



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE DIRECCION DEL PROGRAMA BÁSICO
– UNIDAD PEDAGÓGICA

Perfil del usuario intrahospitalario

Autores:
Martínez, Mónica
Martínez, Sandra
Peláez, Laura
Pintado, Nadia
Prester, Yanet

Tutores:
Prof. Lic. Enf. Josefina Verde

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

ÍNDICE

Resumen.....	01
Introducción.....	03
Plantamiento del problema.....	05
Objetivos.....	05
Justificación.....	06
Antecedentes.....	08
Marco teórico.....	16
Diseño Metodológico.....	25
Definición de variables.....	26
Plan de análisis de resultados.....	29
Análisis.....	35
Conclusión.....	39
Propuestas.....	41
Bibliografía.....	42
Anexos.....	44
Anexo 1: Cronograma de Gantt	
Anexo 2: Planilla de niveles de dependencia	
Anexo 3: Protocolo de investigación	

RESUMEN

Objetivo: Definir el perfil de los usuarios de los Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, a partir de características específicas a la gestión de Enfermería, como marco para la estandarización de cuidados.

Metodología: Estudio descriptivo. Se desarrolla en el año 2008, mediante el estudio de informes de Internos de la Licenciatura de Enfermería, que realizaron su experiencia práctica en los servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, pisos 8, 11 y 12.

Se consideran como variables principales: sexo, edad, diagnóstico de Enfermería, niveles de dependencia y diagnóstico médico.

Población objetivo: usuarios hospitalizados en los servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas.

Muestra: 974 usuarios.

Resultado: La población estudiada son 974 usuarios de los servicios de Medicina General de los pisos 8, 11 y 12.

El sexo predominante es el masculino. Las edades predominantes son adulto y adulto mayor.

Los diagnósticos médicos que más se repiten son: neumonía, insuficiencia cardiaca global descompensada, y neoplasia.

El sistema fisiológico afectado que predomina es el Sistema Respiratorio, luego en orden de prevalencia se encuentra el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central.

En cuanto a los niveles de dependencia se observa que prevalecen en igual porcentaje los usuarios con nivel de dependencia I y II.

Los Problemas que se repitieron con más frecuencia a la hora de elaborar diagnósticos de enfermería son entre otros: Riesgo de Infección, Alteración del bienestar, Riesgo de alteración en las cifras tensionales y Déficit de auto cuidado.

Conclusión: Los objetivos planteados para la investigación fueron cumplidos. Se definió el perfil de los usuarios de los Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, mediante la caracterización de la población, la identificación de problemas (de los usuarios) que se repitían con más frecuencia, lo cual llevó a la identificación de diagnósticos de Enfermería y de los niveles de dependencia más utilizados.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería (Universidad de la República), pertenecientes a la generación 2003 de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo se centró en investigar un problema del campo de la Administración de los servicios de Enfermería.

Una dificultad a la que se enfrentan los enfermeros profesionales, así como los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería diariamente, es que no existen documentados sistemas de clasificación de pacientes, no hay diagnósticos estandarizados de Enfermería en los servicios. Se cree que debido a esta situación, no se realizan los cuidados de Enfermería en forma sistematizada. Como consecuencia, los cuidados terminan realizándose a demanda de la población existente en los servicios.

Por otra parte, los estudiantes de Administración al realizar su práctica en los Servicios de Medicina General, clasifican a los usuarios como etapa previa a la planificación de la gestión, en esa experiencia se encontraron varios criterios para la clasificación de los niveles de dependencia.

Estas situaciones conllevan a una pérdida de tiempo innecesaria, no se unifica el lenguaje técnico ni se puede generalizar la experiencia clínica y más importante aún, conlleva a la pérdida de la calidad y de la continuidad de los cuidados de Enfermería.

Esta investigación se centra en describir los diferentes criterios de clasificación de usuarios, los niveles de dependencia y el vocabulario técnico en la redacción de los diagnósticos de Enfermería.

En el desarrollo de este trabajo, se plantea la revisión de los informes finales de los internos de Enfermería que se encontraban en los servicios de Medicina General, para realizar la caracterización de la población, agrupar los diagnósticos de Enfermería y describir los criterios en cuanto a los niveles de dependencia.

Con la recopilación de la información se pudo realizar una aproximación al perfil del usuario de estos servicios como base para determinar un sistema de clasificación tipo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina General del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela?

OBJETIVO GENERAL:

Definir el perfil de los usuarios en los Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, a partir de características específicas a la gestión de Enfermería, como marco para la estandarización de cuidados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Caracterizar la población objetivo.
- * Identificar los diagnósticos de Enfermería más utilizados.
- * Identificar los niveles de dependencia hallados en los informes.

JUSTIFICACIÓN:

La investigación está orientada hacia la dificultad que a diario encuentra el personal de Enfermería debido a que no existe unificación de criterios en cuanto a clasificación de usuarios, a lo que se suma la inexistencia de diagnósticos estandarizados de Enfermería en los servicios.

Se considera que la actual situación no permite realizar un método sistematizado de cuidados y que por esto, los cuidados que se realizan a diario responden a la demanda de los usuarios de cada servicio.

Además, los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, durante su experiencia práctica en los Servicios de Medicina General, realizan la clasificación de los usuarios para luego planificar la gestión de Enfermería, experiencia en que se identificaron diferentes criterios para clasificar los niveles de dependencia.

Se considera que debido a lo expresado anteriormente no se optimiza el aprovechamiento de tiempo, no se unifica el lenguaje técnico, ni se puede generalizar la experiencia clínica. Esta situación afecta directamente al usuario, perdiéndose la calidad y la continuidad de los cuidados de Enfermería.

Sería necesario realizar la unificación de criterios para posibilitar el reconocimiento del ámbito social y de salud de un servicio determinado. De esta manera, se podrían identificar los problemas de salud rápidamente, las cargas horarias, los recursos humanos, materiales y financieros que se van a necesitar y además, serviría como base para priorizar los cuidados que requiere cada usuario. Esto llevaría a una mejor distribución y aprovechamiento de recursos facilitando la toma de decisiones, disminuyendo el error, lo cual es fundamental para el personal, los usuarios y la propia institución.

La clasificación de usuarios requiere establecer previamente criterios unificados y da cuenta de la capacidad resolutive de los sistemas de salud.

Para lograr un aprovechamiento óptimo de todos los recursos humanos, materiales y financieros de un sistema, es necesario que el personal tenga alto grado de responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de pacientes.

Los sistemas utilizados de clasificación tienen como fundamento la caracterización de los pacientes para decidir su prioridad. Es importante que la caracterización se realice en cada escalón de la atención, tantas veces como sea necesario.

ANTECEDENTES

Para la búsqueda bibliográfica se recurrió al buscador Bireme, se utilizaron las palabras claves "clasificación" AND "pacientes" y "dependencia" AND "enfermería". Si bien algunos trabajos están orientados a otra población, se tomaron en consideración por compartir los aspectos metodológicos

Clasificación de pacientes de atención ambulatoria en un centro hospitalario traumatológico

Autor(es): Massabó, Angélica; Canales, Marcia; Paredes, Laura; De la Fuente, Patricia; Cobo, Verónica; Díaz, Rodrigo; Solís, Silvia

Fuente: Cienc. Trab; 5(10): 46-59, jul.-dic, 2003, tab, graf

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 386849

Resumen: En salud es prioritario conocer el tipo de paciente, sus necesidades, tipo de dependencia y riesgo del estado de salud para poder definir claramente qué carencias se deben cubrir mayoritariamente y qué tipo de personal se requiere. Para esto se propuso identificar el perfil de atención de cada unidad según la clasificación de pacientes en área ambulatoria del Hospital del Trabajador de Santiago (HTS). Se elaboró un instrumento de clasificación de pacientes ambulatorios según sus dependencias y riesgos, también se clasificaron las intervenciones de enfermería. El sistema fue aplicado durante 7 meses en las unidades de atención ambulatoria de los servicios de policlínico, centro médico y servicio de urgencia. Se detectó que el tipo de paciente más frecuente en el HTS fue el de bajo riesgo y autosuficiencia (C3) 59,6 por ciento al igual que en el policlínico y centro médico. Los requerimientos de Enfermería, son vitales en la atención directa de los pacientes de riesgo alto/mediano y de dependencia total (A1, B1), no así para los demás tipos de pacientes, que muestran variabilidad en sus necesidades. Para el caso de los pacientes C3 la dependencia es casi nula, con respecto a ese servicio (AU) Se elaboró un instrumento de clasificación de pacientes ambulatorios según sus dependencias y riesgos,

también se clasificaron las intervenciones de enfermería. Se detectó que el tipo de paciente más frecuente en el HTS fue el de bajo riesgo y autosuficiencia (C3) 59,6 por ciento al igual que en el policlínico y centro médico. Los requerimientos de Enfermería, son vitales en la atención directa de los pacientes de riesgo alto/mediano y de dependencia total (A1, B1), no así para los demás tipos de pacientes, que muestran variabilidad en sus necesidades. Para el caso de los pacientes C3 la dependencia es casi nula, con respecto a ese servicio (AU)

Clasificación del Traumatismo del Bazo

Estudio de 274 pacientes

Autor(es): Sierra Enríque, Eddy; Díaz González, Eduardo; Martínez Ramos, Gilberto; Álvarez Diepa, Manuel

Fuente: Rev Cubana Cir; 36(2) mayo-ago. 1997. tab

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 205345

Resumen: Se revisaron 274 historias clínicas que presentaron traumatismos del bazo, en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" y Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente, ambos de Santa Clara, durante los años 1988-1994. Se describe la clasificación del trauma grado 1, con 97 pacientes; grado 2, 53 pacientes; grado 3, 71 pacientes, los grados 2A, 33 pacientes y grado 3B, 20 pacientes. Las complicaciones en los esplenectomizados fueron 40, para una morbilidad del 22,3 por ciento y hubo 2 complicaciones en los pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora, para el 2,1 por ciento. No hubo mortalidad en la cirugía conservadora, pero es de señalar que ocurrieron en los traumas de menor cuantía, los grados 1 y 2. Hubo 5 pacientes fallecidos en los esplenectomizados para el 2,7 por ciento de mortalidad, y fue la mortalidad asociada de 9,8 por ciento(AU) Se revisaron 274 historias clínicas que presentaron traumatismos del bazo, en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" y Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente, ambos de Santa Clara, durante los años 1988-1994. Se describe la clasificación del trauma grado 1, con 97 pacientes; grado 2, 53 pacientes; grado 3, 71

pacientes, los grados 2A, 33 pacientes y grado 3B, 20 pacientes. Las complicaciones en los esplenectomizados fueron 40, para una morbilidad del 22,3 por ciento y hubo 2 complicaciones en los pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora, para el 2,1 por ciento. No hubo mortalidad en la cirugía conservadora, pero es de señalar que ocurrieron en los traumas de menor cuantía, los grados 1 y 2. Hubo 5 pacientes fallecidos en los esplenectomizados para el 2,7 por ciento de mortalidad, y fue la mortalidad asociada de 9,8 por ciento(AU)

Clasificación del usuario intrahospitalario en las unidades de cirugía general del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en el año 2002

MÉTODO: Revisión de informes finales de Licenciados internos de Enfermería. La investigación es tipo descriptivo transversal. Las variables analizadas fueron edad, sexo, procedencia, actividad laboral, patología crónica, tipo de intervención quirúrgica, etapa de proceso salud-enfermedad, niveles de dependencia, tiempo de internación, diagnósticos de enfermería. De un total de 44 informes, 38 componen la muestra, ya que 6 de ellos no cumplen con el criterio de inclusión.

Número total de usuarios abordados corresponde 2669.

En la caracterización cada una de las variables presenta un N en particular ya que no todas los informes tomaron la totalidad de las variables seleccionadas.

Sexo: 36 informes corresponden a 95 % del total, 1176 sexo femenino (45%), 1424 sexo masculino (55%).

Edad: 76% de los informes trabajaron con dicha variable, 82% de la población adultos y adulto mayor (942 y 886 usuarios respectivamente), 18% son jóvenes (402 usuarios).

Procedencia: el 100% de los informes, 69% de Montevideo y 31% del interior, actividad laboral 28 informes, 27% no trabaja, 35% jubilados y pensionistas, 38% presentan actividad laboral.

Patologías crónicas: 95% de los informes 35% hipertensos son 920 usuarios, 10% diabéticos que correspondes a 256 usuarios.

Tipos de intervención quirúrgica: 9%, corresponden a 9 informes, cirugías corrientes 51%, 44% cirugías mayores, 5% cirugías complejas, etapas del proceso salud enfermedad, 28 informes, 65% preoperatorios, 36% postoperatorio, se destaca que en la etapa preoperatorio se incluyeron las etapas de diagnóstico y tratamiento, en ningún informe se desglosó las etapas pre y postoperatorio mediato e inmediato.

Niveles de dependencia: 24 informes, 63% de la muestra, 868 usuarios grado II y 379 grado III.

Tiempo de interacción: 16 informes, 44% (420 usuarios) de la población permaneció, más de 11 días internada.

Usuarios quirúrgicos asistidos, que constan en los informes de los internos, correspondientes a la práctica clínica de los servicios de cirugía general del Hospital Clínicas, en el período de tiempo comprendido entre 1998 y 2002

Diagnósticos de enfermería documentados para pacientes de clínica médica

Autor(es): Fuentes, Cassiana Mendes Bertonecchio; Cruz, Diná de Almeida Lopes Monteiro
Este artículo relata un estudio descriptivo, de análisis de registros, de los diagnósticos de enfermería documentados tres meses después de la implementación de la clasificación de la NANDA-I en el IIU-USP. La muestra de conveniencia (34 por ciento de las internaciones en el mes) constituyó de 30 prontuarios de pacientes internados en la Clínica Médica en agosto de 2004 (60 por ciento sexo femenino; edad promedio: 60,9±23,1 años; media de internación: 5,8±2,7 días). Los diagnósticos documentados en el primer día de hospitalización fueron manualmente transcritos y analizados según sus frecuencias. Fueron documentados 144 diagnósticos (31 categorías), media de 4,8± 4,0 por paciente (variación = 1-10) y los más frecuentes fueron: Dolor agudo (66,7 por ciento), Deterioro de la integridad tisular (63,3 por ciento), Limpieza inefectiva de las vías aéreas (43,3 por ciento), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (36,7 por ciento) y Deterioro de la integridad cutánea (33,3 por ciento). Son presentados los resultados e intervenciones para los 3 más frecuentes.(AU)

Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem/ Nursing Diagnoses in patients after heart catheterization: contribution of Orem

Estudio transversal de múltiples casos, incluyendo 30 pacientes, en periodo post-cateterismo cardíaco. Con el objetivo de establecer Diagnósticos de Enfermería de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).El método de recolecta de datos fue el Proceso de Enfermería, fundamentado en la Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem. Fueron establecidos 25 diferentes Diagnósticos de Enfermería. Todos los pacientes presentaron perfusión tisular perjudicada; Riesgo para infección; Dolor aguda en la región ingre, Movilidad física perjudicada. Déficit de autocuidado para higiene íntima y riesgo para lesión orgánica renal fue identificado en 100 por ciento de los pacientes. Se concluye que, la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, facilitó la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de NANDA. Contribuyó para individualización, humanización y calificación de la asistencia de enfermería, incentivando la participación del paciente en el propio cuidado, en las cuestiones de autoconocimiento y autocontrol de la salud.(AU)

Dotación de enfermeras para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, mediante un sistema de clasificación de pacientes

Autor(es): González Ortega, Yariela

Fuente: Panamá; s.n; 1997. xiii,229 p. ilustr., tab.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 213541

Resumen: En esta investigación se elaboró y aplicó un instrumento de Clasificación de Pacientes, para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, con el objetivo de clasificarlos en tres grupos, a quienes identificamos como pacientes Crítico I, pacientes Crítico II y pacientes Crítico III, tomando en cuenta necesidades de atención de enfermería en cada uno de ellos, siendo el paciente crítico I el de menor atención requerida, seguido del paciente crítico II y crítico III.

Una vez clasificados estos pacientes, se realizó un estudio de la actividad Tarea-Tiempo, en donde se determinaron los tiempos de las actividades directas e indirectas, que se realizan con mayor frecuencia y el número de veces que se repite en 24 horas cada una de ellas. Se determinó, que el tiempo de atención que se dedica a un paciente crítico I es de 6.71 horas/paciente/día, a un paciente crítico II es de 11:00 horas/paciente/día y a un paciente crítico III es de 14.07 horas/paciente/día; para la realización de las actividades directas e indirectas que le correspondan. Con estos tiempos, se pudo calcular la relación enfermera-paciente, encontrándose que la distribución debe ser una enfermera por cada paciente crítico III (1:1), una enfermera por cada dos pacientes crítico II (1:2) y una enfermera por cada tres pacientes crítico I (1:3). Se determinó además, el promedio de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía, de acuerdo al nivel de gravedad, encontrándose que diariamente se tiene un promedio de dos pacientes Crítico I, cuatro pacientes crítico II y dos pacientes crítico III. Con base a estos resultados, se encontró que se necesita un total de 12 enfermeras diarias como mínimo, es decir, cuatro enfermeras por turno, para cubrir las necesidades de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía (U.C.I.C.)... (AU) En esta investigación se elaboró y aplicó un instrumento de Clasificación de Pacientes, para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, con el objetivo de clasificarlos en tres grupos, a quienes identificamos como pacientes Crítico I, pacientes Crítico II y pacientes Crítico III, tomando en cuenta necesidades de atención de enfermería en cada uno de ellos, siendo el paciente crítico I el de menor atención requerida, seguido del paciente crítico II y crítico III. Una vez clasificados estos pacientes, se realizó un estudio de la actividad Tarea-Tiempo, en donde se determinaron los tiempos de las actividades directas e indirectas, que se realizan con mayor frecuencia y el número de veces que se repite en 24 horas cada una de ellas. Se determinó, que el tiempo de atención que se dedica a un paciente crítico I es de 6.71 horas/paciente/día, a un paciente crítico II es de 11:00 horas/paciente/día y a un paciente crítico III es de 14.07 horas/paciente/día; para la realización de las actividades directas e indirectas que le correspondan. Con estos tiempos,

se pudo calcular la relación enfermera-paciente, encontrándose que la distribución debe ser una enfermera por cada paciente crítico III (1:1), una enfermera por cada dos pacientes crítico II (1:2) y una enfermera por cada tres pacientes crítico I (1:3). Se determinó además, el promedio de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía, de acuerdo al nivel de gravedad, encontrándose que diariamente se tiene un promedio de dos pacientes Crítico I, cuatro pacientes crítico II y dos pacientes crítico III. Con base a estos resultados, se encontró que se necesita un total de 12 enfermeras diarias como mínimo, es decir, cuatro enfermeras por turno, para cubrir las necesidades de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía (U.C.I.C.)... (AU)

Atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico: Hospital Psiquiátrico Provincial

"Cmdte Gustavo Machín" - Santiago de Cuba

Autor(es): Ruíz Benavides, Martha; Deysi Serrano, Michín

Fuente: Santiago de Cuba; s.n; 1993. 11 p. tab.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 267531

Resumo: Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre la atención de enfermería y características generales en 41 ancianos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Provincial "Cmdte. Gustavo Machín" de Santiago de Cuba, durante el cuarto trimestre del año 1992. Se exponen criterios sobre concepto de ancianidad, características biológicas y psicológicas del mismo. Se analizaron variables cualitativas y demográficas, clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se concluyó la mayor frecuencia de edad, entre los 60 y 65 años, sexo femenino, casados con antecedentes patológicos familiares de psicosis y de hipertensión arterial. El diagnóstico psiquiátrico fue de esquizofrenia y el orgánico de hipertensión arterial. Las medidas terapéuticas más utilizadas fueron los neurolepticos orales, ansiolíticos y vasodilatadores cerebrales. Se definen los elementos que rigen la atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico. Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre la atención de enfermería y características generales en 41 ancianos ingresados en el Hospital

Psiquiátrico Provincial "Cmdte. Gustavo Machín" de Santiago de Cuba, durante el cuarto trimestre del año 1992. Se exponen criterios sobre concepto de ancianidad, características biológicas y psicológicas del mismo. Se analizaron variables cualitativas y demográficas, clínicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se concluyó la mayor frecuencia de edad, entre los 60 y 65 años, sexo femenino, casados con antecedentes patológicos familiares de psicosis y de hipertensión arterial. El diagnóstico psiquiátrico fue de esquizofrenia y el orgánico de hipertensión arterial. Las medidas terapéuticas más utilizada fueron los neurolépticos orales, ansiolíticos y vasodilatadores cerebrales. Se definen los elementos que rigen la atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico

MARCO TEORICO

La clasificación de pacientes: desde el inicio de los sistemas de atención a la salud y más aún desde los albores de la civilización moderna, se presentó la necesidad de clasificar a los pacientes para elegir el tipo de atención que necesitaba.

La atención de pacientes, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar por la complejidad de los factores (de índole social, política, económica y ético) implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención que cada paciente requiere.

Reseña histórica:

Desde la época de Florence Nightingale ya se comenzaba a realizar las primeras clasificaciones de pacientes, en los hospitales de campaña, donde los enfermos eran atendidos según la prioridad, de acuerdo a sus heridas, aquellos que no podían comer por sí solos muchas veces morían de hambre, por lo tanto una adecuada clasificación era muy importante.

A los pocos años durante las guerras napoleónicas en 1867, se realiza una clasificación de pacientes a pedido del emperador Bonaparte donde exigía "Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse deben dejarse en el frente de batalla, solo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse".

Para ello se entrena al personal militar sanitario en la clasificación de los heridos.

Esta tarea es encomendada al jefe médico de la tropa, varón Dominique Jean Larrey.

En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones complejos

La clasificación es un proceso dinámico, por lo tanto los profesionales de la salud deben estar alertas, antes las condiciones cambiantes de los pacientes.

Dentro de algunos de los *sistemas de clasificación* se encuentra el sistema cronológico. En el caso de un Servicio de emergencia, parece ser un sistema objetivo pero está viciado por circunstancias ajenas a la priorización de los pacientes.

Una de las desventajas de este sistema, es que se atiende por orden de llegada, de esta manera se puede consumir los recursos (en este caso materiales) en pacientes que no lo requieran con urgencia, por lo tanto en la actualidad este sistema está en desuso.

Uno de los sistemas de clasificación es la clasificación por criterios. En este sistema se valoran normas previamente elaborada para la selección de pacientes. Se basa en el criterio médico en relación al estado actual de la ciencia médica sobre las lesiones o padecimiento del individuo y a la destreza y el conocimiento del médico tratante. Intervienen en las decisiones todo lo que tiene que ver con el tratamiento, presencia de padecimientos concomitantes, la evolución, edad, entre otros. Se deben tomar decisiones en base a todos estos datos. Dado que es bastante subjetivo no es muy seguro.

Otro de los sistemas es el de servicio de espera, su desventaja es que no contempla la dinámica del proceso salud enfermedad. La clasificación puede ir variando, puede deteriorarse la condición del paciente, por lo tanto, cambia rápidamente la clasificación, lo que hace necesario reevaluaciones continuas:

- Pacientes con lesiones mínimas que se pueden atender en el sitio mismo de la emergencia o bien, postergarse su atención por lo menos 24 horas sin detrimento de su integridad física.
- Pacientes con lesiones más serias, aunque no extraordinariamente graves y que requieren atención médica, pero no cuidados intensivos.
- Pacientes que requieren atención médica de urgencia.

Este grupo se divide a su vez en:

- Pacientes que requieren cirugía: mediata o inmediata.
- Pacientes que no requieren cirugía o aquellos donde se proponen clasificaciones según la entidad del padecimiento en que la cirugía se hará posteriormente

Hoy en la actualidad en las emergencias se encuentra el triage palabra que proviene del francés y que quiere decir tamizaje. Allí se realiza la clasificación de acuerdo a parámetros ya preestablecidos.

Para clasificar se debe ordenar a la población, con criterios enfermeros. Entre ellos se encuentran los *niveles de dependencia* como medida resumen de la valoración del usuario. Estos permitirían medir la carga horaria de trabajo así como la distribución de los cuidados de enfermería. Además, permitiría prever a corto plazo la distribución de las tareas asignadas y el tiempo a cada usuario, volumen de trabajo, carga horaria, personal que se necesitará y costos entre otros.

Para ello se valoran variables como la deambulacion, movilización, colaboración del usuario, el nivel de conciencia, comportamiento, la medicación que recibe, tratamiento, requerimientos en la alimentación, en el confort y en la excreción y evacuación.

También se valora la comunicación, si requiere cuidados especiales de la piel, valoración de la situación social y si presentan riesgos.

A cada valoración se le otorga una puntuación y luego según el puntaje final dará los distintos niveles de dependencia.

La inexistencia de criterios unificados dificulta el reconocimiento del ámbito social y de salud de la población hospitalaria de un servicio determinado. La unificación de los mismos facilitaría la identificación de los problemas de salud rápidamente y optimizar la utilización de los recursos (humanos, materiales y financieros) necesarios y la toma de decisiones.

El método utilizado por Enfermería para la clasificación de usuarios es el PAE:

Proceso de Atención de Enfermería: Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como PAE y permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. En este proceso se obtienen datos que serán útiles en la realización del perfil del usuario, allí se encuentran datos de la persona, se identifican los problemas, los diagnósticos y se establecen los planes de acción y estos se

evalúan. Este proceso se adapta a cualquier interacción que involucre una enfermera y a un cliente. Este cliente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una sociedad. Si se aplica este proceso se producen cuidados de calidad porque presenta una atención individualizada, las necesidades específicas se satisfacen y se logra un mayor grado de bienestar del usuario.

Este proceso comienza a surgir a mediados de la década del 50 cuando Virginia Henderson propone organizar los programas académicos de Enfermería acorde a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente y no de acuerdo a los diagnósticos médicos. En la década del 60 la profesión se hace más respetada y reconocida, por lo tanto se necesita evaluar los cuidados.

Los pasos del Proceso de Atención de Enfermería se comparan con los pasos del método científico, ya que va desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los resultados.

METODO CIENTÍFICO	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
1.Planteo del problema	1. Valoración del paciente - Identificación de problemas
2.Construcción de un método - Definir variables - Definir términos - Relevantes - Formular hipótesis	2. Diagnóstico de enfermería - Hipótesis descriptiva
3.Prueba de hipótesis - Planificación de la investigación	3.Plan de acción - Prueba de la hipótesis
4.Introducción de las conclusiones en la teoría - Comparar conclusiones con predicciones - Corregir el modelo si es necesario	4.Evaluación - Con retroalimentación - Comparar conclusiones con nueva valoración
- Sugerencias para trabajo ulterior	

- Fuente: Proceso de atención de Enfermería. Costabel Miriam. Coordinadora. Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. Oficina del libro AEM Montevideo, 1995. Pág. 11 a 19.(Proceso de atención de enfermería)

VALORACIÓN: Se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se podrán identificar los diagnósticos de enfermería y niveles de dependencia.

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

PLANIFICACION: Elaborar un plan de acción donde se tiene en cuenta la prioridad de los problemas y la fijación de los objetivos. Decir que acciones se realizarán para alcanzar los objetivos y registrarlo.

EJECUCIÓN: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN: comparar las respuestas de las personas, determinar si han cumplido los objetivos planteados.

Como se pondrá énfasis en los Diagnósticos de Enfermería utilizados en el servicio, se dará una definición de estos: Son juicios clínicos sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales, reales o potenciales. Estos son donde la enfermera actuará, siendo esta competencia de enfermería.

Son distintos al diagnóstico médico porque estos identifican la enfermedad en cambio los diagnósticos enfermeros señala las respuestas a la enfermedad.

En 1973, la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A), publica la primera lista de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos constan de dos partes:

- a) el problema real o potencial.
- b) la causa probable o el factor de riesgo (Etiología)

El problema revela lo que se necesita modificar y la etiología manifiesta los factores ambientales, psicológicos, sociológicos, fisiológicos o espirituales que son los que influyen sobre los problemas.

Los diagnósticos se clasifican en reales, de riesgo o de bienestar o de tipo sindrómico.

Reales: Son aquellos que la enfermera confirma debido a las manifestaciones de signos y síntomas.

Riesgo: es aquel que se describe como la posibilidad de un individuo/grupo de ser más frágil para desarrollar problemas que otros en la misma situación o equivalente no la desarrollarían.

Bienestar: es un juicio donde un individuo, familia o comunidad están en evolución, hacia un nivel más alto de bienestar.

Sindrómico: son una agrupación de problemas reales o de riesgo que se manifestaran en determinadas situaciones o acontecimientos

Estos se priorizaran de acuerdo a lo que dice Bower (1972) este presentó un enfoque de tres puntos.

1- *Primera prioridad.* Riesgo para la vida, la dignidad o la integridad del paciente.

2- *Segunda prioridad.* Problemas que producen cambios en el paciente.

3- *Tercera prioridad.* Problemas que afectan el crecimiento y desarrollo normales.

Maslow las prioriza según las necesidades (1970), las necesidades se deben satisfacer de manera ascendente



Autocstima



Amar y ser amado



Seguridad y garantía



Necesidades fisiológicas:

Para lograr una adecuada clasificación de usuarios en los servicios de salud, enfermería utiliza el:

- **Proceso administrativo** que se define como:

“Es una actividad sistemática llevada a cabo por un grupo humano, que emplea un conjunto de recursos para lograr una finalidad – en forma eficaz y eficiente-con beneficio social para quien va dirigida y para quien la genera” Ilugo Villar

El proceso de administración se divide en cuatro etapas:

- **Planificación:** "Es el proceso que partiendo del análisis pasado y actual de un sistema de una evaluación de sus fines y medios, define objetivos a alcanzar, así como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un periodo determinado"
- **Organización:** "Es la forma de relacionarse un grupo de personas, para llevar a cabo actos complejos de manera conciente, racional y coordinada, como la finalidad de alcanzar objetivos previamente acordados."
- **Dirección:** "Es la función mediante la cual se inicia, orienta e impulsa la acción a través de la formulación de decisiones, la motivación y liderazgo del colectivo."
- **Control:** "Proceso para observar y registrar el desarrollo de la ejecución a fin de mantener una comparación continua entre lo planificado y lo ejecutado, y aplicar, si es necesario, medidas correctivas."

Por intermedio de este proceso se llega a caracterizar a la población, se puede caracterizar en sexo, edad, diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, tratamiento entre otros.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: se realizó un estudio del tipo descriptivo, transversal.

Universo: usuarios que constan en los informes realizados por internos de Enfermería en Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

Muestra: Seleccionada al azar, de usuarios que constan en los informes realizados por internos de Enfermería en Servicios de Medicina General en los pisos 8, 11 y 12 del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

Se seleccionaron por sorteo dos informes por piso, en el periodo Septiembre 2006-Agosto 2007: sala 3, piso 12. Periodo abril- setiembre 2007, sala 3, piso 12. Periodo octubre 2005 – marzo 2006, sala 3, piso 8, sala 4 piso 8, sala 2 piso 11. Periodo abril- setiembre 2006 y sala 2, piso 11. Periodo abril- setiembre 2006.

Criterio de exclusión: ser usuario de salas especializadas (hematología, cirugía cardíaca).

Unidad de análisis: informes realizados por internos de Enfermería que llevaron a cabo su experiencia práctica en los Servicios de Medicina General.

Método de recolección de datos: se creó un formulario como instrumento para la recolección de los datos.

Se transfirieron los datos de los informes de los internos de Enfermería al instrumento elaborado. Con la información obtenida se midieron las variables.

VARIABLES

Variables que definen el perfil de la población son:

1 Sexo:

Conceptualmente: Características bio-fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a características de sus aparatos reproductores.

Operacionalización: Se mide por el sexo consignado en los informes de los internos.

Categorización:

- masculino
- femenino

Variable cualitativa nominal

2 Edad:

Definición conceptual: periodo de tiempo comprendido entre la fecha de nacimiento, hasta el momento de la recolección de datos.

Operacionalización: Se mide en años de vida.

Categorización: Joven (entre 15 y 29 años)

Adulto (entre 30 y 59 años)

Adulto mayores (más de 60 años)

Variable cuantitativa continua.

3 Diagnóstico médico:

Definición conceptual: determinación médica de una enfermedad por los síntomas.

Operacionalización: Diagnósticos médico identificados en los informes de los internos que realizaron su experiencia práctica en los servicios de Medicina general en los pisos 8, 11 y 12

Categorización

Diagnósticos médicos identificados.

Variable cualitativa nominal.

4 Sistema fisiológico afectado:

Definición conceptual: Un sistema fisiológico es una combinación de varias partes que unidas y en correcto funcionamiento logran el resultado esperado. En el caso que una de estas partes no funcione adecuadamente el sistema se encontrará alterado.

Operacionalización: distintos sistemas afectados hallados en los informes de los Internos.

Categorización: Sist. Digestivo nutricional

Sist. Endocrino

Sist. Respiratorio

Sist. Cardio vascular

Sist. Tegumentario

Sist. Músculo esquelético

Sist. Nervioso central

Sist. Nefro urinario

Sist. Genito reproductor

Variable cualitativa nominal

5 Nivel de dependencia:

Definición conceptual: grado de atención que requiere el usuario en relación a los cuidados de enfermería

Operacionalización: clasificación que realizaron los Internos sobre los niveles de dependencia como resultado de la aplicación de un instrumento de medida.

Categorización:

Grado I, independiente

Grado II, levemente dependiente

Grado III, medianamente dependiente

Grado IV, totalmente dependiente.

Variable cualitativa ordinal.

6 Diagnóstico de Enfermería:

Definición Conceptual: juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería.

Operacionalización: Diagnósticos de Enfermería identificados en los informes se analizaran en forma directa y descomponiendo el problema para agrupar, los diagnósticos.

Categorización: Se creará un listado de diagnósticos de Enfermería a partir del análisis documental

Variable cualitativa ordinal

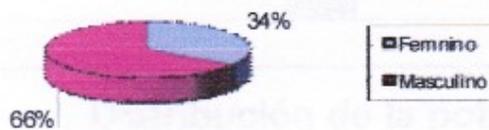
RESULTADOS

Caracterización de la población

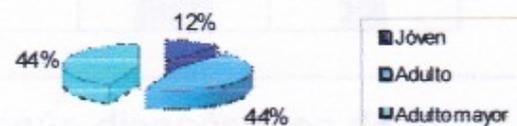
Tabla N° 1 Distribución de la población según sexo y edad.

EDAD (años)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	F.A	F.R%	F.A	F.R%	
15 A 29	39	12	75	12	114
30 A 59	149	44	285	44	434
Mayor 60	147	44	279	44	426
Total	335	34	639	66	974

Distribución de la población según sexo



Distribución de la población según edad



Distribución de la población según sexo y edad

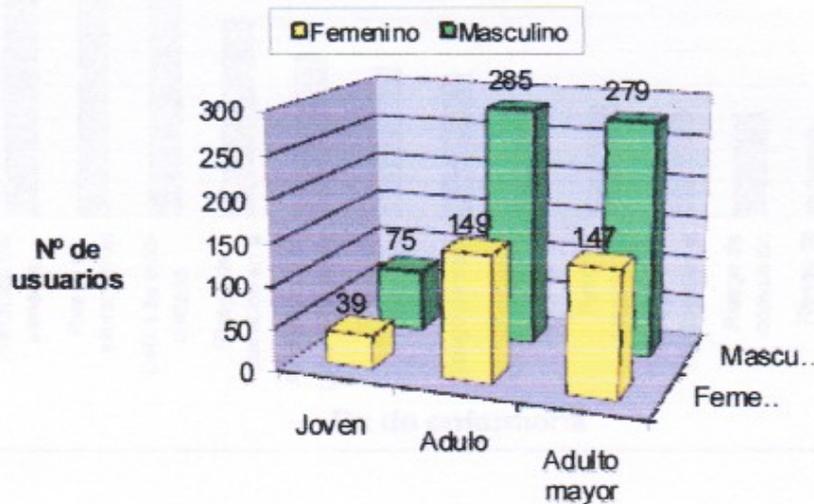


Tabla N° 2 Distribución de la población según diagnósticos de Enfermería

Tabla N° 2 Distribución de la población según diagnósticos de Enfermería

DX DE ENFERMERÍA	FA	FR%
1- Riesgo de infección	1721	12
2- Alteración del bienestar	1528	11
3- Riesgo de alteración en cifras tensionales	1488	11
4- Déficit de auto-cuidado	1397	10
5- Riesgo de alteración en la integridad cutánea	1186	8
6- Alteración de la permeabilidad de la vía aérea	967	7
7- Riesgo de hemorragia	900	6
8- Riesgo de caída	863	6
9- Intolerancia a la actividad	690	5
10- Patrón respiratorio ineficaz	664	5
11- riesgo de alteración en el equilibrio hidroelectrolítico	626	4
12- Riesgo de convulsión	618	4
13- Riesgo de trombosis	533	4
14- Alteración en la eliminación urinaria	490	3
15- Alteración en la movilidad física	486	3
Total	14157	100

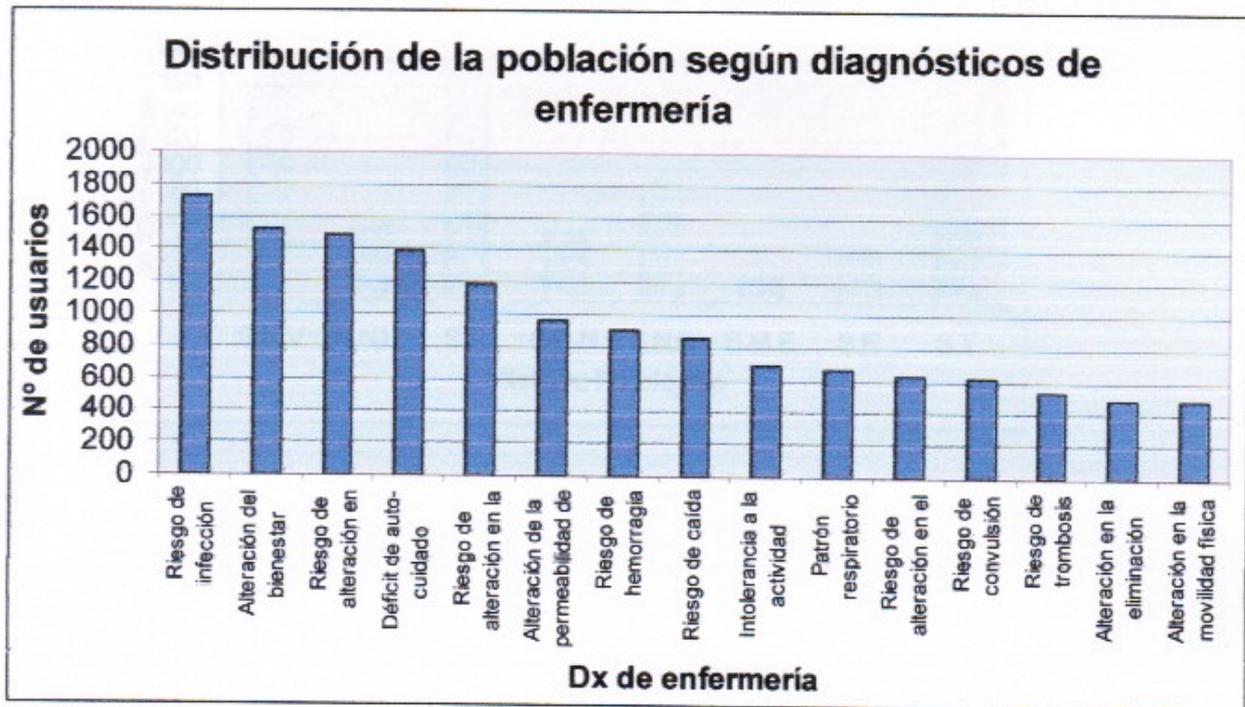


Tabla N° 3: Distribución de la población según sistemas fisiológicos afectados

Sistema fisiológico afectado	F.A	F.R.%
S.C.V	158	25
S.N.U	54	9
S.R	171	27
S.D.N	50	8
S.N.C	89	14
S.M.E	16	3
S.E	34	5
S.T	55	9
Total	627	100

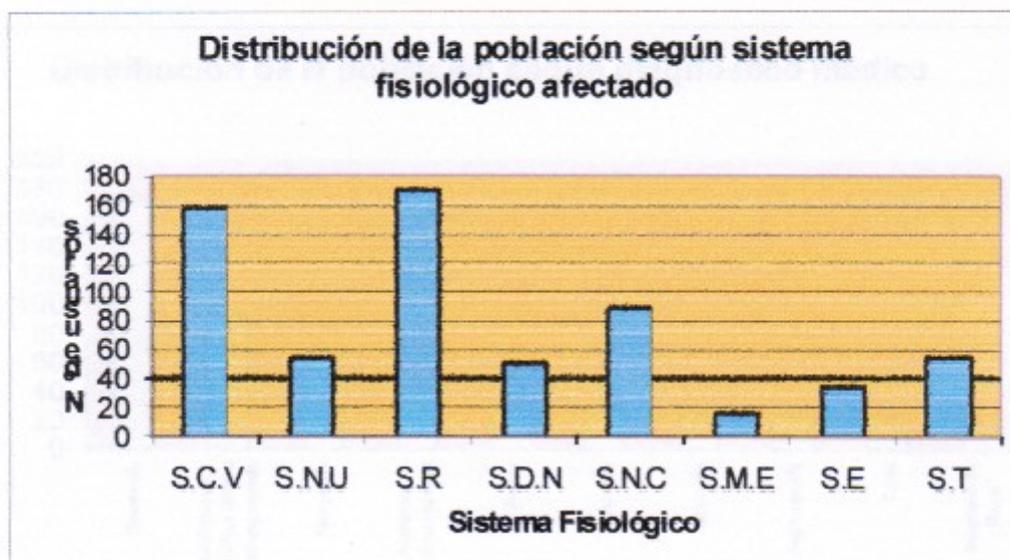


Tabla N°4: Distribución de la población según diagnóstico médico

Diagnóstico Médico	FA	FR	FR%
1- Neumonía	172	0,33	33
2- Insuficiencia Cardíaca Global Descompensada	93	0,18	18
3- Neoplasia	68	0,13	13
4- Accidente cerebro vascular	40	0,07	7
5- Angor	32	0,06	6
6- Anemia	29	0,06	6
7- Infección	26	0,05	5
8- Hepatopatía	25	0,05	5
9- Epoc	20	0,04	4
10- Insuficiencia Renal	16	0,03	3
Total	521	1	100

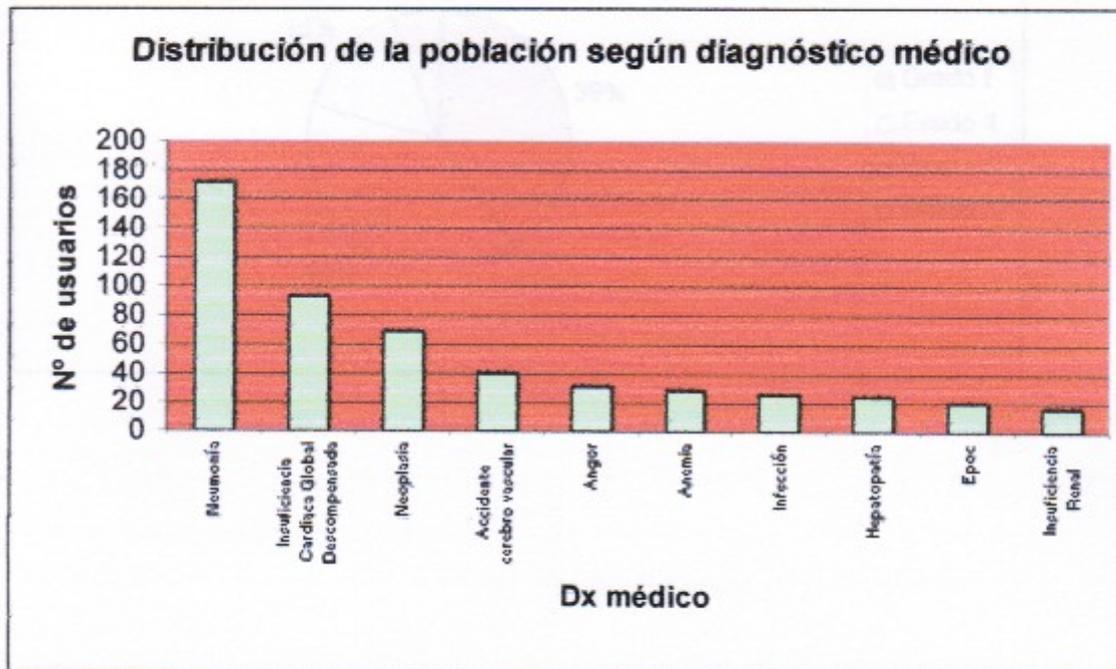


Tabla N° 5: Distribución de la población según nivel de dependencia

Nivel de Dependencia	FA	FR	FR%
Grado I	388	0,39	39
Grado II	385	0,40	40
Grado III	144	0,15	15
Grado IV	56	0,06	6
Total	974	1	100

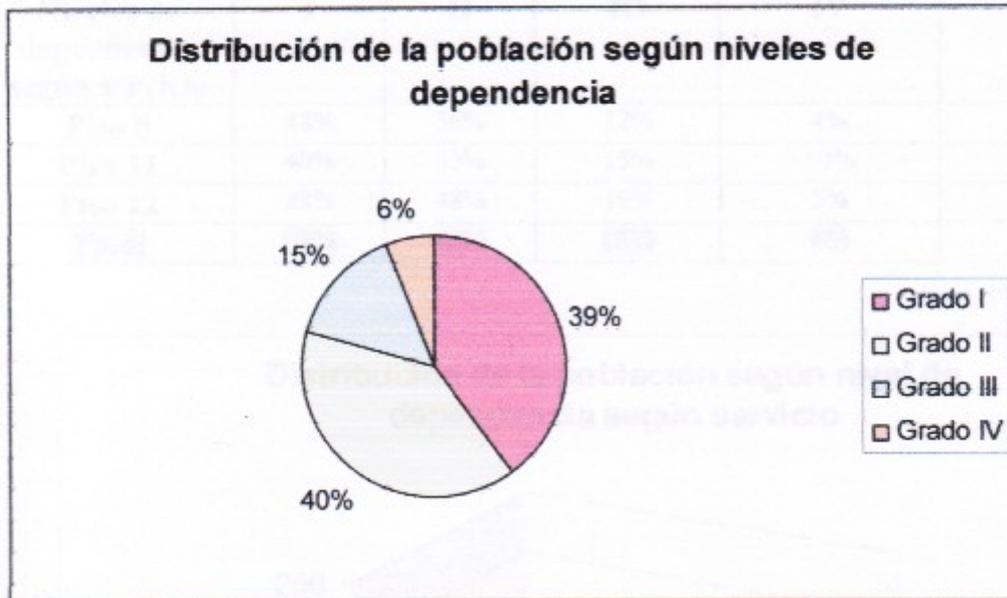
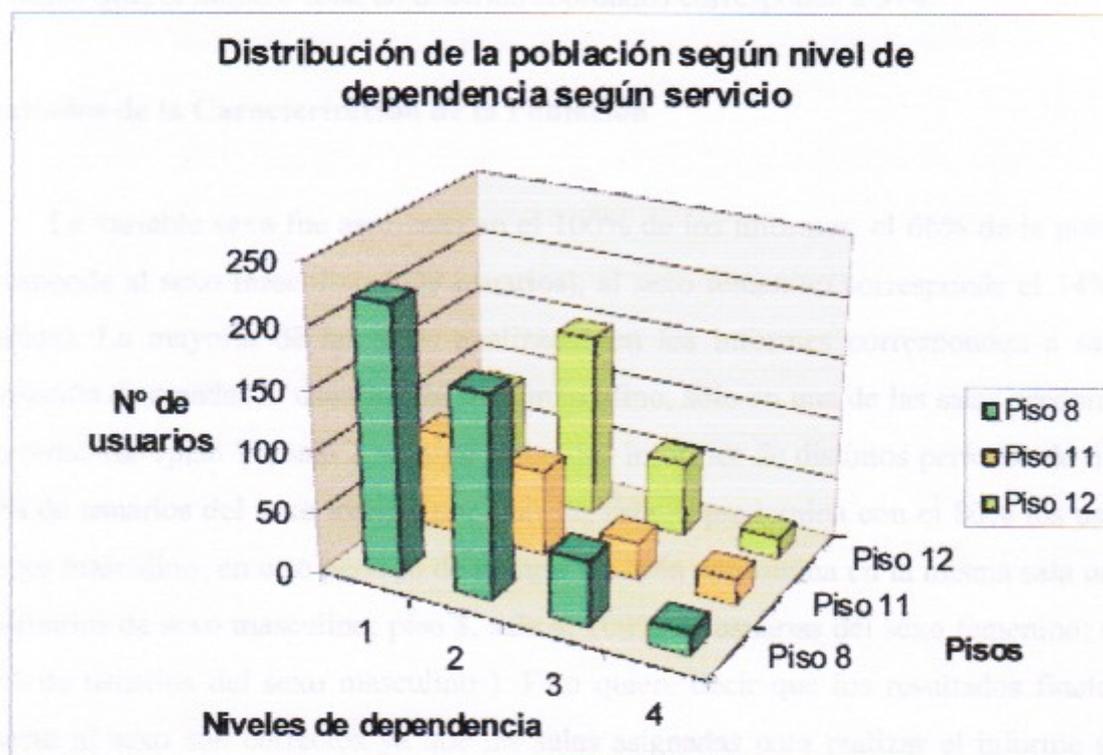


Tabla N° 6: Distribución de la población según niveles de dependencia según servicio

Niveles de dependencia por piso	I	II	III	IV	Total
Piso 8	219	165	53	18	455
Piso 11	81	70	30	21	202
Piso 12	88	150	61	17	316
Total	388	385	144	56	974

Niveles de dependencia según servicio	I	II	III	IV	Total
Piso 8	48%	36%	12%	4%	100%
Piso 11	40%	35%	15%	10%	100%
Piso 12	28%	48%	19%	5%	100%
Total	39%	40%	15%	6%	100%



ANÁLISIS

Para este trabajo de investigación se utilizaron seis informes pertenecientes a Internos que realizaron su experiencia práctica en los pisos 8, 11 y 12, correspondientes a las Clínicas Médicas A; B y C del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Las variables trabajadas fueron sexo, edad, diagnóstico médico, sistema fisiológico afectado, niveles de dependencia y diagnósticos de Enfermería.

Teniendo en cuenta que no todos los informes abordaron la totalidad de las variables seleccionadas para la investigación, es importante mencionar que a cada variable le corresponde un N determinado. (De los seis informes analizados, tres de ellos no trabajaron la variable sistema fisiológico afectado y uno de ellos no cuantificó la variable diagnóstico de Enfermería).

Como muestra se tomó la totalidad de los informes brindados, de dicha muestra se desprende que, el número total de usuarios abordados corresponde a 974.

Resultados de la Caracterización de la Población

La variable sexo fue analizada en el 100% de los informes, el 66% de la población corresponde al sexo masculino (639 usuarios), al sexo femenino corresponde el 34% (335 usuarios). La mayoría de las salas analizadas en los informes corresponden a salas de internación destinadas a usuarios de sexo masculino, solo en una de las salas predomina el sexo femenino (piso 11, sala 2, se analizaron dos informes de distintos periodos de tiempo, 100% de usuarios del sexo masculino; piso 12, sala 3, predomina con el 80% los usuarios de sexo masculino, en otro periodo de tiempo también predomina en la misma sala un 75% los usuarios de sexo masculino; piso 8, sala 4, 100% de usuarias del sexo femenino; sala 3, 100% de usuarios del sexo masculino). Esto quiere decir que los resultados finales con respecto al sexo son correctos ya que las salas asignadas para realizar el informe son de predominio masculino.

En lo que se refiere a la **edad**: la misma fue abordada en el 100% de los informes. Las edades predominantes son adulto y adulto mayor, con un 44% respectivamente, (434 adultos y 426 adultos mayor). Este comportamiento demográfico es muy dinámico dado que la población de 65 años o más de edad supera a la del resto de la población (3.8 por mil contra 2.4 por mil). El 13.4% de la población total del país tiene 65 años de edad o más.

En menor porcentaje (12% ,114 usuarios), se encuentran los jóvenes. Con respecto al sexo femenino, el 12% corresponde a la edad joven, el 44% a la edad adulto y el 44% a la edad adulto mayor. Esta relación sexo- edad también se da en el sexo masculino.

Los **diagnósticos médicos** fueron trabajados en el 100% de los informes. Se tomaron en cuenta los diez diagnósticos más frecuentes con un N de 521. El 33% de la totalidad corresponde a Neumonía, (172 casos, se relaciona a que los informes estudiados fueron del período de abril a octubre siendo esta época del año, la más propensa a padecer patologías respiratorias, esto se asocia a los factores climáticos adversos. El 18% corresponde a Insuficiencia cardiaca global descompensada (93 casos). Es importante mencionar que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa del 70% de las defunciones producidas en Uruguay; el 33,8% de causa cardiovascular. Uruguay ya presenta las cifras que la OMS proyecta para los países de la región en el año 2020. Las enfermedades crónicas no transmisibles insumen el 60% de los costos de atención médica. (Según datos de la encuesta que llevó a cabo el MSP sobre enfermedades crónicas no transmisibles junio del 2007). Según datos estadísticos las enfermedades cardiovasculares, provocan alrededor del 33,8% de las muertes del país, siendo las de más elevada prevalencia, la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial y el accidente vascular encefálico.

Luego en orden de prevalencia se ubican las Neoplasias que corresponden al 13% (68 casos), coincidiendo con las estadísticas a nivel nacional, otorgando para las defunciones producidas en el país un 22,6%.

Los accidentes cerebro vascular representan el 7% (40 casos), Angor el 6% (32 casos), lo cual se puede vincular con las estadísticas realizadas a nivel nacional sobre afecciones cardiovasculares y enfermedades crónicas no transmisibles ya mencionadas, Anemia el 6% (29 casos), Infección el 5 % (26 casos), Hcpatopatía el 5% (25 casos), Epoo el 4% (20 casos), Insuficiencia Renal el 3% (16 casos).

En relación al sistema fisiológico afectado, se destaca que fue abordado en el 50% de los informes. (Se trabajó con un N de 627). El sistema fisiológico afectado que predomina es el Sistema Respiratorio con el 27%, luego en orden de prevalencia, se encuentra el Sistema Cardio Vascular con el 25%, el Sistema Nervioso Central con el 14%, el Sistema Tegumentario y el Sistema Nefro Urinario con el 9% respectivamente, el Sistema Digestivo Nutricional con el 8%, el Sistema Endocrino con el 5% y el Sistema Músculo Esquelético con el 3%.

Al analizar los niveles de dependencia se observa que prevalecen con igual porcentaje los usuarios con nivel de dependencia I (independiente) y II (levemente dependiente), con el 40% respectivamente. Luego se encuentran con el 15%, los usuarios con nivel III (medianamente dependiente) y por último con el 5%, los usuarios con nivel IV (totalmente dependiente).

Se puede decir que la mayor parte de los usuarios hospitalizados en Medicina General del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela son independientes en cuanto a las actividades de auto cuidado y de la vida diaria, esto disminuye el volumen de trabajo de Enfermería.

Los instrumentos de clasificación utilizados en cuanto a niveles de dependencia, en todos los informes son los mismos: nivel I, II, III y IV (ver anexo 2).

Haciendo referencia a los diagnósticos de Enfermería, cinco informes abordaron dicha variable, lo cual corresponde al 83% de la muestra. De aquí se obtuvo un N de 14157 problemas. Los quince problemas que se repitieron con más frecuencia son: Riesgo de Infección (1721 casos), Alteración del bienestar (1528 casos), Riesgo de alteración en las cifras tensionales (1488 casos), Déficit da auto cuidado (1397 casos), Riesgo de alteración

en la integridad cutánea (1186 casos), Alteración de la permeabilidad de la vía aérea (967 casos), Riesgo de hemorragia (900 casos), Riesgo de caída (863 casos), Intolerancia a la actividad (690 casos), Patrón respiratorio ineficaz (664 casos), Riesgo de alteración en el equilibrio hidro electrolítico (626 casos), Riesgo de convulsión (618 casos), Riesgo de trombosis (533 casos), Alteración de la eliminación urinaria (490 casos), Alteración en la movilidad física (486 casos).

CONCLUSIÓN

Los objetivos planteados para la investigación fueron cumplidos, ya que se logró definir el perfil de los usuarios de los Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, mediante la caracterización de la población objetivo, la identificación de los diagnósticos de Enfermería más utilizados y de los niveles de dependencia.

De la recabación de datos de los seis informes brindados, se obtuvo una población objetivo de 974 usuarios. Los informes fueron dos de cada piso de los Servicios de Medicina General, seleccionados al azar. Para caracterizar la población objetivo, se utilizaron las variables sexo y edad.

En cuanto a la clasificación, se utilizaron las variables diagnósticos de Enfermería, niveles de dependencia, diagnósticos médicos y sistema fisiológico afectado. Esto servirá como marco para la estandarización de los cuidados de Enfermería.

Haciendo un análisis sistemático de los diferentes informes, se da cuenta de la carencia en cuanto a un vocabulario técnico unificado. Un claro ejemplo de esto es que en algunos casos se utilizan abreviaturas y en otros no. Esto, puede llegar a crear confusiones en cuanto a la interpretación de los problemas a la hora de elaborar un diagnóstico de enfermería.

Con respecto a los diagnósticos de Enfermería, se observó que en algunos de los informes no se tuvo en cuenta la relación de la variable independiente con la dependiente. En la investigación se optó por agrupar los problemas más frecuentes.

Los diagnósticos de Enfermería no están formulados con un único criterio, se usa indistintamente el mismo problema y se los relaciona con distintas causas. Esto se podría evitar si se utilizara un sistema de diagnósticos estandarizados, unificando problemas y causas para elaborar los distintos diagnósticos de Enfermería, correspondientes a cada servicio.

En relación con lo anteriormente planteado, se observa que existe correlación entre el sistema afectado más prevalente y el diagnóstico médico que más se repite.

Del análisis sistemático de los informes, también se deduce que en los niveles de dependencia se emplea un único criterio de clasificación, esto quiere decir que en todos los informes se utiliza un mismo instrumento para establecer el nivel de dependencia de cada usuario que va desde nivel I a nivel IV (de menos a más dependiente, ver anexo 2).

Como conclusión final, se observa que no existe un abordaje sistemático para la elaboración de los diagnósticos de Enfermería. En todos los informes, más que diagnósticos de Enfermería, se identifican problemas, y, se puede observar que los problemas identificados se repiten en los informes (en general aparecen en el mismo orden de frecuencia, excepto en uno de los informes).

Los diagnósticos de Enfermería no se encuentran estandarizados según el servicio, esto constituye una dificultad ya que resultan inespecíficos para la población abordada.

Todo lo planteado anteriormente conlleva a la inexistencia de un lenguaje técnico unificado, situación que genera pérdida de tiempo innecesaria y obstruye en gran medida la posibilidad de generalizar la experiencia clínica, afectando negativamente la calidad y la continuidad de los cuidados de Enfermería.

PROPUESTAS

- Una de las sugerencias propuestas es que esta investigación sea un antecedente válido para lograr una sistematización en los cuidados basada en los mismos criterios.
- Se propone que se acuerde la unificación de variables a utilizar por los internos en la experiencia práctica para que del análisis de los informes se pueda llegar a conclusiones específicas y válidas.
- Que se acuerde el uso de un único criterio de clasificación de niveles de dependencia para el uso de los internos y un lenguaje técnico unificado
- Que se acuerde un formato único de planillas de gestión de Enfermería para el uso de los internos, con el propósito de facilitar el análisis y tabulación de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

- Carpenito Lynda. Manual de diagnósticos enfermería; Madrid. Quinta edición. Mc Graw-Hill Interamericana año 2000. Pág.27 a 45.
- Costabel Miriam. Coordinadora. Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. Oficina del libro AFM Montevideo, 1995. Pág. 11 a 19.(Proceso de atención de enfermería)
- Ignatavicius.D; Varner Bayne. Marilyn. Enfermería Médico Quirúrgica. Mexico: interamericana. Mc Graw Hill 1991. V. 1pág. 5 a 12(Conceptos de salud y enfermedad), pág 17 a 20(La enfermería y el papel de la enfermera), pág 24 a 34(Introducción al proceso de cuidados de enfermería), pág. 42 a 43(Administración de instalaciones para cuidados de salud), pág. 46 a 47 (Acceso a los cuidados, calidad de los cuidados).
- Marriner – Tomey Ph. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición España; Mosby – Doyma. 1994.
- Lic Cabrera Alicia, Manual de Estándares para la acreditación de servicios de Enfermería Universidad de la República Oriental del Uruguay, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA, Departamento de Administración de Servicios de Enfermería COLEGIO DE ENFERMEROS DEL URUGUAY, Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería-CO.NA.SE. Filosofía de la calidad, pag. 83 a 91 <http://www.inde.edu.uy>

- José López Resendiz,^{*} ^{**} María Dolores V. Montiel Estrada,^{*} ^{***} Raymundo Licona Quezada^{*}, ^{***} Triage en el servicio de urgencias
<http://www.mcdigraphic.com>
- La NANDA. Diagnósticos de enfermería. 1990.
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_2.htm

ANEXOS

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DEL PROGRAMA BÁSICO
UNIDAD PEDAGÓGICA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Perfil del usuario intrahospitalario

AUTORES:

Br. Martínez Alzamendi Sandra CI: 4.298.1-
Br. Martínez Mort Mónica CI: 1.753.388-0
Br. Peláez Navliat Laura CI: 1.605.206-3
Br. Pintado Ortiz Nadia CI: 4.585.009-2
Br. Prestes Colman Yanet CI: 4.554.629-1

TUTOR:

Doc. Lic. Josefina Verde

INTRODUCCIÓN

El siguiente proyecto de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, que se encuentran cursando la Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la generación 2003. Corresponde al trabajo final de investigación, estipulado como requisito para la obtención del título.

El mismo se centró en investigar un problema del campo de la administración de los servicios de Enfermería. Una dificultad a la que se enfrentan los enfermeros profesionales, así como los estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería diariamente, es que no existen documentados sistemas de clasificación de pacientes, no hay diagnósticos estandarizados de Enfermería en los servicios. Se cree que debido a esta situación no se realizan los cuidados de Enfermería en forma sistematizada los que terminan siendo a demanda de la población existente en los servicios.

Por otra parte, los estudiantes de Administración al realizar su experiencia en todos los Servicios de Medicina General, clasifican a los usuarios como etapa previa a la planificación de la gestión, en esa experiencia se encontraron varios criterios para la clasificación de los niveles de dependencia.

Estas situaciones conllevan a una pérdida de tiempo innecesaria, no se unifica el lenguaje técnico ni se puede generalizar la experiencia clínica y más importante aún, lleva a la pérdida de la calidad y la continuidad de los cuidados de enfermería.

Por lo tanto, se proyecta el desarrollo de una investigación para describir los diferentes criterios de clasificación de usuarios, los niveles de dependencia y el vocabulario técnico en la redacción de los diagnósticos de Enfermería.

Mediante la realización de este trabajo, se plantea la revisión de los informes finales de los internos de Enfermería que se encontraban en los servicios de Medicina General, para realizar la caracterización de la población, agrupar los diagnósticos de Enfermería y describir los criterios en cuanto a los niveles de dependencia. Con la

recopilación de la información se podrá realizar una aproximación al perfil del usuario de estos servicios como base para determinar un sistema de clasificación tipo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil de los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina General del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela?

OBJETIVO GENERAL:

Definir el perfil de los usuarios en los Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, a partir de características específicas a la gestión de Enfermería, como marco para la estandarización de cuidados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Caracterizar la población objetivo.
- * Identificar los diagnósticos de enfermería mas utilizados.
- * Identificar los niveles de dependencia hallados en los informes.

JUJUSTIFICACIÓN:

La investigación está orientada hacia la dificultad que a diario encuentra el personal de Enfermería debido a que no existe unificación de criterios en cuanto a clasificación de usuarios, a lo que se suma la inexistencia de diagnósticos estandarizados de Enfermería en los servicios.

Se considera que la actual situación no permite realizar un método sistematizado de cuidados y que por esto los cuidados que se realizan a diario responden a la demanda de los usuarios de cada servicio.

Además, los estudiantes de Licenciatura en Enfermería, durante su experiencia práctica en los Servicios de Medicina General, realizaron la clasificación de los usuarios para luego planificar la gestión de enfermería, experiencia en que se identificaron diferentes criterios para clasificar los niveles de dependencia.

Se considera que debido a lo expresado anteriormente no se optimiza el aprovechamiento de tiempo, no se unifica el lenguaje técnico, ni se puede generalizar la experiencia clínica. Esta situación afecta directamente al usuario, perdiéndose la calidad y la continuidad de los cuidados de Enfermería.

Sería necesario realizar la unificación de criterios para posibilitar el reconocimiento del ámbito social y de salud de un servicio determinado. De esta manera se podrían identificar los problemas de salud rápidamente, las cargas horarias, los recursos humanos, materiales y financieros que se van a necesitar y además serviría como base para priorizar la atención a cada usuario. Esto llevaría a una mejor distribución y aprovechamiento de recursos facilitando la toma de decisiones, disminuyendo el error, lo cual es fundamental para el personal, los usuarios y la propia institución.

La clasificación de usuarios surge como una necesidad de establecer previamente criterios que ponen de manifiesto la capacidad resolutoria de los sistemas de salud.

Para lograr un aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros, de un sistema es necesario que el personal tenga alto grado de responsabilidad en la evaluación, selección y clasificación de pacientes.

Los sistemas utilizados de clasificación tienen como fundamento la caracterización de los pacientes para decidir su prioridad. Es importante que la caracterización se realice en cada escalón de la atención, tantas veces como sea necesario.

ANTECEDENTES

Para la búsqueda bibliográfica se recurrió al buscador Bireme, se utilizaron las palabras claves “clasificación” AND “pacientes” y “dependencia” AND “enfermería”. Si bien algunos trabajos están orientados a otra población, se tomaron en consideración por compartir los aspectos metodológicos

Clasificación de pacientes de atención ambulatoria en un centro hospitalario traumatológico

Autor(es): Massabó, Angélica; Canales, Marcia; Paredes, Laura; De la Fuente, Patricia; Cobo, Verónica; Díaz, Rodrigo; Solís, Silvia

Fuente: Cienc. Trab.; 5(10): 46-59, jul.-dic. 2003. tab, graf

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 386849

Resumen: En salud es prioritario conocer el tipo de paciente, sus necesidades, tipo de dependencia y riesgo del estado de salud para poder definir claramente qué carencias se deben cubrir mayoritariamente y qué tipo de personal se requiere. Para esto se propuso identificar el perfil de atención de cada unidad según la clasificación de pacientes en área ambulatoria del Hospital del Trabajador de Santiago (HTS). Se elaboró un instrumento de clasificación de pacientes ambulatorios según sus dependencias y riesgos, también se clasificaron las intervenciones de enfermería. El sistema fue aplicado durante 7 meses en la unidades de atención ambulatoria de los servicios de policlínico, centro médico y servicio de urgencia. Se detectó que el tipo de paciente más frecuente en el HTS fue el de bajo riesgo y autosuficiencia (C3) 59,6 por ciento al igual que en el policlínico y centro médico. Los requerimientos de Enfermería, son vitales en la atención directa de los pacientes de riesgo alto/mediano y de dependencia total (A1, B1), no así para los demás tipos de pacientes, que muestran variabilidad en sus necesidades. Para el caso de los pacientes C3 la dependencia es casi nula, con respecto a ese servicio (AU) Se elaboró un instrumento de

clasificación de pacientes ambulatorios según sus dependencias y riesgos, también se clasificaron las intervenciones de enfermería. Se detectó que el tipo de paciente más frecuente en el HTS fue el de bajo riesgo y autosuficiencia (C3) 59,6 por ciento al igual que en el policlínico y centro médico. Los requerimientos de Enfermería, son vitales en la atención directa de los pacientes de riesgo alto/mediano y de dependencia total (A1, B1), no así para los demás tipos de pacientes, que muestran variabilidad en sus necesidades. Para el caso de los pacientes C3 la dependencia es casi nula, con respecto a ese servicio (AU)

Clasificación del Traumatismo del Bazo

Estudio de 274 pacientes

Autor(es): Sierra Enrique, Eddy; Díaz González, Eduardo; Martínez Ramos, Gilberto; Alvarcz Diepa, Manuel

Fuente: Rev Cubana Cir; 36(2)mayo-ago. 1997. tab

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 205345

Resumen: Se revisaron 274 historias clínicas que presentaron traumatismos del bazo, en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" y Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente, ambos de Santa Clara, durante los años 1988-1994. Se describe la clasificación del trauma grado 1, con 97 pacientes; grado 2, 53 pacientes; grado 3, 71 pacientes, los grados 2A, 33 pacientes y grado 3B, 20 pacientes. Las complicaciones en los esplenectomizados fueron 40, para una morbilidad del 22,3 por ciento y hubo 2 complicaciones en los pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora, para el 2,1 por ciento. No hubo mortalidad en la cirugía conservadora, pero es de señalar que ocurrieron en los traumas de menor cuantía, los grados 1 y 2. Hubo 5 pacientes fallecidos en los esplenectomizados para el 2,7 por ciento de mortalidad, y fue la mortalidad asociada de 9,8 por ciento(AU) Se revisaron 274 historias clínicas que presentaron traumatismos del bazo, en el Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero" y Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente, ambos de Santa Clara, durante los años 1988-1994. Se describe

la clasificación del trauma grado 1, con 97 pacientes; grado 2, 53 pacientes; grado 3, 71 pacientes, los grados 2A, 33 pacientes y grado 3B, 20 pacientes. Las complicaciones en los esplenectomizados fueron 40, para una morbilidad del 22,3 por ciento y hubo 2 complicaciones en los pacientes a quienes se les realizó cirugía conservadora, para el 2,1 por ciento. No hubo mortalidad en la cirugía conservadora, pero es de señalar que ocurrieron en los traumas de menor cuantía, los grados 1 y 2. Hubo 5 pacientes fallecidos en los esplenectomizados para el 2,7 por ciento de mortalidad, y fue la mortalidad asociada de 9,8 por ciento(AU)

Clasificación del usuario intrahospitalario en las unidades de cirugía general del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", en el año 2002

MÉTODO: Revisión de informes finales de Licenciados internos de Enfermería. La investigación es tipo descriptivo transversal. Las variables analizadas fueron edad, sexo, procedencia, actividad laboral, patología crónica, tipo de intervención quirúrgica, etapa de proceso salud-enfermedad, niveles de dependencia, tiempo de internación, diagnósticos de enfermería. De un total de 44 informes, 38 componen la muestra, ya que 6 de ellos no cumplen con el criterio de inclusión.

Número total de usuarios abordados corresponde 2669.

En la caracterización cada una de las variables presenta un N en particular ya que no todas los informes tomaron la totalidad de las variables seleccionadas.

Sexo: 36 informes corresponden a 95 % del total, 1176 sexo femenino (45%), 1424 sexo masculino (55%).

Edad: 76% de los informes trabajaron con dicha variable, 82% de la población adultos y adulto mayor (942 y 886 usuarios respectivamente), 18% son jóvenes (402 usuarios).

Procedencia: el 100% de los informes, 69% de Montevideo y 31% del interior, actividad laboral 28 informes, 27% no trabaja, 35% jubilados y pensionistas, 38% presentan actividad laboral.

Patologías crónicas: 95% de los informes 35% hipertensos son 920 usuarios, 10% diabéticos que corresponden a 256 usuarios.

Tipos de intervención quirúrgica: 9%, corresponden a 9 informes, cirugías corrientes 51%, 44% cirugías mayores, 5% cirugías complejas, etapas del proceso salud enfermedad, 28 informes, 65% preoperatorios, 36% postoperatorio, se destaca que en la etapa preoperatorio se incluyeron las etapas de diagnóstico y tratamiento, en ningún informe se desglosó las etapas pre y postoperatorio mediato e inmediato.

Niveles de dependencia: 24 informes, 63% de la muestra, 868 usuarios grado II y 379 grado III.

Tiempo de interacción: 16 informes, 44% (420 usuarios) de la población permaneció, mas de 11 días internada.

Usuarios quirúrgicos asistidos, que constan en los informes de los internos, correspondientes a la práctica clínica de los servicios de cirugía general del Hospital Clínicas, en el período de tiempo comprendido entre 1998 y 2002

Diagnósticos de enfermería documentados para pacientes de clínica médica

Autor(es): Fuentes, Cassiana Mendes Bertocello; Cruz, Diná de Alcida Lopes Monteiro

Este artículo relata un estudio descriptivo, de análisis de registros, de los diagnósticos de enfermería documentados tres meses después de la implementación de la clasificación de la NANDA-I en el HU-USP. La muestra de conveniencia (34 por ciento de las internaciones en el mes) constituyó de 30 prontuarios de pacientes internados en la Clínica Médica en agosto de 2004 (60 por ciento sexo femenino; edad promedio: $60,9 \pm 23,1$ años; media de internación: $5,8 \pm 2,7$ días). Los diagnósticos documentados en el primer día de hospitalización fueron manualmente transcritos y analizados según sus frecuencias. Fueron documentados 144 diagnósticos (31 categorías), media de $4,8 \pm 4,0$ por paciente (variación = 1-10) y los más frecuentes fueron: Dolor agudo (66,7 por ciento), Deterioro de la integridad tisular (63,3 por ciento), Limpieza inefectiva de las vías aéreas (43,3 por

ciento), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (36,7 por ciento) y Deterioro de la integridad cutánea (33,3 por ciento). Son presentados los resultados e intervenciones para los 3 más frecuentes.(AU)

Diagnósticos de Enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem/ Nursing Diagnoses in patients after heart catheterization: contribution of Orem
Estudio transversal de múltiples casos, incluyendo 30 pacientes, en período post-cateterismo cardíaco. Con el objetivo de establecer Diagnósticos de Enfermería de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería).El método de recolecta de datos fue el Proceso de Enfermería, fundamentado en la Teoría de Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem. Fueron establecidos 25 diferentes Diagnósticos de Enfermería. Todos los pacientes presentaron perfusión tisular perjudicada; Riesgo para infección; Dolor aguda en la región ingte, Movilidad física perjudicada. Déficit de autocuidado para higiene íntima y riesgo para lesión orgánica renal fue identificado en 100 por ciento de los pacientes. Se concluye que, la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, facilitó la clasificación de Diagnósticos de Enfermería de NANDA. Contribuyó para individualización, humanización y calificación de la asistencia de enfermería, incentivando la participación del paciente en el propio cuidado, en las cuestiones de autoconocimiento y autocontrol de la salud.(AU)

Dotación de enfermeras para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, mediante un sistema de clasificación de pacientes

Autor(es): González Ortega, Yariela

Fuente: Panamá; s.n; 1997. xiii,229 p. itus, tab.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 213541

Resumen: En esta investigación se elaboró y aplicó un instrumento de Clasificación de Pacientes, para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, con el objetivo de clasificarlos en tres grupos, a

quienes identificamos como pacientes Crítico I, pacientes Crítico II y pacientes Crítico III, tomando en cuenta necesidades de atención de enfermería en cada uno de ellos, siendo el paciente crítico I el de menor atención requerida, seguido del paciente crítico II y crítico III. Una vez clasificados estos pacientes, se realizó un estudio de la actividad Tarea-Tiempo, en donde se determinaron los tiempos de las actividades directas e indirectas, que se realizan con mayor frecuencia y el número de veces que se repite en 24 horas cada una de ellas. Se determinó, que el tiempo de atención que se dedica a un paciente crítico I es de 6.71 horas/paciente/día, a un paciente crítico II es de 11:00 horas/paciente/día y a un paciente crítico III es de 14.07 horas/paciente/día; para la realización de las actividades directas e indirectas que le correspondan. Con estos tiempos, se pudo calcular la relación enfermera-paciente, encontrándose que la distribución debe ser una enfermera por cada paciente crítico III (1:1), una enfermera por cada dos pacientes crítico II (1:2) y una enfermera por cada tres pacientes crítico I (1:3). Se determinó además, el promedio de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía, de acuerdo al nivel de gravedad, encontrándose que diariamente se tiene un promedio de dos pacientes Crítico I, cuatro pacientes crítico II y dos pacientes crítico III. Con base a estos resultados, se encontró que se necesita un total de 12 enfermeras diarias como mínimo, es decir, cuatro enfermeras por turno, para cubrir las necesidades de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía (U.C.I.C.)... (AU) En esta investigación se elaboró y aplicó un instrumento de Clasificación de Pacientes, para la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, con el objetivo de clasificarlos en tres grupos, a quienes identificamos como pacientes Crítico I, pacientes Crítico II y pacientes Crítico III, tomando en cuenta necesidades de atención de enfermería en cada uno de ellos, siendo el paciente crítico I el de menor atención requerida, seguido del paciente crítico II y crítico III. Una vez clasificados estos pacientes, se realizó un estudio de la actividad Tarea-Tiempo, en donde se determinaron los tiempos de las actividades directas e indirectas, que se realizan con mayor frecuencia y el número de veces que se repite en 24 horas cada una de ellas. Se determinó, que el tiempo de atención que se dedica a un

paciente crítico I es de 6.71 horas/paciente/día, a un paciente crítico II es de 11:00 horas/paciente/día y a un paciente crítico III es de 14.07 horas/paciente/día; para la realización de las actividades directas e indirectas que le correspondan. Con estos tiempos, se pudo calcular la relación enfermera-paciente, encontrándose que la distribución debe ser una enfermera por cada paciente crítico III (1:1), una enfermera por cada dos pacientes crítico II (1:2) y una enfermera por cada tres pacientes crítico I (1:3). Se determinó además, el promedio de pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía, de acuerdo al nivel de gravedad, encontrándose que diariamente se tiene un promedio de dos pacientes Crítico I, cuatro pacientes crítico II y dos pacientes crítico III. Con base a estos resultados, se encontró que se necesita un total de 12 enfermeras diarias como mínimo, es decir, cuatro enfermeras por turno, para cubrir las necesidades de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cirugía (U.C.I.C.)... (AU)

Atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico: Hospital Psiquiátrico Provincial

"Comdte Gustavo Machín" - Santiago de Cuba

Autor(es): Ruiz Benavides, Martha; Deysi Serrano, Michén

Fuente: Santiago de Cuba; s.n; 1993. 11 p. tab.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde / ID: 267531.

Resumo: Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre la atención de enfermería y características generales en 41 ancianos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Provincial "Comdte. Gustavo Machín" de Santiago de Cuba, durante el cuarto trimestre del año 1992. Se exponen criterios sobre concepto de ancianidad, características biológicas y psicológicas del mismo. Se analizaron variables cualitativas y demográficas, clínica, epidemiológica y terapéutica. Se concluyó la mayor frecuencia de edad, entre los 60 y 65 años, sexo femenino, casados con antecedentes patológicos familiares de psicosis y de hipertensión arterial. El diagnóstico psiquiátrico fue de esquizofrenia y el orgánico de hipertensión arterial. Las medidas terapéuticas más utilizadas fueron los neurolepticos orales, ansiolíticos

y vasodilatadores cerebrales. Se definen los elementos que rigen la atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico. Se realizó un estudio descriptivo y transversal sobre la atención de enfermería y características generales en 41 ancianos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Provincial "Cmde. Gustavo Machín" de Santiago de Cuba, durante el cuarto trimestre del año 1992. Se exponen criterios sobre concepto de ancianidad, características biológicas y psicológicas del mismo. Se analizaron variables cualitativas y demográficas, clínica, epidemiológica y terapéutica. Se concluyó la mayor frecuencia de edad, entre los 60 y 65 años, sexo femenino, casados con antecedentes patológicos familiares de psicosis y de hipertensión arterial. El diagnóstico psiquiátrico fue de esquizofrenia y el orgánico de hipertensión arterial. Las medidas terapéuticas más utilizadas fueron los neurolépticos orales, ansiolíticos y vasodilatadores cerebrales. Se definen los elementos que rigen la atención de enfermería en el paciente geropsiquiátrico.

MARCO TEORICO

La clasificación de pacientes: desde el inicio de los sistemas de atención a la salud y más aún desde los albores de la civilización moderna, se presentó la necesidad de clasificar a los pacientes para elegir el tipo de atención que necesitaban.

La atención de pacientes, impone a los sistemas de salud un reto difícil de enfrentar por la complejidad de los factores (de índole social, política, económica y ético) implicados en la toma de decisiones relacionadas con la óptima y oportuna atención que cada paciente requiere.

Reseña histórica:

Desde la época de Florence Nightingale ya se comenzaba a realizar las primeras clasificaciones de pacientes, en los hospitales de campaña, donde los enfermos eran atendidos según la prioridad, de acuerdo a sus heridas, aquellos que no podían comer por sí solos muchas veces morían de hambre, por lo tanto una adecuada clasificación era muy importante.

A los pocos años durante las guerras napoleónicas en 1867, se realiza una clasificación de pacientes a pedido del emperador Bonaparte donde exigía “Los soldados que no tengan capacidad de recuperarse deben dejarse en el frente de batalla, solo deben llevarse al hospital aquellos que puedan restablecerse”.

Para ello se entrena al personal militar sanitario en la clasificación de los heridos. Esta tarea es encomendada al jefe médico de la tropa, varón Dominique Jean Larrey.

En la actualidad los sistemas de selección y clasificación son muy variados y en ocasiones complejos

La clasificación es un proceso dinámico, por lo tanto los profesionales de la salud deben estar alertas, ante las condiciones cambiantes de los pacientes.

Dentro de algunos de los *sistemas de clasificación* se encuentra el sistema cronológico.

En el caso de un Servicio de emergencia, parece ser un sistema objetivo pero está viciado por circunstancias ajenas a la priorización de los pacientes.

Una de las desventajas de este sistema, es que se atiende por orden de llegada, de esta manera se puede consumir los recursos (en este caso materiales) en pacientes que no lo requieran con urgencia, por lo tanto en la actualidad este sistema esta en desuso.

Uno de los sistemas de clasificación es la clasificación por criterios. En este sistema se valoran normas previamente elaborada para la selección de pacientes. Se basa en el criterio médico en relación al estado actual de la ciencia médica sobre las lesiones o padecimiento del individuo y a la destreza y el conocimiento del médico tratante. Intervienen en las decisiones todo lo que tiene que ver con el tratamiento, presencia de padecimientos concomitantes, la evolución, edad, entre otros. Se deben tomar decisiones en base a todos estos datos. Dado que es bastante subjetivo no es muy seguro.

Otro de los sistemas es el de servicio de espera, donde se proponen cuatro clasificaciones según la entidad del padecimiento, tiene una desventaja porque no contempla la dinámica del proceso salud enfermedad. La clasificación puede ir variando, puede deteriorarse la condición del paciente, por lo tanto, cambia rápidamente la clasificación, lo que hace necesario revaloraciones continuas.

Hoy en la actualidad en las emergencias se encuentra el triage palabra que proviene del francés y que quiere decir tamizaje. Allí se realiza la clasificación de acuerdo a parámetros ya preestablecidos.

Para clasificar se debe ordenar a la población, con criterios enfermeros. Entre ellos se encuentran los *niveles de dependencia* como medida resumen de la valoración del usuario. Estos permitirían medir la carga horaria de trabajo así como la distribución de los cuidados de enfermería. Además, permitiría prever a corto plazo la distribución de las tareas asignadas y el tiempo a cada usuario, volumen de trabajo, carga horaria, personal que se necesitará y costos entre otros.

Para ello se valoran variables como la deambulacion, movilización, colaboración del usuario, el nivel de conciencia, comportamiento, la medicación que recibe, tratamiento, requerimientos en la alimentación, en el confort y en la excreción y evacuación.

También se valora la comunicación, si requiere cuidados especiales de la piel, valoración de la situación social y si presentan riesgos.

A cada valoración se le otorga una puntuación y luego según el puntaje final dará los distintos niveles de dependencia.

La inexistencia de criterios unificados dificulta el reconocimiento del ámbito social y de salud de la población hospitalaria de un servicio determinado. La unificación de los mismos facilitaría la identificación de los problemas de salud rápidamente y optimizar la utilización de los recursos (humanos, materiales y financieros) necesarios y la toma de decisiones.

El método utilizado por Enfermería para la clasificación de usuarios es el PAE:

Proceso de Atención de Enfermería: Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como PAE y permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. En este proceso se obtienen datos que serán útiles en la realización del perfil del usuario, allí se encuentran datos de la persona, se identifican los problemas, los diagnósticos y se establecen los planes de acción y estos se evalúan. Este proceso se adapta a cualquier interacción que involucre una enfermera y a un cliente. Este cliente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o una sociedad. Si se aplica este proceso se producen cuidados de calidad porque presenta una atención individualizada, las necesidades específicas se satisfacen y se logra un mayor grado de bienestar del usuario.

Este proceso comienza a surgir a mediados de la década del 50 cuando Virginia Henderson propone organizar los programas académicos de Enfermería acorde a los problemas de enfermería o a las necesidades del paciente y no de acuerdo a los diagnósticos médicos. En la década del 60 la profesión se hace más respetada y reconocida, por lo tanto se necesita evaluar los cuidados.

Los pasos del Proceso de Atención de Enfermería se comparan con los pasos del método científico, ya que va desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los resultados.

METODO CIENTIFICO	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
1.Planteo del problema	1. Valoración del paciente - Identificación de problemas
2.Construcción de un método - Definir variables - Definir términos - Relevantes - Formular hipótesis	2. Diagnóstico de enfermería - Hipótesis descriptiva
3.Prueba de hipótesis - Planificación de la investigación	3.Plan de acción - Prueba de la hipótesis
4.Introducción de las conclusiones en la teoría - Comparar conclusiones con predicciones - Corregir el modelo si es necesario	4.Evaluación - Con retroalimentación - Comparar conclusiones con nueva valoración
- Sugerencias para trabajo ulterior	

- Fuente: Proceso de atención de Enfermería. Costabel Miriam. Coordinadora. Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. Oficina del libro AEM Montevideo, 1995. Pág. 11 a 19.(Proceso de atención de enfermería)

VALORACIÓN: Se reúnen los datos del usuario en forma integral y así se podrán identificar los diagnósticos de enfermería y niveles de dependencia.

DIAGNÓSTICO: El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud reales o

potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

PLANIFICACION: Elaborar un plan de acción donde se tiene en cuenta la prioridad de los problemas y la fijación de los objetivos. Decir que acciones se realizarán para alcanzar los objetivos y registrarlo.

EJECUCIÓN: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN: comparar las respuestas de las personas, determinar si han cumplido los objetivos planteados.

Como se pondrá énfasis en los Diagnósticos de Enfermería utilizados en el servicio, se dará una definición de estos: Son juicios clínicos sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales, reales o potenciales. Estos son donde la enfermera actuará, siendo esta competencia de enfermería.

Son distintos al diagnóstico médico porque estos identifican la enfermedad en cambio los diagnósticos enfermeros señala las respuestas a la enfermedad.

En 1973, la North American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A), publica la primera lista de diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos constan de dos partes:

- a) el problema real o potencial.
- b) la causa probable o el factor de riesgo (Etiología)

El problema revela lo que se necesita modificar y la etiología manifiesta los factores ambientales, psicológicos, sociológicos, fisiológicos o espirituales que son los que influyen sobre los problemas.

Los diagnósticos se clasifican en reales, de riesgo o de bienestar o de tipo sindrómico.

Reales: Son aquellos que la enfermera confirma debido a las manifestaciones de signos y síntomas.

Riesgo: es aquel que se describe como la posibilidad de un individuo/grupo de ser más frágil para desarrollar problemas que otros en la misma situación o equivalente no la desarrollarían.

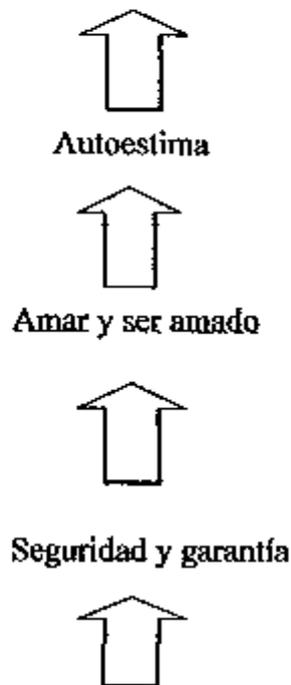
Bienestar: es un juicio donde un individuo, familia o comunidad están en evolución, hacia un nivel más alto de bienestar.

Sindrómico: son una agrupación de problemas reales o de riesgo que se manifestaran en determinadas situaciones o acontecimientos

Estos se priorizaran de acuerdo a lo que dice Bower (1972) este presentó un enfoque de tres puntos.

- 1_ ***Primera prioridad.*** Riesgo para la vida, la dignidad o la integridad del paciente.
- 2_ ***Segunda prioridad.*** Problemas que producen cambios en el paciente.
- 3_ ***Tercera prioridad.*** Problemas que afectan el crecimiento y desarrollo normales.

Maslow las prioriza según las necesidades (1970), las necesidades se deben satisfacer de manera ascendente



Necesidades fisiológicas:

Para lograr una adecuada clasificación de usuarios en los servicios de salud, enfermería utiliza el:

- **Proceso administrativo** que se define como:

“Es una actividad sistemática llevada a cabo por un grupo humano, que emplea un conjunto de recursos para lograr una finalidad – en forma eficaz y eficiente-con beneficio social para quien va dirigida y para quien la genera” Hugo Villar

El proceso de administración se divide en cuatro etapas:

- **Planificación:** “Es el proceso que partiendo del análisis pasado y actual de un sistema de una evaluación de sus fines y medios, define objetivos a alcanzar, así

como normas de ejecución y de control de las actividades a desarrollar durante un periodo determinado”

- **Organización:** “Es la forma de relacionarse un grupo de personas, para llevar a cabo actos complejos de manera conciente, racional y coordinada, como la finalidad de alcanzar objetivos previamente acordados.”
- **Dirección:** “Es la función mediante la cual se inicia, orienta e impulsa la acción a través de la formulación de decisiones, la motivación y liderazgo del colectivo.”
- **Control:** “Proceso para observar y registrar el desarrollo de la ejecución a fin de mantener una comparación continua entre lo planificado y lo ejecutado, y aplicar, si es necesario, medidas correctivas.”

Por intermedio de este proceso se llega a caracterizar a la población, se puede caracterizar en sexo, edad, diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, tratamiento entre otros.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: descriptivo, transversal.

Universo: usuarios que constan en los informes realizados por internos de enfermería en Servicios de Medicina General del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

Muestra: Seleccionada al azar, de usuarios que constan en los informes realizados por internos de enfermería en Servicios de Medicina General en los pisos 8, 11 y 12 del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.

Se seleccionaran por sorteo 2 salas por piso, en el período Septiembre 2006-Agosto 2007.

Criterio de exclusión: ser usuario de salas especializadas (hematología, cirugía cardíaca, etc.) se excluirán los informes que no cuentan con la caracterización de la población.

Unidad de análisis: informes realizados por internos de enfermería que llevaron a cabo su experiencia práctica en los Servicios de Medicina General.

Método de recolección de datos: se creara un formulario como instrumento para la recolección de los datos (ver anexo 1)

Se transferirán los datos de los informes de los internos de enfermería al instrumento elaborado. Con la información obtenida se medirán las variables.

VARIABLES

Variables que definen el perfil de la población son:

1 Sexo:

Conceptualmente: Características bio-fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres, alude a características de sus aparatos reproductores.

Operacionalización: Se mide por el sexo consignado en los informes de los internos.

Categorización:

- masculino
- femenino

Variable cualitativa nominal

2 Edad:

Definición conceptual: periodo de tiempo comprendido entre la fecha de nacimiento, hasta el momento de la recolección de datos.

Operacionalización: Se mide en años de vida.

Categorización: Adolescente (entre 14 y 19 años)

Adulto Joven (entre 20 y 25 años)

Adulto mayores (más de 60 años)

Variable cuantitativa continúa.

3 Diagnóstico médico:

Definición conceptual: determinación médica de una enfermedad por los síntomas.

Operacionalización: Diagnósticos médico identificados en los informes de los internos que realizaron su experiencia práctica en los servicios de Medicina general en los pisos 8, 11 y 12

Categorización

Diagnósticos médicos identificados.

Variable cualitativa nominal.

4 Sistema fisiológico afectado:

Definición conceptual: Un sistema fisiológico es una combinación de varias partes que unidas y en correcto funcionamiento logran el resultado esperado. En el caso que una de ésta partes no funcione adecuadamente el sistema se encontrará alterado.

Operacionalización: distintos sistemas afectados hallados en los informes de los Internos.

Categorización: Sist. Digestivo nutricional

Sist. Endocrino

Sist. Respiratorio

Sist. Cardio vascular

Sist. Tegumentario

Sist. Músculo esquelético

Sist. Nervioso central

Sist. Nefro urinario

Sist. Genito reproductor

Variable cualitativa nominal

5 Nivel de dependencia:

Definición conceptual: grado de atención que requiere el usuario en relación a los cuidados de enfermería,

Operacionalización: clasificación que realizaron los Internos sobre los niveles de dependencia como resultado de la aplicación de un instrumento de medida.

Categorización:

Grado I, independiente

Grado II, levemente dependiente

Grado III, medianamente dependiente

Grado IV, totalmente dependiente.

Variable cualitativa ordinal.

6 Diagnóstico de Enfermería:

Definición Conceptual: juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería.

Operacionalización: Diagnósticos de enfermería identificados en los informes se analizarán en forma directa y descomponiendo el problema para agrupar, los diagnósticos.

Categorización: Se creará un listado de diagnósticos de enfermería a partir del análisis documental

Variable cualitativa ordinal

PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Caracterización de la población

Tabla N° 1 Distribución de la población según sexo y edad.

EDAD (años)	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	F.A	F.R%	F.A	F.R%	
15 A 29					
30 A 59					
Mayor 60					
Total	N =	100	N =	100	

Tabla N° 3: Distribución de la población según sistemas fisiológicos afectados

Sistema fisiológico afectado	FA	FR%
S.C.V		
S.N.U		
S.R		
S.D.N		
S.N.C		
S.M.E		
S.E		
S.E		
S.T		
TOTAL	1	100

Tabla N°4: Distribución de la población según diagnóstico médico

Diagnóstico médico	FA	FR	FR%
TOTAL		1	100

Tabla N°5: Distribución de la población según niveles de dependencia

Niveles de dependencia	FA	FR	FR%
I			
II			
III			
IV			
TOTAL			

Tabla N° 6: Distribución de la población según niveles de dependencia por piso

Niveles de dependencia por piso	I	II	III	IV	TOTAL
Piso 8					
Piso 11					
Piso 12					
TOTAL					

BIBLIOGRAFÍA

- Carpenito Lynda. Manual de diagnósticos enfermería; Madrid. Quinta edición. Mc Graw-Hill Interamericana año 2000. Pág.27 a 45.
-
- Costabel Miriam. Coordinadora. Temas de Enfermería Médico Quirúrgico. Oficina del libro AFM Montevideo, 1995. Pág. 11 a 19.(Proceso de atención de enfermería)
- Ignatavicius.D; Varner Bayne. Marilyn. Enfermería Médico Quirúrgica. Mexico: interamericana. Mc Graw Hill 1991. V. 1pág. 5 a 12(Conceptos de salud y enfermedad), pág 17 a 20(La enfermería y el papel de la enfermera), pág 24 a 34(Introducción al proceso de cuidados de enfermería), pág. 42 a 43(Administración de instalaciones para cuidados de salud), pág 46 a 47(Acceso a los cuidados, calidad de los cuidados).
- Marriner – Tomey Ph. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera Edición España; Mosby – Doyma. 1994.
- Lic Cabrera Alicia, Manual de Estándares para la acreditación de servicios de Enfermería Universidad de la República Oriental del Uruguay, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERIA, Departamento de Administración de Servicios de Enfermería COLEGIO DE ENFERMEROS DEL URUGUAY, Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería-CO.NA.SE.Filosofía de la calidad, pag. 83 a 91 <http://www.inde.edu.uy>
- José López Resendiz,*,** María Dolores V. Montiel Estrada,*,** Raymundo Licona Quezada*,** Triage en el servicio de urgencias <http://www.medigraphic.com>

- La NANDA. Diagnósticos de enfermería. 1990.
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_diagn_enfermer_2.htm

ANEXOS

ANEXO I
TABLA DE RECOLECCION DE DATOS

VARIABLE		FA	FR	FR %
EDAD	<i>Joven</i>			
	<i>Adulto</i>			
	<i>Adulto mayor</i>			
	TOTAL			
Total de usuarios				

TABLA N° 1 distribución de la población según sexo y edad

VARIABLE		FA	FR	FR %
SEXO	<i>masculino</i>			
	<i>femenino</i>			
	TOTAL			

PERFIL DE LA POBLACIÓN

TABLA N°2 distribución de la población según diagnóstico médico

DIAGNÓSTICO MÉDICO	FA	FR	FR

TABLA N° 3 distribución de la población según sistema fisiológico afectado

SISTEMA FISIOLÓGICO AFECTADO	FA	FR	FR%
S.D.N			
S.E			
S.R			
S.C.V			
S.T			
S.M.E			
S.N.C			
S.N.U			
S.G.R			

TABLA N°4 distribución de la población según niveles de dependencia

NIVEL DE DEPENDENCIA	FA	FR	FR%
Grado I			
Grado II			
Grado III			
Grado IV			
Total	N	I	100%

TABLA N°5 distribución de la población según diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	FA	FR	FR%
Total	N	I	100%

