



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ATENCIÓN DEL ADULTO Y ANCIANO**



**TIEMPO DE ATENCION DE ENFERMERÍA
DESTINADO A PROCEDIMIENTOS DE
PREOPERATORIA INMEDIATO EN ADULTOS
MAYORES**

AUTORES:

Br. Arrejuría, Lucía
Br. Porrás, Jennifer
Br. Ruiz, Nadia
Br. Tabeira, Angelina

TUTORA:

Prof. Adj. Lic. Enf: Vellozo, Rosa

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

Montevideo, 2010

AGRADECIMIENTOS

A Prof. Adj. Lic. en Enf. Rosa Vellozo como docente tutora agradeciendo el apoyo recibido, ya sea evacuando dudas o realizando correcciones pertinentes, para lograr que este trabajo de investigación se cumpliera.

A las Licenciadas en Enfermería Jefas de pisos 7, 9 y 10 Isabel Andujar, Beatriz Bagnasco y Valeria Quintero, a la Supervisora de los pisos quirúrgicos Lic. En Enf. Marlene Peleteiro. Y en última instancia agradecemos la cooperación imprescindible de los Auxiliares de Enfermería y demás funcionarios de los Pisos 7, 9 y 10 del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, por permitirnos el acercamiento al campo de investigación.

ÍNDICE

Introducción.....	4
Planteamiento del problema.....	5
- Área temática.....	5
- Tema de Investigación.....	5
- Fundamentación.....	6
Marco Teórico.....	8
Objetivos.....	21
Metodología.....	22
Diseño metodológico.....	22
Definición de variables.....	22
Universo de estudio.....	24
Selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación.....	24
Criterios de inclusión y exclusión.....	25
Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar.....	26
Plan de análisis de los resultados.....	31
Presentación de datos obtenidos.....	33
Tabulación y representación gráfica de datos obtenidos.....	36
Análisis.....	39
Conclusiones.....	44
Referencia bibliográfica.....	46
Anexos.....	47
1. Entrevista a la Lic. En Enf. Beatriz Bagnasco	
2. Manual de Procedimientos del Hospital de Clínicas	
3. Prueba piloto	

4. Instrumentos de recolección de datos(Fichas anexadas a original)
5. Cronograma de Gantt

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue elaborada por 4 estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, dictada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República durante el periodo comprendido entre junio y agosto de 2010.

El lineamiento seleccionado para la realización de este trabajo fue “Tiempo de Atención de Enfermería”. Nos abocamos al estudio del tiempo que enfermería destinó a la realización de los procedimientos de preoperatorio inmediato en usuarios adultos mayores.

El perfil de profesional al cual aspiramos llegar, encuentra sus lineamientos en el Plan de Estudios 1993, en el mismo se especifica que como profesionales debemos procurar una atención oportuna al usuario en cada etapa de su proceso salud-enfermedad, a través de una correcta utilización del tiempo de atención de enfermería.

Para ello, elegimos la Cátedra de Salud de Adulto y Anciano, ya que esta franja etaria forma parte de uno de los estratos más vulnerables de nuestra sociedad.

Es además un aporte como futuros profesionales de la salud, dada la formación que hemos adquirido, para facilitar el cumplimiento del derecho que tienen las personas a recibir una asistencia eficaz en un tiempo de atención de enfermería oportuno.

Para lograr este objetivo se eligió un piso de cirugía, definiendo los criterios de inclusión de los usuarios que determinaron las variables en estudio. Se caracterizó a la población determinando la etapa del ciclo vital (adulto mayor), niveles de dependencia I o II, etapa del proceso salud enfermedad (preoperatorio inmediato).

Luego se midieron los tiempos reales de ejecución de los distintos procedimientos estandarizados en el servicio para cirugías generales, con previo consentimiento informado de los usuarios.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal con el fin de recolectar información sobre la distribución del tiempo que destina enfermería para la atención de un usuario en etapa preoperatoria.

Se elaboraron instrumentos de medición del nivel de dependencia de los usuarios.

Se creó también un sistema de registro en el que se documentó el tiempo utilizado para la realización de los procedimientos.

Previo a esto se realizó un ensayo piloto para modificar, ajustar y mejorar el instrumento preliminar de recolección de datos para otorgar confiabilidad y validez al estudio.

Finalmente, se realizó el resumen, tabulación y representación gráfica de los resultados obtenidos, para su posterior análisis del cual se desglosaron las conclusiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Área temática:

Tiempo de atención de enfermería.

Pregunta problema

¿Cuál es el tiempo de atención de enfermería destinado al cuidado en preoperatorio inmediato de un adulto mayor nivel de dependencia I o II, hospitalizado en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, pisos 7, 9 y 10 entre los meses de junio y agosto del 2010.

JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

La importancia científica del tema se centra en que la medición del tiempo que Enfermería emplea a la hora de brindar cuidados, forma parte de uno de los aspectos fundamentales de la calidad de atención, la cual acredita a las instituciones sanitarias.

Dicha acreditación se basa en una serie de estándares a los cuales se llega mediante una gestión eficaz del servicio, la cual tiene como fin proteger uno de los derechos inalienables del usuario que es tener acceso a una atención sanitaria oportuna y de calidad.

Otro aspecto a destacar es que el tiempo de atención destinado por parte del personal de enfermería no se encuentra estandarizado en el Manual de Procedimientos del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, tampoco se encontró material en distintas fuentes consultadas. Es por ello que creímos conveniente la realización de este estudio; ya que consideramos de suma importancia que esta Institución, que es un referente sanitario a nivel nacional, cumpla con una de las metas asistenciales preestablecidas como lo es la atención oportuna a sus usuarios. Para este logro uno de los pilares fundamentales lo conforman los recursos humanos, puntualmente el personal de enfermería. Dicha disciplina puede influir directamente; mediante sus intervenciones en las probabilidades de éxito del Proceso de Atención de los usuarios. Esto se ve reflejado por ejemplo, en los Servicios de cirugía, los cuales son dinámicos debido al alto índice de flujo de pacientes.

Lo anteriormente mencionado exige que los cuidados que enfermería brinda deban ser gestionados de la mejor manera, logrando una distribución eficaz, eficiente y efectiva del tiempo.

Es por los factores anteriormente expuestos que elegimos los servicios en los cual se desarrolla esta investigación, ya que la distribución del tiempo de enfermería condiciona la calidad de atención brindada, afectando en mayor o menor grado la evolución del usuario.

Esto puede ser punto de partida para investigaciones ulteriores de los factores que afectan el cumplimiento de una atención oportuna, por ejemplo, a los usuarios dependientes que se encuentran cursando un preoperatorio inmediato en el servicio (sujetos de nuestra investigación).

Es de destacar también que para nuestra formación académica, el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, ha sido un pilar fundamental para el desarrollo de nuestro perfil profesional, entonces con este estudio intentamos contribuir con una mejora en la calidad asistencial a los usuarios que se asisten en la misma.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de América con un 17% de su población mayor de 60 años (13,4 % es mayor de 65 años)¹. El subgrupo de mayor crecimiento es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía.

Para la elección del tema partimos de la base que se nos brinda en el perfil del Licenciado de enfermería planteado en el Plan de Estudios 1993, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El tiempo de atención de enfermería para usuarios en preoperatorio inmediato varía de acuerdo al grado de dependencia; actualmente contamos con manuales de procedimientos estandarizados en los cuales no se detalla el tiempo que enfermería debe destinar a la realización de estos cuidados.

¹ [Carta Geriátrico Gerontológico N° 4, Octubre 2009](#). (Sociedad Uruguaya de Geriatria y Gerontología).

MARCO TEÓRICO

En primer lugar es necesario definir que es el Hombre ya que éste es nuestro sujeto de estudio. El concepto de Hombre en el que se basa el Plan de Estudios 1993, "... es un ser bio-psico-social, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psico - biológico, aún cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.”²

En este caso nos abocamos al grupo poblacional de Adultos Mayores ya que en este se ve al hombre inmerso en el proceso de envejecimiento, en el cual aparecen cambios no solo biológicos si no aquellos provocados por los factores estresantes del entorno (estilo de vida, apoyo social, inclusión social, capacidad de adaptación).³ Este grupo etario conforma las cifras predominante de la pirámide poblacional uruguaya.

Pese a que el proceso de envejecimiento es un fenómeno normal e irreversible; este no se presenta uniformemente en todas las personas, ya que muestra comportamientos variables y asincrónicos. Este hecho es de destacar, ya que de acuerdo a su evolución podemos determinar diferentes niveles de dependencia según como se presente esta etapa vital. El proceso de envejecimiento lo evaluamos a través de distintas escalas.

² Plan de estudios 1993. Concepto de Hombre. Consejo Directivo Central. 8 de Agosto, 1993.-

³ Babb P. Manual de Enfermería gerontológica. 1ª ed, Mc Graw - Hill. Interamericana. México; Enero 1998.

La Escala de Barthel lo evalúa con la puesta en práctica de las diferentes capacidades funcionales, las cuales se presentan a continuación.

ÍNDICE DE BARTHEL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (botella, sonda, orinal...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado
Deambulaci3n		
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
Subir y bajar escaleras		
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones
Puntuaci3n total:		

La incapacidad funcional se valora como:

- SEVERA: < 45 puntos. NIVEL IV
- GRAVE: 45 - 59 puntos. NIVEL III
- MODERADA: 60 - 80 puntos. NIVEL II
- LIGERA: 80 - 100 puntos. NIVEL I

Debemos tener en cuenta que el nivel de dependencia del individuo está condicionado por la puesta en práctica de las capacidades funcionales, pero estas a su vez, se encuentran ligadas a la etapa del proceso salud enfermedad en la que se sitúe el hombre. Dicho proceso salud-enfermedad se puede definir como una construcción social; el cual se encuentra sujeto a modificaciones de acuerdo al lapso de tiempo y las características sociodemográficas, históricas y culturales en las que nos vemos insertos.

La situación actual de cada individuo en dicho proceso, depende de cómo este reacciona frente a los diferentes estímulos externos, denominando este fenómeno como capacidad reaccional. Debemos destacar que el mantenerse en el “extremo” saludable del proceso es un derecho del hombre y como tal debe ser resguardado. Para esto se formaron varias disciplinas. Un ejemplo de ellas es la enfermería, la cual enfoca la planificación de sus actividades, haciendo énfasis en optimizar el nivel de independencia y autosuficiencia de la persona en sus actividades cotidianas. Ésta práctica la realiza en los diferentes niveles de atención en los que se ve inserta. Dicha disciplina también se centra en la prevención de enfermedad e invalidez, promoviendo, manteniendo y restaurando la salud, elevando la calidad de vida del hombre hasta el final de su ciclo vital.

Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

En el primer nivel de atención se resuelven las necesidades de atención básica y más frecuentes de la población mediante actividades de promoción y prevención, procedimientos simples de recuperación y rehabilitación. Correspondería al primer nivel de complejidad, éste se caracteriza por contar con establecimientos de atención donde asisten profesionales tales como el médico de familia o general, en atención ambulatoria de consulta externa, urgencia y eventualmente observación de patologías de baja severidad (consultorios, policlínicas, centros de salud, etc.). Es la base del sistema de salud.

El segundo nivel de atención responde a necesidades de salud menos frecuentes y que requieren para su atención de procedimientos más complejos. Este nivel se ubicaría en

hospitales donde se prestan servicios relacionados a la atención médica general o interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de necesidades aún menos frecuentes, patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. En él se ubican hospitales que realizan prestaciones médicas con la presencia de especialidades médicas y quirúrgicas. Se caracterizan por un uso intensivo de tecnología a través de equipamiento y recursos humanos altamente especializados.

En los diferentes niveles de atención podemos observar una mayor demanda de población envejecida, característica de nuestro país. A medida que avanza el proceso de envejecimiento notamos un relacionamiento más estrecho del usuario con el equipo de salud. Este se encuentra en una etapa en donde se ve una declinación de sus funciones, siendo necesario mayor control de las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.), rehabilitación e institucionalización en centros geriátricos así también como el acompañamiento en una etapa que es irreversible como lo es la muerte.

Sobre el proceso de envejecimiento, como se mencionó anteriormente, influyen la sociedad, la cultura y la sensación de bienestar.

Enfermería debe valorar la diversidad socio-cultural y psicológica, así como el cambio de roles que afecta el comportamiento, la auto percepción, la existencia o falta de desarrollo social, el grado de apoyo familiar y de amigos y la identificación de los distintos grupos.

Todos estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de brindar una atención de enfermería de calidad e integral.

El anciano necesita más tiempo para percibir la información, identificarla y procesarla, para movilizar respuestas físicas y psicológicas adecuadas y responder a dicha información

oportunamente. Hay que tener en cuenta también la individualidad de las personas, las pérdidas sufridas, la disminución del funcionamiento físico, psíquico y social y la capacidad de adaptación a todos esos cambios.

La enfermería debe tratar de elevar la autosuficiencia en los ancianos, educar a la familia involucrando a ésta en los cuidados del usuario. La atención debe ser individual y se deben tener en cuenta experiencias, necesidades y objetivos del usuario.

También se debe estimular al anciano a participar en su plan de cuidados, teniendo en cuenta sus limitaciones y potencialidades, así como su opinión y decisiones.

Se debe procurar mantener al anciano activo, física, emocional y mentalmente (actividades que se fomentan en primer nivel de atención).

Es importante plantear objetivos realistas y alcanzables. Es por ello, que es necesaria una planificación realista en cuanto al tiempo en el que se brindarán los cuidados. Dependiendo de todos los factores antes mencionados (aún más según el grado de dependencia/independencia que tenga el usuario), será el tiempo que deberá destinarse a los cuidados de enfermería que se les brindará.

Esto lo logra a través de la articulación del trabajo en redes, integrando al adulto mayor, haciendo participe de los cuidados a su núcleo familiar en interacción con el medio, logrando así el fortalecimiento del vínculo con el equipo de salud.

Debemos señalar que para enfermería, a la hora de brindar cuidados, las características intrínsecas del usuario (como el grupo etario al que pertenece), le implica una planificación previa tanto de comunicación como del manejo del usuario adulto mayor. Este tipo de usuario exige un trabajo no solo directo, sino también con sus cuidadores o tutores legales. Esto ocurre debido al deterioro cognitivo y físico (el cual no es característico de esta etapa)

que se encuentra en una minoría a tener presente. Por lo tanto exige una distribución más eficiente del tiempo de atención de enfermería destinado para sus cuidados.

Esto no quiere decir que los cuidados brindados deban mermar en cuanto a su calidad ya que como integrantes del equipo de salud debemos amparar el derecho a una atención eficaz y oportuna.

El adulto mayor requiere una mejora en la calidad de las interacciones con la enfermera ya que estos solicitan mayor tiempo para entender las indicaciones brindadas, no solo nuestras sino también del entorno social. Así como también mayor lapso de tiempo para procesarlas, identificando en conjunto, aquellos factores de riesgo que puedan perjudicar su salud. Estas últimas acciones se inclinarán a fomentar la capacidad de adaptación del adulto mayor.

Implica también mayor tiempo para la puesta en práctica de soluciones, haciendo referencia a respuestas físicas y psicológicas adecuadas. No debemos olvidar que estas respuestas deben darse en el momento oportuno, por lo cual se necesita más tiempo de atención de enfermería para lograr dinamismos en los procesos de pensamiento del usuario.

Para que esto sea posible las instituciones sanitarias deben evaluar la calidad de los servicios brindados a la población, con la finalidad de contribuir a elevar su nivel y calidad de vida.

Se deben contemplar una variedad muy grande de factores y actividades, porque todos ellos contribuyen en forma más o menos directa, en el resultado final del proceso de producción.

Es en esencia un proceso de control y evaluación de la calidad de los bienes o servicios producidos por un sistema social.

Para el director de un hospital o para cualquier dirigente, sea al nivel estratégico, táctico u operativo, la acreditación constituye una invalorable ayuda en el cumplimiento de su trabajo y para el propósito de perfeccionamiento continuo del sistema administrado.⁴

En el **proceso de Administración** podemos identificar cinco funciones interrelacionadas e interdependientes: planificación, organización, implementación o administración de recursos, dirección y control.

El Control es indispensable para una correcta administración. Este asegura que lo ejecutado se cumpla de acuerdo a lo planificado, es decir, de acuerdo a los objetivos y actividades definidas, según normas acordadas en el tiempo previsto y las formas de organización diseñadas. También es indispensable para recoger por distintos procedimientos la información necesaria para corregir fallos o insuficiencias, mejorar el proceso de producción y los conocimientos, habilidades y destrezas, de los trabajadores protagonistas de ese proceso.

En cualquier tipo de control, podemos identificar tres grandes etapas:

- a) Recoger información sobre actividades realizadas o sobre situaciones de determinados elementos de un sistema.
- b) Comparar la información con normas, criterios e indicadores previamente establecidos.
- c) Adoptar decisiones sobre la base de la información recogida, dirigidos a resolver problemas o a mejorar procesos a través del perfeccionamiento de los recursos y de los métodos de trabajo.

⁴ Villar, Hugo. Manual de estándares para la acreditación de los Servicios de Enfermería. Cap.I: Acreditación de Hospitales. Pag. 25. 1ª. edición, Ediciones de Enfermería. Uruguay; Julio, 2000.-

Acreditar es, según el diccionario de la Real Academia Española de Letras, “hacer digna de crédito alguna cosa, probar su certeza o realidad; afamar, dar crédito o reputación; dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que representa o parece; dar testimonio en documento fehaciente de que una persona tiene facultades para desempeñar comisión o encargo diplomático, comercial, etc.; lograr fama o reputación”.

Según el Dr. Hugo Villar, un producto es de CALIDAD, cuando satisface las necesidades de un cliente o usuario en cuanto a seguridad, fiabilidad y servicio.

En el concepto actual de calidad total o integral, el proceso de control y evaluación no es la etapa final del proceso de producción sino que debe ser una actividad a aplicar durante todas las etapas de ese proceso. A su vez debe comprender todos los elementos del sistema, es decir: las **entradas** (los recursos humanos y materiales - los factores productivos -), la estructura y funcionamiento del **procesador**, las **salidas** del sistema (esencialmente la calidad de lo que se produce, ya sean bienes materiales o servicios), el medio ambiente (características naturales y sociales) y la finalidad (eficacia y eficiencia sociales y económicas del sistema).

Como todo método de control, su verdadera finalidad es solamente detectar aspectos negativos, fallos o insuficiencias.

Consiste fundamentalmente en mejorar el proceso de producción y contribuir al mejoramiento de los trabajadores, que son los protagonistas del proceso y por lo tanto los condicionantes fundamentales de la calidad del producto o del servicio.

Haciendo referencia a lo anteriormente mencionado, podemos asegurar que el mejoramiento de la calidad de atención al usuario es uno de los aspectos a los que aspiran

las instituciones sanitarias debido a que este aspecto otorga la acreditación de dichas instituciones.

Por ejemplo, es de destacar que el Hospital de Clínicas tiene como misión de la Institución “Brindar atención a la salud de las personas, de calidad, con profundo respeto y compromiso hacia ellas; a través de la cual, el Hospital deviene en un ámbito formador de recursos humanos y de generación de conocimientos, contribuyendo al desarrollo del nivel de salud de la población, optimizando la utilización de los recursos que a tales fines le son confiados”. Dentro de su perfil el Hospital de Clínicas también asevera que “El Hospital estará inserto en la Red de Servicios de Salud y estará abierto a la comunidad en el sentido de brindar atención a las personas independientemente de su condición social, coadyuvando a la superación de la segmentación de la asistencia expresada en la dicotomía público-privado y contribuyendo a la elevación de la calidad de los efectores públicos y a la mejoría de la equidad y la eficiencia social del sistema de salud nacional”.⁵

Como podemos observar lograr una atención de calidad aparece como uno de los pilares centrales en una de las Instituciones más reconocidas en el Uruguay como referente.

No debemos pasar por alto para entender aún más el motivo de la elección del lineamiento; cuál es la definición de calidad que manejamos, la cual es definida en las normas ISO como: “Totalidad de las propiedades y características de un producto o servicio, que le confieren su capacidad para satisfacer necesidades expresas o implícitas”⁶.

Los principios de la calidad total que manejamos constan de la satisfacción de los usuarios, este es el más importante para una institución. Para ello es importante la identificación de los usuarios y el conocimiento de la demanda de los servicios que ellos utilizan. Para

⁵ Misión y Perfil del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” disponible en www.hc.edu.uy

⁶ Normas ISO disponible en www.mgar.net/soc/isointro.htm

lograrlo debe haber una interacción permanente para entender las expectativas de la demanda.

Otro aspecto a destacar es la Gerencia participativa, que consiste en promover una cultura de participación efectiva de los funcionarios de la institución. Esto significa compartir ideas y responsabilidades y obtener el compromiso de todos en el proceso de pensar y llevar a cabo las actividades; incentivando la manifestación de opiniones y nuevas ideas. Estimulando al personal comprometido con la mejora continua, participando en la toma de decisiones y el uso compartido de la información.

También es importante considerar el desarrollo del talento humano, o sea valorar al ser humano promoviendo su desarrollo y su realización plena, brindando capacitación específica para el fortalecimiento de su capacidad reaccional, pensando en el mejor desempeño de sus actividades, buscando la superación de las deficiencias formales de educación. Promover la satisfacción del usuario, incluso ajustando su perfil personal al perfil de sus actividades y brindando adecuadas condiciones de higiene, ambiente y seguridad en su hospitalización.

Para que estos indicadores de calidad sean favorables dentro de la institución es necesario a nuestro entender, un perfeccionamiento continuo de las instituciones. Esto implica tener predisposición para mejorar actividades, procesos y servicios, búsqueda de innovaciones en los sectores, capacidad de aceptar e incorporar nuevos conceptos, técnicas y metas.

Como otro pilar, es fundamental promover la interacción entre todos aquellos que contribuyen a un mismo proceso, con una visión, compartida, utilizando continuamente el proceso de planificación, seguimiento y evaluación (gerencia de procesos).

Es importante que exista una garantía de la calidad, ésta debe estar dada por un conjunto de actividades planificadas, sistematizadas y divulgadas para garantizar que los productos y servicios se ajusten al patrón de exigencia. De esta manera se estarían creando canales de comunicación con los usuarios con el fin de actualizar permanentemente sus expectativas y necesidades.

Pese a que es importante reconocer los errores, fundamentalmente se debe tener un enfoque de prevención. Este principio debe volverse una actitud individual y colectiva de la institución en la búsqueda permanente de la perfección. Para ello es necesario promover la búsqueda de éstos y visualizarlos como áreas de mejora, establecer actitud preventiva en relación a los errores, buscar la reducción de fallas internas y externas para que se reduzcan los costos con la mejora de la calidad de atención del sujeto.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Para evaluar la calidad de los servicios que brinda la Institución a los usuarios, uno de los aspectos a tener en cuenta es la implementación de protocolos de atención de enfermería, de acuerdo a la situación en la que éste se encuentre dentro del proceso de salud – enfermedad.

De acuerdo al lineamiento de nuestra investigación, es preciso que mencionemos el protocolo de cuidados preoperatorios inmediatos estandarizados, que se aplica para una cirugía general en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, clínicas de pisos 7, 9 y 10.

Dicha pauta consta de:

- Corroborar ayuno de 8 horas para sólidos y líquidos.

- Control de signos vitales (presión arterial, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria) 24 y 1 hora antes de ingresar a block quirúrgico.
- Control de peso y talla.
- Higiene corporal total con énfasis en zona operatoria y ombligo.
- Administrar medicación preanestésica según indicación médica.
- Recorte de vello.
- Enema evacuador si está indicado y según criterio médico.
 - 1er. y 2da. hora: hora 15 del día anterior.
 - 3er. y 4ta. hora: hora 20 del día anterior.
 - 5ta. y 6ta. hora: hora 5 del día de la intervención quirúrgica.
- Corroborar presencia de sábanas limpias, ropa quirúrgica para el usuario.
- Identificación del usuario y cama.
- Si presenta prótesis dentaria, llevar a block y registrar en la historia clínica del usuario.
- Retiro de alhajas, reloj, etc.
- Verificar que las uñas del usuario estén limpias y sin esmalte.
- Corroborar la firma del consentimiento informado.
- Corroborar presencia de historia clínica completa, registro de todas las intervenciones realizadas por Enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer el tiempo de atención de enfermería destinado para la realización de los procedimientos de preoperatorio inmediato del Servicio de Cirugía para un usuario prequirúrgico tipo (adultos mayores de 65 años, niveles I y II de dependencia) hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, pisos 7, 9 y 10 en el período de tiempo transcurrido entre junio – agosto 2010, como base para el logro de una mejora en la calidad de atención.

Objetivos específicos

- Conocer las pautas, normas o protocolos de atención de enfermería en usuarios en etapa de preoperatorio inmediato hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, pisos 7, 9 y 10.
- Medir el tiempo real de atención de enfermería en la realización de dichos cuidados
- Conocer el perfil del personal de enfermería de dichos servicios.
- Proponer sugerencias con el fin de contribuir en la mejora de la calidad de atención de enfermería brindada actualmente en dichos sectores.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

El diseño que se utilizó en la realización de esta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal. En el mismo se midió el tiempo de atención de enfermería empleado a la realización de los procedimientos destinados a pacientes adultos mayores en preoperatorio inmediato de cirugía general, hospitalizados en pisos 7, 9 y 10 del Hospital de Clínicas.

Definición de variables

Tiempo de atención de enfermería:

- Def. Conceptual: es el lapso de tiempo utilizado para la realización de los procedimientos de enfermería al usuario.
- Def. Operativa: es el lapso de tiempo expresado en minutos utilizado para la realización de los procedimientos de enfermería en el preoperatorio al usuario hospitalizado en la Clínica quirúrgica “B” del Hospital de Clínicas.
- Tipo de variable: Cuantitativa, Continua.

Definición de las Variables utilizadas para caracterizar a la población del personal de enfermería

Sexo

- Definición conceptual: condición orgánica que distingue al hombre de la mujer o en general.
- Definición operacional: Características sexuales observadas y referidas por el usuario: Femenino o Masculino.
- Tipo de variable: Cualitativa, Nominal.

Edad

- Definición conceptual: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, hasta la fecha actual, expresada en años
- Definición operacional: Años cumplidos hasta el momento de la entrevista.
- Tipo de variable: cuantitativa, continua; para trabajar esta variable nosotros la discrecionalizamos o bajamos de categoría a cualitativa ordinal (al darle categorías: Adolescente, Adulto joven, Adulto, Adulto medio y Adulto mayor).

Nivel de Instrucción:

- Definición conceptual: Nivel máximo alcanzado por el Auxiliar de enfermería en la educación formal.
- Definición operativa: Nivel máximo alcanzado por el Auxiliar de Enfermería en la educación formal:
 - Secundaria Incompleta.
 - Secundaria Completa.
 - Terciaria incompleta.
 - Terciaria completa.
 - Otras.
- Tipo de Variable: Cualitativa, Ordinal.

Experiencia laboral

- Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el inicio del ejercicio del cargo como Auxiliar de Enfermería hasta el momento actual.
- Definición operacional: tiempo transcurrido en años desde el inicio del ejercicio del cargo como Auxiliar de Enfermería hasta el momento actual.
- Categorías:
 - 0 – 10 (años)
 - 11 – 21 (años)
 - 22 – 32 (años)
- Tipo de variable: Cuantitativa, Continua.

Universo de estudio

Consta de los usuarios adultos hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” que se encontraban en etapa de preoperatorio inmediato, en el período de tiempo comprendido entre junio y agosto de 2010, en los turnos tarde y vespertino convenidos con el servicio.

Población

Está constituida por los usuarios adultos mayores de 65 años hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, que se encontraban en etapa de preoperatorio inmediato en los pisos 7, 9 y 10. En el período de tiempo comprendido entre junio y agosto de 2010, en los cuatro turnos de acuerdo a la preparación del usuario en cada cirugía para la recolección de datos.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fue conformada por enfermería, siendo nosotras a la vez parte de este equipo. Nuestra labor se basó en realizar la observación de la atención de enfermería, brindada al sujeto de estudio (usuario) y recabar los datos para su posterior procesamiento en la investigación. Estos datos se basaron en el estudio de una muestra; constituida por todos aquellos usuarios adultos mayores de 65 años, cuyo nivel de dependencia fue I o II, hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en los pisos 7, 9 y 10.

Muestra

La muestra elegida fue no probabilística y constituida por 40 usuarios adultos mayores de 65 años, cuyo nivel de dependencia fue I o II, hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en los pisos 7, 9 y 10, en el período de tiempo comprendido entre junio

– agosto de 2010, en los cuatro turnos de acuerdo a la preparación del usuario en cada cirugía para la recolección de datos.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron en la muestra aquellos usuarios que:

- cursaban la etapa del ciclo vital Adulto mayor, entendiendo por ésta al lapso de tiempo cronológico expresado en años desde el día del nacimiento, desde el año 1944 hasta la fecha actual en la que se tomaron los registros, siendo éstos usuarios mayores de 65 años.
- Presentaban un Nivel de dependencia I (es decir que el resultado de la valoración de sus capacidades funcionales evaluadas según la Escala de Barthel se encontraba entre 80 y 100) o su Nivel de dependencia fue II (el resultado de la aplicación de la Escala se encontraba entre 60 y 80 puntos).
- Hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, piso 7 Clínica Quirúrgica “F”, en el piso 9 Clínica quirúrgica “B” (salas correspondientes a usuarios con patología urológica y vascular) y piso 10 Clínica Quirúrgica “C” entre los meses de junio - agosto de 2010.
- Cursaron en su hospitalización, a la fecha, el Período preoperatorio inmediato que comprende el lapso de tiempo de 12 horas transcurridas previas a su intervención quirúrgica.

Criterios de exclusión

Se excluyeron aquellos individuos que no estaban hospitalizados en la Institución o lo estaban en otros servicios, que son menores de 65 años, que su Nivel de Dependencia es 3 ó 4 y que no estaban cursando un preoperatorio inmediato.

Prueba piloto

Se planteó la realización de una prueba piloto con el objetivo de modificar, ajustar y mejorar el instrumento preliminar de recolección de datos para otorgar confiabilidad y validez al estudio.

Procedimientos para la recolección de información

Se realizó una entrevista semi estructurada a la Jefa de uno de los Servicios de Cirugía Lic. en Enf. Beatriz Bagnasco, en la cual nos orientó en el manejo del personal dentro de la Institución, brindándonos las características más relevantes de la población que allí se asiste y del personal a cargo, además de generalidades del piso. Nos proporcionó el Manual de procedimientos de cuidados preoperatorios con los que cuenta el Servicio.

La entrevista constó de las siguientes preguntas:

Nombre: Lic. en Enf. Beatriz Bagnasco

- ¿Cuál es el cargo que desempeña dentro del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”?
 - ¿Desempeña cargos en otra Institución?
 - ¿Cuánto tiempo hace que ejerce dichos cargos?
 - En cuanto a su experiencia laboral....
 - ¿A cuánto asciende el índice o flujo de usuarios? ¿En qué meses este índice asciende más a su consideración?
 - ¿Cuál es la dotación del personal con la que cuenta en el sector que está a su cargo (piso 9 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”)?
- ¿Qué antigüedad tiene los Auxiliares de enfermería en sus cargos?
 - ¿Cuál es la distribución por turnos?
 - ¿Cómo es el régimen de libres?
 - ¿Cuál es el nivel de instrucción con el que cuenta el personal a su cargo?
 - ¿Cuál es el promedio de edades del personal a su cargo?

- Según su conocimiento de dicho piso ¿Cuáles son las características de un usuario tipo de la misma?
- ¿Cuáles son las cirugías más frecuentes y cuál es el promedio mensual de las cirugías generales?
- ¿En que horarios se realizan los procedimientos preoperatorios?
- ¿Los procedimientos que se realizan en el Servicio, se fundamentan en Protocolos?
- De acuerdo a su experiencia en el piso ¿ha detectado alguna dificultad en cuanto a la distribución del tiempo para la realización de los procedimientos preoperatorios?
- ¿Qué entiende Usted por tiempo de atención de enfermería?

Luego se solicitó autorización formal a la misma para poder realizar la recolección de datos que se utilizó para llevar a cabo esta investigación.

Se confeccionó un documento para consentimiento informado en el cual se le detalló a los usuarios y/o familiares, en que consta la investigación y en donde aceptaban o no formar parte de la misma.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONTABILIZACIÓN DEL
TIEMPO DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR EL EQUIPO DE
ENFERMERÍA EN LA ETAPA DE PREOPERATORIO INMEDIATO**

Numero de radicación del caso:

Fecha: ____/____/____. Hora: ____:____ Hrs.

Información: se realizará la observación de los procedimientos y el registro del tiempo empleado para la realización de los mismos, con el fin de recolectar información para un estudio descriptivo sobre la distribución del tiempo que maneja enfermería para la atención de un usuario en etapa preoperatoria.

Nombre completo de la persona a examinar: _____

Nombre del Representante Legal (en casos de personas incapaces):

I.

Yo, una vez informado sobre los procedimientos a aplicar para la recolección de información que se llevarán a cabo, de la importancia de los mismos para esta investigación y las consecuencias posibles que se derivarían de la imposibilidad de contar con dichos datos, otorgo en forma libre mi consentimiento

SI:

NO:

a: _____
(Nombre del investigador)

para la realización de la observación de los procedimientos a los cuales seré sometido en la etapa de preoperatorio inmediato:

II.

Como parte de la realización de este estudio autorizo efectuar:

La realización del registro escrito de la duración de dichos procedimientos y su divulgación.

SI:

NO:

III

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad, de manera libre y espontánea.

SI:

NO:

Firma: _____

Aclaración: _____

Para la evaluación del nivel de dependencia funcional de los usuarios se utilizó la escala de Barthel.

Se creó también un sistema de registro en el que se documentó, de acuerdo al procedimiento, el tiempo utilizado para su realización.

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

HTAL. DE CLÍNICAS “DR. MANUEL QUINTELA”

FECHA:

Recolector de datos:

Piso: Sala: Cama:

PACIENTE (Iniciales):

N ° DE REGISTRO:

FECHA DE INGRESO:

EDAD:

DIAGNÓSTICO MEDICO:

TIPO DE CIRUGIA:

PROCEDIMIENTO	Tiempo utilizado (min.)		Tiempo total empleado
	HC(*1)	HF(*2)	
Verificar ayuno			
Control de signos vitales (*3)	Presión arterial		
	Frecuencia cardíaca		
	Frecuencia respiratoria		
	Temperatura axilar		
Control de peso y talla			
Higiene corporal total			
Medicación preanestésica (adm).			
Recorte de vello.			
Enema evacuador			
Cambio de ropa de cama y vest.			
Colocación de dispositivos	Vía venosa		
	Sonda vesical		
Identificación usuario y cama.			
Consentimiento informado del usuario.			
Corroborar condición de faneras			
Retiro de prótesis y objetos metálicos.			
HC completa, con registros de enfermería.			

Observaciones: _____

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo del comportamiento de la variable **tiempo de atención de enfermería**, mediante la realización de cálculos estadísticos (media aritmética) de los datos recolectados.

En este estudio, se estimó la media aritmética del tiempo en que el equipo de enfermería realiza los procedimientos de preoperatorio inmediato en usuarios adultos mayores con nivel de dependencia funcional I o II, hospitalizados en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en los pisos 7, 9 y 10, en el período de tiempo comprendido entre junio – agosto de 2010.

Es decir, se obtuvo la tendencia central, el promedio, del tiempo que insume la realización de estos cuidados.

Se seleccionó esta forma de procesar la información, ya que la media aritmética de un conjunto de datos muestrales se define como la suma de todos los valores que toman las observaciones dividida por el número total de las observaciones (n).

La media muestral se puede expresar como la suma de los valores de la variable ponderada por la frecuencia de los valores muestrales.

La media de la distribución empírica de una variable (para datos agrupados) se define como la suma ponderada de las marcas de clase por sus frecuencias.

La media muestral de un conjunto de datos se utiliza como un estimador de la media poblacional.

Su aplicación es variada ya que la media es una medida de tendencia central relativamente estable; adecuada para datos medidos en escala de razón o intervalo, pero no para datos nominales u ordinales.

Su valor tiende a estabilizarse relativamente rápido al aumentar el número de observaciones (n) hasta que alcanza un valor constante (μ) que se denomina valor esperado o media poblacional. Para un número pequeño de observaciones presenta grandes oscilaciones que se van amortiguando a medida que aumenta n .

A partir de la definición de media, resulta que la media de las distancias es igual a 0.

Si se utiliza la media de la distribución de una variable como una estimación de una de las observaciones, el error promedio será igual a 0. En cada paso se pueden cometer un cierto error no nulo.

La media es una medida descriptiva suficiente, pues utiliza toda la información contenida en una serie de observaciones especialmente adecuada para describir la tendencia central de distribuciones unimodales y simétricas (los datos muy grandes son tan frecuentes como los pequeños). Es una medida de tendencia central muy sensible a valores extremos y no es una buena medida de tendencia central cuando la distribución no es simétrica o cuando la distribución es multimodal.

A continuación procederemos a presentar la tabulación de los datos recolectados a través de la observación en el período de junio-agosto de 2010. Dicha recolección de datos fue realizada en los Pisos 7, 9 y 10 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Consta de los procedimientos del protocolo de cuidados preoperatorios inmediatos estandarizados, que se aplica para una cirugía general.

PRESENTACIÓN DE DATOS OBTENIDOS

Tabla de Distribución de los tiempos utilizados por el personal de enfermería para la realización de los procedimientos de preoperatorio inmediato, en Pisos 7 ,9 y 10, Hospital de Clínicas”Dr. Manuel Quintela” en el período junio- agosto de 2010.

PROCEDIMIENTO		MODA	MEDIA
Verificar ayuno		1.00 y 2.00 min. (Bimodal)	2.45 min.
Control de signos vitales	Presión arterial	3.00 y 4.00 min. (Bimodal)	3.15 min.
	Frecuencia cardiaca	1.00 min.	1.00 min.
	Frecuencia respiratoria	1.00 min.	1.08 min.
	Temperatura axilar	1.00 min.	1.84 min.
Control de peso y talla		3.00 min.	3.58 min.
Higiene corporal total		15.0 min.	13.0 min.
Medicación preanestésica (adm.)		5.00 min.	5.71 min.
Recorte de vello		10.0 min.	9.25 min.
Enema evacuador		20.0 min.	21.6 min.
Cambio de ropa de cama y vestimenta.		3.00 min.	4.00 min.
Colocación de dispositivos	Vía venosa	5.00 min.	4.75 min.
	Sonda vesical	5.00 min.	6.57 min.
Identificación de usuario y cama		2.00 min.	2.60 min.
Consentimiento informado del usuario		2.00 min.	2.88 min.
Corroborar condición de faneras		1.00 min.	1.36 min.
Retiro de prótesis y objetos metálicos		1.00 min.	1.36 min.
HC completa, con registros de enfermería		5.00 min.	7.60 min.
Edades		Moda: 65 años	Media: 70.2 min.
Nivel de dependencia	Nivel 1		39.4%
	Nivel 2		60.6 %

- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 2.-

Tabla de Distribución de los Diagnósticos médicos de los usuarios en preoperatorio inmediato, hospitalizados en pisos 7, 9 y 10, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” en el período comprendido entre junio-agosto de 2010.

Diagnósticos médicos		Porcentajes (%)
Adenoma de próstata		18.2
Neoplasma	Vejiga	12.1
	Riñón	9.10
	Mama	6.10
	Gástrico	3.03
	Hígado	3.03
	Uroterial	3.03
	Páncreas	3.03
Colangitis		6.10
Obstrucción arterial		9.10
Insuficiencia renal crónica		6.10
Residiva		9.10
Ulceras MM.II		3.03
Pólipo vesical		3.03
Litiasis calciforme		3.03
Tumor vesical		3.03
Total		100

- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 4.-

Tabla de Distribución según el tipo de cirugía realizada a los usuarios en preoperatorio inmediato, hospitalizados en pisos 7, 9 y 10, Hospital de Clinicas “Dr. Manuel Quintela” en el período comprendido entre junio-agosto de 2010.

Tipo de cirugía	Porcentajes (%)
ATV	2.60
RTV	28.9
Nefrectomía radical	10.5
Colecistectomía laparoscópica	2.60
Angiografía con fistula	5.26
Mastetomía radical	5.26
Esplectomía	2.60
Resección tumor hepático	5.26
Colangitis	2.60
By Pass	7.90
Laparoscopia exploratoria	2.60
Pancreatectomía	2.60
Prostatectomía	2.60
Cistoprostatectomía radical	2.60
Litotricia percutánea	2.60
Cirugía de tórax	2.60
Cataratas	2.60
Orquitectomía radical	5.26
Resección pulmonar (lobotomía)	2.60
Total	100

- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 4.-

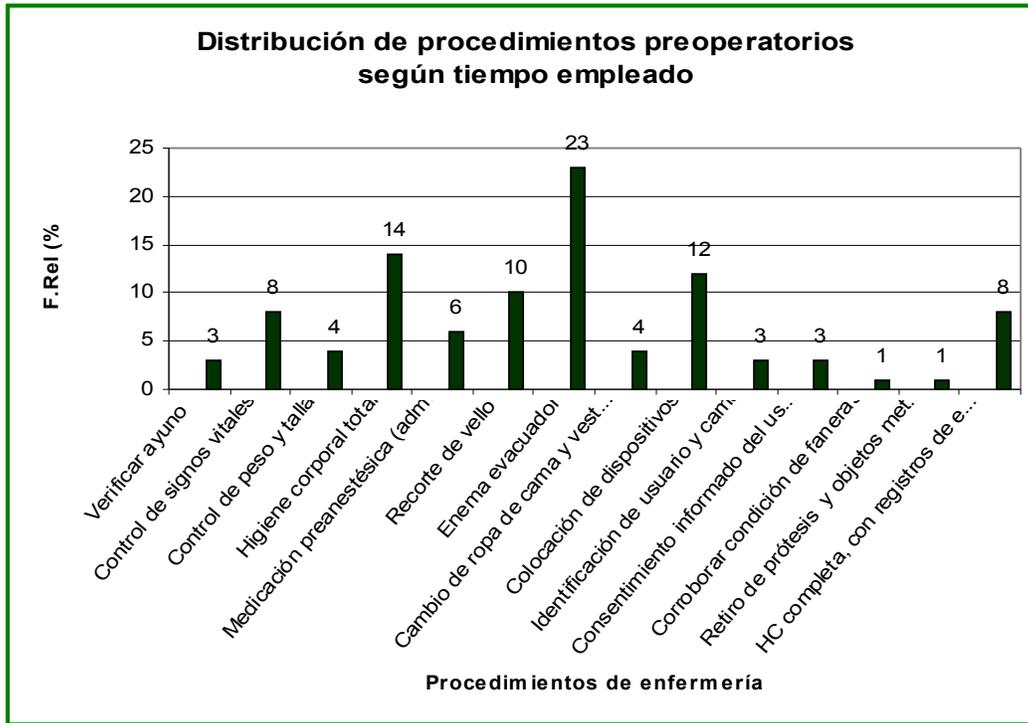
TABULACIÓN Y REPRESENTACIÓN GRÁFICA

Distribución de los tiempos empleados en los procedimientos de preoperatorio inmediato en adultos mayores nivel de dependencia I y II en los pisos 7, 9 y 10 del Hospital. de Clínicas Dr. Manuel Quintela en el período de tiempo comprendido entre junio – octubre de 2010.-

- Distribución de los tiempos utilizados para procedimientos preoperatorios.

PROCEDIMIENTO	F.Rel	F.Rel %
Verificar ayuno	0.03	3
Control de signos vitales	0.08	8
Control de peso y talla	0.04	4
Higiene corporal total	0.14	14
Medicación preanestésica (adm.)	0.06	6
Recorte de vello	0.1	10
Enema evacuador	0.23	23
Cambio de ropa de cama y vestimenta.	0.04	4
Colocación de dispositivos	0.12	12
Identificación de usuario y cama	0.03	3
Consentimiento informado del usuario	0.03	3
Corroborar condición de faneras	0.01	1
Retiro de prótesis y objetos metálicos	0.01	1
HC completa, con registros de enfermería	0.08	8
Total	1	100

- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 4.-



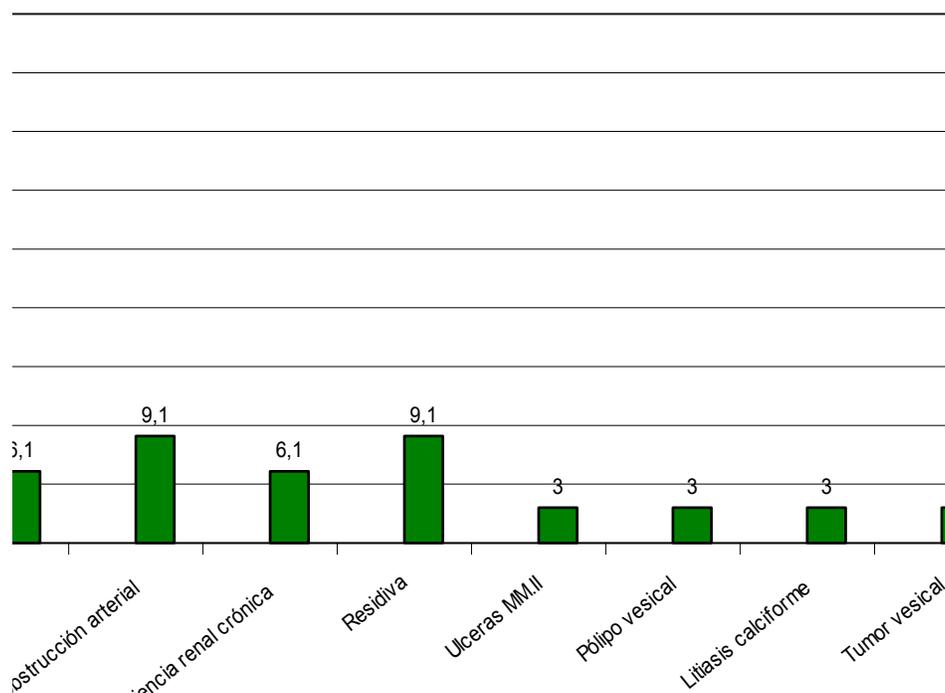
- Distribución de la población según Nivel de Dependencia

Nivel de dependencia	F.Rel	F.Rel%
Nivel 1	0.39	39.4
Nivel 2	0.61	60.6
Total	1	100

- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 4.-

- Distribución de la población según diagnóstico médico

Diagnósticos médicos	F.Rel	F.Rel (%)
Adenoma de próstata	0.18	18.2
Neoplasmas	0.39	39.4
Colangitis	0.06	6.1
Obstrucción arterial	0.09	9.1
Insuficiencia renal crónica	0.06	6.1
Residiva	0.09	9.1
Ulceras MM.II	0.03	3
Pólipo vesical	0.03	3
Litiasis calciforme	0.03	3
Tumor vesical	0.03	3
Total	0.99	100



- Referencia: Instrumento de recolección de datos. Ver Anexo N° 4.-

ANALISIS

Finalizada la recolección de datos y tabulación procederemos a analizar los mismos:

De la población que se definió en primera instancia, se les aplicó el instrumento a 40 usuarios, que se encontraban hospitalizados en piso 7, 9 y 10 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, en el periodo transcurrido entre junio – octubre de 2010. La recolección de datos se llevó a cabo en todos los turnos, respetando las 12 horas previas a la coordinación.

La población de estudio se encuentra en la etapa de preoperatorio inmediato. Debemos señalar que la población se caracterizó por pertenecer al grupo etario correspondiente a usuarios mayores de 65 años, promediando los 70 años. En dicha muestra, el nivel de dependencia según la escala de Barthel que predominó fue el II, con un 60,6%, el 39,4% restantes corresponden al nivel de dependencia I. El diagnóstico médico predominante en esta población es el de Adenoma de próstata con un 18,2%, seguido por el Neoplasma de vejiga con un 12,1%. Siendo estos diagnósticos propios de la declinación funcional de los sistemas característicos del proceso de envejecimiento

En cuanto al tipo de cirugía, predomina la RTU con un 28,9%, seguido de Nefrectomía radical con un 10,5%. Este dato coincide con los criterios de inclusión previamente establecidos para la muestra, obteniendo la mayoría de los preoperatorios inmediatos en el piso 9, Clínica Urológica “B”, salas 1 y 3.

Observando la media aritmética de los diferentes procedimientos notamos una tendencia a la estabilidad del tiempo empleado. Esto se corresponde con encontrar en los diferentes sectores generalmente, al mismo personal de enfermería (conservando con esto la uniformidad en cuanto a la realización de cuidados); los cuales desarrollaban las actividades diariamente en el sector. En cuanto al perfil de la unidad de análisis (Ver anexo N°1) debemos destacar que el promedio de edades de los Auxiliares se encuentra entre 28 y 30 años, mayoritariamente sexo femenino. Dicho personal cuenta con un nivel de instrucción terciario (título profesional en trámite) o estudiantes avanzados, es decir que se encuentran cursando el último año, el internado o realizando la tesis; última instancia de la carrera de Licenciados en Enfermería. Debemos destacar que la forma de distribución del

personal encontrada en dichos sectores fue de un Auxiliar de enfermería para la atención integral de 12 usuarios, contrastando esta cifra con la estipulada como ideal (un auxiliar de enfermería para ocho usuarios)⁷.

En cuanto a la recolección de datos fue necesario realizar un seguimiento continuo del paciente en los distintos turnos, respetando las 12 horas previas del horario de coordinación preestablecido. Esto nos dificultó la recopilación de los datos, ya que implicó concurrir a los diferentes servicios en distintos turnos, respetando el tiempo preoperatorio del usuario según el caso. Además, en varias oportunidades las coordinaciones no se llevaron a cabo, se pospusieron o demoraron debido a la ausencia de estudios solicitados por especialistas. Como contrapartida de esto, pudimos ver reflejado que la atención brindada forma parte de un proceso continuo e integral, el cual está sujeto a distintos factores que pueden estar alterando el trabajo interdisciplinario (mecanismo institucional deficitario, medidas gremiales – cese de actividades parcial o general -).

En la observación de la ejecución de los procedimientos notamos errores en cuanto al cumplimiento de las normas establecidas en el manual de la Institución. Por ejemplo, haciendo referencia a la ausencia de control de pulso y frecuencia respiratoria, lo cual disminuyó el tiempo promedio de la variable Control de signos vitales, no siendo esto un indicador de eficacia. Dichos controles en algunos de los usuarios fueron obviados o no se realizaron en el minuto estipulado, sino que se contabilizó en menor cantidad de segundos realizando la cuenta matemática respectiva. Esta ejecución disminuyó la calidad en la prestación de cuidados directos al paciente ya que no resguarda uno de sus derechos fundamentales los cuales son de conocimiento del personal debido a su formación universitaria.

La verificación del ayuno se realiza en aproximadamente 2,45 minutos tiempo en el cual el auxiliar de enfermería corroboró en la historia clínica la indicación de hora de comienzo del mismo y su cumplimiento, registros en las novedades y también se le consultó al usuario.

⁷ Cabrera Alicia, Lic. en Enf. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para Enfermería. Disponible en www.inde.edu.uy/consejo/R14-0206.htm.

El control de los signos vitales está constituido por 4 ítems (presión arterial, temperatura axilar, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria), los dos últimos no son medidos estrictamente en dichos servicios. De igual manera los tiempos medidos concuerdan con los recolectados en las distintas oportunidades.

El siguiente parámetro a medir fue la corroboración del peso y talla, la cual se efectuó mediante la estimación o verificación del registro de la medida en la historia clínica por parte del auxiliar de enfermería que recibió al usuario o el traslado del paciente al lugar del piso donde se encuentra el instrumento de medición (balanza).

En cuanto a la variación en el tiempo de realización de higiene corporal, este no varió sustancialmente debido a que los usuarios presentaron niveles de dependencia I y II, por lo que no fue necesario destinar tiempos mayores para dicho procedimiento, ya que no requirieron baños en cama; sólo presenciamos baños en ducha.

Haciendo referencia al tiempo destinado a la medicación preanestésica (que se cuenta desde que el auxiliar verifica la indicación médica en la historia clínica, la prepara, la administra hasta que la registra) pudimos observar que fue menor a 6 minutos y se basó principalmente en la administración de planes de suero debido al ayuno prolongado.

Las indicaciones de recorte de vello y enema evacuador fueron de las menos frecuentemente realizadas, ya que no fueron requeridas en los tipos de cirugía que contabilizamos. No obstante, los enemas evacuadores forman parte del protocolo de procedimientos para cirugías en el Servicio.

El cambio de ropa de cama, era efectuada durante la realización del baño en ducha de los usuarios; el tiempo promedio para este procedimiento, en algunos casos se vio prolongado debido al déficit de recursos materiales, pero generalmente fue de 4 minutos.

La colocación de dispositivos, tales como vía venosa y sonda vesical, fue de los procedimientos menos frecuentemente observados, ya que muchos de los usuarios se encontraban ya con el dispositivo colocado previamente. En algunos casos, la vía venosa periférica se colocaba a primera hora del turno matutino y el tiempo promedio para dicho procedimiento fue de aproximadamente 5 minutos; mientras que el promedio para la colocación de sondas vesicales fue menor de 7 minutos.

Una vez que el usuario terminó su baño en ducha, se procede a verificar la condición de las faneras, al mismo tiempo que se corrobora el retiro de prótesis. Estos procedimientos se realizan en un tiempo estimado de 1,30 minutos. Posteriormente se realiza la identificación del usuario y cama y se corrobora que este haya firmado el consentimiento para la cirugía. Esto insumió un tiempo de 2,90 minutos.

Por último, se corrobora que la historia clínica esté completa, es decir que presente todos los estudios solicitados (rutinas de sangre, radiografía de tórax, examen de orina y urocultivo, etc.) y que los procedimientos indicados hayan sido cumplidos y registrados en tiempo y forma, esto insume un tiempo promedio de 7,57 minutos.

Luego de realizar el promedio del tiempo de los procedimientos del preoperatorio inmediato en los adultos mayores nivel de dependencia I y II, en los pisos 7, 9 y 10 podemos estimar que se aproxima a los 94 minutos. Dicho cálculo se basa en la sumatoria de la media aritmética del lapso empleado por el personal de enfermería para la realización de los ítems descritos en el Protocolo de cuidados para cirugía general de procedimientos de piso 9, pautados inicialmente.

Haciendo referencia a la implementación de los cuidados de enfermería preoperatorios descritos en el Manual de Procedimientos del Hospital de Clínicas, pudimos observar que estos no son aplicados estrictamente de acuerdo a las técnicas preestablecidas. Por este motivo no se logró registrar el tiempo empleado en algunos de estos procedimientos, ya que el personal priorizó los cuidados propios de cada tipo de cirugía. Ejemplo de ello es el recorte de vello.

Como contribución a la mejora de la calidad de atención del Servicio, podemos indicar que sería conveniente rever la dotación de personal destinado a los pisos de cirugía, que se realice un protocolo de procedimientos unificado según tipo de cirugía, en el cual se determinen precisamente los tiempos para cada uno de ellos y que se logre implementar un control más estricto de los procedimientos que se realizan (para que sean llevados a cabo en tiempo y forma).

La mejora en la atención a los usuarios en preoperatorio no solamente dependerá de la brindada por el equipo de enfermería, sino que además participan de este proceso otros miembros del equipo de salud y otros servicios de apoyo técnico. Esta se lograría si las coordinaciones de estudios para cada cirugía fueran realizadas exitosamente, utilizando un tiempo coherente para ellos, de acuerdo a la fecha probable de la intervención quirúrgica; de esta manera se estaría evitando la internación prolongada con el consiguiente gasto de recursos materiales, humanos y financieros que esto requeriría. Una adecuada distribución de estos recursos (gerencia participativa) conducirá indefectiblemente a una mejora sustancial de la calidad en la atención a los usuarios.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que los objetivos propuestos al iniciar nuestra investigación fueron logrados. Nos informamos sobre las normas y protocolos existentes en la Institución para los servicios quirúrgicos específicos de los pisos 7, 9 y 10. Conocimos el perfil de la unidad de análisis inserta en los mismos, y la distribución del tiempo real que destina para la ejecución de los procedimientos directos de preoperatorio inmediato a los usuarios hospitalizados. En cuanto a la sumatoria del tiempo de ejecución de los cuidados de enfermería para un paciente mayor de 65 años, nivel de dependencia I o II, en etapa de preoperatorio inmediato se llegó a un promedio total de 94 minutos aproximadamente.

Debemos señalar que no contamos con un protocolo de procedimientos estandarizados con los tiempos que hipotéticamente le insume a enfermería la atención al usuario en preoperatorio. Debido a esto, no nos fue posible la comparación con indicadores previamente establecidos de tiempo, de manera que la etapa de control no fue llevada a cabo, condicionándonos las conclusiones de la investigación.

Es de destacar que el número de usuarios sobre el cual se realizaron las mediciones era excesivo para la dotación de personal a cargo de los mismos. Destacando que la distribución de tiempo destinado por la unidad de análisis se vería incrementado si el nivel de dependencia de dichos usuarios fuera III o IV, debido al aumento de la complejidad de dichos procedimientos. De lo anteriormente citado, como consecuencia se debería promover la gerencia participativa de manera de realizar una mejor distribución de recursos materiales, financieros y sobre todo de dotación de personal, para el logro de una mejora en la calidad de atención de enfermería brindada en dicha Institución. No debemos olvidar que el grupo etario seleccionado es representativo de las características generales de nuestra sociedad y como tal, nos enfocamos en contribuir en la optimización de la calidad de atención de enfermería brindada actualmente, ya que estos individuos forman parte de un sector vulnerable (debido a su declinación funcional) en su vida cotidiana y excluidos de los diferentes ámbitos (económico y cultural) en el momento de la planificación social.

Es conveniente mencionar que actualmente existen políticas estatales que intentan contemplar las necesidades específicas de los adultos mayores y al mismo tiempo que asegurar los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para que esto se lleve a cabo.

La prestación de cuidados de calidad de enfermería al usuario forma parte de los ítems de acreditación de las instituciones sanitarias y como futuros profesionales del equipo de salud debemos comprometernos a contribuir en la mejora de las prácticas actuales fomentando una actitud preventiva del error.

Para que esto se lleve a cabo, proponemos la realización de estudios de tipo analítico en los cuales se llegue a un consenso de los tiempos estandarizados para la realización de los cuidados de preoperatorio inmediato y se definan los factores que condicionan esta medición. De esta manera se contribuirá al perfeccionamiento de la metodología del trabajo actual, logrando una distribución de recursos eficaz y eficiente, de manera de brindar una atención de enfermería al usuario de calidad, de acuerdo a lo estipulado en las Normas ISO 9001.

Debemos destacar que adoptamos el compromiso como futuras Licenciadas en Enfermería de contribuir en el desarrollo de la capacidad reaccional del ser humano en todos los ámbitos, no solo a través del cuidado directo del usuario, sino también en la participación activa cotidiana, ya que es un pilar fundamental dentro del equipo de salud. Asumimos este compromiso ya que la Licenciada es el profesional que se encuentra capacitado para abordar a los usuarios de forma integral, ejerciendo sus funciones de Asistencia, Administración, Investigación y Docencia en todos los niveles de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Babb P. Manual de Enfermería gerontológica. México: McGraw Hill; 1998.
- Baily R. Nuevo Manual de la Enfermería. Barcelona: Océano; 2009.
- Cabrera A. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Programa de garantía de calidad de acreditación. Montevideo: CO.NA.SE. Instituto Nacional de Enfermería; 2000.
- Eguía A. Manual de procedimientos técnicos. Montevideo: [s.n.]; 2003.
- Hernández F, de Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal en salud. México: Limusa; 1988.
- Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. 2º ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- Verga, F., Cáceres, R. Estadística Médica: Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2003.
- Soler Carbó R, Llanés Soldevila E, Ortiz Oltra F. Enfermería Cardiovascular. Optimización de los recursos humanos según los niveles de dependencia en enfermería de los pacientes Cardiológico. Estudio piloto en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre. Valencia; 2005.

Páginas Web

- Cabrera A. Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos para Enfermería. Disponible en www.inde.edu.uy/consejo/R14-0206.htm.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas censo 2007 de la población uruguaya específica por grupo etario. Montevideo: INE; 2008. [Disponible en www.ine.gub.uy].
- Misión del Hospital de Clínicas. Disponible en www.hc.edu.uy.
- Normas ISO: Introducción: Conceptos de Calidad. Disponible en www.mgar.net/soc/isointro.htm
- Valoración geriátrica gerontológica. Disponible en www.sugg.com.uy/cmtportal.aspx.

A NEVOS

A NEVOS

ANEXO Nº1

ANEXO N° 1.- ENTREVISTA: Lic. en Enf. Beatríz Bagnasco

¿Cuál es el cargo que desempeña dentro del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”?

Licenciada en Enfermería Jefa supervisora del Servicio de Urología y Quirúrgica “B”.

¿Cuánto tiempo hace que ejerce dicho cargo?

Como Jefe de Piso en calidad de subrogante estoy desde octubre del 2002. Luego concursé y ascendí como titular a partir del 2005.

En cuanto a otra formación académica, soy especialista en Infecciones intrahospitalarias y tengo también una especialización en Gestión de los servicios de salud. Además soy docente grado II de la Cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

¿Desempeña cargos en otra Institución?

No.

En cuanto a su experiencia laboral...

¿Cuál es la dotación del personal con la que cuenta en el sector que está a su cargo (piso 9 del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”)?

Actualmente se maneja aproximadamente un total de 10 Licenciadas en Enfermería de las cuales, en este momento una de ellas se encuentra en licencia médica prolongada.

El número que se fijó como dotación ideal para lo que es el Servicio que consta de 2 clínicas (Quirúrgica “B” y Urología), con un total hoy de 51 camas, es de 17 Licenciadas en Enfermería. Se pretende aumentar esta dotación de camas a 62, como era originalmente hasta hace una año atrás.

La dotación ideal del personal es fijado en conjunto con la Directora del Dpto. de RR.HH de la División de Enfermería. Es decir la Jefatura, Supervisora y Directora fijan la dotación de personal de acuerdo a las necesidades que se detectan en el Servicio.

Con respecto a los Auxiliares de Enfermería, se cuenta con 33 Auxiliares; pero hoy por hoy, para la asistencia directa al paciente internado en piso, hay 23 Auxiliares. Esto se debe a que algunos de ellos están con licencia médica prolongada, con licencia reglamentaria o con salidas especiales y todos cumplen además tareas en las Policlínicas con las que también cuenta el Servicio. A su vez, uno de estos 23 Auxiliares realiza medio horario debido a licencia semi-maternal.

La dotación prevista para 62 camas es de 42 Auxiliares, por lo que hay un desfazaje bastante considerable.

- ¿Qué antigüedad tienen los Auxiliares de enfermería en sus cargos?**
¿Cuál es la distribución del personal por turnos?
¿Cómo es el régimen de libres?

Se trata de cubrir los turnos de la mañana, tarde y vespertino con por lo menos un Auxiliar por sala. Cada uno de ellos tiene promedialmente 12 pacientes a su cargo. En cambio, durante la noche, por este déficit de personal, se planifica por lo menos 3 Auxiliares por guardia. La actividad por la noche es menos que la del día porque se supone que el paciente debes descansar, dormir.

En cuanto a las Licenciadas, se pretende contar con una Licenciada en el turno de la mañana cada 2 salas, o sea 1 Licenciada para cada Clínica. Durante la tarde hay 1 Licenciada para todo el Servicio (para 4 salas). Esta no tiene turnante, por lo cual el Servicio queda desprovisto de Licenciadas el día que descansa. En el vespertino hay 2 Licenciadas, de forma tal que siempre se cuente con una Licenciada, hay días que hay dos y días que hay solo una. En la noche hay solo 1 Licenciada sin turnante, con régimen 3:3, por lo que hay 3 noches que el Servicio cuenta con Licenciada y 3 noches que no.

- ¿Cuál es el nivel de instrucción con el que cuenta el personal a su cargo?**

La mayoría del personal de enfermería con el que contamos en el Servicio proviene desde la propia Facultad de Enfermería. Son estudiantes avanzados, es decir que se encuentran cursando el último año, el internado o realizando la tesis. Contamos con 4 Auxiliares ya han terminado la carrera pero no han tenido la posibilidad de concursar como Licenciados, debido a ello se desempeñan como tales. Otros provienen de la Escuela Escocería o de la Cruz Roja. Básicamente el nivel es parejo. En el personal no se cuenta con especialistas.

- ¿Cuál es el promedio de edades del personal a su cargo?**

El promedio de edades de los Auxiliares se encuentra entre 28 y 30 años. No contamos mayoritariamente con personal mayor a los 50 años o que haya superado la edad de la jubilación, solo existen 2 casos.

En cuanto al sexo predomina el sexo femenino, solo hay 8 varones.

- Según su conocimiento de dicho servicio, ¿Cuáles son las características de un paciente tipo del mismo?**

Como acá lo que se brindan cuidados moderados, el nivel de dependencia promedio de los pacientes es II o III. Las edades promedian entre 60 y 65 años.

- ¿Cuáles son las cirugías más frecuentes y cuál es el promedio mensual de las cirugías generales?**

De lo que es la cirugía del aparato digestivo las más frecuentes son las de las Vías biliares y neoplasmas de cualquier porción del aparato digestivo.

Dentro de Quirúrgica “B” funciona también el Dpto. de Cirugía vascular. Aquí más del 50% de los pacientes tiene patologías vasculares y dentro de éstas lo que más frecuentemente se ve es la Arteriopatía obstructiva crónica de los miembros inferiores.

En cuanto a Urología lo que más se ve es patología de vejiga (cáncer) y adenoma y cáncer de próstata.

Se pueden llegar a coordinar 7 u 8 pacientes diariamente, de las cuales se llevan a cabo 2 o 3. En Quirúrgica “B”, se coordinan entre 4 y 5 pacientes y salvo que ocurra un hecho imprevisto, como por ejemplo la falta de sangre o una complicación a último momento del paciente, se realizan todas.

Programación semanal de cirugías:

- Quirúrgica “B”: lunes y miércoles (semanas impares).
- Urología: martes y viernes.
- Cirugía vascular: miércoles y viernes (semanas pares de mañana).

¿En qué horarios se realizan los procedimientos preoperatorios?

Existe una programación semanal de las cirugías coordinadas. Esto varía según la coordinación general de Block quirúrgico, puede cambiar de mes a mes.

Es obligatorio que el médico entregue la hoja de coordinación de Block quirúrgico el día anterior a la intervención

Si por ejemplo, durante la mañana se nos informa que un paciente va a ser intervenido la mañana siguiente, se disparan inmediatamente los cuidados preoperatorios.

En el turno de la mañana se realizan las coordinaciones de la mañana siguiente. Las intervenciones de urgencia se realizan durante todo el día.

Es el médico quien debe informar en primer lugar al paciente, que será intervenido. Desde ese momento se comienzan a desencadenar todo lo que es el consentimiento informado, revisión de historia clínica (exámenes de sangre, radiografía de tórax, ECG, indicaciones específicas), etc. En el turno de la tarde se realiza un control de signos vitales, un baño común en ducha, se verifica la higiene del paciente, se preparan las tarjetas de identificación del paciente. En el turno vespertino se colocan VVP, sueros, medicamentos preanestésicos y de protección gástrica.

En el final del turno de la noche (entre las 5 y 7 de la mañana), el paciente que se opera a primera hora tiene indicado un baño. En este Servicio en particular está protocolizado que se haga con jabón común y clorhexidina, haciendo especial énfasis en la zona operatoria. También se realiza el cambio de la ropa de cama y la ropa del paciente. No se cuenta con equipo de Block, por lo que el usuario se coloca ropa limpia y luego se traslada a Block desnudo, cubierto con sábana y frazada (según la estación). Si el paciente es autoválido, se le entrega la clorhexidina y se supervisa que la higiene sea realizada adecuadamente por el mismo, de lo contrario nosotros realizamos su higiene.

Si se necesita extraer sangre, las muestras se recogen a esta hora.

¿Los procedimientos que se realizan en el Servicio, se fundamentan en Protocolos?

Se cuenta con un Manual de procedimientos de técnicas y con un Manual de Urología que está en plano proceso de revisión. La última vez que se revisó y reeditó fue en el 2001. Es conveniente actualizarlos cada 3 o 4 años.

En cuanto a los Protocolos se cuenta con algunos respecto a lo que es la cura de heridas quirúrgicas, preparación de la piel del paciente para el acto quirúrgico, preparación general del paciente para el acto quirúrgico (preoperatorio).

De acuerdo a su experiencia en el piso, ¿ha detectado alguna dificultad en cuanto a la distribución del tiempo para la realización de los procedimientos preoperatorios?

Las dificultades que existen son ajenas a Enfermería, pertenecen al orden de los Sistemas de apoyo. Sucede comúnmente (especialmente en Quirúrgica “B”), que el paciente llega solo con la hoja de ingreso, Admisión no nos provee de la historia clínica anterior del paciente. Por lo tanto, cuando se hace la visita preanestésica, no se cuenta con la información respecto a exámenes de sangre, radiografías de tórax, ECG, informe cardiológico, vacunas, etc. Esto lleva, a que según el estado en el que se encuentre en ese momento el paciente, el anestesista considere necesario que se deben repetir los exámenes de sangre, la palca de tórax y el ECG.

Esto implica un tiempo de enfermería para hacer las coordinaciones, este es un tiempo extra. Se suma además, que los Servicios de cardiología y rayos funcionan en el turno vespertino con sistema de guardias. Es por esto que no siempre se logra contar con esos estudios en el turno por más que sean solicitados como urgentes. Esto hace que enfermería, si bien no es lo correcto, tenga que trasladar al paciente. En estos casos se corren determinados riesgos, ya que como dijimos, hay un Auxiliar por sala entonces el resto de los pacientes quedan bajo la supervisión de la Licenciada, pero no cuentan con la asistencia directa del Auxiliar.

Otras veces, una vez internado el paciente, la cirugía se demora por la dificultad para obtener fechas para los distintos estudios, ya que no se realizan en períodos razonablemente aceptables (la fecha para TC puede demorar 10 días y para una fibrocolonoscopia entre 15 y 20 días).

A todo este tiempo perdido estando el paciente ya internado, se suman los gastos que este genera en cuanto a hotelería (cama ropa, ropa de cama, baño, comida) y los gastos de personal de enfermería, ya que aunque su nivel de dependencia sea I, se lo debe controlar, hablar con el, registrar, coordinar diversos estudios, etc.

¿Se ha realizado algún estudio sobre el tiempo que enfermería destina a los cuidados preoperatorios de los pacientes?

Sobre el tiempo no. Todo lo que se ha hecho básicamente son informes, ya sea desde el punto de vista médico, porque hasta los médicos han planteado esto en las reuniones generales con Dirección, como desde Enfermería a través de la División de Enfermería.

Específicamente, el último informe fue a fines del año 2009, donde se detallaron todos los problemas que se presentan con los Servicios de apoyo, inclusive con Laboratorio. Por ejemplo, si un anestesista pide un resultado urgente en el turno vespertino, generalmente al

pasar al turno siguiente no se cuenta con el resultado. Entonces se debe reclamar a través de mensajería, que para estos turnos se cuenta con 2 mensajeros para todo el hospital, salvo para las áreas críticas. Luego se llama a Laboratorio pero los valores no los dan telefónicamente. Muchas veces, que el Anestesiista decida si un paciente está apto o no para una cirugía, depende del valor de ese estudio.

Es una cadena que hay que reacomodar, se deben reorganizar distintos servicios. No obstante se intenta continuamente debido a que la cara visible que tiene el paciente de lo que es el Hospital de Clínicas es la de Enfermería. Somos más visibles que los médicos.

Es posible que todo esto ocurra también por un déficit de personal en los demás Servicios. El hecho es que cuando se logran mejoras son por poco tiempo. Está en las autoridades el logro de soluciones definitivas y están plenamente al tanto de todo esto.

La División de Enfermería tiene medido el tiempo de los cuidados directos a los pacientes?

No está medido, según tengo entendido. Por lo menos oficialmente. Quizás algún Servicio si lo tenga, pero no está universalizado.

¿Qué entiende Ud. por “Tiempo de Atención de Enfermería”?

Es el tiempo específico que ocupa el personal enfermero, ya sea auxiliar o profesional, en la atención directa del paciente, ya sea para hacerle un procedimiento o una técnica específica. Desde el momento en el que se le indica que debe realizar un procedimiento y prepara el material, lo realiza hasta que reacondiciona el material y registra en la historia clínica.

ANEXO Nº 2

ANEXO N° 2.- ENSAYO PARA PRUEBA PILOTO

Objetivo General:

Modificar, ajustar y mejorar el instrumento preliminar de recolección de datos para otorgar confiabilidad y validez al estudio.

Objetivos Específicos:

Aplicar el instrumento de recolección de datos a una fracción de nuestra población a estudiar.

Analizar si el cuestionario es una herramienta de práctica aplicación.

Realizar las correcciones que sean pertinentes para lograr mejorar el instrumento de recolección de datos.

RRHH

- 4 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería

RRMM

- Fotocopias de cuestionario (cantidad de copias de acuerdo al promedio mensual de cirugías).
- Cronómetro
- Hojas de consentimiento informado
- 4 lápices

Espacio:

Piso 9, Clínica Quirúrgica “B” del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Método:

Previamente a la recolección de la información nos presentamos ante los usuarios, explicándoles brevemente los objetivos del trabajo y el anonimato de la información obtenida, se corroborará que los usuarios se encuentren en el rango de edades establecido (mayores de 65 años) y que sean nivel I o II de dependencia funcional; evaluado a través del puntaje obtenido en la escala de Barthel.

Nos fijamos una muestra de 20 usuarios con estas características, esta cantidad es representativa de la población de este Servicio.

Se hará entrega a los usuarios o sus responsables el formulario para el consentimiento informado.

Se procederá a la observación de los procedimientos y conjuntamente se registrarán los tiempos en el instrumento elaborado para tal fin.

El instrumento de estudio diseñado cuenta con 14 ítems el cual consta de los procedimientos preoperatorios estandarizados en el servicio.

Se realizará la prueba piloto a una muestra por conveniencia (de acuerdo al promedio total de cirugías que se lleva a cabo mensualmente) en el piso 9, Clínica Quirúrgica “B” del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

La recolección de los datos se llevará a cabo en el mes de abril y mayo del 2010, en los horarios a convenir con el servicio.

COMENTARIOS:

La realización de la prueba piloto tuvo como propósito cumplir con uno de los requisitos del instrumento de medición, que es comprobar la validez del mismo.

La misma fue llevada a cabo desde el 12 de abril hasta el 27 de mayo de 2010; se recaudaron los datos de un total de 20 usuarios

Luego de realizar la prueba piloto consideramos necesario la modificación de varios aspectos tales como: el espacio físico donde se realizarán las mediciones, se incluirán los usuarios pertenecientes a Urología y Vascular de piso 9 Clínica Quirúrgica “B” y aquellos hospitalizados en Piso 7 y 10 que cuenten con los criterios de inclusión predeterminados.

La ampliación de los campos para la recolección de datos se debe a que la muestra en el piso 9 era reducida respecto al universo. Los usuarios en coordinación no cumplían en su mayoría con los criterios preestablecidos en la muestra, por lo cual nos dificultaba la recolección de datos prolongando el tiempo de realización de la investigación. Además se incluirán en la muestra a los usuarios con Nivel de dependencia I, además de los que se les valoró con un Nivel II, ya que se observó que existe un predominio de este tipo de usuarios con esta característica. El tamaño muestral será de un total de 40 usuarios ya que este número es representativo del universo en estudio.

Se realizaron modificaciones en la planilla de registro del tiempo en el que se efectuaron los procedimientos preoperatorios por parte de enfermería, para obtener practicidad a la hora de realizar el registro de los mismos.

Al observar la dinámica del Servicio se determinó que las mediciones se realizarán en los turnos tarde y vespertino, ya que en ellos se llevan a cabo la mayor cantidad de procedimientos.

Cabe destacar que mediante la aplicación de la prueba piloto logramos conocer cuáles son las pautas con las que cuenta la Institución sobre el manejo de usuarios que cursan preoperatorio inmediato. Es así que hemos podido estimar el tiempo real que utiliza el

personal del Servicio en la realización de procedimientos, no pudiendo aún realizar una estandarización de los mismos, debido a que la muestra aún no es representativa de la población asistida que cuenta con los criterios de inclusión de la presente investigación.

Una vez estandarizado el tiempo empleado por enfermería, estaríamos contribuyendo con un logro en la mejora de la atención, de forma que ésta sea oportuna, eficaz y eficiente para los usuarios allí asistidos. De esta manera estaríamos alcanzando los objetivos planteados inicialmente en la investigación.