



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN**



IMPACTO DEL INTERNADO

AUTORES:

Br. Correa Barreto, Cintia
Br. Lalinde Abero, Paulina
Br. Mansilla Larrauri, Mónica
Br. Martínez Castro, Daniela
Br. Ravera Ackermann, Susana

TUTOR :

Prof. Adj. Lic. Enf. Desteffano, Silvia

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

Montevideo, 2010

Agradecimientos

- A nuestra familia que de una u otra manera nos acompañaron a lo largo de nuestra carrera.
- A nosotros mismos que hemos llegado a esta instancia a pesar de todas las dificultades.
- A la interna de la facultad de enfermería Mariana Valls quien nos proporciono los datos para desarrollar nuestro trabajo de investigación.
- A nuestra tutora quien nos guió en nuestro proceso.

Índice

Carátula.....	Pág. 1
Autores.....	Pág. 2
Agradecimientos.....	Pág. 3
Índice.....	Pág. 4-5
Introducción.....	Pág. 6
Problema.....	Pág. 7
Objetivo General.....	Pág. 7
Objetivo Especifico.....	Pág. 7
Fundamentación.....	Pág. 8-9
Marco Teórico.....	Pág. 10-16
Diseño Metodológico.....	Pág. 17-18
Sistema operacionalización de las Variables.....	pag. 19-20
Tabulación de datos.....	Pág. 21-30
Indicadores.....	Pág. 31-39
Análisis e Interpretación de los datos.....	Pág. 40-42
Conclusión.....	Pág. 43-44
Bibliografía.....	Pág. 45
Anexos.....	Pág. 46
Anexo N° 1 Reseña Bibliografica.....	Pág. 47-60
Anexo N° 2 Protocolo.....	Pág. 61-63
Anexo N° 3 Presentación de los protocolos.....	Pág. 64-88
Anexo N° 4 Requisitos de los Indicadores.....	Pág. 89
Anexo N° 5 Programa Internado.....	Pág. 90-94

Anexo N° 6 Etapas del proceso Salud Enfermedad.....	Pág. 95-96
Anexo N° 7 Tabla de recolección de datos.....	Pág. 97-100
Anexo N° 8 Planteo de Indicadores.....	Pág.101-105
Anexo N° 9 Cronograma de Gantt.....	Pág. 106
Anexo N° 10 Entrevista con la interna	Pág. 107

Introducción

El presente trabajo de investigación fue realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera de licenciatura de enfermería, de la Universidad de la República, bajo la tutoría de la profesora adjunta Silvia Desteffano. Cumpliendo con el requisito de realizar un trabajo de investigación científica para la obtención del título académico.

En dicho trabajo de investigación se planteo como finalidad conocer cuál es el impacto de la aplicación de los protocolos de enfermería, para evaluar su repercusión en la calidad de la gestión de los servicios.

El mismo se llevo a cabo en el hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintelas, en el piso 9, servicio de Urología, unidad operativa 1. Teniendo en cuenta el programa internado llevado adelante por el interno de la licenciatura de enfermería, en un periodo de seis meses, donde el mismo aplica los protocolos seleccionados para nuestra investigación.

Los internos de enfermería forman parte de los recursos humanos los cuales aplican los protocolos, por lo tanto su actividad tiene la necesidad de ser evaluada, con la finalidad de contar con elementos objetivos que justifiquen su continuidad.

Según los resultados alcanzados se logro establecer un juicio sobre el trabajo de los internos, y reconocer el desempeño de sus funciones.

Se propuso un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra no probabilística por conveniencia, y con fuentes de información secundarias.

Anhelamos que esta investigación constituya una base para futuras investigaciones avanzando y fortaleciendo el rol del licenciado de enfermería en la mejora de la calidad de gestión de los servicios.

Pregunta Problema

¿Cuál es el impacto de la aplicación de protocolos de atención de enfermería, en el proceso de asistencia del cuidado llevada a cabo por el interno de la Facultad de Enfermería, a los usuarios del Hospital de Clínicas, piso 9, servicio de Urología, unidad operativa 1 en el periodo comprendido entre los meses octubre 2009/abril 2010?

Objetivo General

- Medir el impacto de la aplicación de protocolos de atención de enfermería, a través de la productividad, eficacia y efectividad llevado a cabo por el interno de enfermería, en el servicio de urología.

Objetivo Especifico

- Caracterizar los diferentes protocolos que se aplicaron en el servicio por parte del interno.
- Conocer las actividades realizadas por el interno de la licenciatura de enfermería al aplicar los protocolos.
- Recolección y tabulación de los datos recabados.
- Medir las actividades realizadas en los protocolos aplicados mediante la los indicadores de productividad, eficacia y efectividad.

Fundamentación

Hemos seleccionado Investigar el impacto de la aplicación de los protocolos de atención de enfermería en el servicio elegido, mediante los indicadores de productividad y de resultado.

Ya que consideramos que la aplicación de los mismos permite la organización del accionar de todos los profesionales de la salud, haciendo posible la actuación de forma segura, adecuada, unificada y respaldada para todos los que apliquen los mismos.

Los protocolos se definen como documentos escritos que contienen máximo detalle, precisión, claridad y que han sido aprobados por cada institución, con base científica que tiene como cometido evitar posibles complicaciones durante el proceso salud enfermedad.

El interno de enfermería en su gestión dentro del proceso administrativo es fundamental para desarrollar la implementación y aplicación del mismo y se encarga de la motivación del personal para que trabaje de forma conjunta, pautada, con objetivos comunes.

Se selecciono el área médico quirúrgico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntela, piso 9, servicio de Urología, unidad operativa 1.

Según los datos estadísticos extraídos de los registros médicos del Hospital de Clínicas del año 2000, muestran que en las actividades de hospitalización el servicio de Urología, se observan un total de 30 camas, de los cuales se constatan un total de 228 egresos. El promedio de estadía (es el promedio de días que permanece internado en el servicio) es de 35 días, siendo el más alto dentro de todas las especialidades. Al observar el índice ocupacional (el cual es el porcentaje de camas ocupadas sobre el total de camas disponibles) el mismo es de 92%. El giro de camas (el número de pacientes que egresan de una cama en el año de referencia) es del 10 %. Por último el índice de mortalidad es de un 2,41 %.

Por otra parte las intervenciones quirúrgicas en el mismo año, en el servicio de Urología, divididas en coordinadas y urgentes son respectivamente de 174 y 53, dando un total de 227 cirugías en el servicio.

Dentro de las consultas realizadas en las policlínicas del Hospital de Clínicas, en la policlínica de Urología en ese año son de 1720, siendo este el 2,20%, de un total de 78.276 usuarios que consultaron ese año en todas las policlínicas del Hospital.

Ya que nuestro trabajo de investigación fue llevado a cabo conforme los datos que nos proporcione el interno de la Facultad de Enfermería, al conocer los campos de los mismos en esta institución, planteamos investigar el impacto de la aplicación de los protocolos de enfermería a través de la productividad, la eficacia y efectividad, en el servicio de Urología, dado que el mismo es específico , y al

tener la experiencia como estudiantes en distintos servicios del hospital, durante la realización de la carrera, conocemos la diversidad de las patologías en otros servicios.

Los datos obtenidos demuestran la viabilidad de nuestra investigación, dado la estadía prolongada y el índice ocupacional de camas de los usuarios en este servicio, donde el interno de enfermería aplica los protocolos. Lo cual nos permitió recabar los datos necesarios para nuestra investigación, y favoreció nuestro objetivo de estudio.

Marco Teórico

Para la realización de dicho trabajo de investigación es necesario destacar algunos conceptos teóricos que son pilares a tener en cuenta como lo es nuestra profesión "enfermería" la cual se define "como una disciplina encaminada a fortalecer capacidad reaccional de personas, familias, grupos. Realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo,.... terapéutico en los diferentes niveles de atención". (Plan de estudio inde 93). En este trabajo diario una de las funciones importantes de la enfermera es identificar las necesidades inmediatas del paciente y adoptar las medidas que las satisfagan, utilizando como herramienta para ello los protocolos planteados en cada servicio.

La enfermera en el área específica de urología, desempeña sus intervenciones sistemáticamente, organizadamente, para lo cual cuenta con protocolos de atención, preestablecidos en el servicio.

Protocolo Asistencial

Se define un protocolo como la descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecutan, las características de las personas o grupo que lo lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto. (Ver anexo 2)

Los protocolos incluidos en nuestra investigación se mencionaran a continuación: (Ver anexo 3)

- Protocolo de cuidados de enfermería preoperatorio general y específico para usuarios intervenidos por resección transuretral (r.t.u.) y adenomecтомía transvesical (a.t.v).
- Protocolo de cuidados de enfermería en el periodo postoperatorio general y específico para pacientes intervenidos por resección transuretral (r.t.u.) y adenomecтомía transvesical (a.t.v).

- Protocolo de cuidados de las sondas de drenaje urinario.

Para la evaluación de la aplicación de los protocolos es fundamental la utilización de **indicadores**, siendo este una medida que se puede usar para ayudar a describir una situación existente o para medir cambios o tendencias a lo largo de un periodo de tiempo. La mayoría de los indicadores son cuantitativos, aunque algunos son cualitativos.

Los usamos para evaluar el impacto del estado de salud de la población.

Los indicadores de salud son necesarios para poder: analizar la situación actual, hacer comparaciones, medir cambios en el tiempo. Por lo tanto un indicador es una característica o variable que se puede medir.

Un indicador para ser tal, debe cumplir los siguientes requisitos (**Ver anexo 4**)

Indicadores de proceso

Productividad: es el número de actividades realizadas por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo.

Indicadores de resultado

Eficacia: mide el logro de los objetivos.

Efectividad: se mide como el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos. Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

Programa internado

Nace como estrategia en el nuevo plan de estudio, con el objetivo de formar al profesional, que este se inserte en la realidad y sea capaz de transformarla.

Esta instancia es supervisada por docentes asistenciales y profesionales de Enfermería.

Dentro de los beneficios que el interno aporta en su proceso se puede nombrar: La mejora de la calidad de prestación de los servicios de Enfermería. Y la mejora en

el nivel científico de la atención, así como también la incorporación de la investigación. (Ver anexo 5).

Impacto

Nuestra investigación mide el impacto de la aplicación de protocolos de enfermería en un periodo, se entiende por impacto la variación en la realidad sobre la que actúan planes o programas. Se lo puede definir como:

“Situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, más o menos previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad”.

“La fuerza de una situación sobre otra, un indicador utilizado para relacionar acciones ejecutadas con los resultados alcanzados en la práctica y en su influencia en los cambios ulteriores” (Ortiz).

Puede medirse a través de:

Proceso: Se refiere a la productividad, que se expresa como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados.

También se refiere al número de productos que se obtienen con una cantidad de insumos en un periodo de tiempo.

Resultado: Se traduce a través de los logros (alcance de los objetivos), la satisfacción (aumenta el bienestar).

Mide los resultados de las intervenciones en cantidad, calidad y extensión según lo preestablecido.

Abarca los efectos de la planificación y la ejecución, específicos y globales, intencionales o no, más o menos neutros, directos o indirectos.

La evaluación del impacto permite:

Sistematizar mediante el registro y análisis todas las expectativas desarrolladas.

Identifica los actores involucrados en el proceso y su peso específico sobre los resultados obtenidos.

Difundir la información proveniente de la evaluación favoreciendo su posterior discusión entre todos los responsables de la gestión.

Ya que nuestra investigación se realizó en el segundo nivel de atención, nos parece importante mencionar lo siguiente,

Los **niveles de atención en salud** son la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

Su que hacer está orientado a un segmento menor de la población (menor cobertura). Recibe para diagnóstico y tratamiento las pacientes que no pueden ser resueltas en el nivel primario. Generalmente está estrechamente relacionado con los Servicios Clínicos de los Hospitales por lo que suele llamarse Consultorio Adosado de Especialidades.

Su recurso humano está representado por el especialista. Su grado de desarrollo es variable y depende del establecimiento al que está adosado y de las características propias de cada Servicio de Salud.

Para su trabajo requiere de Unidades de Apoyo Diagnóstico más complejas (Laboratorio, Imagenología, Anatomía Patológica, etc.).

En general no se contacta directamente con la comunidad.

Se relaciona tanto con el nivel primario para devolver los casos resueltos como con el terciario cuando la complejidad así lo requiere.

En la medida que el nivel primario va siendo más eficiente este nivel debe adecuarse y diferenciarse en las especialidades o subespecialidades que sean necesarias.

Se realizó en el área específica de cirugía urológica, definiéndola como:
Tratamiento de la enfermedad o corrección de la deformidad o defecto, por procedimientos manuales u operatorios, con o sin el uso de medicamentos. Esta rama de la medicina se subdivide según la naturaleza del procedimiento empleado

en este caso cirugía urológica (riñones, aparato excretor y genitales). BRUNNER SUDARTH.

La urología es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de la patología que afectan al aparato urinario y retroperitoneo de ambos sexos y al aparato reproductor masculino, sin límite de edad.

La cirugía ya sea programada o de urgencia, es un suceso complejo y lleno de tensiones. La enfermera como parte del equipo de salud, es la que está capacitada para llevar a cabo los cuidados que corresponden a cada etapa del proceso peri operatorio. (Ver anexo 6).

Enfermería como parte del equipo de salud es la encargada del cuidado integral del usuario y es fundamental que tenga conocimientos específicos para el trabajo en esta área.

Las funciones urinarias y renales son esenciales para la vida. La disfunción de los riñones y el tracto urinario son comunes y pueden ocurrir a cualquier edad con niveles variables de intensidad. La valoración de la función renal y urinaria es parte de todos los exámenes físicos.

El sistema urinario está formado por los riñones y las vías urinarias: los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra. En los riñones se filtra la sangre y se forma la orina, que es abocada a las pelvis renales e impulsada por las ondas peristálticas por los uréteres hasta la vejiga urinaria, que la almacena de forma temporal.

Posteriormente, la orina se elimina a través de la uretra durante la micción.

Definir estos tratamientos médicos quirúrgicos es importante ya que se les aplican los protocolos a todos los usuarios que presenten los mismos.

Resección transuretral de la próstata

Es el procedimiento más común y puede llevarse a cabo mediante endoscopia.

El instrumento quirúrgico y óptico se introduce directamente a través de la uretra hasta la próstata, la cual se observa en forma directa.

La glándula se retira en fragmentos pequeños mediante un asa eléctrica cortante.

Este procedimiento que no requiere incisión se utiliza para glándulas de distinto tamaño y es ideal para individuos con glándulas pequeñas y para aquellas con riesgo quirúrgico desfavorable.

La Resección transuretral rara vez puede causar disfunción eréctil pero puede provocar eyaculación retrograda, ya que retirar el tejido prostático en el cuello de la vejiga a menudo provoca que durante la eyaculación el líquido seminal fluya de regreso a la vejiga en vez de hacia delante a través de la uretra.

Ventajas:

- Evita la incisión abdominal.
- Es más segura para quienes presentan un riesgo quirúrgico.
- La hospitalización y el periodo de recuperación son breves.
- Menor tasa de morbilidad.
- Causa menos dolor.

Desventajas

- Requiere de habilidades quirúrgicas muy refinadas.
- Puede desarrollarse obstrucción recurrente, traumatismo uretral y estenosis.
- Puede haber sangrado retrasado.

En la resección transuretral de la próstata se introduce un resectoscopio a través de la uretra y se secciona la próstata mediante un bisturí eléctrico en forma de aro que se desplaza hacia delante y atrás. A continuación se deja durante 24 horas un sistema de lavado continuo de la vejiga, mediante una sonda conectada a un frasco de suero y a un sistema de drenaje. La fosa prostática se llena con tejido epitelial para formar una nueva uretra.

Adenectomía (Extirpación del adenoma) o prostatectomía (extirpación de toda la glándula prostática), complementariamente a la enucleación de la próstata puede realizarse una vasectomía bilateral, para reducir la incidencia de epididimitis y

orquitis posoperatorio. Entre los accesos quirúrgicos que se emplean en cirugía se incluyen los siguientes: 1- Vía suprapúbica: Se accede a través de la vejiga urinaria, se practica una incisión en el abdomen inferior y en la pared vesical.

2-Vía retropúbica: Se consigue acceder a la próstata realizando una incisión abdominal baja y llevando la vejiga hacia delante, sin necesidad de abrir la vejiga. A continuación se realiza una incisión en la parte anterior de la capsula prostática.

3- Vía perineal: La aproximación se realiza a través del perineo, vigilando para no entrar en el recto.

Implicaciones de enfermería

-Vigilar en busca de hemorragias.

-Observar si hay síntomas de estenosis uretral (disuria, esfuerzo, chorro urinario débil).

-Se debe prevenir la aparición de complicaciones.

-Las sondas deben permanecer permeables y deben ser lo suficientemente anchas como para permitir que pasen los coágulos.

-Administrar fármacos anticolinérgicos y anestésicos para los espasmos de la vejiga.

-Luego de retirar la sonda tranquilizar al usuario y explicarle que pueden aparecer problemas (polaquiritia e incontinencia urinaria). Que estos son temporales, animarlo a que aumente su ingesta de líquidos, que por lo general debe ser superior 2.5 lit 3 3l/día.

-Realizar las curaciones.

-El usuario debe mantener las heces blandas, debe evitar hacer esfuerzos ya que podrían ocasionarle una hemorragia.

-Educarlo sobre los ejercicios de kegel para corregir la incontinencia.

Diseño metodológico

Tipo de Estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Área de Estudio: Esta investigación se realizó en la República Oriental del Uruguay, departamento de Montevideo, Universidad de la República, Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela, en el piso 9, servicio de Urología, unidad operativa 1.

Universo: Estará conformado por todos usuarios hospitalizados en el servicio de urología del Hospital de Clínica de la ciudad de Montevideo.

Muestra: todos los usuarios hospitalizados en el servicio de urología del Hospital de Clínica de la ciudad de Montevideo que se le aplico los protocolos definidos en un tiempo determinado.

No probabilística por conveniencia.

Criterios de Inclusión: todos los usuarios hospitalizados en dicho servicio que se le aplico los protocolos definidos de cuidado de atención de enfermería en un tiempo determinado.

Métodos técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se utilizo la observación de los registros (planillas) de la misma para la recopilación de todos los datos.

Con respecto a los instrumentos a utilizar para recolectar y registrar la información se elaboro una tabla. (Ver anexo 7).

Se formulo un instrumento en el que se establecieron los datos recabados para un posterior análisis valido y confiable.

Ante distintas dudas y esclarecimientos de datos se acude a la entrevista con la interna del periodo de estudio.

Recursos Humanos: 5 Bachilleres de la carrera licenciatura en enfermería.

Recursos Materiales:

- De uso: Computadora, impresora, libros y bibliografía, pendrive.
- De Consumo: Hojas, lapicera, etc.

Recursos Financieros:

- Pasajes.....\$ 3000
- Boletos.....\$200
- Cyber.....\$450
- Fotocopias.....\$ 500
- Viáticos.....\$2500
- Impresiones.....\$300

Recursos Tiempo: octubre 2009- junio 2010.

Sistema de operacionalización de las variables

Tratamiento:

Definición conceptual: Corrección de la deformidad o defecto, por procedimientos manuales u operatorios, con o sin el uso de medicamentos.

Definición operativa: tratamientos quirúrgicos.

Categorización: Numero de pacientes que se le realizo RTU, numero de pacientes que se le realizo ATV.

Escala: Cuantitativa

Impacto:

Definición conceptual: Situación que produce un conjunto de cambios significativos y duraderos, más o menos previstos o imprevistos, en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad. Se mide a través de indicadores de:

- **Productividad:** Lo expresamos en indicadores de proceso los cuales muestren el número de actividades realizadas en cada protocolo.
- **Resultado:** A través de la eficacia que mide la aplicación y el logro de los objetivos. Y de la efectividad que mide el resultado de las acciones que se realizaron sobre la población objetivo.

Definición operativa: provoca una variación en la realidad sobre la que actúan, medida a través de la productividad y de los resultados (eficacia, eficiencia).

Escala: Cuantitativa.

Protocolo.

Definición conceptual: Se define un protocolo como la descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecutan, las características de las personas o grupo que lo lleva a cabo y la

secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto. "MOMPART".

Definición operativa: es un conjunto de pautas que tiene como fin permitir tener criterio de decisión terapéutica estandarizada frente a las diversas situaciones que se puedan presentar para poder tener un nivel de calidad asistencial uniforme.

Categorización:

- Usuarios que se les aplico o no el protocolo de cuidados de enfermería preoperatorio general y específico para usuarios intervenidos por resección transuretral (r.t.u.) y adenomectomía transvesical (a.t.v).
- Usuarios que se les aplico o no el protocolo de cuidados de enfermería en el periodo postoperatorio general y específico para pacientes intervenidos por resección transuretral (r.t.u.) y adenomectomía transvesical (a.t.v).
- Usuarios que se les aplico o no el protocolo de cuidados de las sondas de drenaje urinario.

Escala: Cuantitativa.

Tabulación de los datos

Tabla N° I: Distribución de la población según tratamiento recibido:

Tratamiento	FA	FR%
RTU	11	25
ATV	12	27
Otras	21	48
Total	44	100

Grafico N°I:

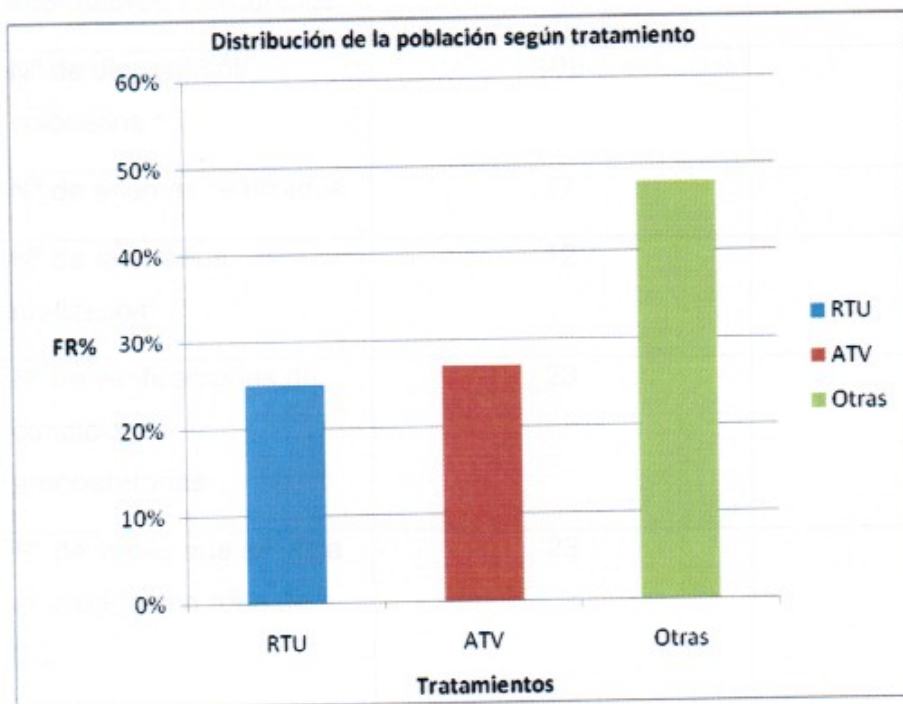


Tabla N° II: Distribución según indicadores de proceso en los preoperatorio de ATV, RTU:

Impacto	FA	FR%
Indicadores de proceso: (Preoperatorio ATV, RTU)		
Nº de valoración integral del usuario preoperatorio.	23	8
Nº de rutinas preoperatorio	6	2
Nº de actividades informativas individuales.	23	8
Nº de dispositivos colocados	106	35
Nº de enemas realizados.	27	9
Nº de rasurados realizados.	12	4
Nº de verificaciones de condiciones preoperatorias	23	8
Nº de veces que se viste al usuario con ropa de BQ	23	8
Nº de higienes preoperatorias	33	10
Nº de identificaciones del usuario	23	8
Total	299	100

Grafico N° II: Distribución según indicadores de proceso en el protocolo de preoperatorio de RTU y ATV:

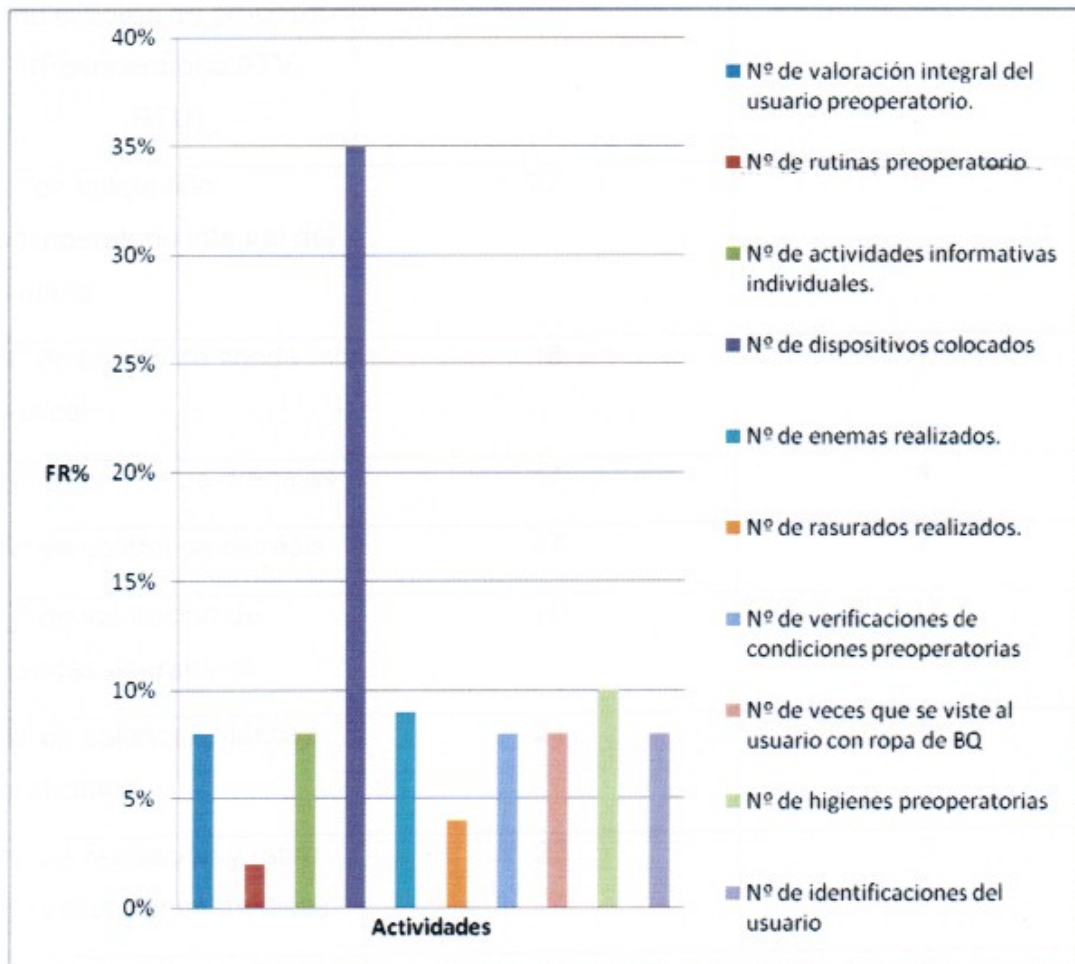


Tabla Nº III: Distribución según indicadores de proceso en los posoperatorio de ATV, RTU:

Impacto	FA	FR%
Indicadores de proceso: (Posoperatorio ATV, RTU)		
Nº de valoración posoperatorio integral del usuario	23	5
Nº de lavado de sonda vesical	18	4
Nº de control de drenajes	17	4
Nº de control de diuresis	27	7
Nº de valoración de heridas operatorias	70	17
Nº de balances hídricos realizados	21	5
Nº de revisión y retiro de indicaciones medicas	23	5
Nº de curaciones	24	6
Nº de espacio de escucha brindado	90	22
Nº de paraclínica de control	28	7
Nº de control de deposiciones	73	18

Total	414	100
-------	-----	-----

Grafico N° III: Distribución según indicadores de proceso en el protocolo de posoperatorio de RTU y ATV:

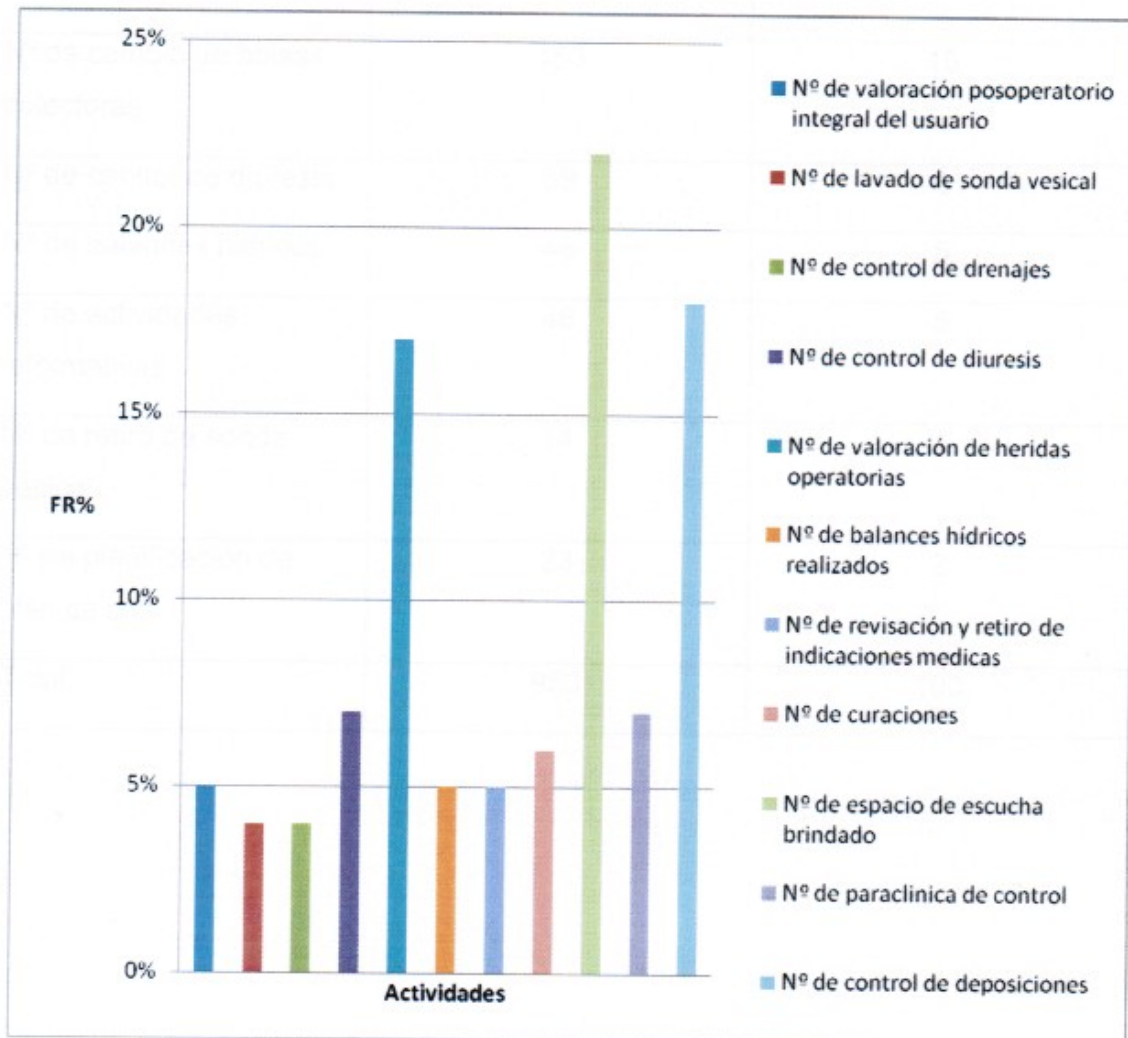


Tabla N° IV: Distribución según indicadores de proceso en el protocolo de derivaciones urínicas:

Impacto	FA	FR%
Indicadores de proceso (drenajes urinaios)		
N° de control de SV	541	57
N° de colocación de sonda vesical	71	8
N° de cambio de bolsas colectoras	153	16
N° de control de diuresis	59	6
N° de balances hidricos	46	5
N° de actividades informativas	46	5
N° de retiro de sonda vesical	14	1
N° de planificación de plan de alta	23	2
Total	953	100

Grafico N° IV: Distribución según indicadores de proceso en el protocolo de derivaciones urinarias

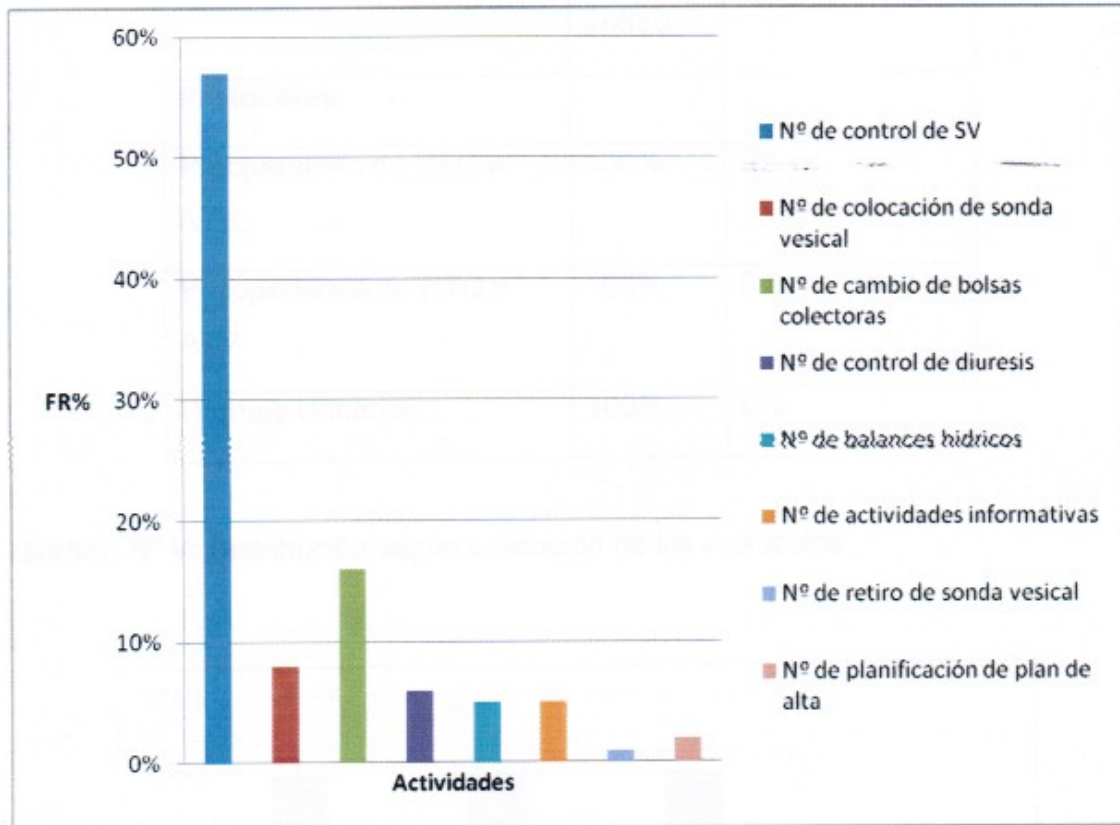


Tabla N° V: Distribución de la población según aplicación de los protocolos.

	Se aplico	No se aplico
Protocolos		
Preoperatorio de RTU y ATV	100%	0%
Posoperatorio de RTU y ATV	100%	0%
Drenaje Urinarios	100%	0%

Grafico N° V: Distribución según aplicación de los protocolos:

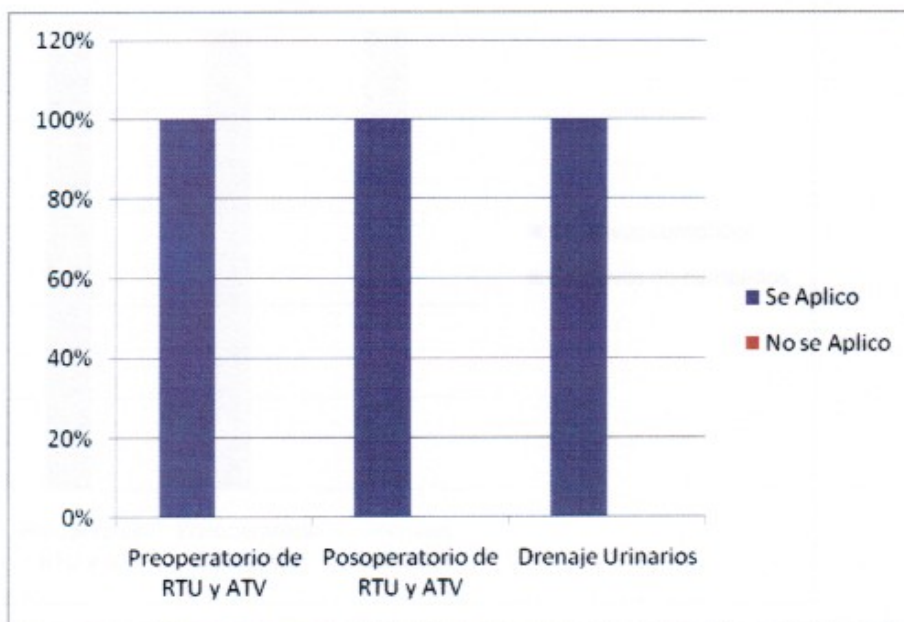


Tabla N° VI: Distribución de la población según eficacia en los protocolos aplicados:

	Eficacia	
	Objetivos cumplidos	Objetivos no cumplidos
Protocolos aplicados		
Preoperatorio RTU y ATV	100%	0%
Posoperatorio RTU y ATV	100%	0%
Drenajes urinarios	100%	0%

Gráfico N° VI: Distribución de la población según Eficacia

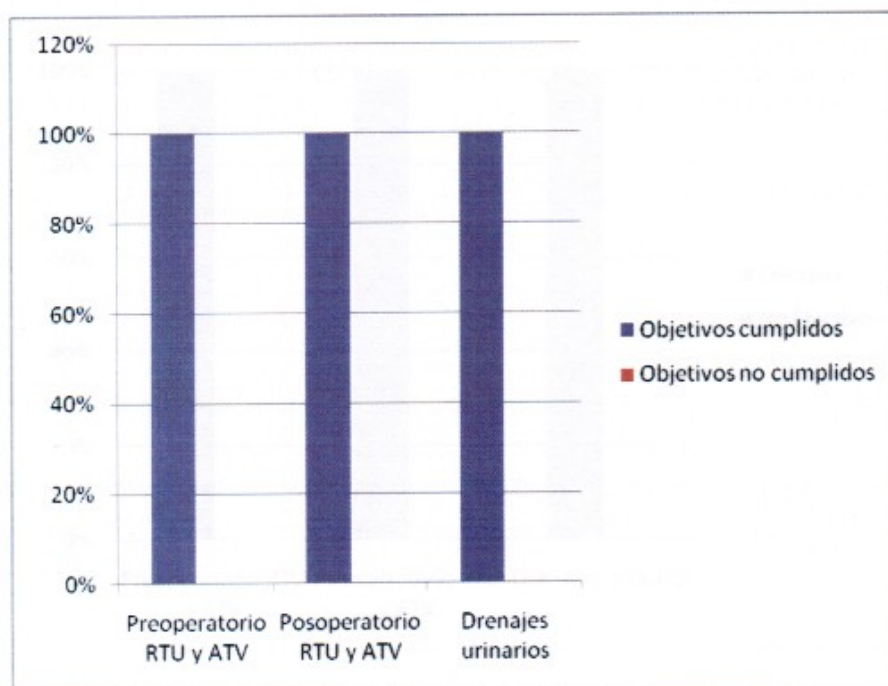
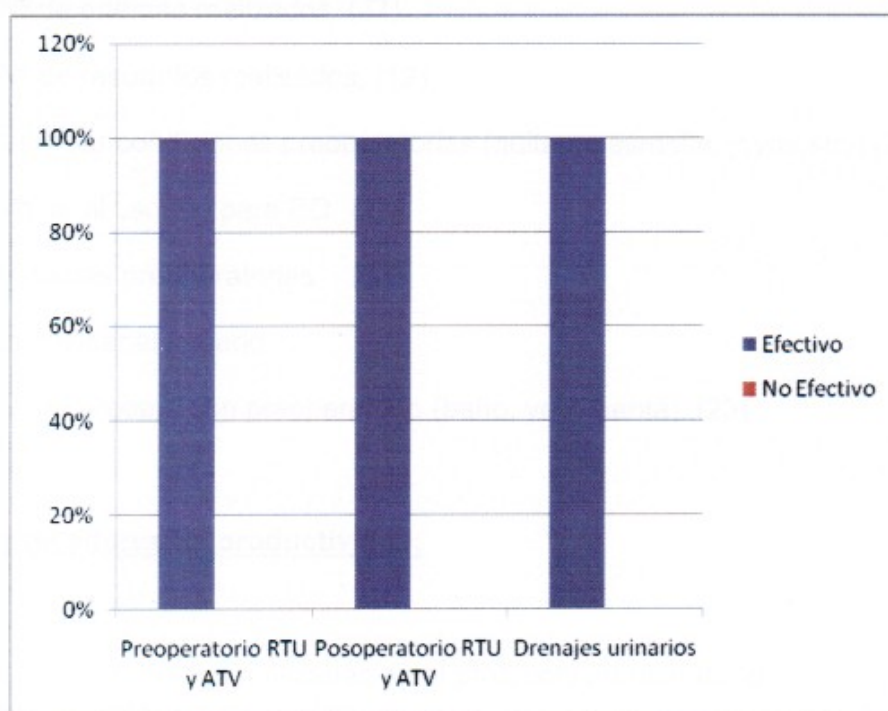


Tabla N° VII: Distribución de la población según efectividad en los protocolos aplicados:

Protocolos aplicados	Efectividad	
	Efectivo	No efectivo
Preoperatorio RTU y ATV	100%	0%
Posoperatorio RTU y ATV	100%	0%
Drenajes urinarios	100%	0%

Grafica N° VII: Distribución de la población según efectividad en los protocolos aplicados



Indicadores (Ver anexo 7)

Indicadores de productividad:

Protocolo de atención de enfermería preoperatorio de R.T.U y A.T.V.

Indicadores de Proceso:

Nº de valoración integral del usuario preoperatorio. (23)

Nº de rutinas preoperatorio (nos referimos a aquellos pacientes que en el momento de la intervención quirúrgica no cuentan con todas las rutinas que están en el protocolo, por lo cual lo realiza enfermería). (6)

Nº de actividades informativas individuales. (23)

Nº de dispositivos colocados (sondas vesicales, catéteres). (106)

Nº de enemas realizados. (27)

Nº de rasurados realizados. (12)

Verificar condiciones preoperatorias (quitarse esmalte, joyas,etc.) (23)

Vestir al usuario para BQ (23)

Higienes preoperatorias (33)

Identificar al usuario (23)

Nº de preparación preoperatorio (baño, vestimenta). (23)

Indicadores de productividad:

Nº de actividades realizadas en el protocolo preoperatorio

Unidad de tiempo en el que se aplico (minutos)

156 actividades de enfermería se realizaron en el protocolo de ATV

(15 minutos lleva realizar cada uno de los protocolos, como se realizaron 12 protocolos de ATV= $15 \times 12 = 180$)

$156/180 = 0,87 \times 100 = 87\%$ de productividad en el protocolo de preoperatorio de ATV.

143 actividades de enfermería se realizaron en el protocolo de RTU

(15 minutos lleva realizar cada uno de los protocolos, como se realizaron 11 protocolos de ATV= $15 \times 11 = 165$)

$143/165 = 0,87, \times 100 = 87\%$ de productividad en el protocolo de preoperatorio de RTU.

Indicadores de evaluación:

Efectividad:

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}} \times 100$

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.

$23 / 23 \times 100 = 100\%$ de efectividad en los protocolos de preoperatorios

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio RTU}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}} \times 100$

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.

$11 / 11 \times 100 = 100\%$ de efectividad en los protocolos de preoperatorio de RTU

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio ATV}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}} \times 100$

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.

$12/12 \times 100 = 100\%$ de efectividad en los protocolos de preoperatorio de ATV

Nº intervenciones quirúrgicas suspendidas por complicaciones

preoperatorios x 100

Nº intervenciones quirúrgicas programadas

0 / 23 x 100 = 0% de la población no se realizó la intervención quirúrgica que tenía programada.

Eficacia:

Nº de objetivos alcanzados x 100

Nº de objetivos planificados

23 objetivos alcanzados / 23 objetivos planificados x 100 = 100% de eficacia en los objetivos al realizar los protocolos de preoperatorio de RTU y ATV.

Nº de usuarios preoperatorios R.T.U x 100

Nº total de la población internada.

11 usuarios se les aplicó el protocolo de preoperatorio de RTU / 23 usuarios la población que se les aplicó protocolo de preoperatorio x 100 = 48% de la población total de estudio se les realizó el protocolo de preoperatorio de RTU

Nº de usuarios preoperatorios ATV x 100

Nº total de la población internada.

12 usuarios se les aplicó el protocolo de preoperatorio de ATV / 23 usuarios la población que se les aplicó protocolo de preoperatorio x 100 = 52% de la población total de estudio se les realizó el protocolo de preoperatorio de ATV

Nº de actividades alcanzadas x 100

Nº de actividades planificadas

299 actividades se alcanzaron a realizar en los protocolos de preoperatorios/ 299 actividades planificadas a realizar en los protocolos de preoperatorios x 100 = 100% de eficacia en las actividades que se realizaron en los protocolos de preoperatorio de RTU y ATV.

Protocolo de atención de enfermería del posoperatorio de R.T.U y A.T.V

Indicadores de Proceso:

Nº de valoración posoperatorio integral del usuario. (23)

Nº de lavados vesical (18)

Nº de control de drenajes (17)

Nº de control de diuresis (27)

Nº de balances hídricos realizados. (21)

Nº de valoración de heridas operatorias (70)

Nº de curaciones. (24)

Nº de veces que se revisa y se retiran las indicaciones de las historias clínicas posoperatorio (23)

Nº de veces que se brinda espacio de escucha (90)

Nº de paraclínica de control realizada (28)

Nº de control de deposiciones (73)

Indicadores de Productividad:

Nº de actividades realizadas en el protocolo preoperatorio

Unidad de tiempo en el que se aplico (minutos)

215 actividades de enfermería se realizaron en el protocolo de ATV

(20 minutos lleva realizar cada uno de los protocolos, como se realizaron 12 protocolos de ATV= $20 \times 12 = 240$)

$215 / 240 \text{ minutos} = 0,89 \times 100 = 89\%$ de productividad en el protocolo de posoperatorio de ATV.

199 actividades de enfermería se realizaron en el protocolo de posoperatorio de RTU

(20 minutos lleva realizar cada uno de los protocolos, como se realizaron 11 protocolos de RTU= $20 \times 11 = 220$)

$199 / 220 = 0,91 \times 100 = 91\%$ de productividad en el protocolo de posoperatorio de RTU.

Indicadores de evaluación:

Efectividad:

$\text{N}^\circ \text{ de usuarios a los que se le aplico el protocolo posoperatorio} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{ de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}$

$23 / 23 \times 100 = 100\%$ de efectividad en los protocolos de posoperatorios

$\text{N}^\circ \text{ de usuarios a los que se le aplico el protocolo posoperatorio RTU} \times 100$

$\text{N}^\circ \text{ de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}$

$11 / 11 \times 100 = 100\%$ de efectividad en los protocolos de posoperatorio de RTU

Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo posoperatorio ATV x 100

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.

12/12 x 100 = 100% de efectividad en los protocolos de posoperatorio de ATV

Nº de usuarios que presentan complicaciones postoperatorio inmediato x 100

Nº de usuarios en los que se aplico el protocolo de posoperatorio de R.T.U. y A.T.V

0 usuarios presentaron complicaciones en el posoperatorio inmediato/ 23 usuarios que se les aplico el protocolo de posoperatorio de RTU y ATV x 100 = 100% de los usuarios no presentaron complicaciones.

Nº de usuarios que presentan complicaciones postoperatorio mediano x 100

Nº de usuarios en los que se aplico el protocolo de postop. de R.T.U. y A.T.V

0 usuarios presentaron complicaciones en el posoperatorio mediano/ 23 usuarios que se le aplico el protocolo de posoperatorio x 100 = 100% de los usuarios no presentaron complicaciones posoperatorias.

Eficacia:

Nº de objetivos alcanzados x 100

Nº de objetivos planificados

23 objetivos alcanzados/ 23 objetivos planificados x 100 = 100% de eficacia en los objetivos al realizar los protocolos de posoperatorio de RTU y ATV.

Nº de usuarios posoperatorios R.T.U x 100

Nº total de la población internada.

11 usuarios se les aplico el protocolo de posoperatorio de RTU/ 23 usuarios la población que se les aplico protocolo de posoperatorio $\times 100 = 48\%$ de la población total de estudio se les realizo el protocolo de posoperatorio de RTU

$$\frac{\text{Nº de usuarios posoperatorios ATV}}{\text{Nº total de la población internada.}} \times 100$$

12 usuarios se les aplico el protocolo de posoperatorio de ATV/ 23 usuarios la población que se les aplico protocolo de posoperatorio $\times 100 = 52\%$ de la población total de estudio se les realizo el protocolo de posoperatorio de ATV

$$\frac{\text{Nº de actividades alcanzadas}}{\text{Nº de actividades planificadas}} \times 100$$

414 actividades se alcanzaron a realizar en los protocolos de posoperatorios/ 414 actividades planificadas a realizar en los protocolos de posoperatorios $\times 100 = 100\%$ de eficacia en las actividades que se realizaron en los protocolos de posoperatorio de RTU y ATV.

Protocolo de drenajes urinarios

Indicadores de proceso

Nº de control de SV (higiene, higiene de genitales, coneccion, fijación, etc) (541)

Nº de colocación de sonda vesical. (71)

Nº de cambio de bolsas colectoras. (153)

Nº de control de diuresis. (59)

Nº de realización de balance hídrico. (46)

Nº de actividades informativas. (46)

Nº de retiro de sonda vesical. (14)

Nº de planificación de entrega de plan de alta (23)

Indicadores de Productividad:

Nº de actividades realizadas en el protocolo de drenajes urinarios

Unidad de tiempo en el que se aplico (minutos)

953 actividades de enfermería se realizaron en el protocolo de drenajes urinarios

(15 minutos lleva realizar cada uno de los protocolos, como se aplicaron 65 protocolos de drenajes urinarios= $15 \times 65 = 975$)

953 actividades /975 minutos = $0,97 \times 100 = 97\%$ de productividad en el protocolo de drenajes urinarios.

Indicadores de evaluación:

Efectividad:

Nº de usuario que se aplicó protocolo de cuidados de

derivaciones urinarias x 100

Nº de usuario que presentan derivaciones urinarias

65 usuarios se le aplico el protocolo de cuidados de derivaciones urinarias/ 65 usuarios presentaban derivaciones urinarias x 100 = 100% de efectividad en la aplicación del protocolo de derivaciones urinarias

Nº de usuarios que presentan complicaciones x 100

Nº total de usuarios que presentan derivaciones urinarias.

0 usuarios con derivaciones urinarias presentaron complicaciones/65 usuarios que presentaban derivaciones urinarias x 100 = 0% de la población con drenajes urinarios presento

Eficacia:

Nº de objetivos alcanzados x 100

Nº de objetivos planificados

65 objetivos alcanzados/ 65 objetivos planificados x 100 = 100% de eficacia en los objetivos al realizar los protocolos de drenajes urinarios.

Nº de actividades alcanzadas x 100

Nº de actividades planificadas

953 actividades se realizaron en los protocolos de derivaciones urinarias/ 953 actividades planificadas a realizar en el protocolo de derivaciones urinarias x 100 = 100% de eficacia en las actividades que se realizaron en el protocolo de derivaciones urinarias.

Análisis

Del 100% de los usuarios hospitalizados en el servicio de urología del hospital de clínicas, en el transcurso del periodo seleccionado, el 27% (12) corresponde a usuarios los cuales recibieron tratamiento medico quirúrgico de ATV. El 25% (11) se le realizo el tratamiento medico quirúrgico de RTU. El resto de la población (48%) corresponde a otros tratamientos médicos quirúrgicos, los cuales no cumplen con nuestro criterio de inclusión. Posteriormente solo se toma en cuenta los 23 usuarios que se le aplicaron los tratamientos médicos quirúrgicos de RTU y ATV.

Dado que en nuestro trabajo de investigación nos basamos en medir el impacto de la aplicación de los protocolos de atención de enfermería, a través de indicadores de productividad, eficacia y efectividad, los mismos fueron tabulados. Para presentar las actividades realizadas en cada uno de los protocolos, se utilizo el indicador de proceso, los cuales fueron utilizados para medir la productividad, dado que la misma no se puede graficar por ser una relación.

Con respecto al protocolo preoperatorio de RTU y ATV el 100% de las actividades que se realizaron en el mismo fueron de 299, el 35% corresponde al número de dispositivos colocados (Vía venosa periférica, etc.), el 10% al número de higienes preoperatorios, el 9% al número de enemas realizados, el 8% al número de valoración integral del usuario preoperatorio, al numero de actividades educativas, al numero de verificaciones de condiciones preoperatorios, al numero de veces que se viste al usuario con ropa de block quirúrgico respectivamente, el 4% al numero de rasurados, y el 2% al numero de rutinas preoperatorias realizados.

En relación al protocolo posoperatorio de RTU y ATV el 100% de las actividades que se realizaron fueron 414, el 22% corresponde al numero de espacio de escucha brindado, el 18% al numero de controles de deposiciones, el 17% al numero de valoración de herida operatoria, el 7% al numero de control de diuresis y al numero de control de paraclinica respectivamente, el 6% al numero de curaciones, el 5% al numero de valoración integral posoperatoria, al numero de balance hídrico, al numero de revisión de historia clínica y transferencia de

indicaciones, el 4% al número de lavado de sonda vesical, y al número de control de drenaje.

Otro de los protocolos seleccionados para nuestra investigación fue el de drenajes urinarios, el cual no es la misma muestra que la anteriormente presentada, dado que el mismo es aplicado a todos los usuarios con drenajes urinarios en el periodo de internado, es decir no solamente a la población que recibió el tratamiento de RTU y ATV. En el mismo el 100% de las actividades realizadas fueron de 953, las cuales corresponde el 57% al número de control de sonda vesical, el 16% al número de cambio de bolsa colectoras, el 8% al número de colocación de sonda vesical, el 6% al número de control de diuresis, el 5% al número de balances hídricos y de actividades informativas, el 2% al número de planificación de plan de alta y el 1% al número de retiro de sonda vesical.

En relación a los indicadores de resultado, utilizamos el de eficacia y efectividad. Con respecto al indicador de eficacia, se toma en cuenta los objetivos realizados sobre los planificados, para cada protocolo y las actividades realizadas sobre las planificadas. Donde se observa que en los tres protocolos seleccionados, la eficacia es de un 100%.

En el indicador de efectividad, se relaciona el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de la misma, en el cual se observa que en cada uno de los protocolos seleccionados la misma es del 100%.

Con el fin de dar respuesta a la pregunta problema y a los objetivos planteados, utilizamos el indicador de productividad en cada protocolo, el cual es el número de actividades producidas por unidad de recurso disponible, por unidad de tiempo.

En el protocolo de preoperatorio de RTU, la productividad obtenida a través del número de actividades sobre la unidad de tiempo (minutos) es del 87%. Al igual que la obtenida en el protocolo de preoperatorio de ATV.

En el protocolo de posoperatorio de RTU, la productividad es del 91% y en el protocolo de posoperatorio de ATV del 89%.

La productividad obtenida en el protocolo de derivaciones urinarias es de un 97%.

A través de los indicadores de eficacia y efectividad se conoce la productividad al aplicar los mismos. Los cuales se asemejan a los resultados obtenidos al calcular la productividad a través del número de actividades producidas por unidad de recurso disponible, por unidad de tiempo. Con esto vamos a llegar a medir el impacto de la aplicación de los protocolos.

Conclusión

Luego de la realización del trabajo de investigación, se logro obtener el impacto de la aplicación de los protocolos de enfermería, a través de las intervenciones del interno de licenciatura de enfermería.

- Desde el punto de vista de la productividad el impacto es positivo relacionado al trabajo realizado por el interno de la licenciatura de enfermería.
- Desde el punto de vista de los resultados (eficacia y efectividad) el impacto es positivo relacionado al trabajo realizado por el interno de la licenciatura de enfermería.
- La productividad positiva lleva a una mejora continua del sistema de gestión de la calidad.
- La importancia de la utilización de protocolos es una forma de autocontrol de la gestión, demostrado en nuestro trabajo por el alto porcentaje de los resultados de productividad, eficacia y efectividad, y las pocas complicaciones que se presentaron.
- El volumen de trabajo y las acciones de los enfermeros supone un elevado porcentaje de la actividad de cualquier institución sanitaria.
- Concluimos que el impacto es favorable lo cual justifica el uso de los protocolos en la práctica diaria de enfermería.
- Sugerimos realizar un sistema de registro de recolección de datos, para estudios posteriores relacionados con nuestro tema de investigación. Teniendo en cuenta, para investigaciones futuras, la evolución en el tiempo, donde se podría evaluar en un primer momento un servicio donde no exista la presencia del interno en el uso de los protocolos, y en un segundo momento con la presencia de este, y comparando las situaciones intentar medir la importancia de sus acciones, y el impacto del mismo.

- Destacamos la acción del interno de licenciatura de enfermería, que incide favorablemente en la aplicación y en los registros de los diferentes protocolos.
- A través del estudio se logro cumplir con todos los objetivos planteados, a pesar de las limitaciones que surgieron con el instrumento en la recolección de ciertos datos.

Bibliografía

- Brunner y Suddarth, "Enfermería Medico-Quirúrgica" Decima Edición, Mexico, Junio 2006.
- De Canales F., De Alvarado E., De Pineda E., "Metodología de la Investigación" Tercera Edición, Ed. Limusa, 2000.
- Grupo Océano, "Manual de Enfermería" Editorial Océano, España.
- Hernández-Fernández-Baptista, "Metodología de la Investigación" Ed. Mc. Graw-Hill, Mexico, 1996.
- Material teórico obtenido a lo largo de la carrera
- Mompert García Mary Paz, "Administración de servicios de enfermería" Ediciones científicas y técnicas, SA, España 1994.
- Profesora Magíster en Enfermería Santana Silvia; Profesora Adjunta Magíster en Enfermería Josefina Verde; Profesora Magister en Enfermería Cabrera Alicia, "Formados para un nuevo modelo. Experiencia de gestión asistencial" Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración, Montevideo, Uruguay, Septiembre 2006.
- Productividad - Wikipedia, la enciclopedia libre.htm

ANEXOS

ANEXO 1

Reseña Bibliográfica:

Dentro de la diversidad de los trabajos de investigación encontrados con respecto al tema, seleccionamos los siguientes:

1. Impacto de las nuevas tecnologías en los Cuidados de Enfermería:

Fundamentación de la investigación:

Toda actividad médica y enfermera, se ve condicionada por el uso de la tecnología, sobre todo, si incluimos en la definición de tecnología sanitaria tanto fármacos como aparatos, equipos y conocimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y cuidados de los pacientes.

La tecnología será, sin duda, un elemento determinante en el ejercicio profesional, pero al contrario de lo que ocurre en muchos otros sectores, la introducción de nuevos avances no implica la disminución de la necesidad de personal e incluso provoca nuevas demandas y de mayor especialización, precisamente para mejorar la calidad de la atención y los cuidados a los pacientes mediante el correcto uso de esa tecnología.

Cualquiera de los monitores de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, proporciona una información preciosa en el cuidado integral al paciente, y recalcamos integral, porque ninguno de estos valores son útiles estudiados individualmente y fuera del marco circunstancial donde se encuentra el enfermo. Es el hombre, médico o enfermera, el que de manera inteligente, y con ayuda de la experiencia, ordena e interpreta toda la información.

Recordemos ahora que existe otra fuente de datos mucho más compleja que el monitor, mucho más fiel porque necesita comunicar, y que merece considerarse epicentro de toda la información : **el propio paciente.**

El objetivo de nuestra comunicación es invitar a reflexionar precisamente, sobre las muchas ocasiones en que sólo una parte de los datos de monitorización acapara nuestra atención y se interpreta fuera de contexto, anulando o dudando de todo lo demás.

Caso Clínico:

La historia del mismo fue la de un niño de 11 años que sufrió un TEC por caída de un árbol, aproximadamente de unos dos metros de altura.

El niño, a cuyo caso nos referimos, ingresó en nuestra Unidad procedente de otro Hospital ; a causa del impacto sobre su cabeza se desarrolló un edema cerebral muy intenso en el hemisferio izquierdo, con desviación de la línea media y compresión casi total del ventrículo izquierdo. Su valoración neurológica mediante la escala de Glasgow era de 6 (1a, 1v, 4m), con pupilas isocóricas y normo reactivas a la luz (PINLA).

En este punto, en que el intenso edema provocaría un aumento de la presión endocraneal, se desarrollan los mecanismos compensadores para mantener el equilibrio. El tratamiento y los cuidados irán encaminados a disminuir la progresión del daño inicial y a evitar la aparición de lesiones secundarias que ensombrezcan el pronóstico.

Una vez estabilizado el niño, se procedió a la monitorización de la PIC mediante un catéter intraparenquimatoso, y a la instauración de las medidas antiedema habituales : **hiperventilación, diuréticos, sedación-relajación, corticoides, postura adecuada**, etc. y se realizó valoración neurológica continua mediante la escala de Glasgow, y a través de la medición de reflejos pupilares.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas, las cifras de PIC oscilaron entre **30-50 mmHg**. Al tercer día de su ingreso, se decidió disminuir la sedación-relajación para valorar clínicamente al niño observándose buenas respuestas : **reflejos en flexión, localización del dolor, y apertura ocular a la orden**.

Ante la poca relación entre las cifras de PIC y el estado del paciente, se procedió, aunque no es la práctica habitual, a la recalibración del sistema y a la confirmación mediante TAC de control de la correcta colocación del catéter. Como el TAC reveló intenso edema cerebral y la PIC seguía elevada, se continuaron con las mismas medidas.

Al octavo día de su ingreso, la PIC aumenta por encima de **62 mmHg** con poca variación de esta a la hiperventilación. Teniendo en cuenta que en este momento la presión arterial era de **90/40 mmHg**, se obtenía una **PPC negativa**. Se vuelve a recalibrar el aparato, ante la gravedad del caso, y se plantea el posible cambio de sensor.

Además se repite TAC de control que demuestra una disminución del efecto masa , por lo que **deja de relacionarse PIC - TAC** y se decide suspender definitivamente la sedación-relajación obteniéndose nuevamente respuestas positivas : movimientos espontáneos, apertura de ojos a la orden, PINLA.

Resulta imprescindible resaltar que, durante todo este tiempo, ni una sola de las exploraciones médicas y observaciones de enfermería, refieren aspectos negativos sobre la valoración neurológica, llamando este punto especial atención, ya que las presiones intracraneales tan elevadas hubieran causado lesiones cerebrales irreversibles. Los comentarios de enfermería refieren que, en ocasiones, el niño realiza movimientos espontáneos normales cuando la sedación

es más corta, sobre todo durante la aspiración de secreciones endotraqueales, cuando intenta desprenderse de las inmovilizaciones e incluso hace ademán de autoextubarse.

Se retiró por tanto el sensor de PIC, comentando el mal funcionamiento del sistema, que había dispuesto de más oportunidades que los datos de la exploración, valoración neurológica, y observaciones de enfermería. A partir de ese día la evolución fue favorable. El niño fue dado de alta con cierto grado de descoordinación, pero colaborador y respondiendo a preguntas apropiadas para su edad con normalidad. **El último Glasgow fue de 15/15.**

Conclusiones

Una de las primeras premisas o normas que se deben aprender al trabajar en estas unidades especializadas, es que en pocas ocasiones la máquina sustituye a la persona, y, en todo caso, siempre la relación máquina - cuidador debe ser complementaria.

La recogida e interpretación de los datos a través de la observación sigue siendo, a pesar del avance de la técnica, punto clave en este tipo de cuidados.

Cualquiera de los datos obtenidos, ya sea por medio de los monitores o por la observación clínica, deben ser relacionados e interpretados dentro de un contexto.

Esta experiencia nos ha demostrado una vez más, que debemos proporcionar a la monitorización el lugar que merece pero también potenciando y confiando en la profesionalidad en Enfermería, sintiéndonos importantes y, porque no, imprescindibles en la asistencia integral al enfermo.

2. Quid-Innova 2005-2006. Impacto científico de un programa de formación y promoción de la Investigación en Enfermería:

Fundamento:

El quid INNOVA es un programa de formación para la promoción del conocimiento y la innovación en cuidados entre las enfermeras andaluzas. El propósito de este estudio es conocer y analizar la producción científica emergente del programa quid-INNOVA en su primer periodo de ejecución, que abarcó los años 2005 y 2006.

Metodología:

Estudio de carácter evaluativo, exploró indicadores de tipo académico (cobertura, cumplimiento y nivel de adecuación) e indicadores de impacto científico (productividad potencial, productividad directa, productividad general y

productividad de acción investigadora). Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo para cada variable.

Resultados:

Los resultados más llamativos constatan que se han obtenido 6 publicaciones directas de cada 10 alumnos que han participado en alguna actividad formativa de carácter científico, o que más del 70% de los proyectos de investigación generados en el programa y presentados en la convocatoria de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía han conseguido financiación.

Conclusiones:

El programa quid-INNOVA ha repercutido significativamente en la producción científica, lo que lo convierte en un claro ejemplo de transferencia de la formación a la práctica, puesto que se ha logrado incrementar el conocimiento científico en términos de artículos publicados y de proyectos de investigación financiados. Promoción del conocimiento.

3. Enfermedades Crónicas: Impacto en el Espacio Movilidad Vital y Calidad de Vida del Adulto Mayor:

Propósito y Metodología:

Conocer el efecto del número de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y depresión en la calidad de vida y el espacio de movilidad vital del adulto mayor. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La población de interés estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de edad, que acudieron a la consulta de Geriatria de un hospital público de tercer nivel del Estado de Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico. El tamaño de la muestra de 263 adultos mayores se determinó con base en el paquete estadístico n'Query Advisor con los siguientes criterios: potencia de .93, significancia de .05 para un coeficiente de correlación de .33; tamaño de efecto grande. Se aplicaron coeficiente de correlación de Pearson para variables con distribución normal y de Spearman para aquellas sin distribución normal; pruebas U de Mann-Whitney y modelos de regresión lineal. La prueba de Kolmogorov Smirnov sirvió para determinar la normalidad de variables y el coeficiente alfa para la consistencia interna de los instrumentos.

Contribuciones y Conclusiones:

El estudio permitió conocer el efecto de las variables independientes en la calidad de vida y el espacio de movilidad vital. La media de edad fue de 73.48 años ($DE = 8.41$), de escolaridad 2.64 años ($DE = 2.64$). El 76 % correspondió al sexo

femenino. Los adultos mayores de 71 años, las mujeres y los que no tienen pareja tienen más reducido su espacio de movilidad. El coeficiente de correlación mostró que la calidad de vida se relacionó con: espacio de movilidad vital ($r = .473, p < .001$), síndromes geriátricos ($rs = -.572, p < .001$) y número de enfermedades ($rs = -.222, p < .001$). La depresión se relacionó con calidad de vida ($rs = -.531, p < .001$) y espacio de movilidad vital ($rs = -.418, p < .001$). Las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos influyeron la calidad de vida y el espacio de movilidad vital (11% y 32%, respectivamente). Los valores de las betas y el nivel de significancia indican que los síndromes geriátricos tienen más peso que las enfermedades en las explicaciones de calidad de vida y espacio de movilidad vital. Los datos indican que a mayor espacio de movilidad mejor calidad de vida y entre más síndromes geriátricos manifestados por los participantes y número de enfermedades consignadas en el expediente clínico peor calidad de vida. A mayor depresión menos calidad de vida y espacio de movilidad vital

4. Impacto de una intervención de auto evaluación clínica sobre la adecuación de la estancia hospitalaria:

Objetivo:

Evaluar el impacto de una intervención sobre la proporción de estancias inapropiadas (EI), para contrastar la hipótesis de que una intervención sencilla de información y participación (adeQhos®) permite reducir la proporción de EI.

Método:

Estudio pre/postintervención mediante el cuestionario «adeQhos®», que compara 2 grupos experimentales (medicina, cirugía) y 2 grupos control (otras especialidades médicas, cirugía ortopédica y traumatología), en 10 hospitales de agudos de Cataluña. Los mismos revisores evaluaron la adecuación mediante el Appropriateness Evaluation Protocol, antes y después de la intervención.

Resultados:

Se revisaron 1.594 estancias antes de la intervención y 1.495 después. El 41,1% de todas las estancias revisadas (día previo a alta) resultaron inapropiadas. La intervención se realizó sobre 4.613 estancias. Hubo un incremento significativo de EI en el grupo control de medicina (del 39,7 al 48,6%), mientras que en los grupos de intervención no se observó ninguna disminución (en medicina del 46,7 al 50,6%, y en cirugía del 27,2 al 31,2%). Sin embargo, la correlación entre la

intensidad de la intervención y las diferencias de EI antes y después fue de $r = -0,373$ ($p = 0,106$). La intensidad de la intervención fue desigual en los diferentes hospitales; en los que presentaban una intensidad de intervención $> 60\%$ el porcentaje de EI disminuyó 10,7 puntos en medicina y 4,8 en cirugía, mientras que en los grupos control aumentó.

Conclusiones:

La prevalencia de EI en el día previo al alta en los hospitales estudiados fue considerablemente alta (del 41,1%). No se observó ninguna reducción significativa de la inadecuación hospitalaria tras una intervención de baja intensidad.

5. Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas en la salud de las poblaciones:

La Evaluación de Impacto en Salud es una metodología integral propuesta por la OMS para determinar el impacto sobre la salud de los proyectos, propuestas de políticas y estrategias que originalmente no traten específicamente de la salud, pero que tengan un efecto en la misma. El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a cómo se elaboran las EIS así como valorar su utilidad en Salud Pública. La Evaluación de Impacto en Salud es un proceso multidisciplinar que combina evidencias cualitativas y cuantitativas en un marco de toma de decisiones y está basada en un modelo de salud que incluye los determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales de la salud. Es decir, las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de Salud Pública decididas a nivel político, por lo que los responsables de poner en marcha esas medidas deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Para poder realizar Evaluación de Impacto en Salud, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder investigar a posteriori los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la Evaluación de Impacto en Salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos adversos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como "una combinación de procedimientos, métodos e instrumentos que permiten juzgar los posibles efectos de una política, un programa o proyecto en la salud de una población, y la distribución de los potenciales efectos dentro de ella"¹. Para Karen Lock² la EIS es un método estructurado para determinar y mejorar las consecuencias sobre la salud de proyectos y políticas de sectores no

sanitarios. Es un proceso multidisciplinar que combina evidencias cualitativas y cuantitativas en un marco de toma de decisiones. El Yorkshire & Humber Public Health Observatory de Gran Bretaña añade que el enfoque está basado en un modelo de salud que incluye sus determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales³. Se puede aplicar en múltiples contextos que incluyen políticas nacionales, planificación urbana local, transporte, y medio ambiente. El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a cómo se elaboran las EIS así como valorar su utilidad en Salud Pública.

Concepto y aplicaciones

El objetivo de la EIS es mejorar el conocimiento sobre el efecto de las políticas o programas en la salud de las poblaciones, informar a los responsables políticos y a las poblaciones afectadas y facilitar los cambios en las políticas evaluadas para mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivos⁴. Para el NICE⁵ es un proceso práctico, un procedimiento, un método o una herramienta que predice las consecuencias en la salud de la población así como en sus diversos grupos, de una política, estrategia, programa o proyecto. Influye en los responsables políticos asesorándoles para que tengan en cuenta las implicaciones y los posibles beneficios para la Salud Pública de sus decisiones e implica a responsables políticos cuando es apropiado.

El planteamiento para desarrollar la EIS es que si las intervenciones con un impacto real en la salud de las poblaciones deben tener un enfoque global y ser de nivel estructural, con medidas de Salud Pública decididas a nivel político, los responsables de ponerlas en marcha deben implicarse en el proceso de toma de decisiones y en la posterior evaluación de su efectividad. Según Glass y McAtee⁶, mientras que las condiciones sociales distales (entendidas como los determinantes de salud de nivel poblacional relacionados con las políticas) son más difíciles de observar, son en última instancia, más importantes en determinar el estado de salud o la carga de enfermedad en las poblaciones. Esos determinantes sociales, que se producen por las políticas, desarrollo y aplicación de leyes, normas, reglas, y como consecuencia de éstas, las condiciones de la vida de la población, pueden tener mayor impacto en la Salud Pública que el control de causas próximas (los factores de riesgo de nivel individual). Por ello es de vital importancia evaluar el efecto de las diferentes políticas en la salud de las poblaciones, implementando la EIS.

La EIS se desarrolla en Europa desde 1999, sobre todo en Reino Unido, Holanda y Suecia. Otros países como Francia y Alemania la implementan más recientemente. La mayoría de las aproximaciones se llevan a cabo a nivel local (en proyectos o programas de menor escala), a pesar de los intentos recientes de trasladarlo al niveles más amplios (de política nacional).

Entre las limitaciones de este enfoque se han señalado la falta de metodología consensuada para su realización (pese a que hay modelos desarrollados hace

años), lagunas en la evidencia de los impactos de la salud de factores ambientales, y falta de monitorización y evaluación de la propia EIS.

A pesar del avance en los métodos de EIS, queda por lograr su integración satisfactoria en el proceso principal de elaboración de políticas. Uno de los principales problemas es que las EIS están hechas a menudo en poblaciones pequeñas o específicamente definidas, en las que datos de salud relevante, socio-demográficos, y de otros determinantes de salud no se recogen rutinariamente. Mejorar, estandarizar y sistematizar metodologías, tales como estimaciones en áreas pequeñas, para hacer más fácil el estudio de la prevalencia de los determinantes de la salud en los subgrupos de la población de interés, es vital para avanzar y diseminar las EIS. Factores que contribuyen al éxito de las EIS son: la implicación de los decisores políticos en su diseño y puesta en marcha; la existencia de un seguimiento permanente de la EIS, desde la formulación de la política hasta el análisis de resultados en salud derivados de la misma; y la legitimación de la EIA en el proceso político.

Además es imprescindible hacer una evaluación de si los procesos concretos de esa EIS se están llevando a cabo de una manera adecuada. Países con más experiencia en EIS, como Inglaterra, proponen y realizan evaluaciones de proceso como una parte fundamental de la EIS.

Aunque es necesario estudiar EIS ya realizadas para poder aplicarlas basándose en la evidencia de la efectividad de sus resultados, al revisar la evidencia sobre las EIS realizadas hay un elemento importante que hay que considerar. Las revisiones sistemáticas examinan típicamente los efectos previstos de intervenciones cuidadosamente controladas, mientras que las EIS examinan los efectos indirectos en la salud de políticas de otros sectores. Si el criterio para evaluar la evidencia de alta calidad se mantiene tan elevado para las EIS como para las revisiones sistemáticas, encontrar la evidencia adecuada para EIS sería muy complicado, prácticamente imposible, por lo que los decisores políticos seguirían tomando decisiones sin la ventaja de incorporar el conocimiento que pueden aportar las EIS. Un modelo que vincula las decisiones políticas con los cambios en estados y determinantes de salud es el propuesto por Joffe y Mindell, que se basa en el modelo de evaluación de riesgo (identificación/dosis-respuesta/niveles de exposición/caracterización de riesgo) aplicado al "Modelo de evaluación política/riesgo". Este modelo permite evaluar EIS de una manera pragmática y realista.

6. Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña:

Resumen:

Trabajar en un contexto de pérdida como es en el proceso de morir, implica vivir día a día con las emociones generando un fuerte impacto en el personal

asistencial. Emociones que en su mayoría, serán negativas como la pena, la culpa, la tristeza y el miedo entre otras. El colectivo de Enfermería es de los más afectados al estar muy cerca y trabajar durante muchas horas, con el enfermo al final de su vida.

El principal objetivo de esta tesis es averiguar el interés que tiene el futuro profesional de Enfermería en trabajar en una situación de enfermedad avanzada y terminal y qué aspectos pueden incidir en aumentar o disminuir dicho interés. Por otro lado, cabría preguntarse hasta qué punto, procesos cognitivos y emocionales como la Competencia Percibida frente a la muerte, la Autoeficacia frente a la muerte y la Inteligencia Emocional Percibida, pueden ser factores que intervengan en el deseo de atender a enfermos al final de la vida. Otro objetivo ha sido analizar la influencia del factor sociocultural en relación a cómo se vive la muerte y su implicación en el interés por cuidar a este tipo de enfermos.

Para llevar a término los objetivos de esta tesis, se llevaron a cabo dos estudios. Uno con 444 estudiantes de Enfermería que cursaban sus estudios en Andalucía y Cataluña y otro, que consistió en la impartición de un seminario de educación sobre la muerte en el que participaron 177 alumnos de las dos comunidades. Estos estudios se realizaron a lo largo del curso académico 2002-2003.

Del análisis de los resultados del primer estudio, se extraen las siguientes conclusiones: - Los alumnos de esta investigación, de poder elegir, al finalizar los estudios, desearían trabajar con enfermos pediátricos, mientras que atender a enfermos terminales, sería la opción menos deseada.

- Los alumnos que muestran un elevado nivel de Competencia Percibida frente a la muerte, tienen un mayor deseo de trabajar con enfermos terminales y un menor miedo a la muerte y a los muertos.

En lo referente a la Autoeficacia frente a la muerte, señalar que a mayor nivel de Autoeficacia, mayor deseo de trabajar con enfermos terminales, mayor Competencia Percibida y menor miedo a la muerte y a los muertos.

En relación a la Inteligencia Emocional Percibida, se observa que los alumnos de esta muestra pertenecientes a la comunidad andaluza, presentan un nivel más elevado de comprensión de las emociones, así como una mayor regulación emocional en relación con los alumnos residentes en la comunidad catalana.

Por otro lado, también se observa que a mayor comprensión y regulación emocional, mayor es el deseo de trabajar con enfermos al final de su vida y menor miedo a la muerte y a los muertos.

En lo referente a los resultados de la impartición del seminario de educación sobre la muerte, señalar que: - El deseo de trabajar con enfermos al final de su vida no aumenta después de la impartición.

- La impartición genera una disminución de la Competencia Percibida y de la Autoeficacia en los alumnos de la comunidad catalana y un aumento en los estudiantes de la comunidad andaluza.

Las principales conclusiones de este trabajo nos llevan a plantear la necesidad de tener presentes en la formación del futuro profesional de Enfermería, los procesos cognitivos y emocionales antes expuestos. Sobre todo, si se tiene presente que las actitudes de miedo a la muerte y a los muertos así como el componente emocional que se da en el proceso de morir, se pueden modificar facilitando con ello, un mejor y adecuado acercamiento al enfermo y familia al final de la vida.

7. Cirugía mayor ambulatoria. Experiencia, valoración y resultados de la Unidad de Cirugía sin ingreso del Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova (S.V.S.):

Resumen:

El término CMA nace en 1.986 (Davis) y en España se desarrolla en los años 90.

Se puede definir como la atención a procesos subsidiarios de cirugía con Anestesia local, regional, general o sedación con cuidados postoperatorios poco intensivos, sin necesidad de ingreso hospitalario y que pueden ser dados de ALTA a las pocas horas del acto quirúrgico, utilizando la infraestructura hospitalaria durante el menor tiempo posible, sin disminuir la calidad ni la seguridad ofrecidas a los pacientes.

Desarrolla su actividad en las denominadas UCMA o UCSI con un plan funcional de normas de asistencia como son actuación, protocolos y responsabilidad administrativa del quirúrgico, anestesiólogo y del personal de enfermería.

Las premisas sobre las que hemos determinado nuestra hipótesis de trabajo han sido ambulatorizar procesos quirúrgicos frecuentes en las listas de espera, valorar tratamientos y resultados a medio-largo plazo, así como su impacto en la actividad de los servicios quirúrgicos.

Los objetivos de este trabajo han sido:

- 1.- Valorar el impacto de esta forma de hacer cirugía en el conjunto de un servicio de Cirugía General.
- 2.- Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico en las patologías seleccionadas.
- 3.- Objetivar la posibilidad de realizar un mayor control del gasto sanitario sin disminuir la calidad asistencial.

En 1.996 iniciamos nuestra actividad, como Unidad Integrada y Controlada por el servicio de Cirugía General, nutriéndonos de su lista de espera e incluyendo a los pacientes en el programa atendiendo a criterios quirúrgicos, médicos, anestésicos, personales y socio-familiares; siendo excluidos en base a criterios anestésicos y sociales.

Como modalidad asistencial resuelve eficientemente la patología más frecuente de un hospital y como unidad surge de la necesidad de reducir el tiempo de espera hasta la intervención, utilizando los recursos humanos y materiales disponibles interrelacionando calidad asistencial y control del gasto.

Definida su aportación a la actividad quirúrgica del sistema sanitario, el punto diferenciador entre la cirugía con o sin ingreso es dónde pasa el postoperatorio el paciente.

Concluimos que la CMA es un modelo óptimo de asistencia quirúrgica ya que permite tratar a los pacientes bien seleccionados de forma efectiva, eficiente y segura sin necesidad de disponer de una cama.

8. Satisfacción del usuario en Atención primaria: comparación entre distintos modelos asistenciales:

Resumen:

En la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios, la valoración de la satisfacción del usuario resulta de capital importancia por proporcionar información sobre el éxito del proveedor en cumplir las expectativas del usuario, de las que este es la autoridad última.

Objetivos:

- Conocer y comparar el grado de satisfacción de los usuarios del Centro de Salud, consultorio y medicina privada.
- Estudiar la influencia de una serie de variables (socio demográficas de utilización de servicios y de trato recibido) sobre la satisfacción
- Estudiar la influencia de la satisfacción sobre una serie de variables de utilización de servicios.

El trabajo fue realizado en el centro de Salud Ciudad-Jardín de Alicante, ubicado en una zona de salud urbana.

El método para evaluar el grado de satisfacción de los usuarios fue la encuesta de opinión.

Con respecto a la influencia de la satisfacción sobre la utilización de servicios se obtuvieron dos conclusiones:

- Esta relacionado en sentido inverso con la utilización de servicios privados complementarios.
- Respecto a la evidencia de mayor frecuentación en el Centro de Salud, queda claro que no se atribuye a la mayor satisfacción; al relacionarse con el motivo de consulta pensamos que puede estar en razón oferta de actividades preventivas y de control, o bien que los mas enfermeros o necesitados de atención se han afiliado al centro de Salud, pero este explicación sería la mayor accesibilidad del centro de Salud, pero este aspecto no se ha estudiado.

9. Dimensiones de satisfacciones en las unidades de VIH-SIDA en hospitales públicos de la comunidad de Madrid:

Resumen:

El nivel de satisfacción de los usuarios ha sido considerado como un indicador relevante para medir la calidad de asistencia sanitaria.

Se selecciono una muestra de distintos hospitales, seleccionadas por unidades de VIH/SIDA, se determino en base al modelo de experiencia asistencial. Siendo cuatro las instituciones participantes: Hospital Universitario Ramon y Cajal, Hospital Universitario Gregorio Marañon, Hospital Universitario La Paz y Hospital Carlos III.

Se diseño un cuestionario estructurado de carácter anónimo, que integraba variables sociodemográficas del paciente, accesibilidad al hospital y de satisfacción del servicio asistencial; además contenía una pregunta abierta a sugerencias para la mejora de las prestaciones. Se realizo un análisis de fiabilidad del instrumento.

El instrumento de medida de la satisfacción muestra una alta consistencia interna y altos niveles de correlación de todos sus ítems con la satisfacción general por lo que puede considerarse fiable.

Dada la inexistencia de un modelo conceptual previo específico sobre el objeto de evaluación, no es posible comprobar la validez del instrumento.

Existen cuatro dimensiones de satisfacción: el entorno físico, asistencia sanitaria, atención socio sanitaria y servicios auxiliares.

La valoración global de las unidades de VIH/SIDA ha sido estimada por los usuarios como positiva

La información facilitada al paciente sobre su enfermedad, fue la pregunta con más valoración. El tiempo de espera fue la pregunta con más baja puntuación.

Los profesionales sanitarios más directamente implicados en el proceso asistencial han sido los mejor valorados.

Los aspectos de asistencia sanitaria (personal médico y de enfermería) parecen primar en la percepción de los pacientes entrevistados a la hora de explicar su satisfacción general con el servicio recibido.

Los resultados obtenidos proporcionan información y criterios de valor para evaluar la calidad percibida en las unidades de VIH/SIDA, mejorar la gestión operacional de los servicios asistenciales, rediseñar la estructura de funcionamiento interno y normalizar el proceso de integración social de los pacientes en la comunidad.

10. Enfermería amable, paciente satisfecho:

Resumen:

La satisfacción de los pacientes es una medida de la calidad de los servicios sanitarios. El objetivo del presente estudio fue obtener un cuestionario válido y fiable para valorar la satisfacción del usuario con la enfermera de atención primaria.

El modelo conceptual de partida es el modelo SERVQUAL.

La satisfacción de los pacientes con la atención recibida, además de ser crucial para la evaluación de los servicios, es clave en la mejora de la calidad asistencial. La información sobre la satisfacción de los pacientes se puede utilizar como medida de la calidad de diferentes aspectos del servicio y permite identificar áreas que presenten déficit desde el punto de vista de la persona que lo recibe.

El cuestionario inicial consta de once ítems que cubren las nueve dimensiones del modelo y finalmente se obtiene un cuestionario de tres ítems, escucha, amabilidad y confianza, que denominamos AMABLE.

La utilidad de amable es disponer, en poco tiempo y de forma sencilla, de una información con criterios métricos de calidad, sobre la satisfacción del usuario que permite identificar aspectos deficientes y susceptibles de mejora en esa calidad percibida.

Bibliografía de la reseña Bibliográfica:

- Formados para un nuevo modelo, Experiencias de Gestión Asistencial (Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración)
- Revistas de Atención Primaria (Biblioteca de la Facultad de Enfermería).

Bases Electrónicas:

- Fundación Index, Cielo, Medline, BVS, Cochrane Plus en Español.
- <http://www.enfersalud.com/index>.
- <http://real.enfermeria>.
- <http://www.dialnet>.

ANEXO 2

Un protocolo por tanto debe especificar:

1. la definición de la actividad a realizar, con una denominación que no induzca al error y que sea de general aceptación entre los profesionales encargados de llevar la causa.
2. la determinación del receptor de la acción, paciente, hacia el que se va actuar, y las condiciones de éstos que hacen precisa la acción o en las que debe situarse el usuario.
3. la descripción de agente que lleva a cabo la acción, y las condiciones en que estos deben situarse.
4. la relación de los medios materiales a emplear en la acción y las condiciones exactas de estos recursos.
5. la secuencia detallada de los actos que se van a llevar a cabo.
6. la forma de finalización del proceso, es decir, el resultado esperado, la recogida de los medios empleados y la manera de evaluar la acción y registrar lo realizado.

UTILIDAD DE LOS PROTOCOLOS

Son elementos indispensables en una organización, ya que determinan en una buena manera la forma de actuar y, en consecuencia influyen en todo el proceso. Sin embargo, hay que señalar que un protocolo alcanza su mayor actividad cuando se cumplen las siguientes condiciones: 1) necesidad de la protocolización. Solo se deben elaborar procedimientos de aquellas actividades que sean verdaderamente significativas, por: a: su importancia para el cuidado

B: la complejidad de su ejecución

C: la posibilidad de obtener resultados diferentes con diversos modos de actuar.

D: su costo en tiempo o dinero.

Esto quiere decir que se debe tender a limitar el número de protocolos a los verdaderamente precisos,

2) accesibilidad para su consulta y discusión: los protocolos de una institución o unidad deben recogerse por escrito y conjuntamente en un manual de procedimientos que este al alcance de todos los trabajadores para su consulta en cualquier momento.

3) posibilidad de cumplimiento y revisión: el personal de enfermería debe tener la costumbre de utilizar los protocolos, porque un protocolo sirve si es observado por el personal, en caso necesario puede ser cambiado, sustituido o anulado.

4) facilidad de cumplimiento: un procedimiento debe reflejar la mejor manera de llevar a cabo una actuación de enfermería, pero siempre que esta sea verdaderamente posible de acuerdo a los medios y la situación en que se encuentre la institución y el propio personal.

Un protocolo puede, por tanto ser: a) empírico, cuando recoge la forma habitual en que se practica un determinado cuidado.

b) ideal: cuando se expresa la manera idónea que será preciso alcanzar en la realización de una práctica enfermera.

Cumplidas estas condiciones, se acepta que un protocolo tiene las siguientes utilidades:

- 1) unifica los criterios de actuación de todos los trabajadores, en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.
- 2) Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.
- 3) Abarata costos económicos, ya que estandariza la utilización de medios y tiempos.

- 4) Sistematiza la información, facilitando el registro de las actividades. Esto ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y a los resultados de la misma.

ANEXO 3

Protocolos que usaremos para nuestra investigación:

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREOPERATORIO GENERAL Y ESPECÍFICO PARA USUARIOS INTERVENIDOS POR RESECCION TRANSURETRAL (R.T.U.) Y ADENOMECTOMÍA TRANSVESICAL (A.T.V)

Introducción:

La hipertrofia prostática benigna se presenta en individuos mayores de 50 años. Esta hiperplasia ocurre generalmente, a nivel de lóbulo medio y/o laterales de la próstata, y por su estrecha relación con la uretra, ocasiona un cuadro de obstrucción urinaria baja. Según sea la importancia de este cuadro, habrá repercusión a nivel del aparato urinario alto, con diversos grados de insuficiencia renal.

La Resección Transuretral (R.T.U.) es una cirugía endoscópica que se emplea en algunas afecciones de uretra, próstata, vejiga y en patología uretral baja. Es la extirpación del tejido prostático que obstruye la uretra. Esta vía se utiliza cuando la glándula es pequeña (grado I y II) lo que reduce considerablemente el periodo de internación y convalecencia del usuario y también se utiliza como estudio diagnóstico.

La Adenomectomía Transvesical (A.T.V) se realiza a través de una incisión mediana infraumbilical, abriendo vejiga, se accede a la próstata, se realiza cuando la glándula es más grande (grado III) y permite el tratamiento de otras lesiones vesicales si las hubiera.

El período preoperatorio comienza en el momento en que el personal médico toma la decisión de realizar la intervención quirúrgica al usuario, y finaliza una vez que el usuario ingresa en la sala de Operaciones.

El período preoperatorio alejado es el lapso de tiempo que transcurre desde que se decide intervenir quirúrgicamente al usuario hasta 48 horas previo al acto quirúrgico

El período preoperatorio mediato es el lapso de tiempo desde que se decide intervenir quirúrgicamente al usuario hasta las 24 horas previo al acto quirúrgico propiamente dicho.

El período preoperatorio inmediato abarca las 24 horas previas al acto quirúrgico.

Debemos considerar que el período preoperatorio puede ser variable dependiendo del tipo de cirugía a realizar, es decir: cirugías de coordinación, cirugías de urgencia y cirugías de emergencia.

FUNDAMENTACIÓN:

Consideramos importante la realización de Protocolo Preoperatorio porque con la aplicación del mismo pretende orientar al usuario y a su familia, para que se encuentren preparados para cuando llegue el momento de la intervención quirúrgica y que por medio de una valoración integral de enfermería se detecten posibles complicaciones o factores de riesgo determinando acciones independientes y dependientes a seguir para lograr que el usuario llegue a la intervención en la mejores condiciones posibles tanto físicas como psíquicas, y que esto contribuya a minimizar posibles complicaciones y a una recuperación favorable del usuario.

La Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), también denominada Adenoma de Próstata es un tumor benigno de la glándula prostática que habitualmente comienza a desarrollarse a partir de la cuarta década de la vida, aumentando su incidencia con el aumento de la edad del hombre. Más del 20% de los sujetos mayores de 50 años necesitan tratamiento por presentar trastornos en la micción.

OBJETIVOS GENERALES:

Contribuir a elevar la calidad de los cuidados de enfermería en el período preoperatorio mediato y en el período preoperatorio inmediato, favoreciendo la recuperación del usuario.

Contribuir a disminuir los factores de riesgo, para evitar complicaciones intra y postoperatorias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Contribuir a disminuir los factores de riesgo particulares de cada usuario, dependiendo de sus antecedentes médicos y de su entorno biopsicosocial, estableciendo planes de cuidados específicos para evitar complicaciones.

Unificar criterios en la gestión de cuidados de enfermería.

Fortalecer el área independiente de enfermería.

Evitar complicaciones de salud en el periodo post-operatorio del usuario.

METAS:

Aplicar el proyecto de gestión al 100% de los usuarios que se encuentran internados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quinteña"; Piso 9; Clínica Urológica; Unidad Operativa N°1, en el período comprendido de abril del 2009 a octubre del 2010.

BENEFICIARIOS:

Directos:

Todos los usuarios, internados en el servicio de la Clínica Urológica, Piso 9, Unidad Operativa N° 1 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quinteña"

Indirectos:

Integrantes del equipo de salud que con la aplicación de las mismas podrán disminuir las complicaciones que de cada patología se derivan, elevando así la calidad de la prestación del servicio.

La Institución y por consiguiente el Estado que al evitar las complicaciones disminuye los costos financieros que derivan de las mismas y el aumento consiguiente de la estadía hospitalaria.

PRODUCTOS:

Disminución del tiempo de estadía del usuario en el servicio y así disminuir los costos financieros para la institución.

LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL

Macro – localización: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”.

Micro – localización: Piso 9, “Clínica Urológica; unidad operativa N°1.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Usuario, familia, Historia Clínica (estudios paraclínicos, estudios realizados radiológicos, interconsultas realizadas), cuaderno de novedades, tarjetero.

RECURSOS NECESARIOS

Recursos humanos:

Internas de licenciatura en enfermería.

Auxiliar de enfermería.

Recursos materiales:

Esfignomanómetro.

Estetoscopio.

Termómetro.

Reloj con segundero.

Bandeja

Instrumento de registro.

Dos trozos de leuco de 10 cm. de largo para identificar al usuario y la cama.

Equipo para block quirúrgico (gorro, poncho, chiripa, botas).

Financieros:

Fotocopias \$150

Tiempo:

15 minutos

MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

Se utilizará para registrar la planilla del Proceso de Atención de Enfermería elaborada por los Internos de Enfermería. La misma será completada cuando se decida realizar la intervención quirúrgica. Los datos recogidos pertinentes serán registrados en la Historia Clínica.

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS QUE SE VAN A REALIZAR

Realizar la valoración integral del usuario en la etapa del preoperatorio es esencial, utilizando como herramienta fundamental el Proceso de Atención de Enfermería. Registrar en la Historia Clínica la valoración completa e integral del usuario, los diagnósticos más prioritarios, las acciones que se planificaron y las acciones realizadas, así como también registrar la evaluación.

Reunir todas las pruebas preoperatorias (laboratorio, radiología y electrocardiograma, chequear la existencia de estudios e interconsultas (informe de anestesista y cardiólogo, además de otras que pudieran ser necesarias dependiendo de la situación de salud-enfermedad del usuario). Los estudios paraclínicos que componen la valoración preoperatorio son: crisis sanguínea, hemograma, glicemia, función renal, radiografía de tórax y electrocardiograma, a esto se le debe sumar los estudios específicos para el tipo de patología (tomografías, ecocardiogramas, ecografías, ecodoppler, arteriografía, urografía intravenosa, centellograma óseo, colon por enema, fibrocolonoscopia, etc.). Se realizará la preparación o extracciones para los exámenes diagnósticos solicitados por el médico, verificar la vigencia de la Vacuna Antitetánica y en su defecto coordinar su administración

Corroborar donantes de sangre.

Verificar suspensión adecuada en tiempo y forma del tratamiento anticoagulante o antiagregante plaquetario si es pertinente(1 semana a 15 días antes)

En el período preoperatorio mediano informar al usuario acerca de las molestias que pueden presentarse luego del acto quirúrgico así como en el estado esperado en el que saldrá de la sala de operaciones (sonda vesical con lavado continuó que tendrá en el postoperatorio inmediato; la hemorragia postoperatoria leve). Se

orientará sobre técnicas de respiración profunda, tos forzada, cambio de posición y movimiento corporales activos y pasivos de los miembros inferiores, intentar disminuir la ansiedad ante el acto quirúrgico mediante la contención, el espacio de escucha y la información que compete a enfermería sobre el proceso vital estresante.

Explicar los posibles cambios en la vida sexual en el caso de adenomecтомía (la resección del adenoma produce eyaculación retrógrada, el semen se vuelca en vejiga y no por la uretra, afectando la fertilidad no la erección).

En el período preoperatorio inmediato:

Informar al usuario y familia la fecha, la hora, lugar y condiciones en que se ha de realizar la intervención, prestando apoyo emocional si así lo requieren.

Colocar los dispositivos que estén indicados (catéteres, sondas vesicales, etc). Puede estar indicada la colocación de una sonda uretral, si previamente no la portaba, para calibrar la uretra y facilitar el pasaje del aparato de endoscopia cuyos calibres son gruesos (25-28 Ch).

Se realizarán los cuidados específicos para esta etapa (ej.: rasurado, enema evacuador, rutinas preoperatorias inmediatas como ionograma y crisis).

Preparar al usuario con ayuno de por lo menos de 8 horas.

Verificar que el usuario se encuentre en adecuadas condiciones de higiene corporal y de la zona quirúrgica.

Si la anestesia está previsto que sea regional, se debe orientar al usuario al respecto, pues su colaboración será fundamental, ya que permanecerá despierto durante el acto quirúrgico. Tener en cuenta que muchas veces será un usuario añoso, tal vez con déficit de conciencia y general temeroso ante la intervención. La valoración del estado de conciencia previo a la cirugía es importante para la comparación y evaluación en el postoperatorio.

Administrar medicación pre- anestésica indicada por anestesista y urólogos tratantes (protectores gástricos, sedantes, tranquilizantes, antihipertensivos).

Deberá quitarse las joyas, prótesis y las prendas de vestir, y corroborar de que se quite el esmalte de uñas.

Vestir al usuario para BQ (gorro, poncho, chiripa, botas) y en su defecto se lo enviara desnudo.

Instruir a que evacue la vejiga antes de ser trasladado al quirófano.

Identificar al usuario en la muñeca y a la cama con los siguientes datos: piso, sala, número de cama, nombre del usuario y número de registro.

Asegurarse que el transporte del usuario se realice en forma cómoda y segura, constatando el envío de la Historia Clínica completa (actual y anterior) con toda la paraclínica y consentimiento informado firmado para entregárselo al camillero que lo llevará a block quirúrgico.

Despedir al usuario e informar a la familia en donde puede permanecer y en que momento se le brindará información sobre el usuario.

PROCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO
POSTOPERATORIO GENERAL Y ESPECIFICO PARA PACIENTES
INTERVENIDOS POR RESECCION TRANSURETRAL (R.T.U.) Y
ADENOMECTOMÍA TRANSVESICAL (A.T.V)

INTRODUCCION:

El período postoperatorio es el tiempo de recuperación transcurrido luego de realizar la intervención quirúrgica, y que se prolonga el tiempo que sea necesario para que el usuario retorne a la normalidad sus funciones corporales.

El período postoperatorio se divide en:

Período postoperatorio inmediato: corresponde a las primeras 24 horas luego de la intervención quirúrgica.

Período postoperatorio mediató: lapso transcurrido entre las 24 y 48 horas luego de la intervención quirúrgica.

Período postoperatorio alejado: desde las 48 horas hasta que el usuario es dado de alta definitiva

Se debe destacar que en este período el usuario atraviesa por cambiantes e inestables situaciones (tanto físicas como emocionales) que lo hacen vulnerable al padecimiento de complicaciones postoperatorias.

FUNDAMENTACIÓN:

Durante el período postoperatorio, el Proceso de Atención de Enfermería se dirige reestablecer el equilibrio fisiológico del usuario, alivio del dolor y prevención de complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención puesta en práctica de inmediato ayudan a la restauración del funcionamiento normal.

En el período postoperatorio el usuario deberá contar con un estado físico y emocional adecuado, considerando de suma importancia estandarizar los cuidados integrales de los usuarios por parte del personal de enfermería.

Con la finalidad de prestar cuidados integrales de calidad y evitar la aparición de problemas y complicaciones, es importante planificar una serie de actividades que

permitan al profesional de enfermería estar alerta ante la posible aparición de complicaciones.

OBJETIVO GENERAL:

Administrar cuidados de enfermería oportunos, eficaces y eficientes que contribuyen a mejorar la calidad del proceso de atención de enfermería en los usuarios que fueron intervenidos quirúrgicamente, con la finalidad de promover su pronta rehabilitación postoperatoria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Detectar precoz y oportunamente posibles complicaciones postoperatorias inmediatas que dificulten una pronta recuperación del usuario

Detectar precozmente signos de infección.

Unificar criterios en la administración de los cuidados de enfermería.

Identificar cualquier alteración del usuario intervenido quirúrgicamente y poder así implementar medidas correctivas con la finalidad de disminuir el tiempo de estadía post-operatoria del usuario en el servicio.

METAS:

Aplicar el proyecto de gestión al 100% de los usuarios que han sido intervenidos quirúrgicamente y se encuentran internados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"; Piso 9; Clínica Urológica; Unidad Operativa N°1, en el período comprendido de abril del 2009 a octubre del 2009; de Lunes a Viernes, en el horario de 6:30 a 17:30.

Detectar complicaciones en forma oportunas al 100% de estos usuarios durante el período postoperatorio, disminuyendo el tiempo de estadía post-operatoria del usuario en el servicio

BENEFICIARIOS:

Directos:

Todos los usuarios, internados en el servicio de la Clínica Urológica, Piso 9, Unidad Operativa N° 1 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Indirectos:

Integrantes del equipo de salud que con la aplicación de las mismas podrán disminuir las complicaciones que de cada patología se derivan, elevando así la calidad de la prestación del servicio.

La Institución y por consiguiente el Estado que al evitar las complicaciones disminuye los costos financieros que derivan de las mismas y el aumento consiguiente de la estadía hospitalaria.

PRODUCTOS:

Disminución del tiempo de estadía del usuario en el servicio y por consiguiente disminuir los costos financieros para la institución y el Estado.

LOCALIZACIÓN FÍSICA Y COBERTURA ESPACIAL

Macro – localización: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Micro – localización: Piso 9, "Clínica Urológica; unidad operativa N°1.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

Usuario, familia, Historia Clínica (estudios paraclínicos, estudios realizados radiológicos, interconsultas realizadas), cuaderno de novedades, tarjetero.

RECURSOS NECESARIOS

Recursos humanos:

Internas de licenciatura en enfermería.

Auxiliar de enfermería.

Recursos materiales:

Esfignomanómetro.

Estetoscopio.

Termómetro.

Reloj con segundero.

Bandeja

Instrumento de registro.

Termómetro

Torundas de algodón

Alcohol

Guantes estériles y guantes limpios

Material blanco (gasas, apósitos estériles)

Bolsas de residuos

Leucoplasto

Bocal

Financieros:

Los costos de bolígrafos y fotocopias de las planillas correrán por cuenta de las Internas de la Lic. En Enfermería, mientras que el resto de los recursos materiales necesarios para la implementación del plan correrán por cuenta de la institución en la cual se aplicará.

Costo total: \$U 150 (fotocopias y bolígrafo)

Tiempo:

20 minutos

MÉTODOS Y TÉCNICAS A UTILIZAR

Se utilizará para registrar la planilla del Proceso de Atención de Enfermería elaborada por los Internos de Enfermería. La misma será completada al momento de recibir al usuario en la sala. Los datos recogidos pertinentes serán registrados en la Historia Clínica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO POST-OPERATORIO:

Una vez que el usuario se ha recuperado del acto anestésico y esta en condiciones estables se lo traslada a su unidad en su correspondiente cama por el personal camillero del block quirúrgico. Recibir al usuario en la unidad y pase de guardia oral realizado por la Licenciada de Enfermería o Auxiliar de Enfermería de la unidad de Recuperación Post Anestésica (R.P.A).

Verificar la entrega de la Historia Clínica del usuario.

Posicionar al usuario en decúbito dorsal con cabeza lateralizada en caso de haber recibido anestesia general y sin almohadas durante las siguientes 12 horas; abrigado adecuadamente para ayudar a normalizar su temperatura corporal.

En este momento enfermería profesional llevara a cabo una valoración integral sistemática y planificada, la cual incluirá:

estado de conciencia cada 2 horas en el postoperatorio inmediato y una vez por turno en el postoperatorio mediano, valoración del dolor,

estado respiratorio,

cardiovascular, control de signos vitales cada 2 horas en el postoperatorio inmediato y una vez por turno en el postoperatorio mediano

valoración de la herida operatoria

control de sueroterapia por turno,

identificar adecuadamente todas las vías de excreción de orina, y drenajes quirúrgicos si los tuviera con el consiguiente control de permeabilidad, fijación y hermetismo,

control y registro en cantidad y calidad de egresos por turno: de diuresis y de los drenajes de las logias quirúrgicas.

valorar la respuesta del usuario a la intervención.

Revisar la historia clínica del usuario el relato y la intervención quirúrgica que se ha efectuado, para comprender el proceso, verificar que la historia clínica contenga las indicaciones médicas para el periodo postoperatorio; el tratamiento

administrado al usuario hasta el regreso de R.P.A., así como estudios realizados y evolución del usuario.

Realizar las tarjetas según las indicaciones médicas prescriptas.

Cumplir con las indicaciones postoperatorias realizadas en cuanto a analgesia, medicación, tratamiento dietético e higiénico. Realizar paraclínica de control indicada.

Asegurar el confort psico-físico del usuario vigilando su evolución emocional y permitir que el usuario exprese sus preocupaciones, ansiedad y evacuar dudas y continental al usuario.

Realizar curación de herida operatoria si es pertinente y/o indicación médica.

Corroborar signos de alteración del tránsito intestinal por turno

Realizar Balance Hídrico en el postoperatorio inmediato.

Estimular al usuario a realizar ejercicios físicos explicados en el preoperatorio para favorecer la circulación y la expansión pulmonar.

Realizar higiene y confort si se requiere.

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERÍA PARA R.T.U Y A.T.V.

Se realizaran todas las actividades mencionadas en el post operatorio, y además las que se especifican a continuación:

Observar condiciones generales de los genitales externos, puede aparecer inflamación de las bolsas escrotales y de testículos

Puede aparecer corrimiento sanguinolento de prepucio en las primeras horas considerándose esto normal.

Realizar lavado vesical continuo y efectivo, para eliminar sangre y/o coágulos, en las primeras horas es conveniente mantener lavado a 60 gotas por minuto. Si hay presencia de sangre fresca es útil colocar lavado frío pues produce mayor efecto hemostático.

Realizar control de diuresis en las primeras 48 horas, en busca de retención urinaria, ya que es frecuente en el post operatorio, si persiste mas de 8 horas avisar a guardia medica, aplicando la guía diseñada por las internas de Licenciatura de Enfermería (ver anexo 9)

Sistema nervioso central y periférico:

Objetivos:

Destacar signos y síntomas de edema cerebral

Detectar complicaciones de la anestesia

Intervención de enfermería:

Valoración de los estados de dolor post-operatorios, (ATILIEF).

Control de estado de conciencia valorando los estados de inquietud, irritabilidad, incoherencia, confusión, agitación o disminución del nivel de atención, cada 2 horas en el post operatorio inmediato y una vez por turno en el mediato.

Vigilar la aparición de cefaleas vómitos o la sensación de vértigo.

Controlar el grado de movilidad de miembros inferiores o la sensación de hormigueo (en raquianestesia).

Control de temperatura corporal para detectar hipotermia o hipertermia, a causa de las posibles complicaciones post-operatorias, proporcionar abrigo.

Colocar cómodamente al usuario en decúbito dorsal, sin almohada y con la cabeza lateralizada (por la probable aparición de vomito y previniendo la aspiración del mismo).

Si la intervención quirúrgica se realizo bajo raquianestesia el usuario permanecerá por 12 horas sin levantar la cabeza (para evitar la decompresión del espacio peridural) evitando cefaleas y vómitos. Reposo según indicación.

Sistema cardio-vascular:

En todo acto quirúrgico existe un riesgo muy importante de hemorragia debido a la gran vascularización de la logia, pudiendo quedar abierto los vasos sanguíneos.

Objetivos:

Detectar signos o síntomas de descompensación hemodinámica por sangrado, que puede llevar al usuario a instaurar un shock hipovolémico , como complicación dada por el pasaje de agua hacia el espacio endovenoso durante el acto quirúrgico .

Evitar trombo-embolismo, por la formación de trombos en las extremidades inferiores.

Detectar otras alteraciones que pueden haber o aparecer en el sistema considerando la edad y los antecedentes patológicos del usuario (H.T.A)

Intervención de enfermería:

Control de presión arterial.

Control de frecuencia cardíaca: frecuencia, ritmo, calidad del pulso y pulsos periféricos por turno.

Controlar temperatura, color de la piel y humedad.

Control de cianosis periférica y relleno capilar

Fomentar movimientos pasivos y activos.

Sistema respiratorio:

Objetivos:

Evitar atelectasias pulmonares.

Favorecer la función respiratoria óptima evitando infecciones.

Intervenciones de enfermería:

Control de frecuencia respiratoria, ritmo, tipo de respiración, forma, presencia de disnea, , simetría de ambos hemotórax

Auscultación de sonidos respiratorios.

Promover para la realización de ejercicio de ventilación enseñados en el periodo PRE-operatorio

Vigilar la presencia y características de secreciones y valorar la necesidad de fluidificarlas

Colocar al usuario en posición que favorezca la ventilación

Favorecer la deambulación precoz, evitando en lo posible el reposo excesivo

Cambio de posición cada 2 horas, para mejorar la mecánica ventilatoria.

Administración de oxígeno si lo requiere.

Sistema Tegumentario:

Objetivos:

Restablecer la integridad cutánea.

Prevenir infecciones.

Intervenciones de Enfermería:

Observación del estado general de la piel (presencia de lesiones y dispositivos invasivos, coloración ,hidratación)

Observación de la herida operatoria.: aspecto, extensión, profundidad, piel circundante, presencia de secreciones; en cada turno.

Curación de la herida quirúrgica, si es pertinente o es indicado por medico tratante.

Sistema nefro-urinario:

Objetivos:

Favorecer la funcionalidad renal

Favorecer la evacuación de la orina, evitando retenciones.

Detectar sangrados para evitar complicaciones de tipo hipovolémicos

Detectar signos de insuficiencia renal.

Intervenciones de enfermería:

Valorar presencia de diuresis espontánea o por medio de dispositivo.

En caso de presentar sonda vesical: asegurar la permeabilidad vesical colocando en posición adecuada la bolsa colectora, la sonda uretral; la bolsa de lavado en caso de tenerla; quedando el tubo colector y la sonda colocada por encima del muslo del usuario, para evitar la lesión a nivel ángulo pene-escrotal en el caso de los usuarios del sexo masculino.

Realizar control de diuresis

Al retirar la sonda vesical se le instruirá sobre los ejercicios miccionales de cortar el chorro orinar frecuentemente durante el día (máximo cada dos horas), también a contraer los glúteos y relajarlos.

Informar al usuario la importancia de la hidratación por vía oral de 1 menos tres litros (si no hubiese contraindicación), para favorecer la micción espontánea y evitar la infección.

Sistema Digestivo

Objetivos:

Restablecer la ingesta hídrica y la alimentación por vía oral.

Restablecer el ritmo de evacuación intestinal.

Intervenciones de Enfermería:

Vigilar la aparición de distensión abdominal.

Iniciar la vía oral precozmente con líquidos y fraccionados, llevando registro de lo ingerido y control de la tolerancia. Si tolera V/O se comienza con dieta blanda.

Valorar la presencia de náuseas o vómitos, en caso de éste último, lateralizar la cabeza y administrar la medicación indicada.

Indagar sobre expulsión de gases.

Vigilar en los sucesivos días la evacuación intestinal.

Cuidados locales de la incisión quirúrgica y Sistemas de drenaje

Valoración de la curación, observando la presencia de sangrado.

Curación diaria de la herida quirúrgica valorando signos de infección

Vigilar permeabilidad de los tubos de drenaje (si los presenta)

Valorar la presencia de dolor en el sitio quirúrgico, y actuar oportunamente

Administrar analgesia indicada.

Medir diariamente el gasto de drenaje (valorar características de lo drenado).

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE LAS SONDAS DE DRENAJE URINARIO

DEFINICIÓN:

Un traumatismo, enfermedad o cirugía genitourinarios pueden obstruir el flujo urinario normal del paciente, o bien requerir una desviación del mismo. En cualquiera de los casos, se insertará un drenaje, catéter, o sonda en el tracto urinario del paciente, a fin de mantener su flujo de orina.

SONDA DE NEFROSTOMÍA:

DESCRIPCIÓN: sonda terminada en forma de balón, ceta o cola de cerdo, insertada quirúrgicamente o por vía percutánea en la pelvis renal o los cálices y conectada a un sistema cerrado de drenaje.

OBJETIVO: _Drenar la orina directamente del riñón después de cirugía o cuando una obstrucción bloquea el flujo de orina. _Permitir al ejido renal su regeneración después de un traumatismo. _Proporcionar un drenaje permanente cuando el uréter no funciona correctamente.

TALLA VESICAL:

DESCRIPCIÓN: sonda insertada en la vejiga mediante incisión o punción suprapúbica y conectada a un sistema cerrado de drenaje.

OBJETIVO: _Drenar orina de la vejiga, normalmente cuando la uretra presenta bloqueo a causa de estenosis o lesiones.-Procurar un drenaje más cómodo que el realizado a través de una sonda uretral y conseguir una posible reducción del riesgo de infección vesical._ Drenar la vejiga después de cirugía ginecológica o vesical o cuando el paciente sufre rotura de pelvis.

SONDA VESICAL:

DESCRIPCIÓN: sonda introducida en la vejiga a través de la uretra y conectada a un sistema cerrado de drenaje.

OBJETIVOS:

Drenar la vejiga después de cirugía o traumatismo genitourinario (incluyendo traumatismo uretral) y cuando el paciente no pueda orinar adecuadamente.

FUNDAMENTACIÓN:

A través de la caracterización de la población se pudo constatar un alto porcentaje de usuarios que presentaban algún tipo de drenaje urinario (sonda vesical, talla vesical o nefrostomía), lo que era de esperar ya que nos encontramos en un área especializada como es la de urología. Por ello es que nos pareció pertinente realizar un protocolo de cuidados para dichos usuarios con el objetivo de realizar un proceso de atención de enfermería integral, continuo y humano basados en la sistematización de los cuidados que nos permita actuar oportunamente a través de la prevención de complicaciones y promoción de conductas saludables promoviendo el autocuidado.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a evitar complicaciones en el uso de sondas de drenaje urinario, manteniendo la permeabilidad de la sonda, disminuyendo el riesgo de infección y asegurando la correcta manipulación y utilización de la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Detectar usuarios portadores de sonda vesical, talla vesical o nefrostomía.

Valorar signos y síntomas de complicaciones relacionados al uso de los mismos.

Brindarle información sobre la adecuada manipulación del dispositivo, signos y síntomas de complicaciones relacionados con un incorrecto funcionamiento del mismo o manipulación

Brindar información acerca de los cuidados que debe realizar.

Incluir en el plan de alta los cuidados correspondientes.

META

Aplicar el protocolo de cuidados a usuarios portadores de sondas de drenaje al 100% de los usuarios que presentan la misma en el período comprendido entre octubre 2009- marzo 2010.

BENEFICIARIOS

Todos los usuarios que se encuentren internados en el servicio de la Clínica Urológica, Piso 9, Unidad Operativa N° 1 del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" en el período comprendido entre octubre 2009- marzo 2010.

MARCO INSTITUCIONAL

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Servicio de internación de la Clínica Urológica , Piso 9, Unidad Operativa N° 1

RECURSOS NECESARIOS

Recursos humanos:

Internos de Licenciatura en enfermería

Recursos materiales

Planilla del PAE

Bolígrafo

Guantes limpios

Vocal

Recursos financieros

Correrán por parte de las internas de enfermería, \$ 100

Tiempo: 15 minutos por usuario

EJECUCIÓN

Se realizara el protocolo a todos los usuarios que presentan sondas de drenaje urinario por parte de los internos de enfermería.

ESPECIFICACIÓN OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES ENFERMERÍA

Se realizara valoración integral, determinando la presencia de sondas de derivación urinaria

En aquellos usuarios que presenten derivaciones urinarias :

Asegurarse que el paciente se duche diariamente, siempre con la sonda conectada a la bolsa colectora.

Controlar que el paciente lave los genitales con agua y jabón, prestando especial atención a que la zona del meato se mantenga libre de adherencias y exudaciones para evitar la uretritis (en caso de sonda vesical):

- En el hombre: El lavado se realizará retirando el prepucio, limpiando a fondo el glande y

secando. Al terminar, volver el prepucio a su posición normal para evitar la parafimosis.

- En la mujer: El lavado se realizará del clitoris a la zona perianal.

En el caso de nefrostomías y tallas vesicales, curar día por medio utilizando técnica estéril el sitio de inserción del drenaje con suero fisiológico por arrastre, secado y dejar bajo curación plana con gasa estéril.

Fijar la sonda en el tubo de drenaje de la bolsa colectora para evitar tirones o acodamientos:

En caso de sonda vesical:

- En el hombre: En la cara anterior del muslo.

- En la mujer: En la cara interna del muslo.

En caso de nefrostomía fijar la sonda a la piel del paciente para evitar desplazamientos

En caso de talla vesical fijar a un lado del abdomen del paciente.

Utilizar siempre un sistema colector cerrado, con válvula de vaciado.

Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga, para garantizar que, si el sistema no tiene válvula, no se produzca reflujo; y debajo del riñón en caso de nefrostomías.

Controlar la ingesta y procurar que beba de dos a tres litros de líquidos al día, si no existe contraindicación.

Realizar control de diuresis. Vaciar la bolsa a demanda vigilando la coloración y el aspecto de la orina.

Realizar balance ingesta/diuresis en casos necesarios

Vigilar que la orina drene de forma continua. Si no es así:

- Comprobar que no existe un doblez en los tubos de drenaje.
- Realizar lavados vesicales, con suero fisiológico de lavado o agua destilada estéril, para asegurarse que la sonda vesical no está obstruida.
- Retirar la sonda y volver a sondear, en caso de obstrucción.
- NO RETIRAR NUNCA LA SONDA en enfermos sometidos a una prostatectomía radical.

• Retirada/cambio de sonda vesical y/o talla vesical:

Preservar la intimidad al paciente.

Informar al paciente del motivo de la retirada de la sonda, explicándole la técnica que se va a realizar y la importancia de su colaboración.

Lavar la zona de inserción de la sonda con agua y jabón.

Realizar la técnica con la sonda conectada a la bolsa.

Colocar al paciente en la posición adecuada:

- En el hombre: En decúbito supino con las extremidades inferiores ligeramente separadas.
- En la mujer: en decúbito supino con las piernas separadas y flexionadas (posición ginecológica).

_ Desinsuflar el balón aspirando totalmente su contenido.

_ Empezar a retirar suavemente la sonda. Si encontramos resistencia o el paciente refiere dolores importantes:

- Comprobar que se vació completamente el balón.
- Rotar la sonda y repetir la técnica descrita. Si la sonda cede y no progresa en su salida, avisar al médico.

_Cambio de sonda vesical: Si no se da ninguna circunstancia que obligue a hacerlo de forma urgente:

- Si la sonda es de látex, cada 15 días.
- Si la sonda es de silicona, cada 30-40 días.

_En caso de tener que sondar por retención aguda:

- Realizar la técnica de sondaje según el protocolo.
- Dejar que drene la herida entre 300 y 400 cc y pinzar la sonda.
- Repetir la operación cada 20 minutos, hasta terminar el drenaje.

_Asegurarse de que el paciente y su familia tienen la información necesaria y suficiente que garantice el correcto manejo de la sonda vesical y de las diferentes situaciones que se pueden presentar.

_Anotar en los registros de enfermería:

- Los cuidados prestados.
- La fecha de colocación, retirada o cambio de sonda.
- Las complicaciones detectadas.

_Entregar plan de alta y las recomendaciones para el autocuidado a los pacientes que vayan o estén en su domicilio con sonda vesical.

En aquellos usuarios en los que se detecte déficit de conocimiento con respecto a manejo de la misma o a las complicaciones posibles se procederá a informar al respecto

Como parte de la valoración de enfermería se incluirá el control de la presión arterial en cada turno aplicando la correcta técnica de la medición de la tensión arterial, a todos aquellos usuarios portadores de dicha patología.

Identificar los signos y síntomas de HTA: acufenos, fosfenos, cefaleas, sensación de inestabilidad, fatigabilidad, y palpitaciones.

Si usuario presenta HTA, se lo colocara en posición fowler o sentado.

Se indagara el motivo de la presión arterial elevada, ya que puede ser por dolor o por situaciones de estrés, actuar referente a lo mismo, ya sea con medidas de contención, brindar espacio de escucha y brindar confort, reduciendo así el estrés y administrar analgesia indicada en caso de dolor.

Administrar medicación antihipertensiva indicada, cumplir con la medicación en horario y dosis, aún cuando la presión se encuentre dentro de los valores normales.

Controlar nuevamente a los 30 minutos, y en caso de no disminuir llamar a la guardia médica.

Registrar en historia clínica todo lo realizado.

ANEXO 4

Requisitos de los indicadores:

- Especificidad: es decir, la capacidad de modificar su valor exclusivamente en relación a los cambios del fenómeno en estudio.
- Validez: para medir el fenómeno y otro no.
- Objetividad: en relación al resultado hallado, que debe ser independiente del observador. Es decir que cualquiera que los utilice deberá obtener el mismo resultado.
- Sensibilidad: modificando su valor siempre que cambie el fenómeno en estudio.

Hay que tener en cuenta que estos solo describen determinados aspectos de la realidad, en particular aquellas características asimilables a una determinada escala de medición, sea cualitativa o cuantitativa.

Los indicadores cuantitativos son expresados en números y porcentajes.

Los indicadores cualitativos son descriptos.

ANEXO 5

PROGRAMA INTERNADO

HISTORIA DEL INTERNADO:

La facultad de Enfermería dependiente de la UDELAR realizó su última reforma curricular en el año 1992 donde se hizo hincapié en tres ejes básicos:

- 1- Atención Primaria en Salud
- 2- Metodología de la Investigación
- 3- Administración de servicios de Salud

Esta modificación permitió insertar al estudiante en el servicio asistencial de primer y segundo nivel de atención.

El internado se creó en el último semestre de la carrera de forma obligatoria que tiene como eje la gestión asistencial; incorporando a la función educativa y asistencial, la investigación como elemento integrador de todo lo adquirido a lo largo de nuestra formación.

La cátedra de administración fue quien se hizo responsable del desarrollo del programa internado.

El programa y el reglamento se enviaron en la década del 90 para su posterior aprobación.

El 2 de diciembre del año 1989 se aprobó por unanimidad el programa.

Los primeros estudiantes que ingresan al programa internado fueron los pertenecientes a la generación 1993.

Los primeros centros institucionales que se aprobaron en el año 2000 fueron: Hospital de Paysandú, Hospital Tacuarembó, Hospital Salto, Pasteur, Hospital Clínicas, FFAA, COMECA.

El 2001 es importante debido a las estrategias conseguidas por la cátedra de administración. Entre ellos el presupuesto para la remuneración del internado; concretando: PLEDUR.

En el 2003 se firma el convenio en el Hospital de Clínicas, y se contratan 40 internos en el área del tercer nivel, en CTI.

En el 2001 con el artículo 370 "Ley Presupuesta" se permite la contratación de 100 internos con el monto de 3 millones de pesos.

En el año 2003 se contratan un total de 70 cargos para que el interno se integre a la red asistencial de ASSE, tanto en Montevideo como en el Interior.

Durante un año los programas en los que se trabajó solo fueron: el programa Aduana, programa Septiembre y el programa de Salud Cardio Vascular.

REQUISITOS GENERALES:

Se denomina internado al periodo curricular de ejercicio PRE profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante, acceder al título de Licenciado en enfermería.

Podrá desarrollarse en las instituciones en las cuales se tenga convenio y/o en todas aquellas con las que se puedan firmar preacuerdos que den marco a la propuesta. Las mismas podrán ser públicas o privadas, en capital o interior del país.

En el primer nivel de atención, el internado, podrá desarrollarse en centros de salud, policlínicas zonales, en Montevideo y/o interior del país. Dentro de las instituciones hospitalarias, insertos en la consulta externa, en un programa o subprograma.

En las instituciones hospitalarias, se desarrollara en unidades de organización simple, con una población definida.

La realización del internado en áreas de cuidados intensivos o de alta especialización será de carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de enfermería profesional del área asistencial.

El tamaño poblacional en cualquiera del área será definido de acuerdo al p

PROPOSITO DEL INTERNADO:

- Fortalecer el aprendizaje teórico-práctico del interno de enfermería en la práctica profesional, ubicándolo en situaciones concretas que le permitan iniciarlo en el quehacer profesional.
- Proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos.
- Reformar habilidades y destrezas adquiridas por los estudiantes, en los años de formación para consolidarlos, previo a su actuación profesional.
- Promover la participación del interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área pública o privada.
- Incentivar en el interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional, al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos, enfermos, familia y comunidad.
- Desarrollar actividades de enseñanza e investigación en el proceso de enseñanza, aprendizaje de los internos, con el fin de prepararlos integralmente para el desarrollo de sus funciones futuras.
- Participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.
- Proporcionar el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería, estimulando el desarrollo científico-tecnológico de sus integrantes.
- Participar en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería, así como en programas dirigidos al usuario y su familia.

Como parte del equipo de enfermería que aplica los protocolos en el servicio, se encuentra el interno, Es el estudiante de la facultad de enfermería, que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo correspondiente al internado.

La cátedra de administración de la facultad de enfermería, tendrá la responsabilidad del desarrollo del programa internado, de acuerdo al marco normativo interinstitucional y el perfil del interno.

El servicio asistencial actuara en coordinación con la institución formadora a través de un docente asistencial local designado a tal fin.

El interno de enfermería realizara 30 horas semanales. Deberá ajustarse a las normativas de la institución, en tanto a horarios y disposiciones internas, en acuerdo con las instituciones formadoras.

PERFIL DEL INTERNO:

- Aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa dispuesta para atender una población limitada y complejidad, con los recursos acorde al programa.
- Realizar el diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: situación de salud de la población a su cargo. Recursos que disponen (materiales, humanos, tiempo, financieros), dinámica de trabajo, resultado de la atención ofrecida.
- Realiza un proyecto de trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad, en concordancia con los recursos materiales disponibles y el equipo de enfermería destinado a la unidad.
- Asume el rol coordinador del equipo de enfermería, bajo las normativas institucionales establecidas, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo familiar, así como la integración del personal de la unidad.
- Realiza asistencia personalizada aplicando el plan de atención de acuerdo a los recursos disponibles en el marco de los programas definidos.
- Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorial.

- Conoce y aplica la normativa institucional, dentro del área de su responsabilidad.
- Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, con la administración del área asignada.
- Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal, conjuntamente con la licenciada de servicio, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

ANEXO 6

Etapas del proceso Salud-Enfermedad:

FASE PREOPERATORIA

Comienza cuando se toma la decisión de proceder a la intervención quirúrgica y termina con la transferencia del paciente a la mesa del quirófano. Las actividades de enfermería durante estos momentos puede incluir establecer una evaluación con valores de referencia de paciente el día anterior a la cirugía mediante una entrevista preoperatorio(que no solo comprende la valoración física, sino también la emocional, obtención de antecedentes anestésicos e identificación de alergias y problemas genéticos conocidos que pueden afectar el resultado de la operación), asegurándose que se realizaran las pruebas necesarias(análisis previos al ingreso al hospital), concertar los servicios de consulta pertinente y ofrecer información acerca de la recuperación de la anestesia y los cuidados postoperatorios. El día de la cirugía se realiza los conocimientos de paciente acerca del proceso, se verifica su identidad y el sitio quirúrgico, se confirma el consentimiento informado y se comienza la infusión intravenosa. De acuerdo con la fecha que se halla realizado la valoración y las pruebas previas a la admisión, las actividades de la enfermera el día de la cirugía puede limitarse a realizar o actualizar la valoración preoperatorio del paciente y a contestar las preguntas que este o su familia pueden tener.

FASE INTRAOPERATORIA

Comienza cuando se transfiere el paciente a la mesa del quirófano y concluye cuando ingresa a la unidad de cuidados posanestésicos.

FASE POSOPERATORIA

La fase postoperatoria comienza con la transferencia de la persona a la unidad de cuidados posanestésicos y termina con la valoración de vigilancia en el ambiente clínico o en el hogar. El campo de acción de enfermería cubre una variedad de actividades durante este período. En la fase postoperatoria inmediata, se pone atención en mantener la permeabilidad de las vías respiratorias, vigilar signos

vitales, valorar los efectos de los agentes anestésicos, evaluar si el paciente presenta complicaciones y proporcionar comodidad y alivio al dolor. Las actividades de la enfermera pueden centrarse ahora en fomentar la recuperación del paciente e iniciar las instrucciones y los cuidados de vigilancia, así como proporcionar las referencias para el inter consultas necesarias para la recuperación y rehabilitación después del alta.

ANEXO 7

El siguiente cuadro se utilizo para la recolección de datos de nuestra investigación:

PREOPERATORIO RTU Y ATV:	
Total de Valoraciones preoperatorios	23
Rutinas preoperatorias	6
Actividades informativas	23
Dispositivos colocados (SV, SNG, VVP)	106
Enemas realizados	27
Rasurados realizados	12
Verificar condiciones preoperatorias (quitarse esmalte, joyas, etc.)	23
Vestir al usuario para BQ	23
Higienes preoperatorias	33
Identificar al usuario	23
Actividades en el preoperatorio de RTU	143
Actividades en el preoperatorio de ATV	156
Eficacia	
Total de usuarios que se le aplico el protocolo preoperatorio	23
ATV	12
RTU	11

Total de usuarios a los que se le realizo la intervención quirúrgica	23
ATV	12
RTU	11
Total de intervenciones suspendidas	0
Total de intervenciones programadas	23
Efectividad	
Total de objetivos alcanzados	23
Total de objetivos planificados	23
Total de la población	23
Total de actividades alcanzadas	299
Total de actividades planificadas	299
POSOPERATORIO RTU Y ATV	
Valoraciones posoperatorias	23
Lavado vesical	18
Control de drenajes	17
Control de diuresis	27
Valoración de heridas operatorias	70
Balance Hidrico	21
Revisar y retirar indicaciones de las historias clínicas posoperatorio	23

Total de curaciones	24
Brindar espacio de escucha	90
Realizar paraclinica de control	28
Control de deposiciones	73
Actividades en el posoperatorio de RTU	199
Actividades en el posoperatorio de ATV	215
Total de usuarios que se le aplico el protocolo posoperatorio	23
ATV	12
RTU	11
Total de usuarios que presentaron complicaciones posoperatorias	0
Efectividad:	
Objetivos alcanzados	23
Objetivos planificados	23
Total de actividades alcanzadas	414
Total de actividades planificadas	414
DRENAJES URINARIOS	
Control de SV (higiene, higiene de	541

genitales, conexión, fijación, etc)	
Total de colocación de SV	71
Total de bolsas colectoras	153
Total de controles de diuresis	59
Balances hídricos	46
Total de actividades informativas	46
Total de retiro de SV	14
Entrega de plan de alta	23
Eficacia	
Total de usuarios que se aplica protocolo de derivaciones urinarias	65
Total de usuarios que presentan derivaciones urinarias	65
Total de usuarios que presentaron complicaciones	0
Efectividad	
Objetivos alcanzados	65
Objetivos planificados	65
Total de actividades alcanzadas	953
Total de actividades planificadas	953

ANEXO 8

INDICADORES

Protocolo de atención de enfermería preoperatorio de R.T.U y A.T.V.

Indicadores de productividad:

Nº de valoración integral del usuario preoperatorio.

Nº de rutinas preoperatorio (nos referimos a aquellos pacientes que en el momento de la intervención quirúrgica cuente con todas las rutinas que están en el protocolo).

Nº de actividades informativas sobre cuidados peri operatorio, posoperatorio.

Nº de dispositivos colocados (sondas vesicales, catéteres).

Nº de enemas realizados.

Nº de rasurados realizados.

Nº de verificaciones de las condiciones preoperatorias

Nº de preparación preoperatorio (baño, vestimenta).

Nº de higienes preoperatorios

Nº de identificación del usuario

Indicadores de evaluación:

EFICACIA

Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio x 100

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica. x 100

Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio RTU

Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica x 100

Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo preoperatorio ATV

$$\frac{\text{Nº intervenciones quirúrgicas suspendidas por complicaciones preoperatorias}}{\text{Nº intervenciones quirúrgicas programadas}} \times 100$$

EFFECTIVIDAD

$$\frac{\text{Nº de objetivos alcanzados}}{\text{Nº de objetivos planificados}} \times 100$$

Nº de objetivos planificados

$$\frac{\text{Nº de usuarios preoperatorios R.T.U}}{\text{Nº total de la población internada}} \times 100$$

Nº total de la población internada.

$$\frac{\text{Nº de usuarios preoperatorio A.T.V}}{\text{Nº total de la población internada}} \times 100$$

Nº total de la población internada.

$$\frac{\text{Nº de actividades alcanzadas}}{\text{Nº de actividades planificadas}} \times 100$$

Nº de actividades planificadas

Protocolo de atención de enfermería del posoperatorio de R.T.U y A.T.V

Indicadores de productividad:

Nº de valoración preoperatorias integral del usuario

Nº de lavados vesical

Nº de control de drenajes

Nº de control de diuresis

Nº de valoración de heridas operatorias

Nº de balances hídricos realizados.

Nº de revisiones y retiro de de indicaciones de Historia Clínica

Nº de curaciones.

Nº de brindar espacio de escucha

Nº de paraclínica de control realizada

Nº de control de deposiciones

Indicadores de evaluación:

EFICACIA

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo postoperatorio}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica.}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo postoperatorio de R.T.U.}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de usuarios a los que se le aplico el protocolo postoperatorio A.T.V.}}{\text{Nº de usuario a los que se les realizo intervención quirúrgica}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de usuarios que presentan complicaciones postoperatorio inmediato}}{\text{Nº de usuarios en los que se aplico el protocolo de postop. de R.T.U. y A.T.V.}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de usuarios que presentan complicaciones postoperatorio mediano}}{\text{Nº de usuarios en los que se aplico el protocolo de postop. de R.T.U. y A.T.V.}} \times 100$

Efectividad:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de objetivos alcanzados}}{\text{N}^\circ \text{ de objetivos planificados}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios posoperatorios R.T.U}}{\text{N}^\circ \text{ total de la población internada}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios posoperatorio A.T.V}}{\text{N}^\circ \text{ total de la población internada}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades alcanzadas}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades planificadas}} \times 100$

Protocolo de drenajes urinarios

Indicador de productividad:

Nº de control de sonda vesical

Nº de colocación de sonda vesical.

Nº de cambio de bolsas colectoras.

Nº de control de diuresis.

Nº de realización de balance hídrico.

Nº de actividades informativas.

Nº de retiro de sonda vesical.

Nº de entrega de plan de alta

Indicadores de evaluación:

EFICACIA

Nº de usuario que se aplicó protocolo de cuidados de derivaciones
urinarias x 100

Nº de usuario que presentan derivaciones urinarias

Nº de usuarios que presentan complicaciones x 100

Nº total de usuarios que presentan derivaciones urinarias.

EFFECTIVIDAD

Nº de objetivos alcanzados x 100

Nº de objetivos planificados

Nº de actividades alcanzadas x 100

Nº de actividades planificadas

Anexo 9

Cronograma de Gantt.

Actividades	Octubre 2009	Noviembre 2009	Diciembre 2009	Febrero 2010	Marzo 2010	Mayo 2010	Junio 2010
Búsqueda Bibliografca	■	■	■				
Elaboración del protocolo				■	■		
Recolección y tabulación de los datos						■	
Análisis y Conclusiones							■
Elaboración del informe							■

Anexo 10

Entrevista a la interna de Licenciatura de enfermería.

¿Existen protocolos de atención de enfermería en el servicio?

¿Cuáles son los protocolos de atención de enfermería que aplico durante el transcurso del programa internado?

Si existen, los mismos son: ingreso y egreso del usuario, usuario hipertenso, pre y posoperatorio de A.T.V y R.T.U, drenajes urinarios.

¿Se aplicaron protocolos de atención de enfermería?

Si se aplican en el servicio, se llevo a cabo en conjunto con el equipo de enfermería.

¿Se lograron cumplir los objetivos planificados en cada protocolo?

Si logramos cumplirlos.

¿Se cumplieron todas las actividades planificadas en cada protocolo?

Si, se cumplieron todas las actividades planificadas.

¿Utilizaste sistemas de registros para los mismos?

Si, las planillas de gestión diaria, y el registro diario en la historia clínica.