



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



RECURSOS Y TIEMPO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL CAMBIO DE PAÑAL AL RESIDENTE DEL HOSPITAL CENTRO GERIÁTRICO DR. PIÑEYRO DEL CAMPO

AUTORES:

Br. Díaz, Viviana
Br. Ferreira, Pablo
Br. Fleitas, Francia
Br. Guillermo, Virginia
Br. Izaguirre, Florencia

TUTORES:

Prof. Mgtr. Costabel, Miriam

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

Montevideo, 2006

INDICE

	Paginas.
Índice.....	2
Epígrafe.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos.....	7
Justificación.....	8
Marco conceptual.....	9
Metodología de trabajo.....	21
Tabulación y Gráficos.....	26
Análisis de los Datos recolectados.....	31
Resultados.....	32
Conclusión.....	33
Sugerencias.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	37

EPIGRAFE

LOS VIEJOS

*Cuando ya estamos viejos
y cansados de la vida,
nos sentimos despreciados
como águilas perdidas*

*Después de haber caminado
un sendero tan extenso,
buscamos un lugarcito
para reposar los huesos.*

*Esa hermosa cabellera
orgullo de juventud,
tan blanca se ha quedado
como el género y el tul*

*Esas caras atesaditas
que tenían cuando jóvenes,
no les cabe ni una arruga
y parecen acordeones.*

*Y el cuerpo que les parece
encorvados como un tres,
ya no ven los pobres viejos
y hay que darles de comer.*

*Y pronto estamos cansados
y no sabemos que hacer,
con esos viejos queridos
que nos dieron nuestro ser.*

*Y no tenemos presente
lo que nos va a suceder,
que sea tarde o temprano,
viejos vamos a ser.*

Luz Amparo Sundkvist *

* CHILA, POEMAS, ESPAÑA, 1987.

AGRADECIMIENTOS

Los autores deseamos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han apoyado este trabajo de Investigación.

Nuestros familiares merecen mención especial por su comprensión.

Estamos particularmente agradecidos a la orientación y apoyo profesional que nos ha brindado la Profesora Mg. Miriam Costabel.

Damos nuestro reconocimiento al Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo, Dirección, Personal y residentes.

Por último agradecemos a las bibliotecólogas quienes guiaron nuestra búsqueda bibliográfica desde los diferentes lugares a los cuales asistimos, Ministerio de Trabajo, Biblioteca Nacional, Biblioteca del Sanatorio Casa de Galicia, Biblioteca de la Central Uruguaya de la OIT y la Biblioteca de la Facultad de Enfermería.

RESUMEN

Esta Investigación esta dirigida a conocer los recursos humanos, materiales financieros y tiempo que presenta el Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo (HCGPC) para la técnica de cambio de pañal, ya que no hay investigaciones a nivel nacional sobre este tema.

Debido a que la población del Uruguay presenta un alto índice de envejecimiento, resulta importante desde el punto de vista de enfermería el cuidado integral y dentro de este, la integridad tegumentaria de dicha población.

En referencia a los recursos humanos (RRHH) se estratificó en Licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería y cuidadores.

La información se obtuvo mediante la observación y se registro en los dos instrumentos que fueron creados y puestos a prueba por los integrantes de este grupo de Trabajo de Investigación Final (TIF).

La investigación se llevo a cabo en el periodo comprendido entre noviembre 2005 y octubre 2006 en las unidades asistenciales A y D, siendo la misma una investigación cuali-cuantitativa, descriptiva, transversal y prospectiva.¹

Se considero transversal, cuando se fijo el periodo en el que se realizo nuestra investigación y prospectiva cuando se observo la secuencia de los pasos en la técnica del cambio de pañal.

Estos datos recolectados fueron descritos para cada variable, presentándolos mediante tablas de distribución por frecuencia absoluta y distribución de frecuencia relativa porcentual.

Se identificaron 40 personas, las mismas abarcan tres categorías, es decir, Licenciadas en enfermería, Auxiliares en enfermería y cuidadores interinos.

El estudio revelo que los RRHH y RRMM son insuficientes en la demanda de residentes existentes para llevar acabo una técnica completa de cambio de pañal, incluyendo la variable tiempo, ya que la secuencia de pasos para la técnica no se encuentra contemplada por el personal. En cuanto al recurso material pañal, el mismo se utiliza una vez en tres turnos, excluyendo la noche.

Sugerimos que a posteriori, se realicen investigaciones que abarquen la óptima utilización del recurso material (pañal) en relación a la necesidad real del residente. Esto implica tener en cuenta el valor del costo-beneficio.

¹ Hernandez Sampieri Roberto, Dr. Fernandez Collado, Metodología de la Investigación, 1ª Edición, McGrawHill, México, 1991

INTRODUCCIÓN

A continuación se describirá el trabajo que se realizó como estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, realizando la TIF, la misma está ubicada en el cuarto ciclo, último semestre, fue tutorada por el Departamento de Adulto y Anciano, por las profesoras Licenciadas Prof. Mg Miriam Costabel y la Licenciada en Enfermería Prof. Adj. Rosa Velloso.

Esta investigación se desarrolló en el HCGPC ubicado en la ciudad de Montevideo, entre las calles Larrañave y Víctor Arreguine, en el período comprendido entre noviembre 2005 y octubre 2006, con el consentimiento de la Dirección del mismo.

La investigación está dirigida hacia lo que parece sencillo, el cambio de pañal, que requiere de los conocimientos necesarios en ventajas y desventajas para el binomio residente-equipo de enfermería, de realizarlo en tiempo y forma; cuidando la integridad tegumentaria, realizando una higiene correcta, otorgando confort, seguridad y brindando dignidad humana en las necesidades básicas como lo es la eliminación, mediante las técnicas existentes y teniendo presente los RRHH, RRMM y RRF con los que se cuenta, claro está que no deja de ser parte de la realidad en la que se desarrolla el sistema de salud actual. Las estadísticas del Uruguay nos demuestran que la mayor población son adultos mayores (I. Enveje: 13,4%), de las cuales 25.000 personas mayores de 65 años están institucionalizados (5% - 7%).² Nuestro deber como futuros Licenciados en Enfermería es investigar sobre aspectos que involucren a la población predominante.

En cuanto a la muestra que se eligió para llevar a cabo el trabajo de investigación, son aquellos funcionarios del equipo de enfermería que se desempeñan en las unidades asistenciales A y D de los turnos mañana y tarde del ya mencionado centro.

A continuación se describirá la investigación denominada "Recursos y Tiempo del equipo de Enfermería en el cambio de pañal al residente del HCGPC" la misma se basó en la Teoría de la continuidad, la premisa central es que los adultos tienen una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores, consideramos que el hecho de tener que utilizar pañales es una forma de adaptación a las necesidades del geronte entendiendo como tal a aquel individuo que ha alcanzado la vejez con todos los fenómenos físicos, psicológicos, sociales que le acompañan.

La metodología que se utilizó en esta investigación es cualitativa, descriptiva, transversal y prospectiva, los métodos utilizados son la entrevista y la observación.

En la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos los cuales están en el (Anexos Nº 1 y 2), los mismos fueron creados y puestos a prueba por los integrantes de este grupo de TIF.

Este informe está basado en la guía de Proyecto e Informe Final de la O.P.S.

² Programa Nacional del Geronte, 2005.

Problema de investigación

¿Quiénes son los Recursos Humanos (RRHH), Recursos Materiales (RRMM), Recursos Financieros (RRFF) y qué tiempo le insume al equipo de enfermería, el cambio de pañal como medida de confort al residente de las Unidades asistenciales A y D de los turnos mañana y tarde del HCGPC?

Objetivo General

Describir los RRHH, RRMM, RRFF y el tiempo que le implica a enfermería el cambio de pañal al residente del HCGPC.

Objetivos específicos

- Identificar el personal encargado de realizar dicha tarea a los residentes del HCGPC.
- Conocer técnicas y/o protocolos existentes en el HCGPC acerca del cambio de pañal.
- Caracterizar a los residentes de las Unidades Asistenciales seleccionadas.
- Conocer los recursos materiales, financieros y el tiempo que se requiere para el cambio de pañal en el HCGPC.
- Cuantificar y presupuestar los RRMM necesarios para el cambio de pañal de las Unidades Asistenciales A y D del HCGPC.
- Describir el cumplimiento de la secuencia de pasos en la técnica de cambio de pañal realizada por el equipo de Enfermería.

Justificación

Luego de realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica en cuanto a material nacional e internacional obtuvimos que en nuestro país existen limitados trabajos realizados en la atención de enfermería al geronte sobre el tema.

Las estadísticas del Uruguay nos demuestran que la mayor población *son adultos mayores* y es nuestro deber como futuros Licenciados en Enfermería, investigar sobre aspectos que involucren a la población predominante. Teniendo en cuenta la sugerencia otorgada por la Facultad de Enfermería específicamente el Departamento de Adulto y Anciano, nos pareció oportuno dirigir nuestra investigación hacia lo que parece sencillo, el cambio de pañal, que requiere de los conocimientos necesarios en ventajas y desventajas para el binomio residente-equipe de enfermería de realizarlo en tiempo y forma; cuidando la integridad tegumentaria y brindando dignidad humana en las necesidades básicas como lo es la eliminación, mediante las técnicas existentes y teniendo presente los recursos humanos, materiales y financieros con los que se cuenta, claro está que no dejamos de ser conscientes de la realidad en la que se desarrolla el sistema de salud actual, así como tampoco de los cambios que se avocinan.

Esta investigación pretende realizar una descripción de la realidad quedando abierta a investigaciones experimentales que modifiquen el actual desempeño.

En cuanto a la población que elegimos para llevar a cabo nuestra investigación son aquellos integrantes del equipo de enfermería de las unidades asistenciales A y D de los turnos mañana y tarde, que realizan el cambio de pañal al residente de HCGPC, debido a que en estas unidades asistenciales y estos turnos (y según nuestra referencia del marco conceptual además de la información obtenida en la entrevista realizada a Licenciada Jefe del Departamento de Enfermería y Licenciada en Enfermería del Departamento de Logística de dicha institución, Anexo N°3) es donde hay más residentes dependientes de los cuidados de enfermería y aquellos que utilizan pañal. Este grupo utilizó como referencia al Programa de Gestión Nacional de Atención Médica (Argentina) para los tiempos requeridos por Enfermería en el desempeño óptimo de las actividades, siendo la base para la descripción de la técnica de cambio de pañal.

Es por esto que decidimos utilizar el índice de Barthel para caracterizar a los residentes de las unidades asistenciales ya mencionadas, con el objetivo de verificar los diferentes grados de dependencia, siendo éste índice el más acorde al trabajo de investigación.

En base a esto nos pareció oportuno citar la teoría de la continuidad en donde la premisa central es que los adultos tienen una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores, consideramos que el hecho de tener que utilizar pañales es una forma de adaptación a las necesidades del geronte entendiendo como tal a aquel individuo que ha alcanzado la vejez.

Marco conceptual

Estadísticas del I.N.E

En Uruguay la población es de 3.240.887 habitantes los cuales se dividen en 19 Departamentos diferentes. La población mayor de 65 años es del 13,4%, mayor de 60 años el 17% y mayor de 80 años el 3%.

La distribución por sexo es de Femenino 52% y Masculino 48%

Uruguay es uno de los países más envejecidos de Las Américas (I. Envej: 13,4%). La mitad de las personas mayores de 65 años residen en Montevideo y los mayores de 75 años crecen aceleradamente (40% para 2025).

El 20 % de los adultos mayores en comunidad, padecen dificultades en actividades básicas de vida diaria mientras que 25.000 personas mayores de 65 años, están institucionalizados (5% - 7%).

Breve reseña histórica del Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo

Daremos una breve reseña de la historia del actual Hospital Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo.

Gracias a la visión del Dr. en Abogacía Luis Piñeyro del Campo se funda en 1860 con el nombre de "Asilo de Mendigos" y es regido por la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, contando con 13 asilados al día de su inauguración.

Desde 1860 a 1910 cambia su nombre desde "Asilo de Mendigos" a "Asilo de Mendigos y Crónicos" y luego pasa a ser "Asilo de Inválidos y Crónicos Dr. Piñeyro del Campo".

Desde entonces dicha estructura edilicia ha pasado por varias reformas en pro del bienestar, confort e higiene del asilado.

En Diciembre del año 2004 se resuelve la modificación de la denominación del Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo por la actual Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo de modo que coincidiera con la misión y visión de la institución. (Anexo N° 8)

Características del funcionamiento

Con el objeto de dar cuenta de misión objetivo, actividades y resultados, el Centro Geriátrico se organizará en las siguientes unidades funcionales, cada unidad establecerá unos perfiles de usuarios (criterios de ingreso), organización de la atención y oferta de servicios de acuerdo a funciones delimitadas. Se establece una dotación de camas de 300 como capacidad máxima para la superficie del hospital.

El Hospital Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo se divide en cuatro unidades asistenciales que son A, B, C, D, un hogar diurno y una unidad de terapia ocupacional.

A continuación describiremos las unidades asistenciales en las cuales trabajaremos, las mismas están caracterizadas según el perfil de los residentes que presentan cada uno de ellos:

- Unidad Asistencial A: encontramos residentes con dependencia severa que necesitan ser higienizados, vestidos, transportados y en algunos casos alimentados. Esta unidad presenta cuatro salas, 2 de ellas son de mujeres sala 1 con 14 y sala 2 con 12. Sala 3 tiene 15 hombres y sala 4 tiene 14.

- Unidad Asistencial D: encontramos personas mayores con trastornos cognitivos, se denomina sicogeriatrico, agrupa individuos con demencias de todo tipo. Los residentes de esta unidad, presentan, en mayor o menor grado, alteraciones que se nuclea en los síndromes geriátricos: depresión, confusión, incontinencia, inestabilidad, caídas e inmovilidad.

Esta unidad presenta cuatro salas de las cuales 1 y 2 son de mujeres con 17 cada una y de hombres sala 3 con 16 y sala 4 con 18. También hay un anexo en sala 3 con 3 hombres.

La dotación de recursos humanos estará acorde a los mínimos recomendados para los perfiles de necesidades de atención de los usuarios residentes.

En los servicios internos (unidades) contemplará la relación de 3.5 residentes por cuidador en unidades de alta dependencia, paliativos y demenciales y de 6 residentes por cuidador en la unidad de patología no demenciales y la actual unidad de auto válidos.

Descripción de cargos

La Licenciada en Enfermería según el Ministerio de Salud Pública tiene la responsabilidad de supervisar, interpretar, cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentos y disposiciones del departamento al personal, pacientes, familiares, visita y comunidad.

Planifica y realiza la atención de enfermería a los pacientes de acuerdo a sus necesidades básicas, diagnóstico y tratamiento.

Controla y coordina el abastecimiento, distribución, uso, mantenimiento de los equipos, materiales y medicamentos de la unidad de enfermería, durante las 24 horas del día realizando inventario del material y equipos de acuerdo a normas vigentes.

Colabora con el médico en la valoración y en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes de su unidad.

Realiza los trámites administrativos de coordinación para consulta y traslado intra y extra hospitalarios.

Promueve acciones tendientes a prevenir accidentes a los pacientes y al personal.

Orienta e instruye a los pacientes, familiares y comunidad sobre cuidados que deben tener durante la internación y atención ambulatoria.

Controla el mantenimiento del orden y limpieza de las salas.

Informa al Departamento de Enfermería el movimiento de la unidad, número de ingresos y altas, eleva el parte diario sobre el estado de los pacientes.

Supervisa la alimentación de los pacientes, de acuerdo a las dietas prescritas.

Realiza adiestramiento en el servicio en forma continua al personal a su cargo y reuniones periódicas con el personal de su dependencia participando en aquellas que tenga relación con su área de trabajo.

Colabora con el Departamento de Enfermería en la elaboración de manuales, normas, técnicas y procedimientos de Enfermería.

Evalúa al personal a su cargo.

Elabora el plan de horario, rotación de días libres del personal bajo su dependencia y colabora con el Departamento de Enfermería en la elaboración del plan de Licencias anuales.

Realiza y supervisa el cumplimiento del pase de guardia en forma oral y escrita. Colabora con los Docentes de enfermería en la experiencia clínica de los estudiantes.

Participa en las investigaciones de enfermería que se realicen en el área de su competencia. Por otro lado en lo que compete a la descripción de cargo del Auxiliar de Enfermería debe cumplir con los reglamentos y disposiciones del establecimiento en el cual se desempeña, integra el equipo de salud reconociendo jerarquías. Ejecuta el plan diario de cuidados de enfermería asignado por la Licenciada en Enfermería. Realiza el correcto cumplimiento de las indicaciones médicas y sus registros. Controla y registra signos vitales y antropométricos de los pacientes a su cargo. Administra medicamentos por distintas vías y horarios asignados. Registra indicaciones médicas y de enfermería cumplida en la Historia Clínica de acuerdo a las normas del servicio. Realiza actividades para la satisfacción de las necesidades básicas de aquellos que lo requieran. Ayuda a los pacientes que no pueden alimentarse por sí mismos y controla las dietas correspondientes. Mide y registra las ingestas y excretas del paciente. Realiza la higiene, confort y movilizaciones de los pacientes imposibilitados, previniendo úlceras y deformaciones posturales. Brinda atención de enfermería en todos los casos reemergencia, mientras no llegue la Licenciada de Enfermería y/o el Médico. Realiza el tendido de camas, camillas, camas quirúrgicas de los pacientes a su cargo, el recuento, acondicionamiento, traslado y distribución de la ropa de su unidad. Retira del centro de materiales equipos y materiales para su unidad. Prepara y esteriliza material de uso médico y enfermería en caso de no contar con un centro de materiales. Traslada a pacientes en sillas de ruedas, camillas o ambulatorios para exámenes especializados. Participa en la orientación sobre normas, reglamentos y disposiciones del establecimiento al paciente, familia y visitas. Realiza cuidados post-mortem. Realiza un correcto pase de guardia de acuerdo a las normas del servicio. Asiste a las actividades educativas de su área programada por el Departamento de Enfermería. Colabora con el mantenimiento del orden, limpieza y cuidado de la sala. Favorece la comunicación y cumple con la coordinación establecida por el Departamento de Enfermería y los demás departamentos del Establecimiento.

No existe como tal en el M.S.P ni en el Hospital Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo la descripción de cargo del Cuidador; lo que se recabó en la entrevista realizada a la Jefa del Departamento de Enfermería es que realiza las funciones de higiene y confort, y alimentación del residente.

Definición de Enfermería

De acuerdo a lo expresado anteriormente nos parece de interés citar la definición creada en Plan 93 de la Facultad de Enfermería sobre enfermería:

“Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención”.

Definición de Geronte

Por Geronte entendemos al término que se le aplica a aquel individuo que ha alcanzado la vejez con todos los fenómenos físicos, psicológicos, sociales que le acompañan. Nos basamos en la teoría de continuidad para lograr comprender los cambios adaptativos que sufre esta población, respetando los derechos del usuario (Anexo N° 4).

Clasificación de la población por grupos de edades y su justificación

Adulto joven (19 – 25 años): Se encuentra en plenitud física. Hay un desarrollo de sistema músculo-esquelético incompleto. Se inicia la consolidación del rol social.

Adulto medio (26 – 50 años): Hay cambios no visibles de disminución de las funciones corporales. Se produce la consolidación del rol social, con cambios de roles y de responsabilidades.

Adulto pre-senil (51 – 64 años): se evidencian algunos cambios corporales. Hay disminución de las respuestas adaptativas a los cambios.

Anciano (65 años en adelante): Es una etapa de disminución de las capacidades. Existen pérdidas de roles, familiares, amigos, etc.

Definición de recursos

Para la realización de una investigación es necesario conocer los recursos con los que cuenta dicha institución. En relación a los recursos humanos es necesario especificar el personal que estará involucrado directamente con las acciones a investigar.

Otros recursos que deben considerarse son los recursos materiales y físicos que sean parte de la investigación, puntualmente en nuestro trabajo son los pañales y aquellos materiales que se utilizan en la serie de pasos de la técnica de cambio de pañal.

El detalle de los recursos tiene implicancia presupuestaria que deben ser consideradas y especificadas con precisión.

Con respecto al tiempo, es aquel periodo en minutos que lleva la secuencia de pasos de la técnica de cambio de pañal, siendo un determinado tiempo ya estipulado, la totalidad de los pasos.

Para la caracterización de dicha población utilizaremos además de las variables expuestas en la metodología del trabajo, el índice de Barthel (Anexo N° 5), el cual se refiere a los niveles de dependencia.

Bienestar

El bienestar se indica por:

1. La posibilidad de cada persona para actuar a la medida de sus capacidades
2. La habilidad de ajustarse y adaptarse a circunstancias variadas
3. Una sensación de bienestar manifestada por el propio individuo
4. Una sensación de que todo concuerda y esta en armonía

Con base en estos criterios resulta evidente que el objetivo de quienes proporcionan atención a la salud consiste en fomentar cambios positivos, encaminados a la salud y bienestar. El hecho de que la sensación de bienestar tenga un aspecto subjetivo, resalta la importancia de reconocer y responder a cada paciente en forma individual y variada con respecto a la enfermería y los servicios de salud.

Seguridad

Libre y exento de todo daño o riesgo.

Las caídas son la causa principal de accidentes en adultos de edad avanzada, con frecuencia no tienen consecuencias letales, pero si afectan la salud y calidad de vida de la persona. Las consecuencias normales y patológicas del envejecimiento contribuyen al aumento de números de caídas que abarcan: cambios visuales como disminución de la percepción de la profundidad, susceptibilidad al deslumbramiento, disminución de la agudeza visual y dificultades a la acomodación a la luz; cambios neurológicos, como pérdida del equilibrio y propiocepción, así como aumento en el tiempo de reacción; modificaciones cardiovasculares que originan hipoxia cerebral e hipotensión postural; cambios intelectuales, entre estos los de confusión, pérdida del juicio y conducta impulsiva; además de modificaciones de músculo esqueléticas, que abarcan posturas incorrectas y disminución de la fuerza muscular.

La enfermera a de fomentar la adopción de ciertos cambios ambientales y del estilo de vida por parte del anciano.

Costo

El costo de la atención de salud debe ser tomado en consideración en la evaluación del resultado. Las normas de resultado describen el efecto final perseguido que incluye un cambio medible logrado mediante la ejecución de las actividades de enfermería (CIE-1989).

Hay 2 tipos de costos: los directos y los indirectos.

Los primeros, incluyen gastos en servicios de salud. Abarcan el tiempo del profesional clínico, laboratorio, medicación, hospitalización, y cualquier gasto relacionado con los efectos adversos del tratamiento.

Los costos indirectos abarcan el mantenimiento de edificios, electricidad, agua y equipos.

El costo-eficacia tiene por objeto lograr el beneficio sanitario máximo para cualquier nivel dado de gastos en cuidados de salud.

El cálculo de costos de los servicios de enfermería tienen por objeto comprender más claramente y dar más visibilidad al costo de la entrega de cuidados de enfermería. Esto brinda una información importante que puede ser utilizada en los esfuerzos tendientes a promover una atención mejor, controlando al mismo tiempo los costos, y para determinar y desplegar más eficiente y correctamente los recursos de enfermería.

Sistema tegumentario

Con el envejecimiento se produce una pérdida de la grasa subcutánea y elasticidad, dando como resultado una piel arrugada, las glándulas sudoríparas disminuyen en actividad y número, los capilares se vuelven más frágiles debido a la pérdida de protección de la grasa subcutánea, todo trae como resultado un mayor cuidado de parte de enfermería del sistema.

Higiene

Parte de la medicina que estudia la manera de conservar la salud mediante la adecuada adaptación del hombre al medio en que vive y contrarrestando las influencias nocivas que puedan existir en este medio.

Confort

Sensación de sentirse a gusto.

PROGRAMA DE GESTION NACIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

RESOLUCIÓN MINISTERIAL 194/95

Norma de organización y funcionamiento de servicios de enfermería

Argentina, Buenos Aires, 13 nov 1995

Visto el expediente n° 1-2002-16701/94-9 del registro del ministerio de salud y acción social y el decreto n° 1269 del 20 de julio de 1992 por el que se aprueban las políticas sustantivas e instrumentales de salud; y

considerando: que dichas políticas tienen por objeto lograr la plena vigencia del derecho a la salud para la población, tendiente a alcanzar la meta de la salud para todos en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad.

Que en el marco de dichas políticas el ministerio de salud y acción social creó el programa nacional de garantía de calidad de la atención médica, en el cual se agrupan un conjunto de actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar dicho nivel de calidad y que hacen a la habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales; a la fiscalización y control sanitario; la evaluación de la calidad de la atención médica y la acreditación de los servicios de salud.

Que para ello resulta necesario contar con normas de organización y funcionamiento, manuales de procedimientos y normas de atención médica, cuya elaboración se encuentra también contenida en el citado programa nacional y en la que participan entidades académicas, universitarias y científicas de profesionales y prestadores de servicios asegurando de esa forma una participación pluralista con experiencia y rigor científico.

Que el grupo de funcionarios de la dirección nacional de recursos de atención médica y dirección de programas de atención médica ha evaluado y compatibilizado el documento aportado por la asociación de escuelas universitarias de enfermería, la federación argentina de enfermería y la asociación civil escuelas terciarias de la república argentina.

Que el mismo ha sido analizado por el consejo permanente constituido por resolución n°149 del 1° de junio de 1993 del registro del ministerio de salud y acción social.

Que el coordinador general del programa nacional de garantía de la atención médica, en base a los documentos aportados, aconseja la aprobación del citado cuerpo normativo.

Que la dirección general de asuntos jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Por ello:

El ministro de salud y acción social resuelve:

Artículo 1º.- apruébense las normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica, que como anexo forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.- incorporarse las normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica, al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica.

Artículo 3º.- publíquese a través de la secretaría de políticas de salud y regulación sanitaria las citadas normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica, a fin de asegurar la máxima difusión y aplicación de las mismas en el marco de dicho programa nacional.

Artículo 4º.- las autoridades sanitarias jurisdiccionales, las entidades académicas, universitarias y científicas de profesionales y prestadores de servicios, podrán dentro de los treinta (30) días de la fecha de aprobación de las presentes normas, formular las observaciones que juzguen pertinentes (r.m. 798/93).

Artículo 5º.- agradecer a la asociación de escuelas universitarias de enfermería y a la asociación civil escuelas terciarias de la república argentina por la importante colaboración brindada a este ministerio de salud y acción social.

Artículo 6º.- regístrese, comuníquese y archívese.- resolución nº 194

Resolución nº 194

Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica

Marco referencial

Las presentes normas considerarán las disposiciones vigentes que orientan y regulan la administración y funcionamiento de los establecimientos de atención médica, a saber:

- políticas sustantivas e instrumentales de la secretaría de salud del ministerio de salud y acción social. (Decreto 1269/1992).
- programa de garantía de calidad de la atención médica (resolución de la secretaría de salud 432/1992. resolución del ministerio de salud y acción social 149/1993.)
- registro nacional de hospitales públicos de autogestión (decreto 578/1993) resolución de la secretaría de salud nº 4/1993. Resolución de la secretaría de salud nº 131/1993).
- aranceles modulares para los hospitales públicos de autogestión. (Resolución de la secretaría de salud nº 282/1993).
- clasificación y categorización de áreas de terapia intensiva (resolución del ministerio de salud y acción social nº 703/1993).-
- normas para la atención de urgencia de pacientes quemados (resolución del ministerio de salud y acción social nº 704/1993).
- normas de prevención y control de infección hospitalaria (cap. i) (resolución del ministerio de salud y acción social nº 705/1993).
- creación de comités hospitalarios de ética médica. Normas de integración y funcionamiento (resolución del ministerio de salud y acción social nº 857/1993).
- criterios básicos de categorización de establecimientos asistenciales con internación. Anexo de la resolución nº 282/1994).
- normas mínimas para la habilitación de establecimientos asistenciales y servicios de traslados sanitarios (resolución de la secretaría de salud pública 2.385/80. resolución del ministerio de salud 423/87).
- ley del ejercicio profesional de la enfermería nº 24.004/1993.

- régimen laboral según jurisdicción.
- normas para la atención para la atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del recién nacido. Resolución 55.586/1993.
- síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) ley 23.798/90. Decreto reglamentario del ministerio de salud y acción social n° 12

UNIDADES DE PRODUCCION DE ENFERMERÍA

El presente trabajo constituye un primer intento de acercamiento a la obtención de la producción de enfermería, a partir de la determinación de los tiempos que requiere cada tarea en particular. La determinación de los tiempos de cada tarea fue tomada del informe producido por los profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario. En dicho se señala que a partir de una definición de las actividades propias de la enfermería, se efectuó un seguimiento cronometrado durante 10 años por parte de las alumnas de 4° año de la Licenciatura de Enfermería. El informe consultado contempla 82 actividades que en promedio requieren 6 minutos cada una. En el listado se observa la presencia de 7 actividades que insumen entre 12 y 30 minutos. Considerando las 75 actividades restantes, el promedio resultante es de 3 minutos 27 segundos. Se asume entonces, que una actividad mínima de atención de enfermería requiere 3 minutos para su ejecución. Al listado original se le agregan otras actividades, no contempladas, a partir de la observación de los integrantes de la comisión en las instituciones asistenciales en las cuales se desempeñan. Por lo tanto, se sugiere que la Unidad de Producción de Enfermería (U.P.E.) tenga un valor de 3 minutos. A continuación, se presenta el listado de las actividades consideradas, los tiempos promedio para cada una y su valor en U.P.E.

ACTIVIDADES TIEMPO U.P.E

Información al paciente 3´ 1

Aseo perineal 9´ 3

Colocación de chata 6´ 2

Colocación de orinal 6´ 2

Control de registros 3´ 1

Lavado de mano 3´ 1

Confeción de registro 3´

Cada uno de los tiempos deberán ser ajustados a las características del servicio de enfermería del hospital en el cual se aplica y a los requerimientos del paciente según edad y necesidades propias de cada uno.

Índice de Barthel

Comer

10. Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Comer en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada por otra persona.

5. Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.

0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse / bañarse

5. Independiente. Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo.

Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

0. Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse

10. Independiente. Capaz de comer y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé, etc, sin ayuda.

5. Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de tareas en un tiempo razonable.

0. Dependiente.

Arreglarse

5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse y maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.

0. Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselo por sí solo.

5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.

0. Incontinente. Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

Micción (valorar la situación en la semana previa)

10. Continente. Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.

5. Accidente ocasional. Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.

0. Incontinente. Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarse.

Ir al baño

10. Independiente. Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la

taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa una bacinilla (orinal, botella, etc.), es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.

5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de utilizar el retrete.

0. Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Trasladarse sillón/cama

15. Independiente. Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el esquivél, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.

10. Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.

5. Gran ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir/entrar en la cama o desplazarse.

0. Dependiente. Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulaci3n

15. Independiente. Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.), excepto andador. Si utiliza pr3tesis, es capaz de pon3rsela y quit3rsela solo.

10. Necesita ayuda. Supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 m. Incluye instrumentos o ayuda para permanecer de pie (andador).

5. Independiente en silla de ruedas en 50 m. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.

0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

Subir y bajar escaleras

10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc.) y el pasamanos.

5. Necesita ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal.

0. Dependiente. Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

PUNTUACION TOTAL

Puntuaci3n orientadora del grado de dependencia.

Menor a 20 puntos	Dependencia total
Entre 20 – 40 puntos	Dependencia grave
Entre 45 – 55 puntos	Dependencia moderada
Mayor de 60 puntos	Dependencia leve

TEORÍA DE LA CONTINUIDAD

La premisa central de la teoría de la continuidad es que los adultos mayores intentan conservar y mantener las estructuras internas y externas mediante estrategias que mantengan la continuidad, es decir, que las personas mayores tal vez pretenden utilizar estrategias familiares en los terrenos vitales conocidos. La continuidad es una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con las anteriores. La continuidad esta en gran parte orientada a la persona, es decir, orientada al ser humano individual. Solo la persona mayor puede valorar el aquí y el ahora, porque la base de la valoración es la consecuencia de la retrospectión. En épocas posteriores de la vida, los adultos tienden a utilizar la continuidad como una estrategia de adaptación para enfrentarse a los cambios que se producen durante el envejecimiento normal. Una premisa fundamental de esta teoría es que la "evolución" se produce cuando la persona envejece y que el cambio puede integrarse en el contexto histórico de una persona sin generar un cataclismo o desequilibrio importante. El cambio se produce como consecuencia del reflejo de las experiencias pasadas de la persona que envejece y del establecimiento de objetivos para el futuro. Las personas que envejecen eligen en función de sus experiencias y reconocen que algunos de los cambios que se producen se deben al envejecimiento normal, ya que posiblemente no los hayan elegido para sí mismos. "La continuidad se contempla mas fácilmente en una vida larga que en una corta, por tanto los cambios que se producen en el desarrollo humano al final de la vida parecen ser mas sutiles que los anteriores"⁶⁹.

⁶⁹ Fry, 1992

TÉCNICA DE CAMBIO DE PAÑAL*

Propósito: lograr el bienestar y confort del usuario y disminuir la proliferación de la flora microbiana en la región perineal.

RRHH: 1 operador

RRMM: Jarra c/ agua tibia, jabón, torundas de algodón limpias, guantes limpios, toalla individual del usuario, pañal, chata y cubre-chata, bolsa de residuos amarilla.

Desarrollo del procedimiento:

1. Preparar los RRMM necesarios.
2. Lávese las manos.
3. Informe y cduque a la/él usuar/a/o.
4. Colóquese guantes limpios.
5. Despegue la cinta en ambos lados del pañal.
6. Lateralice la persona y dóblele hacia el pecho, la rodilla de encima.
7. Envuelva a medias el pañal para cubrir el área sucia.
8. Coloque chata, retire el pañal sucio e incorpore al usuario.
9. Higienice con el algodón embebido en agua jabonosa al usuario. (de adelante hacia atrás en la mujer y en el caso del hombre se debe de correr el prepucio hacia atrás, dejando libre el glánde y visible el meato.)
10. Descarte la torunda de algodón y tome otra, para repetir el procedimiento.
11. Enjuague por arrastre con agua tibia.
12. Seque la zona con toallita individual del usuario y retire la chata cubriéndola con el cubre-chata.
13. Abra el nuevo pañal completamente. Coloque la mitad del pañal limpio lo más que pueda debajo de la persona.
14. Hale la otra mitad del pañal limpio que está debajo del usuario.
15. Coloque al usuario en posición decúbito dorsal y asegure la cinta adhesiva en ambos lados del pañal.
16. Acondicione el equipo.
17. Descarte los guantes de higiene.
18. Acondicione al usuario.
19. Lávese las manos.
20. Registre en la Historia Clínica.

Tiempo estipulado para realizar dicha técnica (obtenido del Programa de Gestión Nacional de Atención Médica):

Acciones	Tiempo en min
Informar al paciente	3
Lavado de manos	3
Aseo perineal	15
Registro en HC	3
TOTAL	24

* Creada por grupo de TIF, año 2006.-

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Diseño metodológico

La investigación que se desarrollo fue cuali-cuantitativa, descriptiva, transversal y prospectiva.

Área de estudio

Se realizó en Uruguay, específicamente en la Ciudad de Montevideo, zona Urbana, barrio Unión, entre calle Larravide, Víctor Arreguine, Ingeniero José Serrato, J. A Cabrera, en el Hospital Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo, en las Unidades Asistenciales A y D.

Variables

Las variables con las que se trabajo en la caracterización de los residentes son las siguientes:

- Sexo

Variable cualitativa nominal.

Definición operacional: caracteres sexuales primarios y secundarios; que distinguen al macho de la hembra.

Categoría: Hombre o Mujer.

- Edad

Variable cuantitativa pero que al ser categorizada pasa a ser cualitativa ordinal.

Definición operacional: categoría que se le otorga según la OMS al rango de edades.

Categoría:

Adulto joven (19 – 25 años).

Adulto medio (26 – 50 años).

Adulto pre-senil (51 – 64 años).

Anciano (65 años en adelante)

- Nivel de dependencia

Variable cualitativa ordinal.

Se utilizó el Índice de Barthel porque contempla los requerimientos necesarios (Ej. deposición, micción, lavarse/bañarse) para nuestra investigación. Los niveles de dependencia son un factor determinante del recurso humano y la variable tiempo, influyendo en la técnica propuesta del cambio de pañal.

Definición conceptual: categorización de las necesidades de atención a brindarle a los usuarios de acuerdo a la complejidad en su proceso salud - enfermedad.

Categoría:

< 20 dependencia total.

20 – 40 dependencia grave.

45 – 55 dependencia moderada.

60 o más dependencia leve.

- Pañal

Definición conceptual: trozo de tela u otra materia de varias formas en que se envuelve al incontinente.

Definición operacional: tomaremos como sin pañal (s/p) aquellos que no usen pañales y como con pañal (c/p) aquellos que si los utilicen (según criterio de inclusión).

Las variables que utilizamos en uno de los instrumentos de recolección de datos son:

- **Recursos humanos**

Definición conceptual: es el personal de enfermería que trabaja con el Usuario

Definición operacional: la categorizaremos en:

- Licenciada en enfermería
- Auxiliar de enfermería
- Cuidadores interinos

En el marco conceptual se describen dichos cargos.

- **Recursos materiales**

Definición conceptual: bienes de uso y consumo que utiliza enfermería en el cambio de pañal (obtenidos de la técnica de cambio de pañal) (fuente).

Definición operacional: lo categorizaremos en:

- suficientes: es decir que se cuenta con todos los recursos necesarios para la realización del procedimiento.
- insuficientes: es decir que falta al menos un elemento para la realización del procedimiento.

- **Tiempo**

Definición conceptual: duración de las cosas sujetas a cambio.

Definición operacional: lo operacionalizaremos en:

- < de 10 minutos (cambio de pañal sin asco perineal)
- Entre 10 – 20 minutos (cambio de pañal sin registros, o sin lavado de manos, o sin informar al residente)
- > de 20 minutos (técnica completa)

- **Pañal**

Definición conceptual: trozo de tela u otra materia de varias formas en que se envuelve al incontinente.

Definición operacional:

- < de 2 pañales.
- Entre 2 – 4 pañales.
- > de 4 pañales.

- **Técnica de cambio de pañal**

Definición conceptual: Secuencia de pasos a realizar durante el procedimiento del cambio de pañal.

Definición operacional: - completa: cuando se cumplen todos los pasos.
- Incompleta: cuando uno de los pasos no se cumple.

Universo: el universo con el que se trabajó fue el equipo de enfermería: Licenciadas en enfermería, Auxiliares de enfermería y Cuidadores interinos de las unidades asistenciales A y D del HCGPC (Anexo N° 6).

Muestra: Licenciadas en Enfermería, Auxiliares en enfermería y Cuidadores de las unidades asistenciales A y D de los turnos mañana y tarde del HCGPC.

Muestreo: el tipo de muestreo fue no probabilística por conveniencia.

La unidad de análisis: serán los miembros del equipo de enfermería del HCGPC de las unidades asistenciales A y D.

La unidad de observación: será el binomio residentes-equipo de enfermería, durante el cambio de pañal en los turnos mañana y tarde.

Criterio de inclusión: el personal de enfermería de las Unidades asistenciales A y D de los turnos de la mañana y tarde, que realicen cambio de pañal al residente mayor de 65 años.

Criterio de exclusión: el personal de enfermería de las otras unidades asistenciales del HCGPC (debido a que los residentes en este lugar con las características de nuestro interés son mínimos) y que atienden usuarios menores de 65 años.

Los turnos restantes como lo son el vespertino y el turno nocturno.

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los métodos utilizados fueron: la entrevista y la observación. Las técnicas fueron la entrevista semi estructurada a Licenciada Jefe del Departamento de Enfermería y a Licenciada Jefe del Departamento de Logística y la observación directa no participativa al personal de Enfermería que realizó el cambio de pañal.

Instrumentos utilizados:

1. Instrumento para la entrevista de la Licenciada en Enfermería
2. Planilla de organización del grupo según turno y día
3. Planilla de caracterización de los residentes
4. Planilla de observación del cambio de pañal

Instrumentos

1- Organización del grupo según turno y día

El objetivo de este instrumento fue organizar a los integrantes del grupo según día y turno en el que asistimos al HCGPC para obtener la información necesaria. (Anexo N° 7)

Secciones:

- **Días del mes:** hace referencia al calendario mensual en el cual indicamos específicamente los días a concurrir.
- **Turnos:** indican los horarios en los cuales concurrir.
- **Nombres:** de los integrantes autores de la investigación.

2- Caracterización de los residentes

El objetivo fue obtener la información específica que necesitábamos para realizar nuestra investigación en las Unidades Asistenciales A y D (Anexo N° 2)

Secciones:

- **Unidad de Internación:** número de camas existentes en cada sala.
- **Variables:** necesitamos estos datos porque forman parte de nuestro criterio de inclusión.
 - Edad: > de 65 años.
 - Sexo: Femenino – Masculino.
 - Nivel de dependencia: se obtendrá mediante el Índice de Barthel.
 - Pañal: para definir quienes usan pañal o no.

3- Instrumento general en la recolección de datos

El mismo recolecta los datos necesarios para cumplir con los objetivos planteados en la investigación (RRHH, RRMM, n° de pañales, secuencia de la técnica y tiempo, (Anexo N°1)

Secciones:

- Unidad de Internación: número de camas existentes en cada sala que comprende a un residente.
- Turno: indica los horarios a los que concurrimos.
- RRHH: - Licenciada en enfermería, - Auxiliar en enfermería, - Cuidador.

Según la descripción de cargo citada en nuestro marco conceptual, cada estrato del equipo de enfermería realizó el cambio de pañal según su estrategia de trabajo.

- RRMM: nos indican si son suficientes o insuficiente.
- Número de pañales: cantidad de pañales que utilizó cada usuario en cada turno.
- Tiempo: minutos que le insumió al integrante del equipo de salud realizar la técnica.
- Técnica de pañal: se observó el cumplimiento de la secuencia de pasos de la misma.
- Observación: se anotó la información adicional necesaria.

Procedimiento para la recolección de datos: mediante una entrevista que se realizó a la Licenciada Jefe del Dpto. de Enfermería y a la Licenciada del Dpto. de Logística obtuvimos información a través de una serie de preguntas aplicadas en nuestro instrumento (Anexo N° 3) y una vez que surgieron nuevas interrogantes las agregamos en forma escrita a la inicial entrevista, la cual además estuvo abierta a recomendaciones, sugerencia e información adicional que nos brindaron. Además contamos con una planilla de observación de cambio de pañal por sala y unidad asistencial, en la cual mediante la observación, un integrante del grupo de tesis observó la cantidad de veces que un miembro del equipo de enfermería realizó el cambio de pañal en el turno que estuvo, ya sea al mismo usuario o a otros, además de contabilizar el tiempo que dicho procedimiento le insumió. Observando además si la técnica se realizó en forma completa o incompleta.

El grupo se organizó según planilla para cumplir con la observación en los dos turnos durante todos los días de recolección de datos.

Métodos de control de calidad de los datos: Durante la semana comprendida entre el 25 y 29 de Setiembre se realizó la recolección de datos para el trabajo de investigación. En un día se obtuvo la caracterización de los Residentes de las Unidades Asistenciales A y D. Se realizó el pilotaje del instrumento de observación al día siguiente, como el mismo nos ofreció garantías de calidad para lograr que los datos fueran confiables y viables se utilizaron los datos correspondientes a la Unidad Asistencial D. Con respecto a la Unidad Asistencial A, se identificó que los datos no eran confiables ni viables por la presencia de variables extrañas, por lo cual se recolectó los datos nuevamente depurando las variables extrañas que influyeran.

Procedimiento para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujeto humano

Este equipo respetó en todo momento los derechos de los residentes, su privacidad, confidencialidad, tratando de no inferir en su vida diaria.

PLAN DE ANÁLISIS

Indicadores de resultados

COBERTURA

$\frac{\text{Nº de personas a las que se le realiza el cambio de pañal}}{\text{Nº de personas que necesitan cambio de pañal}} \times 100$

EFICACIA

$\frac{\text{Numero estipulado de usuarios a tratar}}{\text{Numero total de usuarios atendidos}} \times 100$

EFICIENCIA

$\frac{\text{Número real de minutos utilizados para el cambio de pañal}}{\text{Número total de minutos planificados para el cambio de pañal}} \times 100$

Métodos o modelos de análisis de los datos según tipo de variable:

Procedimiento de análisis cualitativo

No hay métodos o procedimientos sistematizado universal para la presentación de datos cualitativos. Trataremos los datos mediante la inducción analítica

TABULACIÓN Y GRÁFICOS

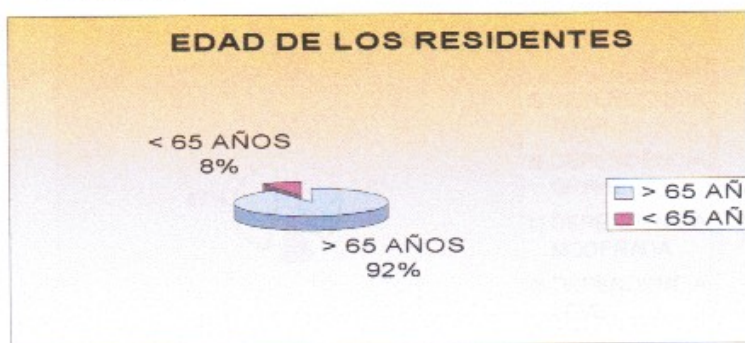
Caracterización de los residentes de las Unidades Asistenciales A y D del HCGPC

- Distribución según Edad de los residentes.

TABLA 1

EDAD	FA	FR%
> 65 AÑOS	122	92
< 65 AÑOS	11	8
TOTALES	133	100

GRAFICO 1



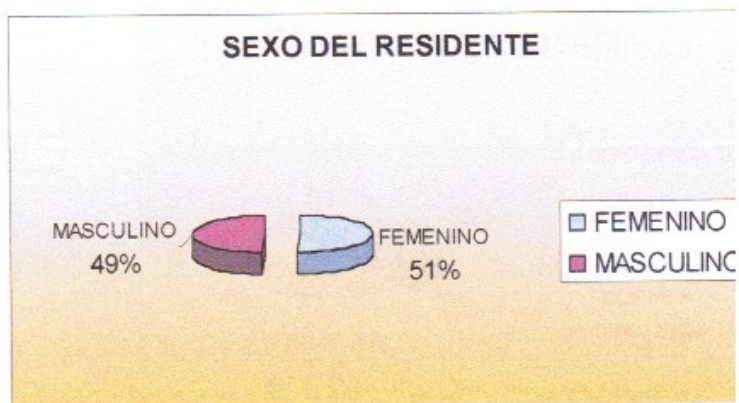
Fuente: Planilla de caracterización del Grupo 4 de Tesis, 2006

- Distribución por Sexo del Residente.

TABLA 2

SEXO	FA	FR %
FEMENINO	62	51
MASCULINO	60	49
TOTALES	122	100

GRAFICO 2



Fuente: Planilla de caracterización del Grupo 4 de Tesis, 2006

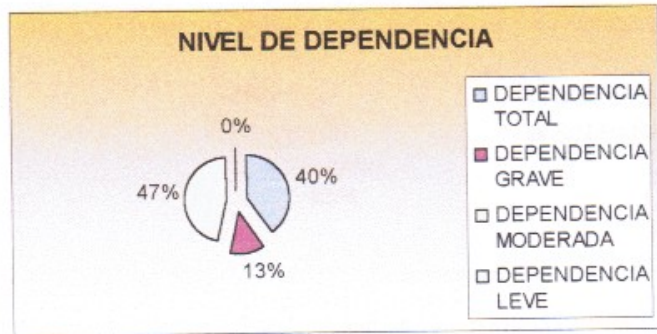
➤ Representación de los Niveles de Dependencia discriminado según Sexo.

Sexo Femenino

TABLA 3

NIVELES DE DEPENDENCIA	FA	FR %
DEPENDENCIA TOTAL	25	40
DEPENDENCIA GRAVE	8	13
DEPENDENCIA MODERADA	29	47
DEPENDENCIA LEVE	0	0
TOTALES	62	100

GRAFICO 3



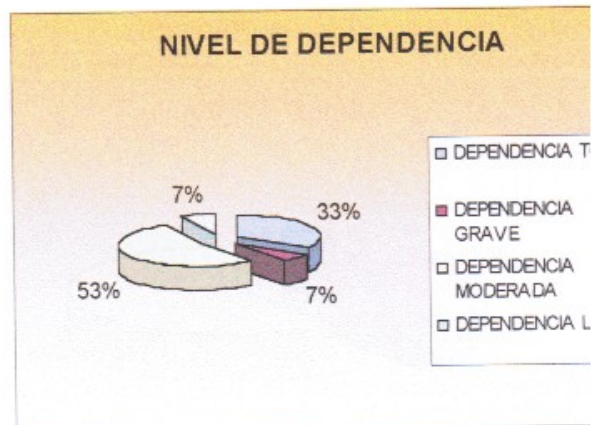
Fuente: Planilla de caracterización del Grupo 4 de Tesis, 2006

Sexo Masculino

TABLA 4

NIVELES DE DEPENDENCIA	FA	FR %
DEPENDENCIA TOTAL	20	33
DEPENDENCIA GRAVE	4	7
DEPENDENCIA MODERADA	32	53
DEPENDENCIA LEVE	4	7
TOTALES	60	100

GRAFICO 4



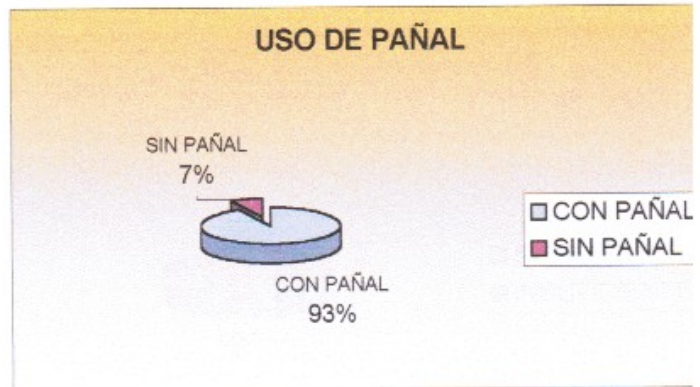
Fuente: Planilla de caracterización del Grupo 4 de Tesis, 2006

➤ Distribución según Uso del Pañal.

TABLA 5

USO DE PAÑAL	FA	FR %
CON PAÑAL	113	93
SIN PAÑAL	9	7
TOTALES	122	100

GRAFICO 5



Fuente: Planilla de caracterización del Grupo 4 de Tesis, 2006

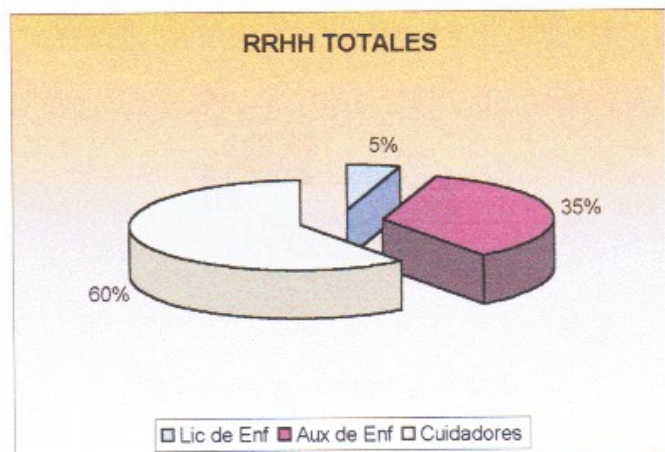
Tabulación de los datos recolectados en la Unidad Asistencial A y D durante un día.

➤ Distribución de los recursos humanos de la Unidad Asistencial A y D (mañana y tarde)

TABLA 6

RRHH TOTALES	FA	FR%
Lic de Enf	2	5
Aux de Enf	14	35
Cuidadores	24	60
TOTALES	40	100%

GRAFICO 6



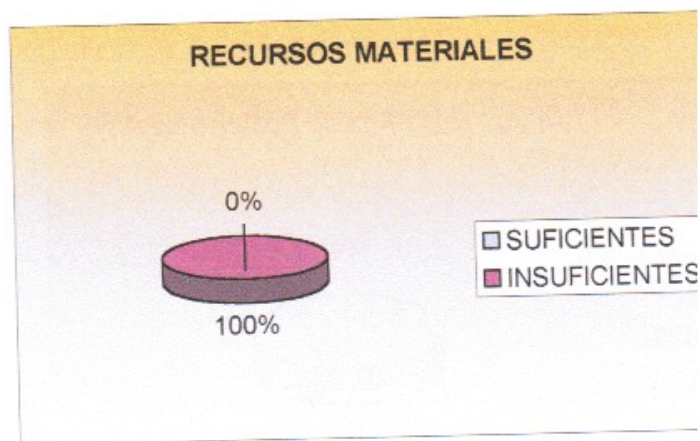
Fuente: Planilla de Recolección de Datos del Grupo 4 de Tesis, 2006

- Representación de los Recursos Materiales necesarios para el procedimiento de cambio de pañal.

TABLA 7

RRMM	FA	FR %
SUFICIENTES	0	0
INSUFICIENTES	238	100
Totales	238 [⊕]	100

GRAFICO 7



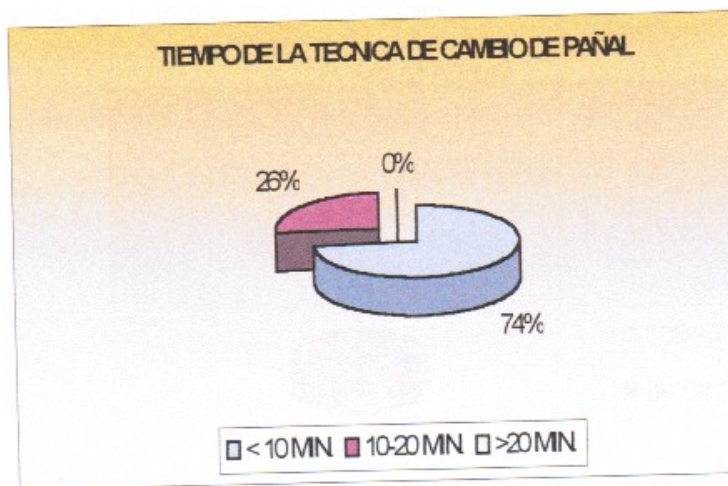
Fuente: Planilla de Recolección de Datos del Grupo 4 de Tesis, 2006

- Representación del tiempo utilizado en la técnica de cambio de pañal.

TABLA 8

TIEMPO	FA	FR %
< 10 MIN.	176	74
10-20 MIN.	62	26
>20 MIN.	0	0
Totales	238	100

GRAFICO 8



Fuente: Planilla de Recolección de Datos del Grupo 4 de Tesis, 2006

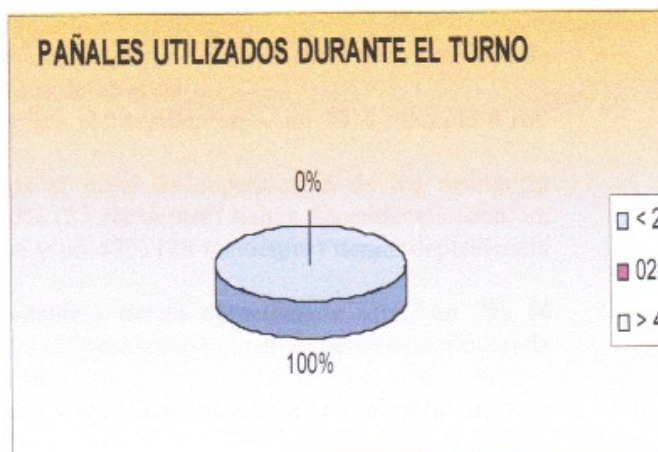
[⊕] 238 fueron los procedimientos que se observaron en los 113 residentes.

- Representación de los pañales utilizados por los residentes durante el período de observación.

TABLA 9

PAÑALES	FA	FR %
< 2	238	100
2-4	0	0
> 4	0	0
Totales	238	100

GRAFICO 9



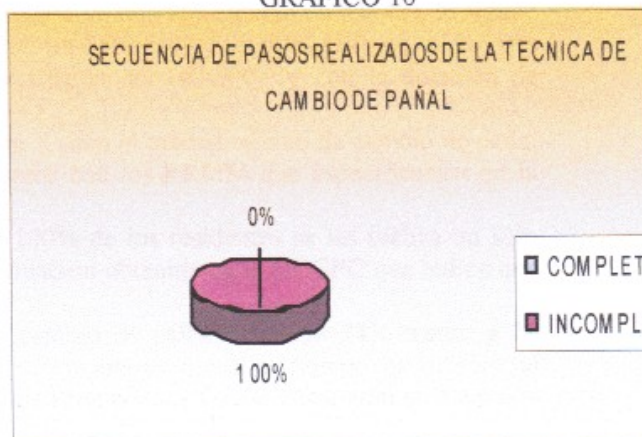
Fuente: Planilla de Recolección de Datos del Grupo 4 de Tesis, 2006

- Representación de los pasos de la técnica de cambio de pañal.

TABLA 10

TECNICA	FA	FR %
COMPLETA	0	0
INCOMPLETA	238	100
Totales	238	100

GRAFICO 10



Fuente: Planilla de Recolección de Datos del Grupo 4 de Tesis, 2006

ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS RESIDENTES DE LAS UNIDADES ASISTENCIALES A Y D DEL HCGPC

A continuación se realiza el análisis de las variables que consideramos relevantes en cuanto a la unidad de observación que fueron el binomio residente-equipo de enfermería.

(Licenciada en Enfermería, Auxiliar en Enfermería y Cuidadores).

En cuanto a las edades se discriminó según nuestro criterio de exclusión a los menores de 65 años; siendo un 92% los residentes mayores de 65 años.

En lo referido al sexo existe un 51% femenino (62 residentes) y un 49% masculino (60 residentes).

Mediante el índice de Barthel clasificamos el nivel de dependencia de los residentes obteniendo que para el sexo femenino un 40% (25 residentes) tienen dependencia total, un 13% (8 residentes) tienen dependencia grave y un 47% (29 residentes) tienen dependencia moderada.

Para el sexo masculino un 33% (20 residentes) tienen dependencia total, un 7% (4 residentes) tienen dependencia grave, un 53% (32 residentes) tienen dependencia moderada y un 7% (4 residentes) tienen dependencia leve.

La variable pañal, se categorizó en: residentes que utilizan pañal, de la cual obtuvimos un 93% y residentes que no utilizan pañal un 7%.

ANÁLISIS DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Para lograr los objetivos generales y específicos se usaron las variables que se encuentra en la planilla de recolección de datos, la misma engloba la información de los turnos mañana y tarde de las unidades asistenciales A y D.

A continuación se realiza un análisis en conjunto de las Unidades Asistenciales A y D correspondiente al día 29 de Setiembre durante los turnos mañana y tarde.

De los RRHH podemos decir que de los integrantes del equipo de enfermería existe un reducido porcentaje de Licenciadas en Enfermería ya que representan un 5% (2), le siguen en porcentaje los auxiliares en enfermería con un 35% (14) y un 60% (24) de cuidadores interinos. (lo relacionamos con el Plan Estratégico del HCGPC y con la dotación de personal del MSP)

En cuanto a los RRMM necesarios para llevar a cabo el procedimiento de cambio de pañal son en un 100% insuficiente si lo contrastamos con los RRMM que especificamos en la técnica.

Con respecto a la utilización de pañales al 100% de los residentes se les realiza un solo cambio por turno, lo cual difiere con la información obtenida en el HCGPC que indica que el recurso se utiliza a demanda.

El tiempo utilizado para la realización del cambio de pañal es en un 74% menor a 10 minutos y en un 26% entre 10-20 minutos, en ambos casos el tiempo es inferior al estipulado en la técnica, el que fue obtenido del Programa de Gestión Nacional de Atención Médica.

En cuanto a la técnica de cambio de pañal en el 100% de los procedimientos realizados la técnica fue incompleta ya que no se cumple como mínimo uno de los pasos.

RESULTADOS

Una vez realizado los análisis correspondientes de los datos que recolectamos obtuvimos que la mayoría de los residentes son mayores de 65 años, predominantemente del sexo femenino.

En cuanto a los niveles de dependencia la mayor cantidad de residentes son de dependencia total y dependencia moderada, implicando que existe un elevado número de estos que usan pañal. Durante la semana comprendida entre el 25 y 29 de Setiembre se realizó la recolección de datos para el trabajo de investigación. En un día se obtuvo la caracterización de los Residentes de las Unidades Asistenciales A y D. Se realizó el pilotaje del instrumento de observación al día siguiente, como el mismo nos ofreció garantías de calidad para lograr que los datos fueran confiables y viables se utilizaron los datos correspondientes a la Unidad Asistencial D. Con respecto a la Unidad Asistencial A, se identificó que los datos no eran confiables ni viables por la presencia de variables extrañas, por lo cual se recolectó los datos nuevamente depurando las variables extrañas que influyeran. En cuanto a los RRHH los mismos son insuficientes para la demanda de residentes existentes. Con respecto a los RRMM necesarios para un procedimiento de cambio de pañal estos son insuficientes, lo que lleva a que los tiempos encontrados para llevar a cabo la técnica sean inferiores a los estipulados, no siendo completa la secuencia de pasos utilizados para la misma.

Además encontramos que el cambio de pañal se le realiza al residente una vez por turno (mañana y tarde). Con respecto a los RRF se deduce que el costo del pañal para los turnos es de \$U 2260 (siendo el precio unitario \$U 10)^{*}

INDICADORES DE RESULTADO

COBERTURA

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas a las que se le realiza el cambio de pañal}}{\text{N}^\circ \text{ de personas que necesitan cambio de pañal}} \times 100$

Nº de personas que necesitan cambio de pañal

Este indicador de cobertura no se calculo debido a que los cambios de pañal se realizan una vez por turno y no a demanda como sería el ideal, por lo tanto no podemos estimar cuantas veces en un turno requiere un residente el cambio de pañal.

EFICACIA

$\frac{\text{Numero estipulado de usuarios atendidos}}{\text{Numero total de usuarios a tratar}} \times 100$	$\frac{113}{113} \times 100: 100\%$
--	-------------------------------------

EFICIENCIA

$\frac{\text{N}^\circ \text{ real de min utilizados para el cambio de pañal}}{\text{N}^\circ \text{ total de min planificados para el cambio de pañal}} \times 100$	$\frac{10}{24} \times 100: 42\%$
---	----------------------------------

Del Programa de Gestión Nacional de Atención Médica obtuvimos el tiempo estipulado para realizar el cambio de pañal el cual es de 24 minutos, y de nuestra observación se desprende que el tiempo medio utilizado por los RRHH es de 10 minutos.

* Dato extraído de entrevista realizada a la Lic en Enf Jefe del Dpto de Logística.

** Residentes que utilizan pañal mayor de 65 años.

CONCLUSIÓN

Esta investigación nos permitió describir los RRHH, RRMM, RRF y el tiempo que le implica a enfermería el cambio de pañal al residente del HCGPC.

De la tabulación y análisis de los datos que se relevaron se pudo determinar que:

- La técnica en higiene y cambio de pañal es incorrecta y a su vez no se realiza a demanda,
- Existe un inadecuado uso de los RRMM,
- Tiempo mínimo empleado en la realización de la técnica de cambio de pañal,
- Los RRHH son escasos,
- Y la gestión de la Licenciada en Enfermería en estos aspectos es carente

Inferimos que:

- Independientemente de quien aplique la técnica, la secuencia de pasos es incompleta, provocando una influencia negativa en la calidad de la asistencia.
- En cuanto a los RRMM podemos decir que:
 - existen aquellos que son menores a los requerimientos de la técnica (guantes de higiene, toalla personal, algodón, etc)
 - y otros como el agua, que es un recurso disponible y no utilizado a demanda.

Los pañales que se utilizan en los 113 residentes entre las dos unidades asistenciales, en los cuatro turnos son de 349^o.

Si calculamos el número de pañales utilizados en dichos turnos, cambiándolos una vez por turno, esto nos da 452 pañales diarios y si lo comparamos con la información otorgada la cual era de 349 pañales llegamos a la hipótesis de que:

- Los pañales no son cambiados a demanda ni en todos los turnos.
- El tiempo empleado para la realización de la técnica es menor a los 10 minutos, lo que implica que la secuencia de pasos propuesta para la técnica no se cumpla, siendo la atención brindada al residente ineficiente.
- La insuficiencia de los RRHH condiciona la atención brindada así como también una sobrecarga en las acciones diarias del personal.

Hay que resaltar que según el MSP las/os Auxiliares de Enfermería deben de ejecutar el plan diario de cuidados de enfermería asignados por la Licenciada, realizar actividades básicas de aquellos residentes que lo requieran, realizar higiene, confort y movilización de los residentes imposibilitados, previniendo úlceras y deformaciones posturales. Observamos que el personal a cargo de realizar el cambio de pañal son los auxiliares de enfermería y los cuidadores interinos.

^o Dato obtenido de las entrevistas en el HCGPC.

En cuanto a la caracterización de los residentes se pudo realizar sin inconvenientes, mediante la utilización de nuestros instrumentos.

Si calculamos el costo diario de los pañales de los residentes (según Depto. de Logística) equivale a \$U 3490/día, lo mínimo requerido (para todos los turnos) sería de \$U 4520/día básicos, podríamos inferir que el costo/beneficio está por debajo de los requerimientos necesarios para cubrir la demanda. Esto ratifica lo expuesto anteriormente en cuanto al déficit de confort y bienestar del residente así como también el riesgo de lesiones en el sistema tegumentario.

Con respecto a la técnica de cambio de pañal y/o protocolos del mismo no existen en el HCGPC, según la información obtenida en las entrevistas realizadas.

Independientemente de que la técnica del cambio de pañal se realice en forma incompleta y de que los RRMM sean insuficientes, la calidad de atención al usuario no se brinda con la dignidad y el respeto que merecen nuestros adultos mayores.

Concluimos que este trabajo de investigación nos permitió realizar una retroalimentación de aquellos conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de nuestra carrera sin alejarnos de la realidad en que se encuentra el sistema de salud y con ello el equipo de enfermería, esperamos que esta investigación contribuya a mejorar la situación actual.

Uno de los desafíos para la **Enfermería Profesional** es bregar por la salud, estabilidad, contribuyendo y aportando al trabajo interdisciplinario, en la búsqueda de soluciones factibles y no solo nos debe orientar al replanteo de la gestión de los servicios de salud, sino al origen del problema, priorizando y dignificando la relación enfermero-usuario y no olvidándonos que el intercambio de los roles sucederá ya que “tarde o temprano viejos vamos a ser”.

SUGERENCIAS

Una vez que dimos respuesta a la interrogante planteada, así como también a los objetivos generales y específicos consideramos que es importante continuar y profundizar las investigaciones sobre este tema ya que, como dijimos en nuestra justificación se carece de estudios nacionales referentes al tema.

Es importante lograr una mayor rehabilitación mediante la estimulación del geronte con un sentido de autovaloración e independencia, fomentando en la sociedad el espíritu de que envejecer es un proceso natural y no un signo ineptitud, pudiendo lograr este anhelo mediante las políticas en salud que apunten a estos cambios; consideramos que los cambios llevan tiempo para poder efectuarse y es por este motivo que no desconocemos el actual Programa Nacional del Adulto Mayor el cual tiene como objetivo "Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos a través de respuestas articuladas entre el estado y la sociedad civil", el cual se está implementando desde diciembre del 2005.

Proponemos la formulación de un proyecto de trabajo enfocado a la calidad de asistencia abordando puntualmente los RRHH y RRMM, destacando de este proyecto la actuación de Enfermería Profesional mediante la utilización del Proceso de Atención de Enfermería en la identificación de las necesidades y problemas básicos del individuo dándole un enfoque bio-psico-social; ya que es Enfermería quien identifica el costo-beneficio real de los usuarios.

BIBLIOGRAFIA*

Cabrera, Alicia y otros. Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. Uruguay, Ediciones de Enfermería, 2000.

Costabel, Miriam y otros. Valoración de Enfermería. Uruguay, Oficina del Libro, 1997.

Hernández, Fernández, Baptista. Metodología de la Investigación. México, Interamericana, 1991.

Polit-Hungle. Investigación científica en Ciencias de la Salud. Mexico, Interamericana, 1997

Pineda, Limosa, Canales. Metodología de la Investigación. México, OPS, 1998.

Tamayo y Tamayo. El Proceso de la investigación científica. México, Limusa, 1987.

Paginas Web disponibles en:

<http://www.icasigil.com> (fecha de acceso 18 de febrero de 2006)

<http://www.igecual.com> (fecha de acceso 15 de enero de 2006)

<http://www.inecual.com> (fecha de acceso 27 octubre de 2006)

<http://www.inecual.com> (fecha de acceso 27 octubre de 2006).

* según Normas de Vancouver.

ANEXOS

INDICE

ANEXOS	NUMEROS
Planilla de Recolección de datos.....	1
Planilla de caracterización de los residentes.....	2
Entrevistas	3
Derechos del usuario.....	4
Instrumento para el Índice de Barthel.....	5
Dotación del personal por unidad asistencial y turno.....	6
Organización del grupo según turno y día.....	7
Decreto de la modificación de la denominación del Hospital Centro Geriátrico...	8

Anexo Nº 1
 Universidad de la República.
 Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.
 Hospital Centro Geriátrico Dr Luis Piñeyro del Campo.

Fecha: Unidad asistencial: Sala:

Camas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Totales
TURNO MAÑANA																					
Lic Enfermería																					
A																					
B																					
C																					
Aux. Enfermería																					
A																					
B																					
C																					
D																					
Cuidadores																					
A																					
B																					
C																					
D																					
RRMM																					
Nº de Pañales																					
Tiempo en min																					
Nº pasos en técnica																					
Observaciones																					
TURNO TARDE																					
Lic. Enfermería																					
A																					
B																					
Aux. Enfermería																					
A																					
B																					
C																					
D																					
Cuidadores																					
A																					
B																					
C																					
D																					
RRMM																					
Nº de Pañales																					
Tiempo en min																					
Nº pasos en técnica																					
Observaciones																					

Referencia: El cambio de pañal se operacionalizara como el Nº de pañales, los RRMM como suficientes e insuficientes, y Nº de pasos de la técnica como la secuencia de los mismos.

Anexo N° 2
 Universidad de la República.
 Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.
 Hospital Centro Geriátrico Dr Luis Piñeyro del Campo.

Caracterización de los Residentes

Unidad Asistencial:

Sala:

Fecha: / /

	camas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Variables:	Edad																				
	Sexo																				
	N.D.																				
	Pañal																				

Referencia:

N.D.: Nivel de dependencia según el Índice de Barthel.

Pañal: se tomara como s/p y c/p

Anexo N° 3

Universidad de la República.

Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.

Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo.

Entrevista a Licenciada Jefe del Departamento de Enfermería.

Preguntas:

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué horario cumple y que días trabaja en esta institución?
- ¿Con que personal cuenta en cada turno (numero y cargo)?
- ¿Como se organizan los libres del personal y las faltas del mismo?
- ¿Cuál es la descripción de cargo de la Lic en enfermería, Auxiliar de enfermería y cuidadores?
- ¿Cómo se distribuyen las tareas, por nivel de dependencia, o a demanda?
- ¿Se realizan curso de actualización o capacitación del personal?
- ¿Cómo se seleccionan los cuidadores y que tareas realizan en las unidades asistenciales?

Respuestas obtenidas en las entrevistas

El nombre de la Licenciada Jefe del Departamento de Enfermería es jefe interina (se encuentra cubriendo a la Licenciada en Enfermería Permuy), hace 3 años que esta en esta institución. El horario que cumple es de 8 a 12 h.

Los días de trabajo se distribuyen en 4 y 1, no hay suplentes, las faltas se reorganizan poniendo al personal y sobrecargando a otros funcionarios. El funcionario faltante se le descuenta el jornal.

Las licencias se dan por régimen de alfombra (de setiembre a setiembre) mes a mes. Existen pasantías durante 1 mes (solo tareas de higiene y confort y alimentación), luego estos pasantes reciben el cargo de cuidadores.

En total hay 137 funcionarios en todas las unidades asistenciales de los cuales son: 12 licenciadas en enfermería, 44 Auxiliares de enfermería, 61 Cuidadores y 20 Auxiliares de servicio.

Las tareas se distribuyen según : nivel de dependencia y demanda.

Es admisión quien se encarga de realizar un censo diario.

En la institución IICGPC existe la técnica de pañal aunque esta no esta protocolizada, la realización del cambio de pañal es a demanda y por turno, y los encargados de realizar esta tarea son los auxiliares de enfermería y los cuidadores.

En cuanto a si el personal recibe cursos de actualización, actualmente se reciben cursos de nivelación, actualización y reciclaje. Al ingreso el personal recibe una pasantía se lo "Fognea".

La distribución de los residentes según unidad asistencial, sala, y sexo es:

UNIDADES ASISTENCIALES	SALAS	HOMBRES	MUJERES
A	1		14
	2		12
	3	15	
	4	14	
B	2	15	
	3		10
	4		13
	5	12	
	6	11	
	7	15	
	Hay dos anexos uno a sala 5 y otro a sala 7 en donde hay dos matrimonios.		2
C	1	13	
	2	10	
	3		17
	4	10	
	5		12
Hay 1 anexo a sala 5 en donde hay 1 matrimonio.		1	1
D	1		17
	2		17
	3	16	
	4	18	
Hay un anexo a sala 3 en donde hay 1 hombre		1	

Entrevista a Licenciada de Enfermería del Departamento de Logística.

Preguntas:

- ¿Cómo se organizan los recursos materiales, día que se solicitan los mismo, que se reciben, personal encargado de la misma tarea, y las cantidades?
- ¿Cómo se distribuyen los recursos materiales?
- ¿Cuál es la cantidad de pañal utilizado mensualmente en cada unidad asistencial?
¿Son suficientes?
- ¿En que unidades tienen mayor demanda de pañales?
- ¿Cuáles son los recursos materiales que se utilizan para realizar la higiene perineal?
- ¿Cuál es el costo de los pañales, calidad del mismo y distribuidor?

Respuestas de la entrevista a la licenciada en enfermería del departamento de logística.

El nombre de la licenciada en enfermería del departamento de logística es

En el año 2005 se creo el departamento de logística ya que hasta entonces el centro de materiales dependía del departamento de enfermería.

Mensualmente se realiza un pedido de compra de materiales, el mismo se realiza calculando las cantidades gastadas durante los meses anteriores, con el fin de crear un stock. Existen diferentes planillas, de cantidad de pañales que se utilizan por turno además de registrar todo el mes, y también hay planillas de material blanco.

El departamento de enfermería entrega semanalmente el listado de residentes que tienen cuidados especial en base a estos logística aumenta o disminuye el pedido.

A su vez semanalmente se entrega un listado para el centro de materiales llegando a hacerse a veces hasta 3 veces por semana. Los materiales especiales llevan un pedido especial.

Por mes se utilizan 11500 a 12000 pañales en toda la institución.

En los pabellones A y D son los que mas gasto tienen y se ve mas sobre todo en los turnos de la mañana y tarde en donde se realizan los cambios de pañal.

Esta estipulado que se realicen por lo menos 3 cambios de pañal diarios.

EJ: Unidad asistencial: A

Mañana-54

Tarde-75

Vespertino- 49

Noche-14

Unidad asistencial D

Mañana-51

Tarde-42

Vespertino-50

Noche-14

En el mes de febrero se utilizaron:

1151 pañales por semana

972 pañales por semana

873 pañales por semana

636 pañales por semana

Los recursos materiales para la higiene son:

Pañales, toallitas de tela esponja , guantes de higiene, guantes de goma, bolsas de residuos.

Los recursos materiales son suficientes, aunque dependen de la demanda.

Anexo N° 4
Universidad de la República.
Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.
Hospital Centro Geriátrico Dr Luis Piñeyro del Campo.

Derechos del paciente

Según decreto del Poder Ejecutivo N° 258/992 publicado el 16 de junio de 1992:

Art. 30° - El paciente tiene derecho a conocer y hacer uso de sus derechos y si por alguna razón no los conoce o necesita ayuda, el establecimiento de salud correspondiente tiene la obligación de prestarle ayuda.

Art. 31° - El paciente tiene derecho a recibir tratamiento sin distinción de raza, religión, sexo, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, orientación sexual o fuentes de paga.

Art. 32° - El paciente tiene derecho a recibir una atención solícita y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin restricciones innecesarias.

Art. 33° - El paciente tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesite.

Art. 34° - El paciente tiene derecho a saber el nombre y el cargo del médico que lo atenderá.

Art. 35° - El paciente tiene derecho a saber los nombres, cargos y funciones de cualquier miembro del personal que participe en la atención médica que se brinda y a negarse a recibir tratamiento, a ser examinado u observado por una persona que no acepte por razones debidamente justificadas, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 36° - El paciente tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, expuesta de modo sencillo, inteligible y procurando no alterar el equilibrio psicosocial del mismo.

Art. 37° - El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa, cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen. En dicha información se deben mencionar los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento propuesto, salvo en los casos de emergencia con riesgo vital inmediato.

Art. 38° - El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esta negativa para su salud, sin perjuicio de las medidas que corresponda adoptar frente a patologías que impliquen riesgo para la sociedad que integra.

Art. 39° - El paciente tiene derecho a negarse a participar en una investigación. Antes de decidir si va a participar o no, tiene derecho a recibir una explicación completa.

Art. 40° - El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de su salud.

Art. 41° - El paciente tiene derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. El hospital tiene que darle por escrito un plan terapéutico a seguir, luego del alta.

Art. 42° - El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y a obtener una copia de la misma, a sus expensas.

Art. 43° - El paciente tiene derecho a quejarse de la atención y los servicios que recibe sin temor a represalias y exigir una respuesta del hospital, inclusive por escrito, si así lo desea.

Art. 44° - LA enumeración de los derechos del paciente contenida en los artículos precedentes tienen carácter enunciativo y no encierra el cumplimiento por éste de todos y cada uno de los deberes que son emanación de las obligaciones constitucionales de cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad (art. 44, inc. 2° de la Constitución)

Anexo N° 5
Escala de Barthel

FECHA: / /

USUARIO BAÑO 5 Independiente: Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizar todo sin estar una persona presente. 0 dependiente					
VESTIDO 10 independiente: Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa, se ata los zapatos. Se pone bragero o corsé si es necesario. 5 Ayuda: necesita ayuda pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable. 0 dependiente					
ASEO 5 Independiente: Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita solo. 0 dependiente					
RETRETE 10 Independiente: Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se lava sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda. 5 Ayuda: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa. 0 Dependiente					
TRASLADO SILLON -- CAMA 15 Independiente: no necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace indep 10 Mínima ayuda: necesita una mínima ayuda o supervisión. 5 Gran ayuda: Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado 0 Dependiente					
DEAMBULACIÓN 15 Independiente: puede caminar independientemente al menos 50 m, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas. 10 Ayuda: Puede caminar al menos 50 m, pero necesita ayuda o supervisión. 5 Independiente en silla de ruedas: Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. 0 Dependiente					
ESCALONES 10 Independiente: Es capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoya en la barandilla. 5 Ayuda: Necesita ayuda física o supervisión. 0 dependiente					
MICCIÓN 10 Independiente: Ni presenta episodios de incontinencia. Sin necesita sonda o colector atiende a su cuidado solo. 5 Incontinente ocasional: Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector. 0 Dependiente					
DEPOSICIÓN 10 Independiente: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita cremas o supositorios se arregla por si solo. 5 Incontinente ocasional: Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar cremas o supositorios. 0 Dependiente					
ALIMENTACIÓN 10 Independiente: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable 5 Ayuda: Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, etc. 0 Dependiente					
TOTAL BARTHEL/100					

Anexo Nº 6

Universidad de la República.

Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.

Hospital Centro Geriátrico Dr Luis Piñeyro del Campo.

Dotación de personal por Unidad Asistencial y turno

Turno matutino

Unidad A	Unidad B	Unidad C	Unidad D
A/E: 7	A/E: 5	A/E:4	A/E:6
C/I: 10	C/I: 4	C/I: 1	C/I: 6
A/S:3	A/S:2	A/S:3	A/S:1

3 Licenciadas de Enfermería y 1 Jefe de Departamento de Enfermería

Turno tarde

Unidad A	Unidad B	Unidad C	Unidad D
A/E: 5	A/E:4	A/E:2	A/E:3
C/I: 7	C/I: 2	C/I: 1	C/I: 2
A/S:0	A/S:1	A/S:0	A/S:1

3 Licenciadas de Enfermería

Turno vespertino

Unidad A	Unidad B	Unidad C	Unidad D
A/E: 3	A/E:3	A/E:2	A/E:2
C/I: 3	C/I: 2	C/I: 1	C/I: 3
A/S:0	A/S:0	A/S:0	A/S:0

3 Licenciadas de Enfermería

Turno noche

Unidad A	Unidad B	Unidad C	Unidad D
A/E: 2	A/E:2	A/E:2	A/E:2
C/I: 2	C/I: 0	C/I: 1	C/I: 1
A/S:1	A/S:1	A/S:0	A/S:1

2 Licenciadas de Enfermería

Anexo N° 8

Universidad de la República.

Tesis generación 2002. Adulto y Anciano.

Hospital Centro Geriátrico Dr Luis Piñeyro del Campo.

Decreto de modificación en la denominación del Hospital Centro Geriátrico

Según el Decreto N° 433/ 004 el Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo y conjuntamente el Ministerio de Salud Pública- Ministerio de Economía y Finanzas el 9 de Diciembre del año 2004 resuelven:

Visto: Que hace necesario la modificación de la actual denominación de la Unidad Ejecutora 063- Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo de modo tal que la misma coincida con la misión y visión institucional que compete a la entrada Unidad Ejecutora.

Resultados:

- I. Que la actual denominación del establecimiento mencionado en el visto no hace justicia a la canasta actual de servicios y la misión y objetivos comprendidos en el proyecto de Reconversión que se encuentra en trámite.
- II. Que la nueva denominación que se propone, luego de un exhaustivo estudio, es la de "Hospital –Centro Geriátrico DR. Luis Piñeyro del Campo".

Considerando: lo informado por la División Jurídico Notarial del Ministerio de Salud Pública.

El Presidente de la República Decreta:

Art. 1º- Modificase el capítulo 3 Estructura Organizativa del inciso 12 MSP (Decreto N° 460/001 de 27 de Noviembre de 2001), en cuanto a que donde dice "063- Hospital Hogar Luis Piñeyro del Campo" debe decir: "063 – Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo".

Art. 2º Comuníquese.

Batlle – Conrado Bonilla – Isaac Alfie.