



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



MODELOS ASISTENCIALES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL EN DOMICILIO

AUTORES:

Br. González, Alicia
Br. Silvera, Elizeth
Br. Cedrés, Melissa
Br. Fernández, Myriam
Br. Yuqueri, Germán

TUTORES:

Lic. Enf. Eiraldi, Rosa
Lic. Enf. Bracco, Alicia

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

Montevideo, 2004

“LA MUERTE: ETAPA FINAL DEL CRECIMIENTO.”

*“Lo importante es comprender, aún sin saber qué somos o qué nos
sucederá al morir, que nuestro objetivo es crecer como seres humanos,
mirarnos por dentro, encontrar algo y construir a partir de allí esa fuente de
paz y comprensión y fortaleza que es nuestro yo individual. Entonces
acercarnos a los demás con amor, aceptación y paciencia en la esperanza de
lo que podamos hacer juntos.”*

Extraído de: “Vivir, Amar y Aprender” de Leo Buscaglia. (1993)

INDICE

Introducción	pág. 1
Fundamentación	pág. 2
Justificación	pág. 4
Unidad temática	pág. 5
Problema	pág. 5
Hipótesis	pág. 5
Objetivo general	pág. 6
Objetivos específicos	pág. 6
Marco conceptual	pág. 7
• Paciente oncológico en fase terminal	pág. 7
• Cuidados paliativos	pág. 8
• Atención de enfermería en cuidados paliativos	pág. 8
• Atención domiciliaria	pág. 9
• Ventajas de la Atención domiciliaria	pág. 10
• Modelos de Atención de Enfermería	pág. 10
• Modelo de Atención de Enfermería vigente al año 2000	pág. 12
• Sistema de Salud en Uruguay	pág. 15
• Entrevista	pág. 15
Metodología	pág. 17
• Tipo de estudio	pág. 17
• Universo y muestra	pág. 17
• Métodos e instrumentos para la recolección	pág. 17

Plan de análisis	pág. 18
Variables	pág. 18
• Nivel de medición	pág. 19
• Definiciones conceptual y operacional	pág. 19
Codificación de datos	pág. 24
Tabulación	pág. 24
Libro de códigos	pág. 25
Matriz del Libro de Códigos	pág. 26
Análisis de datos	pág. 27
Conclusiones	pág. 30
Propuestas	pág. 32
Bibliografía	pág. 34
Anexos	pág. 35
• Anexo N°1: Entrevista	pág. 36
• Anexo N°2: Gráficos	pág. 40

INTRODUCCION

Los indicadores epidemiológicos en nuestro país nos muestran una incidencia de 25.988 casos de cáncer durante el bienio 1996-1997, de los cuales el 51 % ocurrieron en hombres y el 49 % en mujeres. Del total de estas cifras el 51.7 % pertenece a Montevideo. Esta creciente incidencia posiciona al cáncer como la segunda causa de muerte en nuestro país.

Si bien las mencionadas cifras nos alarmaron por su importancia, en la práctica alarmo aun más nuestra atención, el significativo aumento de estos usuarios en períodos relativamente pequeños, donde ejecutábamos nuestros planes de asistencia elaborados durante nuestra experiencia clínica. Así surge en nosotras de conocer si existe en nuestro país un modelo de atención de enfermería que incluya a esta población, contemplando las necesidades físicas y emocionales de los referidos usuarios, así como la de los familiares y del entorno; considerando además los estándares utilizados para la medición de la calidad; desde un enfoque basado en los pilares básicos de nuestra profesión que considera al individuo en forma holística, brindando una atención adecuada, oportuna y humanizada.

El objetivo de la siguiente investigación es identificar un modelo de atención de enfermería en la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, tanto en el ámbito público como privado, y que a su vez cumpla con los requisitos que lo hace un modelo de atención enfocado a elevar la calidad de vida al usuario, teniendo en cuenta aquellos ítem que lo definen como tal.

Se trata de una investigación de tipo descriptiva / transversal con la cual lograremos identificar la atención domiciliaria en enfermería en los servicios de asistencia pública y privada de Montevideo.

Al realizar una exhaustiva revisión bibliográfica acerca de los conceptos: modelo de atención en salud, modelo asistencial de enfermería, calidad de atención, cuidados paliativos al paciente oncológico y atención domiciliaria, nos permitirá elaborar las bases teóricas suficientes para confrontarlas con los resultados de nuestra investigación.

La finalidad de nuestro proyecto es conocer la situación real y actual referente a la oferta de atención domiciliaria disponible hacia el paciente oncológico terminal, en los diferentes servicios de salud dentro del marco asistencial de nuestro país.

Llevada a cabo por 5 bachilleres de la carrera de Licenciatura en Enfermería, tutorado por las docentes: Licenciada en enfermería Alicia Braço, Dra. Rosa Erialdi tutora adjunta, correspondientes al cátedra de Adulto y Anciano. Obedeciendo en lo curricular a un trabajo de investigación final que reúna todos nuestros conocimientos y destrezas adquiridas a lo largo de nuestra carrera universitaria. Aspirando que se constituya éste a su vez como una base para futuras investigaciones, avanzando y fortaleciendo la atención al usuario oncológico terminal.

FUNDAMENTACIÓN

Según datos de la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública, en nuestro país, la segunda causa de muerte son los tumores malignos, dando cuenta de más del 24% del total de las defunciones. Según los últimos datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, en el bienio 1996-1997, se registraron 25988 casos incidentes en Uruguay de los cuales el 51% se presentaron en hombres y el 49% en mujeres. En la ciudad de Montevideo se registraron 51,7% del total de los casos (1)

Todos los aspectos que forman parte de los cuidados de enfermería en los pacientes con cáncer surgen de las respuestas individuales de los mismos, de su familia, de su entorno y de la relación entre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico.

Cada situación individual supone inquietudes únicas. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define como "cuidado paliativo terminal, al cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El objetivo del cuidado paliativo es alcanzar una mejor calidad de vida para el paciente y sus familiares." (2)

No existe un estándar para medir la calidad de vida, tomando ésta como válida en tanto se pueda medir, demostrar, reproducir y perfeccionar. Esto es particularmente importante en los cuidados de enfermería. Algunos economistas utilizan la pauta denominada "años de vida con ajuste a la calidad" (QALY) para reflejar el número de años de vida ganados con ajuste a la calidad de éstos años. Este indicador no ha sido utilizado aún para evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería y tampoco podría ser utilizado para la población referida debido al corto pronóstico de vida (aproximadamente 6 meses a 1 año). (3)

Según la OMS "la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez". Debemos mirar al individuo de forma holística, pero a su vez disgregarlo en mínimas unidades que nos permitan abarcar cada una de las áreas del individuo que pueden verse comprometidas. (4)

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la capacidad del individuo para las actividades de la vida diaria, el descanso, el sueño, el reposo necesario y las consecuencias del reposo prolongado. El dolor, su analgesia y el umbral individual, la nutrición, sus preferencias y necesidades orgánicas.

El bienestar social se basa en las funciones de relación como pilar básico para su vida exterior, el trabajo, situación económica y entretenimiento.

El bienestar emocional tiene en cuenta su entorno familiar, sus afectos, la intimidad de su hogar y el sufrimiento familiar.

El bienestar psicológico se relaciona con el control de la ansiedad, el temor, la depresión, la cognición de la enfermedad por la angustia que le genera la apariencia física y poder aceptar los cambios de la misma, evitando en lo posible la caída brusca del autoestima.

El bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, su esperanza y pronóstico de vida, la trascendencia de la enfermedad en su vida, la religiosidad y la fortaleza interior.

La consideración de estos factores que conforman todas las dimensiones del ser humano indica un enfoque hacia la calidad de vida, interviniendo directamente sobre las alteraciones del bienestar.

El objetivo prioritario de los cuidados paliativos en el domicilio es el fomento de la autonomía del enfermo y la familia, el manejo óptimo de la situación en la que se encuentra y el respeto a su dignidad.(2)

(1) Instituto Nacional de Oncología, "Atlas del Bienio" 1996-1997, Uruguay, 2001.

(2) ELAULIA-LOPEZ-IMEDIO, "Enfermería en cuidados paliativos", Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998.

(3) I.N.D.E., Dep. de Adm. de Servicios de Enfermería, Colegio de enfermeros del Uruguay, "Manual de Estándares para la acreditación de servicios de Enfermería", Mdeo, Uruguay, 2000.

(4) OTTO SHIRLEY E., "Enfermería Oncológica" Vol III, 3ª edición, Ed. Mosby, Madrid, 1999

JUSTIFICACIÓN

A pesar de las cifras mencionadas, no tenemos conocimiento de la existencia en nuestro país de un modelo de asistencia domiciliaria al paciente oncológico que llega a la etapa terminal. Lo que determina que se convierta en un tema relevante que debe ser abordado desde nuestra disciplina.

A lo largo de nuestra carrera nos hemos visto enfrentadas a diversas situaciones que involucran a este tipo de pacientes; las que junto a nuestra experiencia personal nos han movilizado interiormente despertando nuestro interés y dándonos la seguridad que desde nuestro lugar dentro del equipo multidisciplinario podemos intervenir en la atención de los mismos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Desde nuestra disciplina, que nos define como "profesionales universitarias que brindan asistencia al individuo, familia y entorno a partir de la aplicación del método científico en el Proceso de Atención de Enfermería, con el fin de lograr el equilibrio biosicosocial y espiritual" consideramos que:

- No podemos revertir la situación terminal pero sí intervenir para que el paciente se adapte a convivir con ella, brindando un espacio para la expresión de sentimientos, miedos y dudas, aliviando el dolor y todos los síntomas estresantes de este proceso, ofreciendo un sistema de apoyo a la familia durante la enfermedad y posterior duelo.
- La asistencia a éstos usuarios debe basarse en un modelo de calidad que dependa de tres aspectos: su estructura (organización, administración, facilidades y equipo), proceso (personal, intervenciones y pacientes) y resultados (físicos, emocionales, sociales, bienestar económico y la óptima utilización de los recursos).
- Nos parece oportuno rescatar los conceptos del modelo de atención de enfermería vigente desde principios del año 2000, aplicado a través del Proceso de Atención de Enfermería, espacio desde donde se alcanza una óptima calidad de enfermería, teniendo en cuenta que la disciplina enfermera tiene como objeto de estudio-trabajo el cuidado de la salud humana.
- El perfil (*) de nuestra profesión nos permite, evaluar los niveles de dependencia de enfermería orientándonos hacia el logro de una mejor calidad de vida para el usuario, concretando así uno de los principios éticos de enfermería.

Las características del modelo de atención de enfermería, que sitúa a éste como un estándar de calidad por excelencia es: trato íntimo, integralidad del cuidado, continuidad del cuidado y contingencia.

(*) "Enfermería se define como: es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico, en los diferentes niveles de atención". PLAN DE ESTUDIOS 1993. I. N. D. E..

UNIDAD TEMÁTICA

“Modelos asistenciales para la atención de Adultos y Ancianos”

PROBLEMA

¿Existe en la actualidad dentro del sistema de salud público y privado de Montevideo un Modelo de atención de Enfermería en la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal, que se corresponda con el Modelo de calidad de atención vigente al año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para ésta población?

HIPÓTESIS

Dentro del sistema de salud público y privado de Montevideo existe un Modelo de Enfermería en la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal, que se corresponda con el Modelo de calidad de atención vigente al año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para ésta población.

OBJETIVO GENERAL

Comprobar que en la actualidad en el ámbito público y privado de Montevideo, existe un Modelo de atención de Enfermería en la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal, que se corresponda con el Modelo de calidad de atención de Enfermería, vigente al año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para ésta población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Conocer el tipo de atención domiciliaria que reciben los pacientes oncológicos en fase terminal en el ámbito público.**
- **Conocer el tipo de atención domiciliaria que reciben los pacientes oncológicos en fase terminal en el ámbito privado.**
- **Identificar Modelos de atención de Enfermería domiciliaria a pacientes oncológicos terminales en el ámbito público y privado.**
- **Confrontar los hallazgos obtenidos mediante entrevistas realizadas a Licenciadas operativas en el área de interés, con el Modelo de calidad de atención de Enfermería vigente al año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para ésta población.**

MARCO CONCEPTUAL

PACIENTE ONCOLÓGICO EN FASE TERMINAL

Se entiende como enfermo terminal, al paciente oncológico con un pronóstico de vida estimado entre 3 y 6 meses, y al que no se le pueden ofrecer tratamientos oncológicos pretendidamente curativos.

La mayoría de éstos pacientes presentan síntomas que son multifactoriales, cambiantes y progresivos; de gran impacto sobre el propio paciente, su familia y el equipo asistencial. Esto se debe al deterioro progresivo de los pacientes, a la alteración de la relación familiar, y en gran parte a la angustia generada por el enfrentamiento a la muerte.

La constante demanda de mejora de la calidad de vida del paciente oncológico, obliga a optimizar la calidad profesional y humana, sobre todo en la fase final de la enfermedad, ya que es la situación más difícil de manejar y de mayor conflicto para el paciente, su familia, y el personal de salud.

Enfermedad terminal:

- a- Diagnóstico de enfermedad confirmado
- b- Enfermedad:
 - avanzada
 - incurable
 - progresiva
- c- Falta de respuesta al tratamiento específico
- d- Presencia de síntomas:
 - intensos
 - multifactoriales
 - cambiantes
- e- Produciendo gran impacto emocional en:
 - paciente
 - familia
 - equipo asistencial
- f- Pronóstico de vida inferior a seis meses.(2)

(2) ELAULIA-LOPEZ-IMEDIO, "Enfermería en cuidados paliativos", Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998.

CUIDADOS PALIATIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos como "el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y su familia." Declara que los objetivos de los Cuidados Paliativos, son:

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo normal
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo

Esta declaración intenta proporcionar a pacientes y familia un apoyo total e integral. Los objetivos mencionados se sustentan en tres pilares fundamentales: COMUNICACIÓN, CONTROL SINTOMÁTICO Y APOYO FAMILIAR.

Este tratamiento debe ser permanente e intensivo, programado y a demanda del paciente, tanto si está ubicado en domicilio como en la Unidad de Cuidados Paliativos. Será proporcionado por un equipo multidisciplinario, bien coordinado, con objetivos concretos marcados, alcanzables y elaborados de forma individualizada, ya que todos los pacientes no tienen el mismo umbral del dolor, ni sus culturas son iguales, así como sus creencias.

Todo ello requiere tiempo, empatía, profesionalidad, vocación y dedicación.

Es indispensable asegurar una formación adecuada a todos los profesionales que vayan a realizar Cuidados Paliativos; aunque se haya recibido una educación adecuada, hay que complementar ésta con la formación continua, que debe abarcar todos los campos (físico, psíquico o mental, social, ético y espiritual) que integre la teoría y la práctica de forma organizada.

La participación activa de la familia en la enfermedad e incluso en la toma de decisiones, ayuda a facilitar una buena relación entre paciente, familiares y personal sanitario, consiguiendo de esta forma la comunicación necesaria entre las tres partes.(2)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los Cuidados Paliativos se destinan a los pacientes para los que se han agotado los cuidados curativos, con familias como recurso material y conocido para el paciente. Realizado por profesionales con formación específica. Estos cuidados deben ser impartidos por equipos multidisciplinarios.

(2) ELAULIA-LOPEZ-IMEDIO, "Enfermería en cuidados paliativos", Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998.

Para cuidar hay que:

- Saber y conocer: tanto el control de síntomas como los cuidados están definidos teóricamente y es necesario su aprendizaje.
- Querer hacerlo: la actitud de los profesionales es un factor básico para la relación terapéutica.
- Tener la oportunidad y los medios: se necesitan condiciones técnicas y de recursos especiales para poder atender a los enfermos y familias. Hablar con el paciente y la familia implica tener un lugar adecuado, tiempo suficiente y conversación privada.

Objetivo prioritario: "Atención integral" del paciente para mejorar su calidad de vida y la de su familia, alcanzar una muerte digna y facilitar el proceso del duelo. La calidad de los cuidados y el lugar de la muerte son dos de los aspectos más importantes para el paciente y su familia.

Si al paciente se le pregunta donde desea pasar la última etapa de su vida la mayoría responde que en su hogar, siempre y cuando se les ofrezca el suficiente apoyo sanitario.

Estos enfermos y sus familias van a generar una gran demanda asistencial, ocasionando una gran presión sobre los profesionales que los atienden, destinándose gran cantidad de recursos humanos y técnicos.

Los principales problemas con los que se encuentra la Atención Primaria con este tipo de enfermos son:

- Escasa o nula preparación en el manejo de habilidades de comunicación y control de situaciones emocionales difíciles.
- Escasa formación de los profesionales para el control del dolor y otros síntomas y en el manejo de la medicación específica en el domicilio y sus vías de administración.
- Temor a la utilización de opiáceos y accesos complicados a los mismos.
- Sensación de fracaso profesional al tratar a estos enfermos, la muerte no entra en los planes de estudio de los profesionales sanitarios.
- Recuerdo de la propia mortalidad, para contestar preguntas difíciles es importante el habérselo planteado con anterioridad.
- Falta de coordinación con atención especializada: el sistema sanitario no está acostumbrado al trabajo en equipo multidisciplinario entre los diferentes niveles sanitarios.(4)

ATENCIÓN DOMICILIARIA:

Conjunto de actividades que tienen por objetivo proporcionar atención al individuo y a su familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellas la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sociales y sanitarios.

(4) OTTO SHIRLEY E., "Enfermería Oncológica" Vol III, 3ª edición, Ed. Mosby, Madrid, 1999.

VENTAJAS DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

El objetivo prioritario de los cuidados paliativos en el domicilio es el fomento de la autonomía del enfermo y la familia, el manejo óptimo de la situación en la que se encuentra y el respeto a su dignidad.

Ventajas del domicilio:

- Para el paciente:
 - Mantiene un papel social y familiar. Forma parte de la familia, participa en la toma de decisiones, es un miembro activo y comparte la vida familiar.
 - Dispone de su tiempo y lo distribuye como desea, con sus normas, come cuando y lo que le apetezca, se levanta y se acuesta sin que ningún extraño le obligue a hacerlo.
 - Mantenimiento de su intimidad.
 - Mantenimiento de las actividades ocupacionales.
 - Ambiente conocido, donde están sus cosas y sus recuerdos.
 - Percepción del lugar adecuado para vivir y para morir.

- Para la familia:
 - Ambiente conocido y dominado.
 - Mayor facilidad de movimiento.
 - Tiempo necesario para realizar los cuidados sin prisa y en el momento más conveniente para el paciente.
 - Satisfacción para la participación activa de los cuidados.
 - Facilitación del proceso del duelo por el acompañamiento del enfermo durante todo su proceso, y disminución del duelo patológico.
 - Respeto a la voluntad del paciente de permanecer en su hogar.

- Para el sistema sanitario:
 - Disminución del número de ingresos.
 - Disminución del número de estancias hospitalarias.
 - Ahorro económico para el sistema sanitario.
 - Mejora la calidad asistencial y mejora la percepción de la asistencia por parte del enfermo y la familia.
 - Mayor cobertura asistencial (2)

MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición:

La adquisición de un **modelo** proporciona una forma de visualizar la realidad para simplificar el pensamiento, el modelo muestra la relación entre distintos conceptos y aplica teorías para predecir o evaluar las consecuencias de diversas acciones posibles.

(2) ELAULIA-LOPEZ-IMEDIO, "Enfermería en cuidados paliativos", Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998.

Un modelo conceptual en la práctica de la enfermería constituye un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente con bases científicas relacionadas en forma lógica, identificando los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para poder utilizarlos.

Un modelo de enfermería incluye:

- Descripción de la persona que recibe la atención de enfermería (paciente o usuario)
- Un panorama general de la naturaleza del medio ambiente (concepto de Entorno)
- Detalle de la naturaleza de la enfermería (concepto de Rol Profesional o de Enfermería)
- El concepto que sirve para articular los anteriores es el que incluye la salud.

Objetivos de los modelos de enfermería:

- Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.
- Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.
- Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.
- Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.
- Preparar las descripciones de los trabajos utilizados por los primeros profesionales de la enfermería.
- Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
- Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación e investigación en enfermería.
- Identificar las competencias y objetivos de enfermería.
- Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería. (5)

(5) MARRINER T., "Modelos y teorías de enfermería", 3ª edición, Ed. Mosby, Madrid, 1994.

MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VIGENTE AL AÑO 2000

El modelo es "PRAXIS" donde se articulan las políticas sectoriales e institucionales. Los diferentes actores enlazan los objetivos explícitos y ocultos, a través de la interpretación y acción.

Desde ésta perspectiva el componente "PRESTACIÓN" se transforma en un indicador de calidad por excelencia. Se podría decir que las prestaciones son "medidas de resumen", donde se materializa el MODELO REAL.

Nos corresponde entonces plantear la visión de enfermería entorno al modelo vigente, posicionados en el proceso de producción, específicamente en el Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), espacio desde donde construimos la CALIDAD DE ENFERMERÍA.

La enfermería tiene como objeto de estudio - trabajo: el cuidado de la salud humana, lo que implica fortalecer todas las respuestas de carácter defensivo frente a los desequilibrios orgánicos, ya sean estos de naturaleza biológica o psicosocial.

Según la Lic. Haydée Ballesteró, Enfermería debe interpretar la Necesidad (hipótesis causal) a través de las múltiples expresiones de DESEQUILIBRIO o alteración, que involucran a los individuos, grupos y familias. A partir de ello se desencadenan los procesos de intervención o tratamiento, teniendo como meta o producto: la autosuficiencia en el cuidado de la salud (autocuidado) o en su defecto el cuidado familiar.

El planteo teórico se basa en la determinación de "necesidades", desde la perspectiva técnica, cuestión que no excluye la integración de las "necesidades sentidas" o percibidas por la población, sino que debe articularlas de manera de dimensionar lo más aproximadamente posible, la relación "asistencia - satisfacción".

En este proceso se van evaluando los Niveles de Dependencia de Enfermería, o sea niveles de Problemas Asistenciales identificados. Toda intervención de Enfermería debe orientar hacia una mejor calidad de vida a través de la transferencia de conocimientos e información a la sociedad, concretando así uno de los principios éticos de enfermería.

Características de la Atención de Enfermería

- A. **TRATO INTIMO** Llamado así por la Nurse Dora Ibarburu, Profesora Emérita, tratando de adjetivar el nivel de relacionamiento y vinculación social, física y psicológica que encierra cualquier presentación de enfermería. Por lo general las operaciones con los usuarios, tiene carácter invasivo, doloroso, molesto y en algunas oportunidades gratificante. A veces es necesario transgredir los límites de la privacidad, llegando a suplir actividades cotidianas que los individuos realizan habitualmente por sus propios medios: comer, higienizarse, caminar, hablar, etc.

Estos llevan a la movilización de sentimientos y sensaciones diversas, generando altos niveles de TENSION en la relación enfermero-usuario, que operan como factores condicionantes de la satisfacción mutua.

La Profesora Lic. Alma Carrasco (Especialista en Salud Mental), lo llama "Gestión de sentimientos" en el proceso de trabajo de enfermería. En su planteo no solamente alude al relacionamiento con el usuario sino que también, coloca el tema de los sentimientos, en la vinculación horizontal y vertical de los diferentes actores en el aparato productivo, de la empresa de salud.

Lo íntimo también alude a la información privada que los usuarios depositan en el personal de enfermería. La interacción Enfermero-Usuario requiere datos sobre hábitos, costumbres y creencias que hacen a la caracterización de la calidad de vida de las personas. En este aspecto, se presentan con frecuencia el rol de enfermería en carácter de "confidente" o intermediario de conflictos familiares, conyugales o con otros integrantes del equipo de salud

B. INTEGRALIDAD DEL CUIDADO Enfermería entiende este atributo como una condición sustantiva en la calidad del servicio. El enfoque integral es correspondiente con la complejidad humana, y cada vez requiere de mayor visión holística para comprender, explicar y predecir las respuestas y los tratamientos.

La Integralidad del cuidado, admite la dialéctica entre el conjunto y las partes, en ese sentido el trabajo en equipo interdisciplinario es otra expresión de diferenciación, en la división del trabajo y coherencia en la conjugación de esfuerzos y objetivos. La coparticipación en la toma de decisiones referentes al tratamiento de los casos, involucrado a los usuarios y sus familias, incrementan los niveles de calidad de los servicios asistenciales, y materializa otra dimensión de la Integralidad. La misma es una variable cualitativa que involucran al sector salud, a los prestadores, a los administradores y la POBLACIÓN como objetivo de acción.

La Integralidad de las acciones sanitarias, es interpretada como un PRINCIPIO y con varias acepciones:

- Énfasis Preventivo en cada intervención. Inclusive partiendo desde la recuperación de la salud, deben introducirse acciones de promoción, protección y rehabilitación.
- Respeto a la persona humana, considerada como un ser bio-psico-social. Adecuando la prestación a lo particular o único que cada persona tiene y a su entorno social inmediato.
- Trabajo en equipo, multi e interdisciplinario, incorporando al usuario - familia, tanto en la identificación de los problemas, como en la búsqueda de soluciones.

- Fomento del derecho a la salud, que tienen los individuos- poblaciones, con el aporte de herramientas que le ejerciten para el cumplimiento de deberes, referidos a la autogestión de su salud y la de otros.

Las limitaciones a las que se enfrenta enfermería para poder concretar el enfoque integral, obedecen a aspectos genéticos del sector salud, donde se observa un alto grado de fraccionamiento y autonomía de los componentes, en el marco de políticas estratégicas, incapaces para cumplir con la finalidad social de las instituciones sanitarias. Esta realidad del conjunto, se traslada a los diferentes actores, quienes reproducen este fraccionamiento en el ejercicio.

C. CONTINUIDAD Implica presencia, contacto directo con la población asistida y fundamentalmente, coherencia de acción en el proceso de cuidado. Este hecho distintivo en el proceso productivo, ubica al equipo de enfermería como el primer eslabón en la toma de decisiones frente a las modificaciones de los procesos salud – enfermedad.

D. CONTINGENCIA La relación enfermero – usuario es el puente natural por donde se interconectan la red de derivaciones, quedando de manifiesto el carácter “NUCLEADOR”, en el cual enfermería recepciona las demandas de los usuarios, los asiste o deriva, interpretando la necesidad de acuerdo a cada situación particular.

Los atributos de Intimidad, Integralidad, Continuidad y Contingencia dan sustancia a la función asistencial, a punto de partida de lo cual, se articulan las funciones: de asistencia, docencia, administración e investigación en enfermería, conformando el perfil específico del Licenciado en Enfermería.(3)

(3)) I.N.D.E., Dep. de Adm. de Servicios de Enfermería, Colegio de enfermeros del Uruguay, “Manual de Estándares para la acreditación de servicios de Enfermería”, Mdeo, Uruguay, 2000.

SISTEMA DE SALUD EN URUGUAY

El sistema de salud en el Uruguay se caracteriza por su alto grado de fragmentación, lo que desvirtúa el concepto de sistema. Esto se expresa no solo en lo que se refiere a los diversos efectores sino particularmente la naturaleza de dependencia institucional de los mismos.

La evolución histórica ha sido pautada por un alto grado de demanda constituyéndose numerosos Servicios en el ámbito de organismos públicos y privados. Dicha demanda proviene no solo de la población sino también de los distintos proveedores que ejercen una fuerte presión por la colocación de sus productos. En el sector se mueve un volumen de unos 1.800 a 2.000 millones de dólares anuales.(6)

El subsector público del sistema de salud, está compuesto por los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública -prestados a través de la ASSE-, la Universidad de la República -a través del Hospital de Clínicas- los servicios de atención de salud de las intendencias municipales, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad Policial y los servicios médicos de otras entidades públicas y entes autónomos.

El subsector privado está integrado por instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), seguros parciales de salud, varios institutos de medicina altamente especializada, los consultorios médicos particulares de pago por acto, sanatorios privados y algunas compañías de seguros extranjeras.(7)

ENTREVISTA

Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Con este método se puede obtener una información más completa. A través de ella el investigador puede aplicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita, si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta.

Cómo método de recolección de datos la entrevista tiene muchas ventajas:

- Aplicable a cada persona siendo muy útil con los analfabetos, niños o con aquellos que tienen alguna limitación física u orgánica que les dificulte proporcionar una respuesta escrita.
- Se presta para usarla en aquellas investigaciones sobre aspectos psicológicos o de otra índole donde se desee profundizar en el tema.
- Permite captar el fenómeno estudiado pues existe la posibilidad de observar el lenguaje no verbal, tonos de voz y pausas.

(6) AFCASMU, Revista Aniversario, FUS, "Sistema de Salud", Pag.29,2004.

(7) Página web: www.msp.com.uy

Hay dos tipos de entrevista: la estructurada y la no estructurada. La primera se caracteriza por estar rígidamente estandarizada, se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos o más alternativas que se les ofrecen; incluso los comentarios introductorios y finales se formulan de la misma manera en todas las situaciones. Para orientar la entrevista se elabora un formulario que contenga todas las preguntas.

La segunda opción es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador.

Si bien el investigador sobre la base del problema, los objetivos y las variables, elabora una guía o lineamiento para el desarrollo de la entrevista; hay mayor libertad para que modifique el orden, la forma de encausar las preguntas o su formulación para adaptarlas a las diversas situaciones y características de los sujetos de estudio.

Para realizar esta entrevista generalmente se utiliza un instrumento que consiste en una guía, la cual además de las orientaciones al entrevistado, contiene los temas que se tratan con él.

El registro puede ser escrito o grabado, siempre pidiendo autorización. Se puede hacer oír al entrevistado la información que se va a utilizar.⁽⁸⁾

(8) DE CANALES F., DE ALVARADO E., DE PINEDA E. "Metodología de la investigación", LIMUSA, 2000.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Se trata de una investigación no experimental, de tipo descriptivo transversal.

Universo y muestra

Universo

Todas las instituciones de salud pública y privada existentes a la fecha en Montevideo.

Muestra

La selección de la muestra es de tipo no probabilística de la clase muestra de expertos, por conveniencia y referencia. Las instituciones seleccionadas son:

- Sistema de salud público:
 - Instituto Nacional de Oncología.
 - Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.
 - Hospital Maciel.
 - Hospital General de las Fuerzas Armadas.

- Sistema de Salud Privado
 - Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
 - Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay
 - Médica Uruguaya
 - Hospital Mutualista Evangélico.

Métodos e instrumentos para la recolección

La información se obtuvo mediante un instrumento específico elaborado previamente. Éste instrumento es una entrevista estructurada (Ver Anexo N°1), de 25 preguntas, cada una de ellas con tres respuestas opcionales. Ésta está dividida en dos partes, la primera hace referencia a los recursos humanos operativos en la asistencia domiciliar a paciente oncológico terminal, y la segunda parte trata exclusivamente de éste servicio para con el usuario y su familia. Estas respuestas fueron previamente categorizadas para obtener un mejor análisis de los datos. La misma fue dirigida a Licenciadas en Enfermería operativas en el área, planteando el mismo tipo de entrevista a cada una de las instituciones seleccionadas en la muestra.

Los autores de la investigación fueron los idóneos encargados de la aplicación de la entrevista. Se realizó la prueba piloto del instrumento a la Asociación Peluffo Higgens que si bien trabaja en la atención al paciente oncológico, no pertenece a la muestra dadas las características de la población que así se asiste.

Una vez recabada la información se puso en marcha la codificación y el plan de análisis.

PLAN DE ANÁLISIS

Cada respuesta al formulario fue precodificada, asignándole valores numéricos (3,2,1) a cada una; la sumatoria de éstas nos permite ubicar a cada integrante de la muestra en las siguientes categorías:

75 puntos: La institución cuenta con un Modelo de Enfermería en la asistencia domiciliar al paciente oncológico terminal que se corresponde con el Modelo de calidad vigente en el año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para esta población.

50-74: La institución presenta en la atención domiciliar al paciente oncológico terminal un Modelo de atención de Enfermería que a su vez no se corresponde totalmente con el Modelo de calidad vigente en el año 2000 y con los objetivos específicos de la OMS para esta población.

25-49: La institución no cuenta con un Modelo de atención de Enfermería domiciliar al paciente oncológico terminal.

< 24: La institución no cuenta con asistencia domiciliar.

VARIABLES

ASISTENCIA DOMICILIARIA AL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Variable cualitativa nominal compleja que se disgrega en 2 variables simples:

- Servicio de atención domiciliar al paciente oncológico terminal.
- Especificidad de la atención domiciliar.

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL QUE BRINDA ASISTENCIA DOMICILIARIA A PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL

Variable cualitativa nominal compleja que se disgrega en 4 variables simples:

- Capacitación previa.
- Formación continua.
- Obligatoriedad de actividades formativas.
- Profesional a cargo del servicio de atención domiciliar.

EQUIPO DE TRABAJO

Variable cualitativa nominal simple

AUTONOMÍA

Variable cualitativa nominal simple

TRATO ÍNTIMO

Variable cualitativa nominal compleja, que se disgrega en 6 variables simples:

- Asistencia domiciliar de enfermería para el tratamiento del dolor.
- Asistencia domiciliar de enfermería para la alimentación.
- Asistencia domiciliar de enfermería para la higiene.
- Asistencia domiciliar de enfermería para la deambulaci3n.

- Diálogo íntimo.
- Personal de enfermería fijo para la atención domiciliaria.

INTEGRALIDAD

Variable cualitativa nominal compleja, que se disgrega en 6 variables simples:

- Valoración física en cada visita
- Valoración psicológica en cada visita.
- Valoración social en cada visita.
- Valoración emocional en cada visita.
- Inclusión de la familia.
- Instancias educativas individuales y familiares.

CONTINUIDAD

Variable cualitativa nominal compleja, que se disgrega en 3 variables simples:

- Seguimiento coordinado.
- Atención a demanda del usuario.
- Contacto telefónico.

CONTINGENCIA

Variable cualitativa nominal simple.

NIVEL DE MEDICIÓN:

Son variables cualitativas nominales categóricas

DEFINICIONES CONCEPTUALES - OPERACIONALES

Asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal.

Definición conceptual: existencia en la institución de un servicio que brinde asistencia en domicilio al paciente oncológico terminal y su familia.

Definición operacional: Si

No

A veces

Especificidad del programa de atención

Definición conceptual: el programa de asistencia domiciliaria abarca únicamente a pacientes oncológicos terminales.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Capacitación previa.

Definición conceptual: Formación requerida por la institución para el ingreso del personal que realice la atención en el área específica.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades.

Existencia de actividades de formación continua.

Definición conceptual: Educación que se brinda al equipo de salud multidisciplinario con el objetivo de complementar sus conocimientos en forma continua, abarcando todos los cambios (psíquico, físico, mental, ético y espiritual) que integra la teoría y la práctica de forma organizada. (Según OMS)

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Obligatoriedad

Definición conceptual: Requisito indispensable de participación en las actividades formativas que le otorga la capacidad para continuar operando en el área.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Cuál es el profesional que tiene a cargo la dirección del programa de atención domiciliaria al paciente oncológico terminal.

Definición conceptual: Profesional que lleva a cabo la dirección de la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal.

Definición operacional: Licenciada en Enfermería

Médico

Otra disciplina

Trabajo en equipo:

Definición conceptual: Presencia de un grupo de profesionales de la salud, técnicos y no técnicos que participan en la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal apuntando a un trabajo coordinado donde se integren conocimientos, habilidades y experiencias.

Definición operacional: Interdisciplinario

Multidisciplinario

Independiente

Autonomía:

Definición conceptual: Capacidad de la Licenciada en Enfermería en la toma de decisiones frente a las modificaciones del proceso salud-enfermedad.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Asistencia de enfermería en el tratamiento del dolor

Definición conceptual: Administración de intervenciones de analgesia para el dolor, valorando la eficacia de las mismas.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Asistencia domiciliaria de enfermería para la alimentación.

Definición conceptual: Manejo, control e instrucción para una correcta alimentación.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Asistencia domiciliaria de enfermería para la higiene.

Definición conceptual: Manejo, control e instrucción para una correcta higiene.

Definición operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Asistencia domiciliaria de enfermería para la deambulaci3n.

Definici3n conceptual: Manejo, control e instrucci3n en la deambulaci3n, que incluya movilizaci3n pasiva.

Definici3n operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Di3logo intimo.

Definici3n conceptual: Vinculaci3n social, f3sica y psicol3gica que encierra cualquier prestaci3n de enfermer3a. Lo intimo alude a la informaci3n privada que los usuarios depositan en el personal de enfermer3a, datos sobre h3bitos, costumbres y creencias; rol de enfermer3a en car3cter de confidente.

Definici3n operacional: Si

No

En algunas oportunidades

¿La asistencia domiciliaria es siempre brindada por el mismo profesional?

Definici3n conceptual: Presencia del mismo profesional durante la asistencia directa al paciente.

Definici3n operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Valoraci3n f3sica en cada visita

Definici3n conceptual: Exploraci3n f3sica completa, con el fin de identificar alteraciones precozmente.

Definici3n operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Valoraci3n psicol3gica en cada visita.

Definici3n conceptual: Exploraci3n del individuo, con el fin de entender, clasificar, prevenir, o tratar los trastornos del comportamiento.

Definici3n operacional: Si

No

En algunas oportunidades

Valoración social en cada visita.

Definición conceptual: Percepción de las redes sociales del individuo, con el fin de insertarlo a un medio social que fortalezca sus vínculos.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades

Valoración emocional en cada visita.

Definición conceptual: Percepción del estado de ánimo del usuario con el fin de detectar precozmente perturbaciones psíquicas.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades

Inclusión de la familia.

Definición conceptual: Lograr la participación de los integrantes familiares en el tratamiento y cuidados del individuo.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades

Instancias educativas individuales y familiares.

Definición conceptual: Encuentro del profesional con el individuo / familia en forma planificada o espontánea, con el fin de informar y capacitar a los mismos en los cuidados.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades.

Seguimiento coordinado

Definición conceptual: Sucesión metódica de las visitas domiciliarias.

Definición operacional: 3 veces por semana
2 veces por semana
1 vez por semana

Atención a demanda

Definición conceptual: Asistencia brindada en el momento que el individuo lo solicite según su necesidad.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades.

Contacto telefónico:

Definición conceptual: Disponibilidad del usuario para contactar al equipo tratante, mediante una línea telefónica.

Definición operacional: Si
No
En algunas oportunidades.

Contingencia:

Definición conceptual: Abarca a toda la población, según requerimientos y necesidades.

Definición operacional: Toda la población: Si

No

En algunas oportunidades.

CODIFICACIÓN DE DATOS

Para la codificación de las respuestas del instrumento de medición se utilizó el Libro de Códigos (Fig. 1), es un documento que describe la localización de las variables y los códigos asignados a los atributos que las componen (categorías o subcategorías). Este libro cumple con dos funciones: es la guía para el proceso de codificación; y para localizar variables e interpretar los datos durante el análisis. El mismo está compuesto por: VARIABLE, ITEM, CATEGORÍAS, COLUMNA (s).

Los resultados del instrumento de medición se transfirieron a la MATRIZ (Fig. 2) por medio del Libro de Códigos.

TABULACIÓN

Se utilizó la estadística descriptiva por medio del resumen, en tablas de frecuencia absoluta y de frecuencia relativa porcentual. Los mismos fueron presentados en gráficos de histogramas (Ver Anexo N°2)

Fig. 1 Libro de códigos

VARIABLE	ITEM	CATEGORIA	CÓDIGO	COLUMNA
ASISTENCIA DOMICILIARIA	PRESENCIA	SI	3	1
		NO	1	
		A veces	2	
	ESPECIFICIDAD	SI	3	2
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
CARACTERISTICAS DEL PERSONAL	CAPACITACION PREVIA	SI	3	3
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	FORMACION CONTINUA	SI	3	4
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
OBLIGATORIEDAD DE ACTIVIDADES FORMATIVAS	SI	3	5	
	NO	1		
	En algunas oportunidades	2		
PROFESIONAL A CARGO	Lic. en Enfermería.	Médico	3	6
		Médico	2	
		Otra Disciplina	1	
EQUIPO DE TRABAJO	COMPOSICION	Interdisciplinario	3	7
		Multidisciplinario	2	
		Independiente	1	
AUTONOMIA	PRESENCIA	SI	3	8
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
TRATO INTIMO	ASISTENCIA PARA TTO DEL DOLOR	SI	3	9
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	ASISTENCIA PARA LA ALIMENTACION	SI	3	10
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	ASISTENCIA PARA LA HIGIENE	SI	3	11
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	ASISTENCIA PARA LA DEAMBULACION	SI	3	12
NO		1		
En algunas oportunidades		2		
DIALOGO INTIMO	SI	3	13	
	NO	1		
	En algunas oportunidades	2		
PERSONAL FIJO	SI	3	14	
	NO	1		
	En algunas oportunidades	2		
INTEGRALIDAD	VALORACION FISICA	SI	3	15
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	VALORACION PSICOLOGICA	SI	3	16
		NO	1	
		En algunas oportunidades	2	
	VALORACION SOCIAL	SI	3	17
		NO	1	
En algunas oportunidades		2		
VALORACION EMOCIONAL	SI	3	18	
	NO	1		
	En algunas oportunidades	2		

ANÁLISIS DE LOS DATOS

En nuestro país la segunda causa de muerte es el cáncer, originando el 24% del total de las defunciones. Esta incidencia significó una marcada diferencia en cifras frente a otras patologías reflejada en nuestros planes de atención, mayormente dirigidos hacia esta población.

Así surge la inquietud de conocer si existen Modelos de atención de Enfermería que respondan a las necesidades de éstos usuarios cuando alcanzan la etapa terminal de su enfermedad, procurando una mejor calidad de vida para el paciente y su familia en domicilio.

A través de un estudio de tipo descriptivo dentro del sistema de salud de Montevideo y mediante la utilización de un instrumento elaborado para tal fin, se observó que del total de la muestra seleccionada para el estudio, el Hosp. General FF.AA. carece de atención domiciliaria. Las 7 instituciones restantes (87%) cuentan con atención domiciliaria al paciente oncológico terminal pero en el caso del Inst. Nac. de Oncología, si bien brinda asistencia domiciliaria a ésta población, el equipo tratante no cuenta con Lic. en Enfermería, lo que impide que sea considerado Modelo de Atención de Enfermería.

El resto de la muestra corresponde a 6 instituciones que presentan un Modelo de atención de Enfermería en la asistencia al paciente oncológico terminal. No obstante, éstos Modelos no se corresponden con el Modelo de calidad de atención vigente al año 2000 ni con los objetivos específicos de la OMS para ésta población; conforme a lo planteado en nuestra hipótesis de investigación.

Dentro del 75% de las instituciones que presentan Modelo de atención al paciente oncológico terminal, el 67% consta con asistencia específica para ésta población, abarcando en algunas oportunidades (83%) al total de la misma. Estos Modelos están a cargo de una Licenciada en Enfermería solamente en un 33%, con autonomía de gestión en un 50%; el restante 67% está a cargo de un Médico.

El resto del equipo que trabaja en la asistencia se compone en un 50% de forma interdisciplinaria y un 50% de forma multidisciplinaria; el personal recibe capacitación previa en un 50% y formación continua en un 83%, con una obligatoriedad de participación en las actividades de formación en el 50% de los casos.

Con respecto a las características de la atención que reciben los beneficiarios, se brinda en un 83% de los casos por el mismo equipo. El usuario recibe asistencia de Enfermería en el tratamiento del dolor, alimentación, higiene y deambulación en 100% de los casos respectivamente. En cuanto a la integralidad de la atención, se realiza valoración física, psicológica, social y emocional en un 66%.

El 83% de las instituciones realizan instancias educativas con el usuario, destacándose la inclusión de la familia en el 100% de éstas.

En cuanto a la continuidad del cuidado en un 83% se brinda atención a demanda (según necesidad del paciente y familia), con una mayor frecuencia de visitas 3 veces a la semana. El 100% de las instituciones cuenta con servicio telefónico las 24hs. para contactar al equipo.

Tomando como referencia el instrumento utilizado, que clasifica en dos categorías a los Modelos de atención de Enfermería aplicados por las instituciones de la muestra (Inst. Nac. De Oncología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Hospital Maciel, Hospital General de las Fuerzas Armadas, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay, Médica Uruguaya, Hospital Mutuafista Evangélico), 75 puntos corresponden en un 100% con los requisitos mínimos planteados, mientras que valores entre 50-74 puntos (67%-99%) no se corresponden totalmente con los requisitos.

La institución que más se acerca al Modelo planteado es la Asociación Española con un 99% de correspondencia, el déficit del 1% se debe a que presenta en la atención un equipo de salud multidisciplinario, únicamente es contactada cada disciplina cuando se lo requiere; el profesional que está continuamente son Lic. en enfermería, con total autonomía de gestión. El otro déficit se refiere a la contingencia, maneja criterios de inclusión como ser la contingencia familiar uno de los más relevantes. Este Modelo de atención es independiente del otro Modelo de atención que brinda ésta institución como ser los Hospis Sandeers.

El Hospital de Clínicas se corresponde en un 96% con el Modelo planteado, destacándose que el déficit de 4% obedece a que el profesional a cargo es un Médico, con participación del resto del equipo interdisciplinario en algunas oportunidades. En cuanto a la contingencia abarca sólo al total de la población referida en algunos casos, siendo necesario cumplir con criterios de inclusión específicos: derivación de un médico tratante, visita del equipo y coordinación del comienzo de los cuidados en domicilio, tomando en cuenta el consentimiento y las decisiones tanto del usuario como de su familia.

Es importante destacar que este Modelo funcionó hasta fines del año 2004, financiado por donaciones principalmente provenientes de la Lucha contra el Cáncer y de las Damas de Rosado del Hospital, el equipo asistencial trabajaba en forma honoraria, en la actualidad el déficit de recursos obligó al cese del mismo.

El Hospital Evangélico se corresponde en un 95%, el déficit del 5% se debe a que no abarca a toda la población teniendo criterios de inclusión, siendo los más relevantes la presencia de acompañante permanente en el domicilio y la existencia de contacto telefónico. En cuanto a las características del personal, el Modelo de asistencia está a cargo de un Médico; el personal recibe capacitación previa sólo en algunas oportunidades, se brindan actividades de formación continua pero éstas no son de carácter obligatorio.

En el caso de la Médica Uruguaya se corresponde en un 91% con el Modelo planteado, el déficit del 9% se manifiesta principalmente en que el equipo asistencial domiciliario, es multidisciplinario y trabaja en forma polivalente, no recibe capacitación previa específica para pacientes oncológicos ya que la mayoría de los ingresos son de usuarios con patologías respiratorias. En el caso de la contingencia el mismo no abarca a toda la

población pertinente, tomando en cuenta la presencia de contención familiar como principal criterio de inclusión.

El Modelo del Hospital Maciel se corresponde en un 83%, el déficit del 17% corresponde a las características del personal: el profesional a cargo es un Médico, el resto del personal no recibe capacitación previa ni actividades de formación continua. En el caso de la asistencia que se le brinda al usuario se realiza sólo en el primer encuentro valoración psicológica, social y emocional, se repite la misma en algunas oportunidades durante las visitas si fuera necesario. Este Modelo solo abarca a la población que reside dentro del área de cobertura del Hospital (zona periférica de Montevideo: Cerro, La Teja, Ciudad Vieja). Es importante destacar que los recursos financieros que respaldan la atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, están a cargo de los propios profesionales que conforman el equipo.

El C.A.S.M.U se corresponde en un 71% con el Modelo planteado, el déficit en un 19% se revela en que el servicio de atención en domicilio es polivalente; el profesional a cargo es un Médico con un equipo que trabaja de forma multidisciplinaria, existen actividades de formación pero sin obligatoriedad de participación en las mismas. En cuanto a las características del servicio brindado, el personal a cargo no es fijo, no se realiza valoración psicológica, social y emocional; se realizan en algunas oportunidades instancias educativas con la familia y el usuario. En cuanto a la frecuencia de visitas no se trabaja a demanda según las necesidades del usuario y familia.

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

CONCLUSIONES

La salud como derecho humano fundamental está cada vez más lejos de la mayoría de los uruguayos. Las penurias económicas de la salud, las limitaciones crónicas de la atención que brinda, exigen grandes cambios.

El actual Modelo asistencial centrado en lo curativo y no en lo preventivo, marginaliza a la población que requiere tratamiento paliativo.

El deterioro progresivo de los pacientes oncológicos terminales, quienes han perdido toda posibilidad de tratamiento curativo, produce un gran impacto sobre el usuario, su familia y el equipo de salud, debido al creciente agravamiento de los síntomas.

La aplicación efectiva de una estrategia de atención primaria de salud implica poner en el centro de todo el sistema las necesidades y derechos del usuario a través de un abordaje holístico y eficiente; teniendo en cuenta la inclusión de la familia como integrante participativo del tratamiento.

Sin poder revertir la situación, afirmamos que debemos lograr un Modelo de atención de Enfermería domiciliaria a cargo de una Lic. en Enfermería con formación continua en el área, que opere con una visión holística del usuario, su familia y su entorno, trabajando en forma interdisciplinaria. Con objetivos concretos, marcados, alcanzables, elaborados de forma individualizada, ya que todos los pacientes no tienen el mismo umbral de dolor, con diversidad de capacidad de respuesta frente a síntomas y tratamiento, ni sus culturas son iguales así como sus creencias.

A través del resultado de nuestra investigación, nos sorprendió el hecho que siendo el Cáncer la segunda causa de muerte en nuestro país, el sistema no contemple dentro de las modalidades de atención un Modelo que haga énfasis en la mejor calidad de vida de éstos usuarios, que les permita afrontar con dignidad su pronóstico así como el logro de una óptima calidad de atención, cuando desean pasar la última etapa de su vida en su hogar.

Hablamos de calidad de atención independientemente del estrato social al que pertenecen, sin mercantilizar su salud, donde la atención brindada sea sin fines de lucro.

Los objetivos de nuestra investigación fueron alcanzados. Referente a los específicos, se logró conocer el tipo de atención domiciliaria, que reciben los pacientes oncológicos en fase terminal, tanto en el ámbito público como en el privado; confrontando los hallazgos obtenidos con el Modelo propuesto se pudo identificar Modelos de atención de Enfermería domiciliaria dirigida a ésta población.

Una vez realizado el análisis de los datos, se refutó la hipótesis planteada, ya que no existe dentro del sistema de salud público y privado de Montevideo, un Modelo de Enfermería en la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal, que se corresponda con el Modelo de calidad de atención vigente al año 2000 ni con los objetivos específicos de la OMS para ésta población.

Dentro de los Modelos de atención de Enfermería domiciliaria al paciente oncológico terminal que se emplean en la actualidad en Montevideo, los que se aproximan más al Modelo definido conceptualmente son aquellos que provienen del sistema de salud privado; enfrentándonos a una realidad que nos conduce a pensar que las esferas sociales más altas acceden a un tratamiento paliativo más digno.

Esto se confirma al constatar durante la investigación que el Modelo pionero en la atención en domicilio al paciente oncológico terminal, que más se asemeja al Modelo propuesto y que formó a profesionales que actualmente se desempeñan en el área en instituciones privadas; nació en el sistema de salud público, más específicamente en el Hospital de Clínicas. El mismo dejó de funcionar por no contar con el apoyo financiero para su aplicación.

En vista de los cambios que se avecinan en el Sistema Nacional de Salud y como futuras profesionales integrantes del mismo, no debemos estar ajenas a los objetivos del Plan Nacional de Emergencia. El cual se articulará transversalmente con otras dimensiones de la emergencia social, y que constituye la primera fase de una profunda reforma del sector salud orientada hacia el cambio de los Modelos de atención, gestión y financiamiento.

Dentro del marco del planteamiento del nuevo sistema de salud que prioriza a los sectores sociales menos privilegiados, creemos importante incluir el Modelo propuesto haciendo énfasis a los problemas emergentes de nuestra población.

PROPUESTAS

A lo largo de nuestra carrera, nos hemos visto en varias oportunidades comprometidas con la atención brindada a los usuarios asistidos durante nuestra experiencia clínica. Esto encendió en nosotras el motor del autoaprendizaje, impulsándonos a aumentar nuestros conocimientos a través de nuestro propio esfuerzo; y también a involucrarnos con la tarea diaria.

El dedicarnos a la Enfermería, nos hizo ver que día a día aumenta la demanda de la mejora de la calidad de vida al paciente oncológico, sobre todo en la fase final de la enfermedad, ya que se convierte en el momento más difícil de manejar, tanto para el paciente, su familia y el equipo de salud.

Es por eso que nuestra propuesta está dirigida a esta población, incluyendo su tratamiento en domicilio, con el objetivo prioritario de fomentar la autonomía del enfermo y la familia, con las ventajas que esto representa.

Los objetivos de nuestra propuesta están enfocados en elevar la calidad de vida del paciente oncológico terminal, cuando éste, su familia y el equipo tratante asumen la corresponsabilidad del cuidado continuo, humanizado y oportuno en su domicilio.

Consideramos que el Modelo de atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, debe contar con:

- Un equipo de salud tratante, con formación previa y continua de cada uno de sus integrantes. Con un intercambio disciplinario que permita conocer a todos y a cada uno de los pacientes, abarcando sus necesidades desde todos sus aspectos; con ocasiones de encuentro que permita a todos los integrantes del equipo, el planteo desde su disciplina de soluciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente.
- Con una Licenciada en Enfermería en la dirección de este Modelo, ya que su preparación académica le permite realizar una visión holística del paciente, su familia, entorno, identificando precozmente factores de riesgo y actuando directamente sobre los mismos con total autonomía de gestión, tomando decisiones frente a modificaciones del proceso de salud-enfermedad. Le proporciona los requisitos necesarios para la administración de recursos, tanto materiales, como humanos y financieros.
- Cada intervención de enfermería debe orientarse hacia una mejor calidad de vida, a través de un Modelo que reúna características como: TRATO ÍNTIMO, que será establecido mediante la vinculación de la enfermera con el paciente y su familia. INTEGRALIDAD DEL CUIDADO, para comprender, explicar y predecir las respuestas y tratamiento; CONTÍNUO, que implica presencia sin interrupciones, a demanda del paciente y familia; CONTINGENTE, que abarque a toda la población que requiere la asistencia desde este Modelo con equidad y según sus necesidades.

Teniendo en cuenta éstas consideraciones, que no se alejan de las metas del incipiente Sistema Nacional de Salud, afirmamos que la inclusión de éste modelo es totalmente viable, otorgando ventajas para el paciente, la familia y el sistema sanitario.

Como último, nos gustaría agregar que: "En la vida del hombre hay dos momentos únicos, su nacimiento y su muerte, enfermería cuenta con el privilegio de estar presente en ambos. En uno con la alegría de presenciar el origen de la vida, y en otro con la tristeza que produce la muerte. Depende de nosotras el otorgarle una buena vida hasta el último día, y una muerte digna, que nos deje la tranquilidad del trabajo bien realizado."

BIBLIOGRAFÍA

AFCASMU, Revista Aniversario, 19 de Julio de 2004.

BLAULIA – LÓPEZ – IMEDIO, “Enfermería en Cuidados Palitivos”, Ed. Médica Panamericana, Madrid, 1998.

HERNANDEZ – FERNÁNDEZ – BAPTISTA, “Metodología de la investigación”, Ed. McGRAW-HILL, México, 1996.

MARRINER T., “Modelos y teorías de enfermería”, 3º edición, Ed. Mosby, Madrid, 1998.

KERSAHW B., SALVAJE J., “Modelos de Enfermería”, Ed. Doyma, Madrid, 1998.

OTTO SHIRLEY E., “Enfermería Oncológica” Vol. III, 3º edición, Ed. Mosby, Madrid, 1999.

POLIT, HUNGLER “Investigación científica en ciencias de la salud”, 6º edición, McGraw-Hill Interamericana, México, Julio de 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGÍA, “Atlas del Bienio 1996-1997”, Uruguay, 2001.

UNIDAD DE PREPARACIÓN DEL PROYECTO DE DESARROLLO DEL Hosp. De Clínicas Dr. Manuel Quintela y de la formación de recursos humanos en salud, “Documento Modelos Asistenciales”, octubre 1998.

I.N.D.E. (Universidad de la República), Colegio de Enfermeros del Uruguay, “Manual de Estándares para la acreditación de Servicios de Linfermería”, Montevideo, Uruguay, 2000.

DE CANALES F., DE ALVARADO E., DE PINEDA E. “Metodología de la investigación”, LIMUSA, 2000.

POLIT, HUNGLER “Investigación científica en ciencias de la salud”, 6º edición, McGraw-Hill Interamericana, México, Julio de 2000.

TUZZO ROSARIO, PROF. ADJ. PS. “Conceptos básicos de Psicología en la formación de los profesionales de la salud”, 1º Edición, Montevideo, Uruguay, julio de 2000.

UBACH G.Dra., GONZÁLEZ POSSE Dr, GRAU C.Dr, (ENTRE OTROS), “Unidad de preparación del proyecto del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela y de la formación de recursos humanos en salud”, “Documento Modelos Asistenciales”, octubre 1998.

ANEXOS

Anexo N°1

ENTREVISTA

Institución:

Nombre:

Cargo que ocupa:

PRIMERA PARTE

1. ¿La institución cuenta con asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal?
Si (3)
No (1)
En casos específicos (2)
2. ¿El programa de asistencia domiciliaria es específica para éste tipo de pacientes?
Si (3)
No(1)
En algunas oportunidades (2)
3. El programa de atención domiciliaria a pacientes oncológicos terminales, ¿incluye a toda la población que reúne las características que lo definen como tal?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
4. El equipo a cargo de la asistencia domiciliaria a pacientes oncológicos terminales ¿cómo se constituye?
Interdisciplinariamente (3)
Multidisciplinariamente (2)
Independiente para alguna disciplina (1)
5. ¿Cuál es el profesional que dirige la Asistencia Domiciliaria específica para el paciente oncológico terminal?
Licenciada en Enfermería (3)
Médico (2)
Otro (1)
6. El licenciado en Enfermería, que integra el equipo de atención domiciliaria al paciente oncológico terminal, ¿puede tomar decisiones frente a las modificaciones del proceso salud-enfermedad del usuario como: determinar la necesidad de un examen de laboratorio, aumentar o disminuir la dosis de analgesia, introducir cambios en su dieta, entre otros?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)

7. El personal operativo, ¿es siempre el mismo?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
8. ¿El personal que realiza la asistencia domiciliaria específica para éste tipo de paciente recibe capacitación previa?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
9. ¿Este personal, recibe actividades de Formación continua?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
10. ¿Éstas actividades tienen carácter obligatorio?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)

SEGUNDA PARTE

En cuanto a la asistencia directa al paciente oncológico terminal:

11. ¿El usuario recibe asistencia domiciliaria de enfermería para la higiene del mismo?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
12. ¿El usuario recibe asistencia domiciliaria de enfermería para la alimentación?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
13. ¿El profesional que brinda asistencia domiciliaria a éstos usuarios, contribuye en la deambulacion del mismo?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
14. ¿El profesional que brinda asistencia domiciliaria a éste usuario, contribuye con el tratamiento del dolor?
Si (3)
No(1)
En algunas oportunidades (2)

15. Este profesional, ¿mantiene con el usuario un diálogo íntimo que involucre directamente la situación que vive, sexualidad, cambios en la imagen corporal, manifestación del duelo, conflictos familiares?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
16. En cada visita domiciliaria, el personal de enfermería ¿realiza una valoración física completa?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades que fuera necesario (2)
17. ¿Valoración psicológica en cada visita?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
18. ¿Valoración social en cada visita?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
19. ¿Valoración emocional en cada visita?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
20. ¿Se incluye a la familia en la asistencia domiciliaria?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades específicas (2)
21. ¿Se incluye en la asistencia domiciliaria al paciente oncológico terminal, instancias educativas?
Sí (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
22. Estas instancias educativas, ¿en que forma se realizan?
Individualmente con el usuario (1)
Individualmente con la familia, o en su defecto con un integrante de la misma (2)
Se incluyen usuario y familia (3)

23. El seguimiento al usuario oncológico terminal en domicilio se realiza según coordinación previa:
3 veces a la semana (3)
2 veces a la semana (2)
1 vez a la semana (1)
24. El usuario ¿puede disponer del servicio a demanda según su necesidad?
Si (3)
No (1)
En algunas oportunidades (2)
25. ¿Cuenta con la posibilidad de contactar al equipo telefónicamente frente a alguna urgencia?
Si (3)
No(1)
En algunas oportunidades (2)

Anexo N° 2

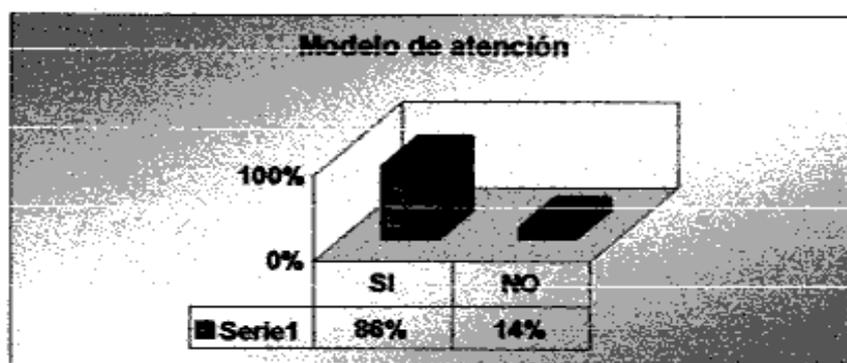
Gráficos

Instituciones con presencia de Modelo de atención de Enfermería en domicilio.

Tabla:

Modelo de atención	FA	FR%
SI	6	86.00%
NO	1	14.00%
N°	7	100.00%

Gráfico:



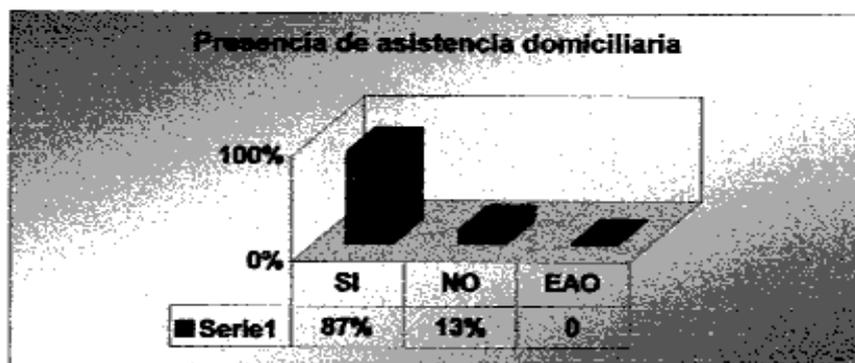
Asistencia domiciliaria

Variable 1: Presencia de asistencia domiciliaria al paciente oncológico.

Tabla 1:

Presencia de asist. domiciliaria	FA	FR%
SI	7	87.00%
NO	1	13.00%
EAO	0	0
N°	8	100.00 %

Gráfico 1:

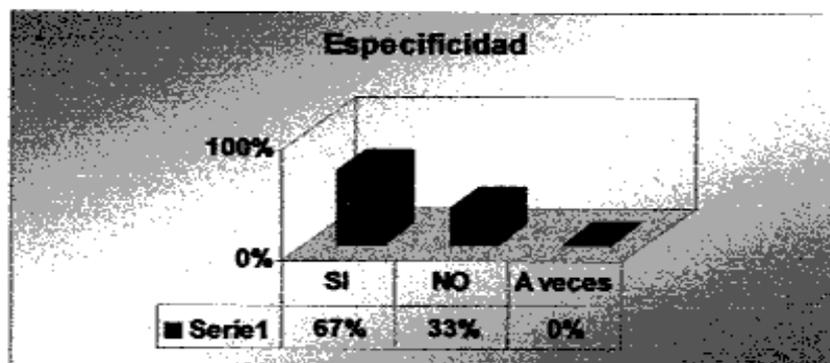


Variable 2: Especificidad del modelo de atención en domicilio.

Tabla 2:

Especificidad	FA	FR%
SI	4	67.00%
NO	2	33.00%
A veces	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 2:



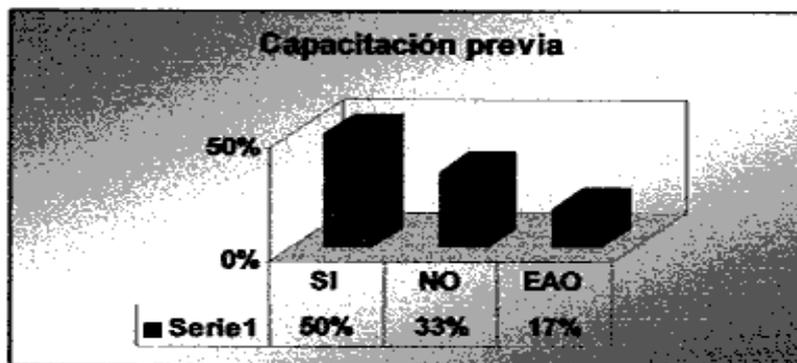
Características del personal que brinda asistencia en domicilio

Variable 3: Capacitación previa al personal que brinda asistencia en domicilio.

Tabla 3:

Capacitación previa	FA	FR%
SI	3	50.00%
NO	2	33.00%
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 3:

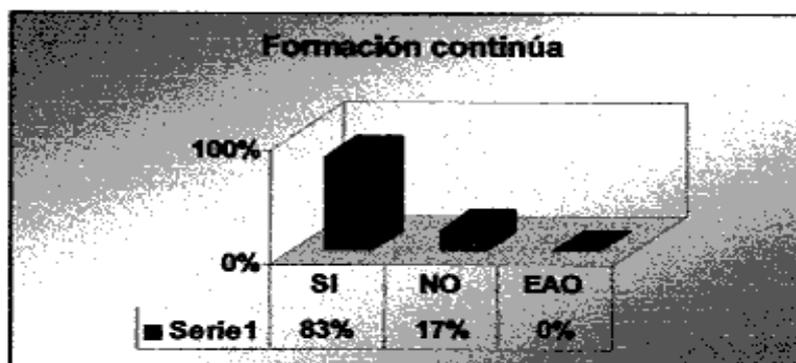


Variable 4: Formación continua al personal que brinda asistencia en domicilio.

Tabla 4:

Formación continua	FA	FR%
SI	5	83.00%
NO	1	17.00%
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 4:

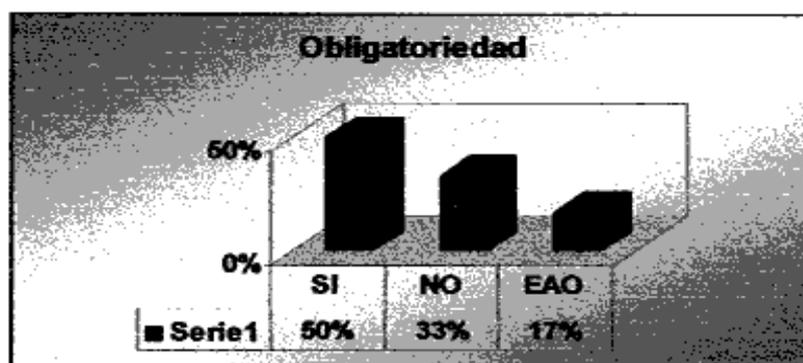


Variable 5: Obligatoriedad de las actividades de formación al personal que brinda asistencia en domicilio.

Tabla 5:

Obligatoriedad	FA	FR%
SI	3	50.00%
NO	2	33.00%
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 5:

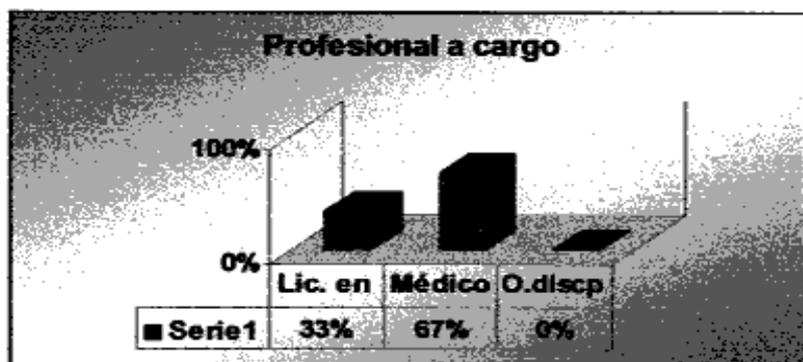


Variable 6: Profesional a cargo del equipo de asistencia a domicilio.

Tabla 6:

Profesional a cargo	FA	FR%
Lic. en Enfermería	2	33.00%
Médico	4	67.00%
Otra disciplina	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 6:



Variable 7: Equipo de trabajo que brinda asistencia en domicilio.

Tabla 7:

Equipo de trabajo	FA	FR%
Interdisciplinario	3	50.00%
Multidisciplinario	3	50.00%
Independiente	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 7:

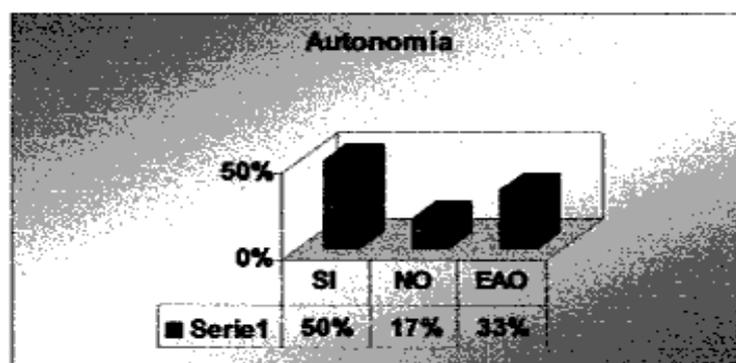


Variable 8: Autonomía de la Licenciada en Enfermería en la asistencia en domicilio.

Tabla 8:

Autonomía	FA	FR%
SI	3	50.00%
NO	1	17.00%
EAO	2	33.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 8:



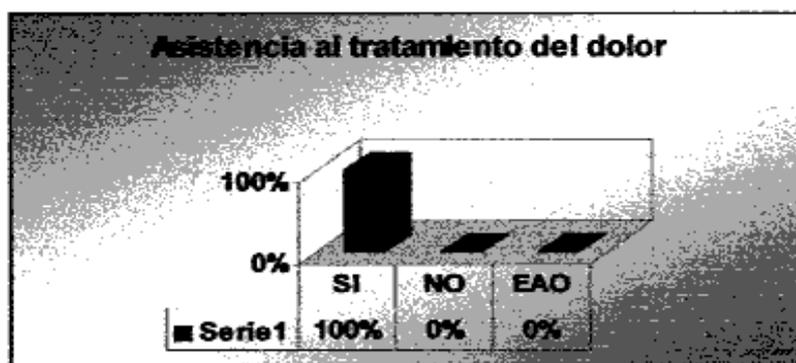
Trato intimo

Variable 9: Asistencia al tratamiento del dolor en domicilio.

Tabla 9:

Asist. al tratamiento del dolor	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 9:

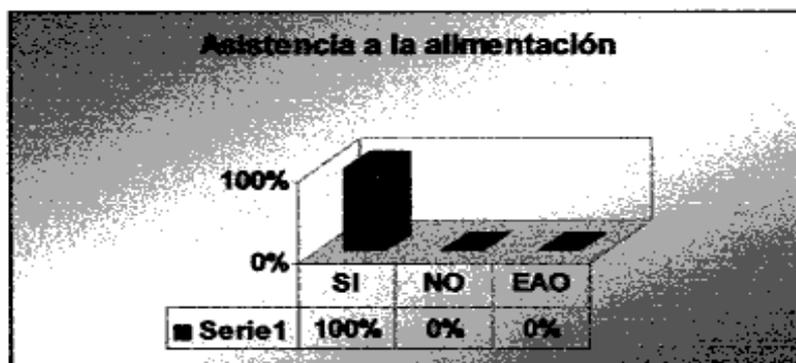


Variable 10: Asistencia a la alimentación en domicilio.

Tabla 10:

Asist. a la alimentación	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 10:

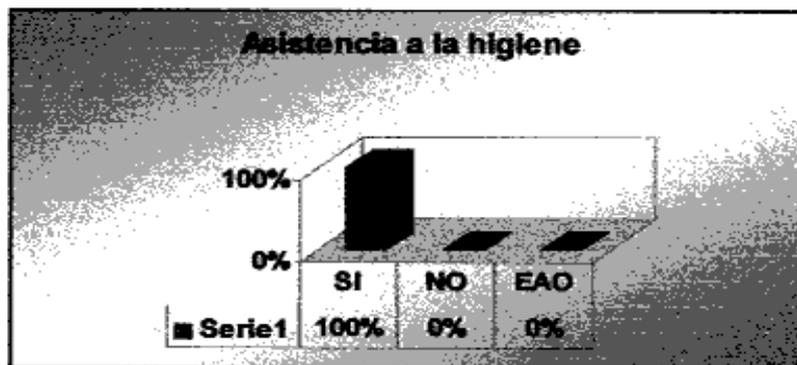


Variable 11: Asistencia a la higiene en domicilio.

Tabla 11:

Asist. a la higiene	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 11:

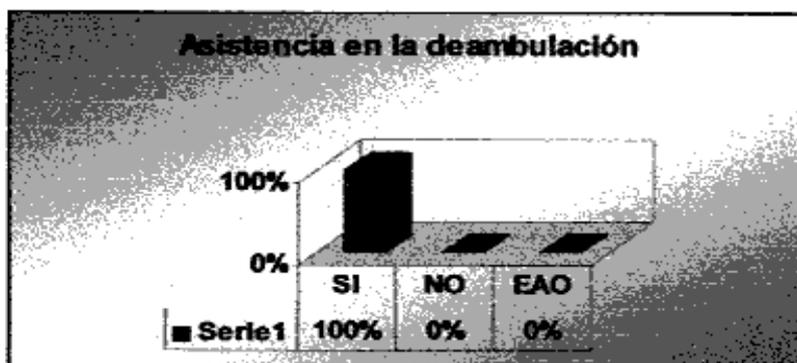


Variable 12: Asistencia en la deambulaci3n en domicilio.

Tabla 12:

Asist. en la deambulaci3n	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 12:

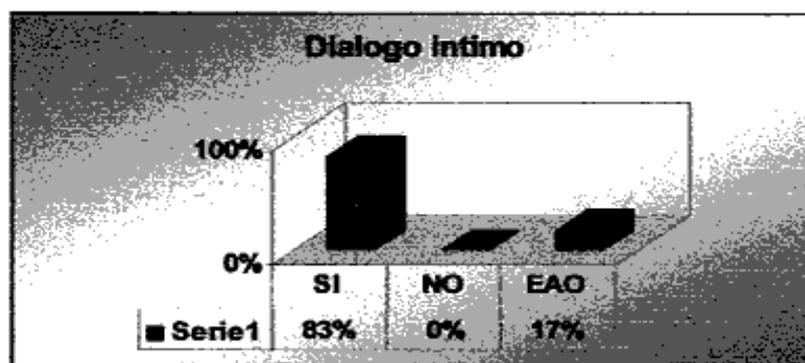


Variable 13: Dialogo intimo.

Tabla 13:

Dialogo intimo	FA	FR%
SI	5	83.00%
NO	0	0
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 13:

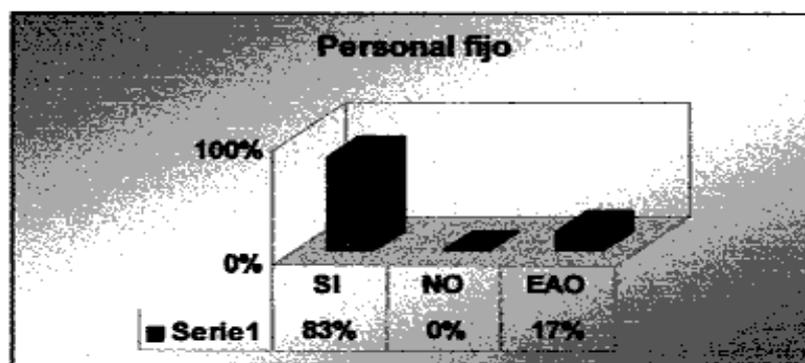


Variable 14: Personal fijo para la asistencia en domicilio.

Tabla 14:

Personal fijo	FA	FR%
SI	5	83.00%
NO	0	0
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 14:



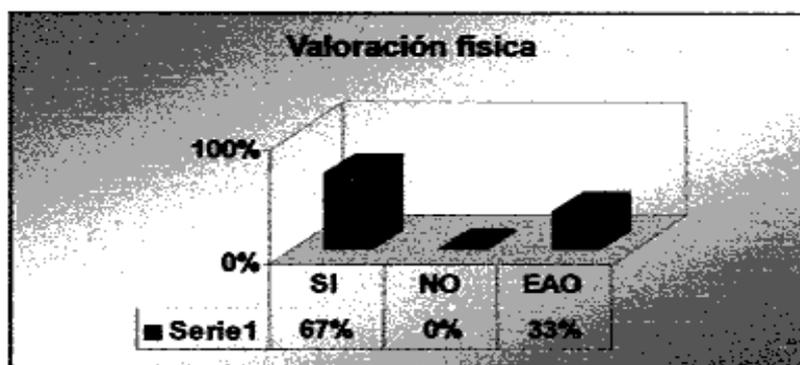
Integralidad

Variable 15: Valoración física en cada visita domiciliaria.

Tabla 15:

Valoración física	FA	FR%
SI	4	67.00%
NO	0	0
EAO	2	33.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 15:

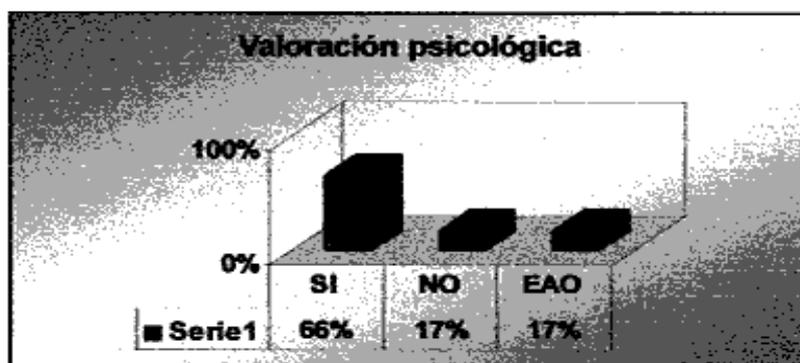


Variable 16: Valoración psicológica en cada visita domiciliaria.

Tabla 16:

Valoración psicológica	FA	FR%
SI	4	66.00%
NO	1	17.00%
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 16:

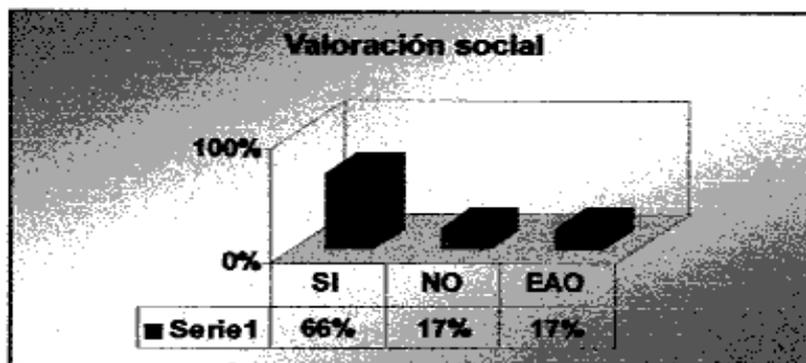


Variable 17: Valoración social en cada visita domiciliaria.

Tabla 17:

Valoración social	FA	FR%
SI	4	66.00%
NO	1	17.00%
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 17:

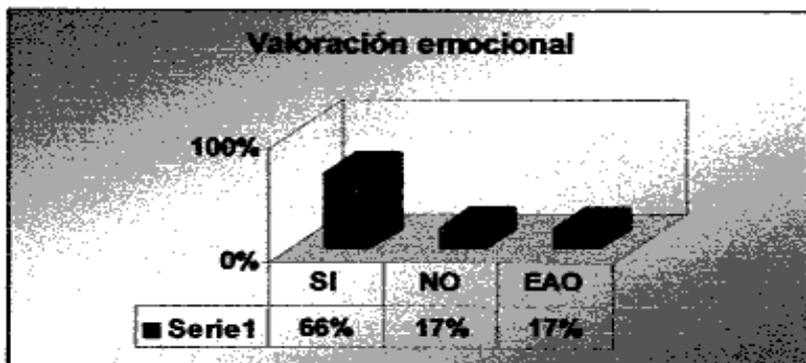


Variable 18: Valoración emocional en cada visita domiciliaria.

Tabla 18:

Valoración emocional	FA	FR%
SI	4	66.00%
NO	1	17.00%
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 18:

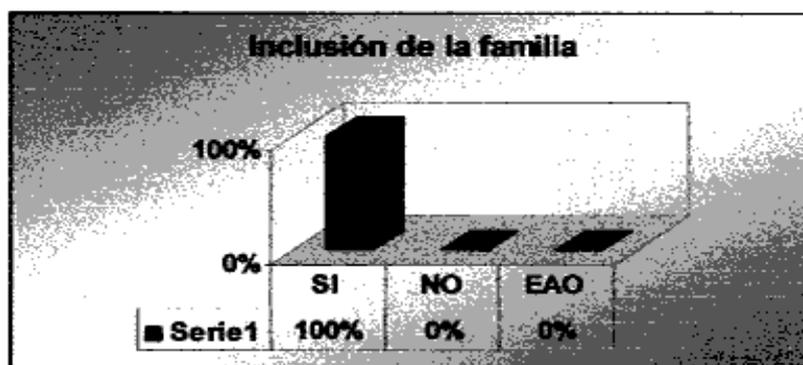


Variable 19: Inclusión de la familia en la asistencia en domicilio.

Tabla 19:

Inclusión de la familia	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 19:

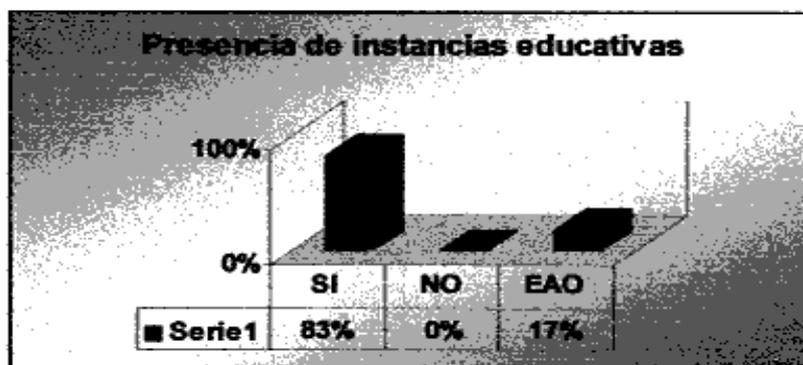


Variable 20: Presencia de instancias educativas en domicilio.

Tabla 20:

Instancias educativas	FA	FR%
SI	5	83.00%
NO	0	0
EAO	1	17.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 20:

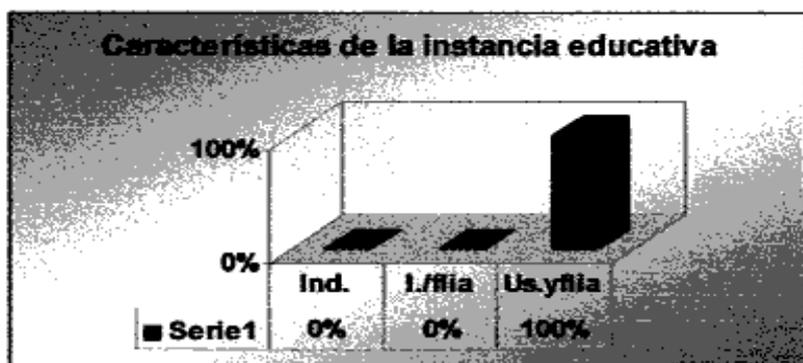


Variable 21: Características de la instancias educativas en domicilio.

Tabla 21:

Caract. de la instancia educativa	FA	FR%
Individual	0	0
Ind. / fla	0	0
Usuario y fla.	6	100.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 21:



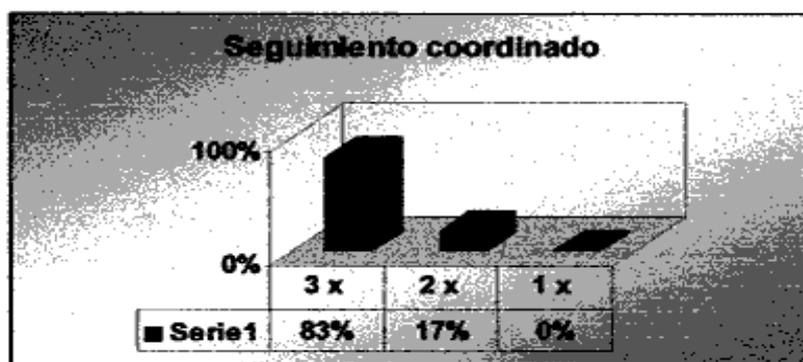
Continuidad

Variable 22: Seguimiento coordinado de las visitas domiciliarias.

Tabla 22:

Seguimiento coordinado	FA	FR%
Tres x semana	5	83.00%
Dos x semana	1	17.00%
Una x semana	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 22:

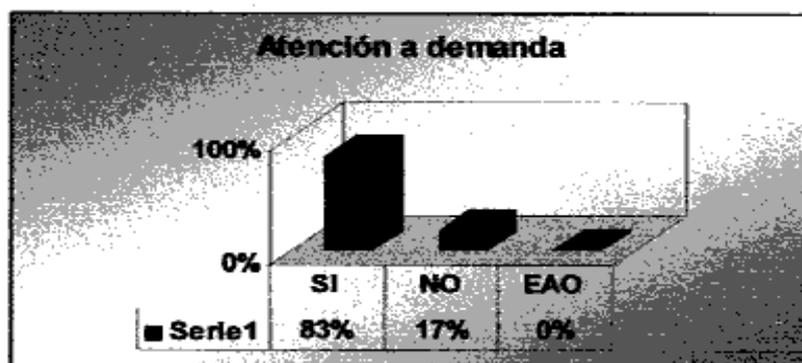


Variable 23: Atención a demanda de la asistencia a domicilio.

Tabla 23:

Atención a demanda	FA	FR%
SI	5	83.00%
NO	1	17.00%
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 23:

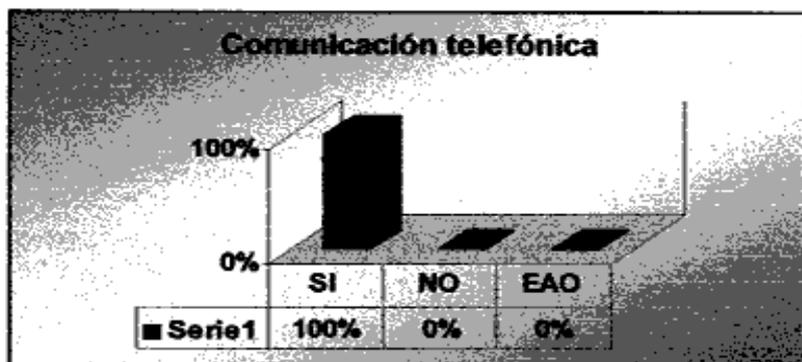


Variable 24: Comunicación telefónica con el equipo que brinda asistencia.

Tabla 24:

Comunicación telefónica	FA	FR%
SI	6	100.00%
NO	0	0
EAO	0	0
N°	6	100.00%

Gráfico 24:



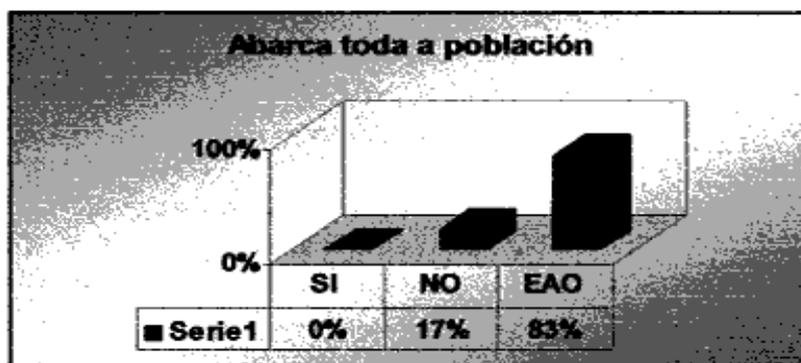
Contingencia

Variable 25: Abarca toda la población la asistencia a domicilio.

Tabla 25:

Abarca toda la población	FA	FR%
SI	0	0
NO	1	17.00%
EAO	5	83.00%
N°	6	100.00%

Gráfico 25:

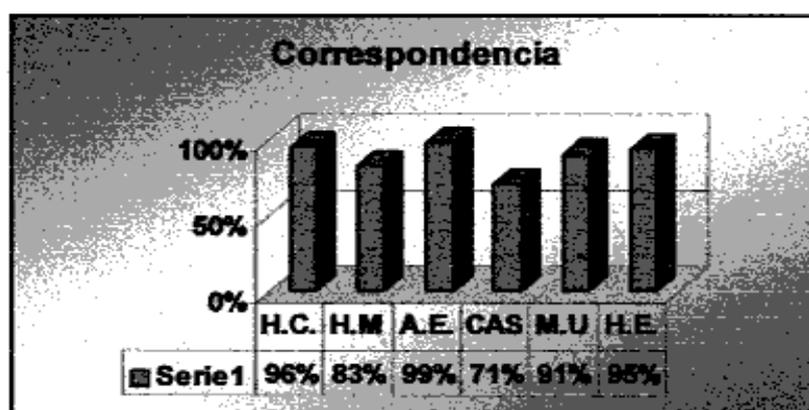


Correspondencia de las Instituciones con el Modelo propuesto.

Tabla:

INSTITUCIONES	FA	FR%
Hosp. de Clínicas	72	96.00%
Hosp.. Maciel	62	83.00%
Asoc. Española	74	99.00%
CASMU	54	71.00%
Médica Uruguaya	68	91.00%
Hosp. Evangélico	71	95.00%
TOTAL	75	100.00%

Gráfico:



GLOSARIO

Asist./ asist.= Asistencia.

A.E. = Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Caract. = Características.

CAS / C.A.S.M.U = Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay

EAO = En algunas oportunidades

Flia. = Familia.

FA.= Frecuencia absoluta.

FR % = Frecuencia relativa porcentual.

H.C.= Hospital de Clínicas.

H.E. = Hospital Mutualista Evangélico.

H.M. = Hospital Maciel.

Indep. = Independiente.

Ind./I = Individual.

Inter. = Interdisciplinario.

Lic. = Licenciada.

Mult. = Multidisciplinario.

O. disp. = Otra disciplina.

Us. = Usuario.