- Unidad de Terapia Intensiva
- Hospitalización 1er piso
- Hospitalización 2do piso
- Hospitalización 3er piso
- Hospitalización 4to piso
- Unidad de Radio – diagnóstico
- Cirugía
- Radio Oncología
- Unidad Metabólica Ambulatoria

ISD3 Indique su género

- Masculino
- Femenino
- Otro:

ISD4 Anote su edad

ISD5 Mencione su último nivel de estudios

- Enfermería nivel técnico
- Licenciatura
- Especialidad
- Maestría
- Doctorado

ISD6 ¿Cuánto tiempo lleva laborando para esta institución?

ISD7 ¿En qué turno labora?

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno
- Jornada acumulada

ISD8 Considerando, sus condiciones laborales (número de horas laborales por semana, sueldo, prestaciones, responsabilidades, trato con sus compañeros, jefes, familiares, pacientes etc.) ¿Qué puntaje daría para expresar su satisfacción laboral?

(Donde 0 es completamente insatisfecho, y 10 pts. es muy satisfecho laboralmente)

☹️ 0 1 2 3 4 5 😊 6 7 8 9 10 😊

II. CONOCIMIENTO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA (CP)

CGP 1. Escriba la definición de plan de alta de enfermería

CGP 2. Escriba sinónimos del plan de alta de enfermería que conozca

CGP 3. ¿Cuándo se creó el plan de alta de enfermería?

CGP 4. Mencione 2 (o más) de los objetivos de la aplicación del plan de alta de enfermería

- 1.
- 2.

CGP 5. Mencione 2 (o más) de las ventajas específicas del plan de alta

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

CEP 6. Mencione y desarrolle 1 o más nemotecnias que son útiles para la aplicación del plan de alta de enfermería

- 1.
- 2.

CMP 7. ¿En qué momento se debe brindar al paciente el plan de alta de enfermería?

CMP 8. ¿A quién se puede brindar el plan de alta de enfermería?

CMP 9. Mencione quien puede participar en la valoración del paciente al cual se brindará el plan de alta de enfermería:

CMP 10. ¿De qué forma puede brindarse el plan de alta de enfermería?

-
-
-

CDP 11. Mencione la forma en la que brinda a sus pacientes el plan de alta de enfermería

-
-

CEP 12. Mencione los elementos que deben contemplarse en la formulación del plan de alta de enfermería

CEP 13. Mencione la importancia de brindar información sobre espiritualidad en el plan de alta de enfermería

CEP 14. Mencione la importancia de brindar información sobre las redes de apoyo en el plan de alta de enfermería

CEP 15. Mencione la importancia de brindar información/capacitación sobre la dieta en el plan de alta de enfermería

CEP 16. Mencione la importancia de brindar información/capacitación sobre la medicación y tratamientos en casa en el plan de alta

CMP 17. ¿Qué debe hacer el personal de enfermería cuando el paciente o familiares le soliciten información sobre su diagnóstico, pronóstico y cuidado durante el plan de alta de enfermería?

CIP 18. En el sistema de registros electrónicos Ehcos. ¿Cuál es la “ruta” para llegar al apartado “plan de alta de enfermería”?

A) Atender paciente → Herramientas → Informes de Enfermería → Plan de Alta de Enfermería

B) Informes de Enfermería → Registros clínicos electrónicos de Enfermería → Plan de Alta

C) Atender paciente → Observaciones → Plan de Alta de Enfermería

CIP 19. Enliste 3 puntos que maneja el sistema Ehcós en el apartado “plan de alta”

-
-
-

CDP 20. ¿Registra electrónicamente el haber brindado plan de alta de enfermería? (de ser así, escriba en que apartado lo hace)

¡Agradecemos su participación!
El siguiente apartado será llenado por el investigador

III. CONOCIMIENTO OBSERVADO DEL PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA (COP)

	Respuesta
COP 1. <i>¿Registra en el apartado “observaciones de enfermería” haber brindado información o capacitación usando el término “plan de alta de enfermería”?</i>	
COP 2. <i>¿Registra en el apartado “observaciones de enfermería” haber brindado información o capacitación relacionada al plan de alta sin usar el término “plan de alta de enfermería”?</i>	
COP 3. <i>¿Registra en el apartado “plan de alta” recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones?</i>	
COP 4. <i>¿Establece planes de cuidados en el apartado “plan de cuidados de enfermería” relacionados directamente con puntos integrantes del plan de alta?</i>	

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Generalidades del Plan de Alta					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
<p>Definición: El plan de alta es el proceso de preparación continua y coordinación que facilita la continuidad de cuidados al egreso hospitalario del paciente.</p> <p>Año de creación: Se creó en 1984.</p> <p>Objetivos: Reducir costos en el sistema de salud, incorporar al paciente en su recuperación y bienestar continuando su cuidado al egreso hospitalario</p> <p>Ventajas: Disminuye re ingresos hospitalarios, disminuye costos en la atención, permite brindar atención de enfermería de alta calidad, Brinda confianza a los pacientes.</p>	<p>CGP1 ¿Cuál es la definición de plan de alta de enfermería?</p>	<p>-Proceso de preparación continua y Coordinación -Facilita la continuidad de cuidados -Al egreso hospitalario del paciente.</p>	<p>Integra 3 o más de los elementos mencionados en su respuesta y/o complementa con elementos que se adapten a las características del plan de alta, según el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>Integra 2 o más de los elementos mencionados en su respuesta y/o complementa con elementos que se adapten a las características del plan de alta, según el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>Integra solo un elemento de los mencionados o ninguno. Responde con elementos que no corresponde con las características del plan de alta. O no responde.</p>
	<p>CGP2 Escriba los sinónimos del plan de alta de enfermería.</p>	<p>-Alta de enfermería -Continuidad en la atención de enfermería, - Discharge plan nursing</p>	<p>Responde con 1 o más sinónimos de los elementos mencionados, y/o complementa con otro u otros, verificables como sinónimos según su definición.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Su respuesta no integra sinónimos, ya sea de los mencionados u otros verificables según su definición. O no responde.</p>
	<p>CGP3 ¿Cuándo se creó el plan de alta de enfermería?</p>	<p>En 1984</p>	<p>Responde el año exacto de la creación del plan de alta de enfermería</p>	<p>Responde la década de la creación del plan de alta (década de 1980)</p>	<p>Responde con un año, o década no correspondientes a lo mencionado. O no responde.</p>
	<p>CGP4 Mencione 2 de los objetivos de la aplicación del plan de alta de enfermería</p>	<p>- Reducir costos en el sistema de salud - Incorporar al paciente en su recuperación y bienestar - Continuar</p>	<p>Integra 2 o más de los elementos mencionados en su respuesta y/o complementa con elementos que se adapten a los objetivos</p>	<p>Integra 1 elemento mencionado en su respuesta o complementa con elementos que se adapten a los objetivos del plan de alta, según el</p>	<p>Su respuesta no integra objetivos del plan de alta de enfermería ya sea de los mencionados u otros verificables según juicio crítico del evaluador. O no</p>

		el cuidado al egreso hospitalario	del plan de alta, según el juicio crítico del evaluador.	juicio crítico del evaluador.	responde.
Sinónimos: Alta de enfermería, continuidad en la atención de enfermería, discharge plan nursing (en idioma inglés)	CGP5 Mencione 2 (o más) de las ventajas específicas del plan de alta	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye reingresos hospitalarios - Disminuye costos en la atención - Permite brindar atención de enfermería de alta calidad - Brinda confianza a los pacientes. 	Integra 2 o más de los elementos mencionados en su respuesta y/o complementa con elementos que se adapten a las ventajas de aplicar del plan de alta, según el juicio crítico del evaluador.	Integra 1 elemento mencionado en su respuesta o complementa con elementos que se adapten a las ventajas del plan de alta, según el juicio crítico del evaluador.	Su respuesta no integra ventajas de la aplicación del plan de alta ya sea de los mencionados u otros verifícales según juicio crítico del evaluador. O no responde.

Método del Plan de Alta de Enfermería					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
<p>Momento de la aplicación Para realizar un plan de alta que ayude al paciente de forma integral es preciso que la enfermera realice una valoración constante y brinde información y capacitación sobre los cuidados extra hospitalarios durante su estancia en la unidad y hasta el momento de egreso.</p> <p>Población blanco: Familiares, cuidadores formales y el paciente.</p> <p>Responsable: Esta actividad está a cargo de la enfermera que lleva su cuidado, pero para la valoración de las necesidades y cuidados necesarios al alta puede apoyarse de la valoración de otros profesionales, como médicos, los propios cuidadores y enfermeras</p>	<p>CMP7 ¿En qué momento se debe brindar al paciente el plan de alta de enfermería?</p>	<p>-Durante su estancia en su unidad -Hasta el momento de egreso</p>	<p>Incluye en su respuesta los dos momentos que se mencionan y/o responde con similitud.</p>	<p>Integra en su respuesta solamente uno de los dos momentos, o responde con similitud.</p>	<p>Responde con un elemento no relacionado al tiempo en el que se debe brindar el plan de alta. O no responde.</p>
	<p>CMP8 ¿A quién se puede brindar el plan de alta de enfermería?</p>	<p>- Pacientes - Familiares Y -Cuidadores que brinden atención de enfermería</p>	<p>Responde que además del paciente se puede brindar a otros participantes del cuidado del paciente.</p>	<p>Responde que el plan de alta solo se brinda al paciente. O a alguno de los participantes en el cuidado del paciente mencionados.</p>	<p>No responde o responde personas no involucradas con el cuidado de la salud del paciente.</p>
	<p>CMP9 Mencione quien puede participar en la valoración del paciente al cual se brindara el plan de alta de enfermería</p>	<p>-Personal de enfermería que brinda atención especializada y o ambulante al paciente. - Médico tratante. - Equipo multidisciplinario - Enfermera tratante -Familiares y cuidadores</p>	<p>Responde que la enfermera responsable además de algún otro u otros participantes en el cuidado del paciente mencionados, u otros si son considerados validos por el juicio crítico del paciente.</p>	<p>Responde que la valoración de las necesidades de cuidado en el plan de alta es exclusivamente de una persona. O similar.</p>	<p>No responde o responde personas no involucradas con el cuidado de la salud del paciente.</p>
	<p>CMP10 Mencione en que formato puede brindarse el plan de alta de enfermería</p>	<p>- De forma practica - De forma escrita - De forma verbal</p>	<p>Responde con 2 o más de las respuestas señaladas, y/o complementa con respuestas adicionales validadas por el juicio crítico del evaluador, o estas son cotejables en bases de información vigente.</p>	<p>Responde con 1 de las respuestas señaladas, y/o responde con respuestas adicionales validadas por el juicio crítico del evaluador, o estas son cotejables en bases de información vigente.</p>	<p>No responde o responde con formatos en los que no puede o debe brindarse el plan de alta, validados por el juicio crítico del evaluador o cotejable en bases de información vigente</p>
	<p>CMP17 ¿Qué debe hacer el</p>	<p>-No brindar información que excede sus</p>	<p>Identifica 2 o más de los elementos</p>	<p>Identifica un elemento de los</p>	<p>No responde con los elementos</p>

<p>especialistas.</p> <p>Formato: Es posible brindar Plan de Alta, por escrito, de manera verbal no obstante es un poco menos recomendable debido a la dificultad que implica recuperar la información recibida, incluso puede brindarse de forma practica la cual es útil en situaciones donde el paciente o familiares deben realizar algún procedimiento.</p>	<p>personal de enfermería cuando el paciente o familiares le soliciten información sobre su diagnóstico, pronóstico y cuidado durante el plan de alta de enfermería?</p>	<p>competencias</p> <p>-Brindar información sobre sus competencias</p> <p>-Apoyar a familiares para conseguir la información con su médico tratante.</p>	<p>mencionados, en su respuesta y o integra y/o responde con dos o más elementos no mencionados pero por sus características sean importantes al brindar información/ sobre diagnóstico, pronóstico y cuidados en el plan de alta según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>mencionados en su respuesta o responde con un elemento no mencionado pero por sus características es importante al brindar información / sobre diagnóstico pronóstico y cuidado durante el plan de alta según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>mencionados o responde con elementos que no identifican la importancia de brindar información de diagnóstico pronóstico y cuidado durante el plan de alta. O no responde.</p>
---	--	--	--	---	--

Conocimientos Estructurales del Plan de Alta					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
<p>Los elementos que integran un plan de alta de enfermería son: signos de alarma, información, dieta, entorno, recreación, medicamentos espirituales.</p> <p>Signos de alarma: Son datos que el paciente y los cuidadores o familiares deben conocer, pues hablan del empeoramiento del estado de salud o una recaída, su identificación, puede marcar la diferencia en la atención oportuna.</p> <p>Información: Es importante que la persona y/o familiares conozcan su</p>	<p>CEP6 Mencione y desarrolle 1 nemotecnia que son útiles para la aplicación del plan de alta de enfermería</p>	<p>-CUIDARME -AHECHO -METODO</p>	<p>Menciona y desarrolla una o más nemotecnias de las mencionadas, y/o integra una nemotecnia válida según características del plan de alta.</p>	<p>Menciona pero no desarrolla una o más nemotecnias de las mencionadas, y/o integra nemotecnias válidas según características del plan de alta.</p>	<p>No menciona ninguna nemotecnia de las mencionadas o válidas. Integra una respuesta equivocada. O no responde.</p>
	<p>CEP12 Mencione los elementos que deben contemplarse en la formulación del plan de alta de enfermería</p>	<p>-Signos de alarma -Dieta -Ambiente -Recreación -Medicinas, -Información – Redes de apoyo y Espiritualidad</p>	<p>Responde con 4 o más de los elementos mencionados, y/o complementa o escribe elementos válidos o sinónimos, bajo juicio crítico del evaluador.</p>	<p>Responde con 2 o 3 de los elementos mencionados, y/o complementa o escribe elementos válidos o sinónimos, bajo juicio crítico del evaluador.</p>	<p>Responde con 1 o menos de los elementos mencionados, y/o escribe elementos no válidos o bajo juicio crítico del evaluador. O no responde.</p>
	<p>CEP13 Mencione la importancia de brindar información sobre espiritualidad en el plan de alta de enfermería:</p>	<p>-Los seres humanos somos trascendentes, y -las manifestaciones del espíritu son múltiples; (incluyen desde las expresiones artísticas hasta la dimensión religiosa). -Brindar orientación, en la enfermedad puede ayudar a potenciar esta parte del paciente, - ayudándole a</p>	<p>Identifica 2 o más de los elementos mencionados, como importantes al brindar información sobre la espiritualidad o integra y/o responde con dos o más elementos no mencionados pero por sus características</p>	<p>Identifica un elemento de los mencionados como importantes al brindar información sobre espiritualidad, o responde con un elemento no mencionado pero por sus características es importante al brindar información sobre espiritualidad</p>	<p>No responde con los elementos mencionados o responde con elementos que no identifican la importancia de brindar información de espiritualidad. O no responde.</p>

<p>pronóstico tratamiento, el profesional de Enfermería no debe comunicarlo , pero puede gestionar, que médico tratante</p>		<p>salir adelante.</p>	<p>cas sean importantes al brindar información sobre espiritualidad según sea considerado o por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	
<p>brinde esa información, por otro lado en su área de competencia os cuidados, puede brindar gran información para el cuidado extra domiciliario. Dieta: habla sobre la higiene en la preparación de alimentos, os elementos que contiene una dieta especial, la inclusión de alimentos preferenciales, la limitación de alimentos perjudiciales la información sobre nutrición y hábitos alimenticios saludables.</p>	<p>CEP14 Mencione la importancia de brindar información sobre las redes de apoyo en el plan de alta de enfermería</p>	<p>-Conocer redes de apoyo facilita la atención de los pacientes -Tener redes de apoyo ayuda a tomar decisiones en momentos cruciales. -Es importante para saber a dónde dirigirse en caso de requerir atención</p>	<p>Identifica 2 o más de los elementos mencionados, como importantes al brindar información sobre las redes de apoyo o integra y/o responde con dos o más elementos mencionados pero por sus características importantes al brindar información sobre las redes de apoyo según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>Identifica un elemento de los mencionados como importantes al brindar información sobre las redes de apoyo, o responde con un elemento no mencionado pero por sus características importantes al brindar información sobre las redes de apoyo según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>No responde con los elementos mencionados o responde con elementos que no identifican la importancia de brindar información de redes de apoyo. O no responde.</p>
	<p>CEP15 Mencione la importancia de brindar información/capacitación sobre la dieta en el plan de enfermería</p>	<p>-Ayuda a fortalecer hábitos alimenticios saludables - Brinda conocimiento a los pacientes</p>	<p>Identifica 2 o más de los elementos mencionados, como importantes al brindar</p>	<p>Identifica un elemento de los mencionados como importantes al brindar información /</p>	<p>No responde con los elementos mencionados o responde con elementos que no identifican la importancia</p>

<p>Entorno: se refiere a la disposición y manejo de basuras, higiene del hogar, riesgos arquitectónicos y de diseño del interior de hogar etc. Recreación: se refiere al uso de tiempo libre y, de acuerdo con ello, brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, fortaleciendo nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad.</p>		<p>sobre las limitaciones y alcances de dietas especiales - Es importante la enseñanza de hábitos higiénicos y sanitación de alimentos para evitar enfermedades gastrointestinales.</p>	<p>información /capacitación sobre la dieta o integra y/o responde con dos o más elementos no mencionados pero por sus características sean importantes al brindar información / capacitación sobre la dieta según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>capacitación sobre dieta, o responde con un elemento no mencionado pero por sus características es importante al brindar información / capacitación sobre dieta según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>de brindar información / capacitación de la dieta. O no responde.</p>
<p>Medicamentos: Se puede transcribir con letra legible la fórmula médica, se puede informar sobre horarios preferenciales para algunos medicamentos así como su toma antes o después de los alimentos. Espiritualidad</p>	<p>CEP16 Mencione la importancia de brindar información/capacitación sobre la medicación y tratamientos en casa en el plan de alta.</p>	<p>-Sirve para aclarar dudas, sobre dosis, horarios, vías de administración-ayuda a saber qué hacer en caso de sobredosificaciones, -eventos adversos, y -brinda tranquilidad a los pacientes en casa.</p>	<p>Identifica 2 o más de los elementos mencionados, como importantes al brindar información /capacitación sobre la medicación y otros tratamientos o integra y/o responde con dos o más elementos no mencionados pero por sus características sean importantes al brindar</p>	<p>Identifica un elemento de los mencionados como importantes al brindar información / capacitación sobre medicación y tratamientos, o responde con un elemento no mencionado pero por sus características es importante al brindar información / capacitación sobre medicación y tratamientos según sea considerado</p>	<p>No responde con los elementos mencionados o responde con elementos que no identifican la importancia de brindar información / capacitación de medicamentos y tratamientos. O no responde.</p>

<p>ad: Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características del paciente, y orientarlo hacia personas, o grupos que le puedan ser de ayuda en este aspecto.</p>			<p>información / capacitación sobre la medicación y otros tratamientos según sea considerado por el juicio crítico del evaluador.</p>	<p>por el juicio crítico del evaluador.</p>	
--	--	--	---	---	--

conocimientos institucionales del plan de alta					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
<p>El sistema de registros electrónicos Ehcós cuenta con un apartado específico para anotar el plan de alta de enfermería, y en él se encuentran disponibles recomendaciones generales y recomendaciones detalladas así como un apartado para otras recomendaciones.</p>	<p>CIP18 En el sistema de registros electrónicos Ehcós. ¿Cuál es la "ruta" para llegar al apartado "plan de alta de enfermería"?</p>	<p>Atender paciente → Herramientas → Informes de Enfermería → Plan de alta de enfermería.</p>	<p>Señala la ruta electrónica correcta hasta el apartado plan de alta. opción "A"</p>	<p>No aplica</p>	<p>No responde. O responde con elementos que no tienen relación con la ruta del plan de alta de enfermería.</p>
	<p>CIP19 Enliste 3 puntos que maneja el sistema Ehcós en el apartado "plan de alta"</p>	<p>Recomendaciones generales Recomendaciones detalladas y otras recomendaciones</p>	<p>Enlista 3 elementos que maneja el sistema Ehcós en el apartado plan de alta.</p>	<p>Enlista 2 elementos que maneja el sistema Ehcós en el apartado plan de alta.</p>	<p>Enlista un elemento de los contenidos en el sistema Ehcós en el apartado plan de alta. O no responde.</p>

Conocimientos Declarados del Plan de Alta					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
El registro del plan de alta en el sistema electrónico puede ser omitido en ocasiones, o este registro puede hacerse en apartados que no son específicos para dicha acción, o pueden ser complementados, es decir realizando el registro en el apartado "plan de alta" y además registrarlo en el apartado "observaciones de enfermería"	<p>CDP20 ¿Registra electrónicamente el haber brindado plan de alta de enfermería? (de ser así, escriba en que apartado lo hace)</p>	<p>Responde afirmativamente e el haber brindado plan de alta de enfermería, en alguno o varios de los apartados.</p>	<p>Responde afirmativamente e el haber brindado plan de alta de enfermería y registrarlo en el apartado "plan de alta de enfermería"</p>	<p>Responde afirmativamente e el haber brindado plan de alta de enfermería y registrarlo en el apartado "observaciones de enfermería" O en el apartado "plan de cuidados de enfermería" o haberlo brindado pero no registrarlo.</p>	<p>Responde negativamente e el haber brindado plan de alta de enfermería. O no responde.</p>
	<p>CDP11 Mencione de qué forma brinda a sus pacientes el plan de alta de enfermería.</p>	<p>De forma practica - De forma escrita - De forma verbal -de forma Impresa</p>	<p>De cualquiera de las formas anteriormente escritas.</p>	<p>No aplica</p>	<p>No responde o da una respuesta por el juicio crítico del evaluador o cotejable en bases de información vigente</p>

Conocimientos Observados del Plan de Alta					
Contenido	Pregunta	Respuesta	2 Puntos	1 Punto	0 Puntos
<p>El registro del plan de alta en el sistema electrónico puede ser omitido en ocasiones, o este registro puede hacerse en apartados que no son específicos para dicha acción, o incluso pueden ser complementados, es decir registrarlos en el apartado "plan de alta" y además en el apartado "observaciones de enfermería"</p> <p>Observaciones de Enfermería: es un apartado donde enfermería, realiza parte de su valoración, cuidados brindados así como eventualidades durante su turno.</p> <p>Plan de alta: se encuentran disponibles recomendaciones generales y recomendaciones detalladas así como un apartado para otras recomendaciones y el</p>	<p>COP1 ¿Registra en el apartado "observaciones de enfermería" haber brindado información o capacitación usando el término "plan de alta de enfermería"?</p>	<p>Registra en el apartado de "observaciones de enfermería" -Se (-da, o, se -brinda, se -proporciona -se capacita - se informa sobre él, u -otro sinónimo) plan de alta de enfermería.</p>	<p>Registra en el apartado de "observaciones de enfermería" haber brindado información escrita o verbal o capacitación a los receptores del plan de alta, utilizando el término "plan de alta con alguna de las variaciones descritas anteriormente.</p>	<p>No hay registros validos por un punto en este ítem</p>	<p>No usa el término "plan de alta" en los registros del apartado observaciones de enfermería</p>
	<p>COP2 ¿Registra en el apartado "observaciones de enfermería" haber brindado información o capacitación relacionada al plan de alta sin usar el término "plan de alta de enfermería"?</p>	<p>Registra en el apartado de "observaciones de enfermería" la siguientes frases: se (-da, o, se -brinda, se -proporciona - se capacita - se informa sobre él, u -otro sinónimo & -alta de enfermería -continuidad en la atención de enfermería - discharge plan nursing O incluye las siguientes frases: -"se resuelven dudas... -"Se brinda información...- "se enseña a (receptores del plan de alta)... - "se capacita a (receptores del plan de alta) ...sobre</p>	<p>Registra en el apartado de "observaciones de enfermería" haber brindado información o capacitación relacionada al plan de alta de enfermería sin usar el término plan de alta pero incluyendo las especificaciones mencionadas anteriormente, o agrega términos extra, que sean considerados por el juicio crítico del evaluador como similares.</p>	<p>No hay registros validos por un punto en este ítem</p>	<p>No registra en el apartado "observaciones de enfermería" haber brindado información o capacitación del plan de alta con sinónimos o palabras que sean válidas por el juicio crítico del evaluador.</p>

<p>señalamiento del formato en que se brindó el Plan de Alta “forma escrita o capacitación”</p> <p>Plan de cuidados de enfermería:</p> <p>En esta sección se pueden establecer planes de cuidados “nuevos” o “pre establecidos”</p> <p>Ya sea creándolos o seleccionando los a existentes. Si bien los planes de cuidado no son meramente un Plan de Alta, su creación, puede contemplar la información / capacitación que necesita el paciente y cuando la enfermera los crea, está respondiendo a las necesidades de su paciente</p>	<p>COP3 ¿Registra en el apartado “plan de alta” recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones?</p>	<p>componentes del plan de alta”</p> <p>Registra en el apartado “plan de alta” recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones.</p>	<p>Registra en el apartado “plan de alta” recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones</p>	<p>No hay registros validos por un punto en este ítem</p>	<p>No registra en el apartado “plan de alta” recomendaciones generales, detalladas u otras recomendaciones</p>
	<p>COP4 ¿Establece planes de cuidados en el apartado “Plan de cuidados de enfermería” relacionados directamente con puntos integrantes del plan de alta?</p>	<p>comunicación, signos de alarma, información, dieta, ambiente, recreación, medicinas y espiritualidad.</p>	<p>Establece planes de cuidados en el apartado “plan de cuidados de enfermería” relacionados directamente con puntos integrantes del plan de alta.</p>	<p>No hay registros validos por un punto en este ítem</p>	<p>No establece planes de cuidados en el apartado “plan de cuidados de enfermería” relacionados directamente con puntos integrantes del plan de alta.</p>

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Alves VA, Andrade M, Rocha SM. Alta de niños con estoma: Una revisión integradora de la literatura. Referencia.2013;3(10):145 - 152
- ² González GJ. Coste-efectividad de un programa de seguimiento tras el alta hospitalaria de ancianos con insuficiencia Cardíaca [Tesis Doctoral]. Madrid: 2013.
- ³ Tixtha LE, Alba LA, Córdoba AM, Campos CE. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. ENF NEUROL (MEX).2014; 13 (1) 12-18.
- ⁴ Nava GMG. Plan de alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica.2013;12(1): 40- 44
- ⁵ Pinzón SL. El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. España
- ⁶ Plan de estudios de la universidad de caldas modulo cuidado básico de enfermería. Disponible en: http://acad.ucaldas.edu.co/gestionacademica/planestudios/pensumver.asp?cod=414&cod_carrera=02
4 Revisado 15 Noviembre 2016.
- ⁷ Plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala México. Modulo Enfermería en la salud del adulto. Disponible en: http://www.iztacala.unam.mx/uae/uae_planest_enf.php
- ⁸ Dirección General Adjunta Médica. Manual de procedimientos del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Servicio de Medicina Interna. Mayo 2015. Pp. 133
- ⁹ Subdirección de Medicina Crítica. Manual de procedimientos operativos e instrucciones de trabajo del Instituto Nacional de Pediatría. Abril 2012. PAG 242
- ¹⁰ Manual de procedimientos de enfermería del hospital psiquiátrico Juan ramón de la fuente Septiembre 2011 pág. 70
- ¹¹ Manual de procedimientos administrativos de la jefatura de los servicios de enfermería Del Hospital Juárez de México Marzo 2012
- ¹² Comisión de calidad en enfermería. Normas de cumplimentación registros enfermeros del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Octubre 2006. Pp. 1 - 4
- ¹³ Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Madrid, España: (2001).
- ¹⁴ International Organization for Standardization. Quality: Terms and Definitions. 1989
- ¹⁵ Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. JAMA. 1988 Sep 23-30; 260(12):1743-8. The quality of care. How can it be assessed?
- ¹⁶ Rosa Sunol. Ponències i Jornades: Rosa Suñol i Àlvar Net La calidad de la atención. Àlvar Net.
- ¹⁷ Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 1983.
- ¹⁸ Misión y visión de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad C.C.I.N.C.H.A.E. Disponible en <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/acercade.html>

-
- ¹⁹ Descripción de los institutos de salud párrafo 3 “Institutos Nacionales de salud” Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/ins.html>
- ²⁰ Descripción de los institutos de salud párrafo 4 “Institutos Nacionales de salud” Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/2012/ins.html>
- ²¹ Mística Institucional. Filosofía, Misión visión y objetivos Párrafo 1 - 3 Disponible en: <http://innsz.mx/opencms/contenido/conoce/index.html>
- ²² Equipo de trabajo de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Fuente DOF: 02/09/2013.
- ²³ Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico de CIE para la profesión de enfermería. Ginebra, Suiza. 2012 disponible: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf
- ²⁴ Equipo de trabajo de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico fuente: DOF: 15/10/2012
- ²⁵ Pascual OS, Arija AY, Palacios GS. Satisfacción del profesional de enfermería con el nuevo Informe de alta - traslado de URPA. REV ENFERM CYL. 2013;5(2) 67 - 71
- ²⁶ Serrato RF, Vila LJ, Serrano AL. Continuidad de cuidados de los pacientes en diálisis peritoneal: atención especializada – Atención Primaria. ENFERM NEFROL. 2013;16(1): 141 - 147
- ²⁷ Villarejo AL, Pancarbo HP. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificados en pacientes mayores pluri patológicos tras el alta hospitalaria. GEROKOMOS.2011;22(4): 152 - 161
- ²⁸ Zamora S.J, Martínez LR, Puig GN, Et al. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. Metas Enferm. 2009;12(3) 23-30
- ²⁹ García P.F. El Alta de enfermería como instrumento de continuidad de los cuidados. Ponencia al XXII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Cáceres 2, 3 y 4 de Mayo de 2001.
- ³⁰ Torres SM. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Continuidad del cuidado y seguridad del paciente [Tesis]. México: ENEO; 2011.
- ³¹ Hall KK, Chang AB, O Grady KF. Discharge plan to prevent hospital readmission for acute exacerbations in children with chronic respiratory illness. [Protocol]. CDSR.2016; Art. No: 10012315.001:10.1002714651858.10012315.
- ³² Pérez PA, Gómez HR, Álvarez GF, Et al. Documento de consenso sobre el tratamiento al alta hospitalaria del paciente con hiperglucemia. MED CLIN (BARC). 2012; 138(15): 666e.1 – 666.e10.
- ³³ Colli M, Valengo ZA. Validation of a nursing discharge plan for pregnant and high-risk puerperal women. REV MIN ENFERM. 2016; 20: e934 001:10.5935/1415-2762.20160004.
- ³⁴ Andrietta MP, Lopes MR, Bottura LA. Plan de Alta hospitalaria para pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva. REV LATINO-AM ENFERMAGEM. 2011; 19(6): 00 – 09 pantallas.
- ³⁵ Adamuz TJ, González SM, Matud CC. Detección de necesidades educativas al alta en pacientes con Neumonía Adquirida en Comunidad. METAS ENFERM 2015; 18(6): 70 – 74.
- ³⁶ Moreno MM, Garza FL, Interrial GM. Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. CIENCIA Y ENFERMERÍA XIX. 2013;(3): 11- 20

-
- ³⁷ Rigan E, Mendes M, Corradí DJ, Et al. Plano de alta como estratégia para comunicação efectiva na internação hospitalar. BJSCR.2014; 7(1): 30 – 34.
- ³⁸ Puchia C y Jara P. Enfermería y los cuidados domiciliarios de los mayores en la era de la globalización. ENFERMERÍA UNIVERSIARIA.2015; 12(4): 219 – 225.
- ³⁹ Martínez RM. Evaluación y mejora del proceso de alta hospitalaria [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Alicante; 2014.
- ⁴⁰ Mendoza GD, Navarro A, Sánchez QA, Et al. Retraso del plan de alta hospitalaria por motivos no médicos. REV CLIN ESP 2012; 212 (5): 229 – 234.
- ⁴¹ Collinetti PF, Galán PM. Uso de un instrumento de clasificación de pacientes como guía de la planificación del alta de Enfermería. ACTA PAUL ENFERM. 2008;21(3): 393 - 397
- ⁴² Galarza MY. Implantación del Plan de Alta interdisciplinario para pacientes con problemas neurológicos hospitalarios en medicina interna [Tesis]. México: U.A.S.L.P. Facultad de Enfermería; 2009
- ⁴³ Pérez BI. Efecto del plan de alta de enfermería e los conocimientos y habilidades del cuidador primario [Tesis]. México: U.A.S.L.P. Facultad de Enfermería; 2008.
- ⁴⁴ Cano AA, Martin M, Martínez PM, ET AL. Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. ATEN PRIMARIA. 2008; 40 (6): 291- 295.
- ⁴⁵ Martínez AA, Vázquez CM. Participación enfermera en un programa de alta planificada, conciliación de medicación y educación al paciente reduce el uso de atención sanitaria innecesaria. EVIDENTIA.2010;7(30):
- ⁴⁶ Feuenzalida IC, Ferro RI, Sinches CC, Et al. Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación ventricular. EMERGENCIAS.2015;27: 75- 81
- ⁴⁷ Narváez RE. Aplicación del plan de alta de enfermería por parte del profesional de enfermería [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Carrera de Enfermería; 2015.
- ⁴⁸ Dirección general de información en salud. Bases de datos sobre egresos hospitalarios. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html
- ⁴⁹ Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Metodología de la investigación. Perú. Mc GrawHill; 2010. 5ta Ed. Pp. 312.
- ⁵⁰ Ley General de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en salud DOF: 02/04/2014, Artículo 17
- ⁵¹ World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2016. Revisada: 29 de Noviembre 2016. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- ⁵² Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Número de Habitantes para La Ciudad de México en 2015. Pirámide Poblacional. Consultado el 20 de enero 2017 Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>