

PLANIFICACION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION DE NEFROLOGIA

M.a Ascensión Ocaña Colorado, Soledad Arevalillo González,
M.a Dolores Jiménez del Reino, Encarnación Martín Grande, Carmina de la Morena,
M.a Antonia Viveros Molina

Hospital Ramón y Cajal Madrid.

INTRODUCCION

Para poder planificar los cuidados de enfermería en cualquier ámbito es indispensable cuantificar la demanda tanto actual como previsible.

Tales demandas están condicionadas no sólo por el número de enfermos sino, también muy sustancialmente, por el tipo de proceso que condiciona el ingreso.

Por consiguiente, la demanda cualitativa y cuantitativa, es muy diferente de un Hospital a otro y los índices ratio parámetros de planificación no son universalmente válidos o aplicables.

Por todo ello, desde el comienzo de nuestra actividad hace 10 años, llevamos un control de actividad asistencial en nuestro Servicio. La incorporación reciente de procedimientos informáticos nos permite procesar la información y profundizar en el conocimiento de nuestras necesidades.

El propósito de nuestro trabajo es analizar nuestra tarea durante un año de funcionamiento (1989) como instrumento básico para la planificación.

MATERIAL Y METODOS

El área de hospitalización de adultos de nuestro Servicio (figura 1) consta de 28 camas distribuidas según el tipo de enfermos de la siguiente forma: 19 para Nefrología clínica en general, 6 para enfermos trasplantados; 2 para cuidados mínimos, ingresos sociales o enfermos terminales; y 1 para antígeno-positivos. Los enfermos trasplantados ocupan habitaciones individuales en un área de circulación restringida en la que se adoptan medidas higiénicas especiales (Ver distribución arquitectónica).

El equipo de enfermería consta de 1 supervisora, 12 enfermeras y 8 auxiliares por turno, salvo que por las noches hay sólo 1 auxiliar. Cada enfermero/a tiene asignada un área geográfica: una se ocupa de 15 camas de nefrología clínica y la otra de las demás, incluidas las de enfermos trasplantados. Dada la frecuente saturación del Hospital, cuando hay camas libres en nuestro Servicio pueden ser ocupadas por enfermos pertenecientes a Servicios distintos al de Nefrología.

De manera rutinaria se cumplimenta una hoja especialmente diseñada para tratamiento informático (Anexo 1, figura 2). De todos y cada uno de los enfermos se recogen los siguientes datos: identificación, edad, sexo, servicio responsable; fecha de ingreso o reingreso; procedencia del ingreso (urgencias, policlínica, traslado de otros Servicios, ámbito nacional u otra); utilización o no de la Unidad de Agudos; motivo del ingreso según las siguientes categorías, netropatías, trasplante primer ingreso, reingreso de trasplantados, hemodiálisis de nuestro programa, situación pre-hemodiálisis, hipertensión, fracaso renal agudo, uropatía, ingreso social y otros; realización o no de fistula arteriovenosa, necesidad o no de intervención quirúrgica, necesidad y tipo de diálisis; realización de técnicas diagnósticas (biopsia, arteriografía, pruebas funcionales y otras); tipo de alta y destino, realización de necropsia; y observaciones.

Para la informatización de los datos asistenciales de Hospitalización, se utiliza un ordenador Philips, modelo 3202, empleando una base de datos bioestadísticos de diseño por usuario (Sigma de Horus Hardware). Los datos de la ficha confeccionada por nosotros son introducidos diariamente por la secretaria de servicio, habiéndose programado la obtención a partir de ella de los principales parámetros asistenciales; número de ingresos y altas, estancias medias, índice de ocupación, etc. Así mismo, con esta base podemos calcular los datos de comparación y los estadísticos necesarios para el análisis de la población ingresada.

RESULTADOS

3.1. Ingresos: Durante el año 1989 se produjeron 633 ingresos: 521 (82 %) de enfermos nefrológicos y 112 (18 %) de otros Servicios. De los ingresos nefrológicos sólo el 39 % ingresa por primera vez, (61 % de reingresos) mientras que en enfermos no nefrológicos un 67 % fueron primeros ingresos. Globalmente el índice Reingreso: primer ingreso, fue de 1: 0,65 (Ver figura 1). No se aprecian variaciones muy significativas analizando el número de ingresos por meses, aunque hay un ligero incremento en junio y agosto y un leve descenso en septiembre y diciembre.

De modo análogo a lo que ocurren en todo el Hospital la mayoría de los ingresos se produjeron por urgencias (65 %); un 28 % fueron ingresos programados, un 4 % procedían de otros Servicios del Hospital y un 3 % fueron trasladados de otros Hospitales. (Ver figura 2).

3.2. Altas: Se produjeron 628 altas: 518 de Nefrología (82 %) y 110 de otros Servicios (18 %),

Falleció un 8,6 de los enfermos nefrológicos, un 5 % fueron trasladados a otros Servicios del Hospital y un 86,3 % pasó a su domicilio.

Del total de 8.910 estancias hospitalarias, el 90 % fueron producidas por el 82 % de enfermos nefrológicos ya que la estancia media de éstos (14,2 días) fue superior a la de los enfermos no nefrológicos (6,8 días). Apreciamos una gran variación en la estancia media cuando se analiza por meses, oscilando entre 9 días en junio y 21,7 días en abril. Las estancias totales por meses se mantienen bastante constantes con un ligero descenso en enero y agosto. (Ver figura 3).

3.3. Ocupación: El porcentaje de ocupación osciló entre el 77,6 O/o en enero y el 100 % en noviembre. El promedio del año fue del 87,6 %, (Ver figura 4).

4. ANALISIS DEL INGRESO HOSPITALARIO

4.1 Movimientos de enfermos por diagnósticos.

Según la patología de los ingresos los datos se recogen en la siguiente tabla

1-NEFROPATIA	111	Vo	110	1450	13,2	20 (IR)
2-PRE-HD	48	44	46	1279	278	
3-1-11A	32	32	32	359	11.2	2 (6.2)
4-FRA	29	27	29	562	19.4	4 (13.7)
S-UROPATIA	28	26	27	322	123	2 (7)
6-SOCIAL	14	14	13	155	li-9	8 (62)
7-OTROS	23	23	23	246	107	2 (86)
TOTAL N CLINICA	285	276	280	4373	15,4	38 (13,3)
9-PRIMER TR	32	32	31	851	275	
10-REINGRESO TR	110	109	108	1083	10.0	2 (1,8)
TOTAL TRASPLANTE	142	141	139	1934	13,9	2 (1,4)
11-HD H.R.C.	105	104	99	1002	10,1	5 (5)
TOTAL	532	521	518	7309	142	45 (&6)

Se aprecia que el mayor porcentaje es por nefropatías seguida por pre-hemodiálisis siendo esta la que destaca en estancia media.

4.2 Actividad asistencial por grupos. Según el número de estancias ocasionadas, los enfermos en hemodiálisis precisaron el 14 % de la actividad, los trasplantados del 27 % y los restantes enfermos nefrológicos el 59 %. Un análisis más preciso de este último grupo (Nefrología clínica) pone de manifiesto la siguiente distribución: nefropatías parenquimatosas 33 %; pre-hemodiálisis 29 % fracaso renal agudo 13 %, hipertensión 8 %; uropatía 7 %; social 4 % y otros 6 %. (Ver figura 5).

4.3 *Edad de los enfermos:* La edad media de los enfermos nefrológicos fue de 50,3 t 18,4 años con amplia variación entre los diversos grupos: 56,4 para nefrología clínica, 51 para hemodiálisis y 37,5 para trasplante. Globalmente, un tercio de los enfermos temen más de 60 años, en el grupo de nefrología clínica, el 4),5 % eran mayores de 60 años. (Ver figura 6).

4.4. Utilización *unidad agudos* y necesidades de *diálisis:* La unidad de Agudos se utilizó por diversas razones: necesidad de diálisis, postoperatorio inmediato (generalmente postrasplante) y cualquier situación de extrema gravedad. En conjunto, un 37 % de los enfermos precisó atención en la Unidad de Agudos. Más de un tercio de los enfermos precisó diálisis durante su hospitalización. Por otro lado se realizaron 84 biopsias todas percutáneas (Ver figura 7).

4.5. Influencia de diversos factores sobre la estancia media:

	N.-	ESTANCIA MEDIA	DESVIACION TIPICA	P
FISTULA AV				
NO	70	24,36	14,3	< 0,01
SI	448	12,53	30,9	
CIRUGIA				
NO	432	12,1	13'	
SI	86	24,3	31'	< 0,01
CIRUGIA UROLOGICA				
NO	432	12,1	13'	< 0,01
SI	24	32,8	30,8	

4.6. *Mortalidad:* fallecieron 45 enfermos (8,9 %), 8 de los cuales fueron «sociales» y 22 mayores de 75 años.

TENDENCIAS EVOLUTIVAS

Durante los 6 últimos años la actividad asistencial permanece estabilizada en cuanto a: número de ingresos, estancia media, y tasa de ocupación. Al envejecer nuestra población en diálisis y al aumentar el número de enfermos trasplantados, la demanda demuestra que del grupo hemodiálisis-trasplante ha ido aumentando paulativamente a lo largo de los años.

PROBABILIDAD

Haciendo un estudio comparativo de los ingresos desde los años 84-89, se observa que el n., de ingresos totales ha descendido, manteniéndose constante el n.1 de ingresos por Nefrología y descendiendo el de otros a partir del año 87.

El análisis de la tendencia en los últimos años muestra una probabilidad del 70 % de que los ingresos en 1990 supere a los de 1989. Esta probabilidad referida a los totales de los ingresos nefrológicos, es del 80 %, un 88 % para ingreso y un 71 % para los reingresos.

DISCUSION

A juzgar por número de ingresos, estancias y ocupación podría deducirse que nuestra actividad permanece estacionaria desde hace varios años. Sin embargo, se ha producido un cambio cualitativo muy importante en la demanda de cuidados de enfermería. Y ello por varias razones:

- Envejecimiento de la población hospitalaria. Así, casi la mitad de los enfermos nefrológicos (nefrología clínica) tiene más de 60 años, lo que, por otra parte, no es más que un reflejo del envejecimiento progresivo de la población. Es evidente que la atención a los mayores, obliga a unos cuidados específicos, ya que para ellos el ingreso supone un impacto, en los que aumenta la susceptibilidad a las infecciones, disminución de la fuerza muscular y debilidad generalizada. Se potencian las enfermedades crónicas debido a defectos genéticos que aparecen sólo con el envejecimiento. Así mismo sufren un aislamiento psicosocial.
- Cronicidad de las nefropatías. Es raro asistir a un Servicio de Nefrología a procesos agudos, recortados. Lo habitual es atender procesos crónicos, que vuelven a ingresar con frecuencia. En este sentido, el 61 % de nuestros ingresos fueron re-ingresos. Es difícil que estos problemas sean atendidos en un contexto ambulatorio o que su atención pueda ser compartida de manera significativa por sus médicos de familia.

- Incremento progresivo de las necesidades del programa de hemodiálisis trasplante. A medida que aumenta el número de años en diálisis así como el número de enfermos trasplantados, se incrementan las necesidades de hospitalización de la población con IRC en tratamiento sustitutivo. Por consiguiente, los cuidados de enfermería se dedican y especializan cada vez más a este grupo de enfermos.

Los enfermos con Insuficiencia Renal Crónica terminal o en tratamiento sustitutivo produjeron el 57,6 % de las estancias; a ellos se suman los que padecían Fracaso Renal Agudo en un 7,7 % de las estancias.

Puede que estas exigencias expliquen que, a diferencia de otros Servicios Hospitalarios, la actividad nefrológica no decaiga sustancialmente en verano o vacaciones. Se trata de problemas inaplazables y un reflejo de ello es que el 65 % de nuestros casos ingresó de urgencia. Abundando en este sentido, un 37 % de los ingresos tuvo que ser asistido temporalmente en la Unidad de Agudos. Por último, la gravedad de los procesos se pone de manifiesto al considerar que la mortalidad global es algo superior a la media hospitalaria.

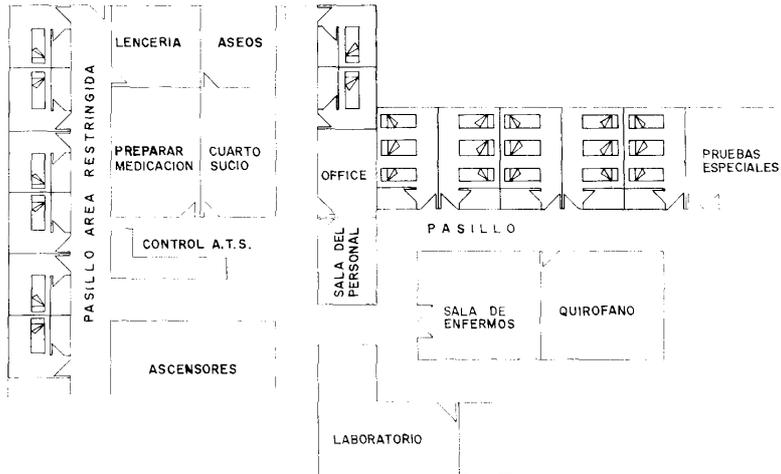
También creemos del máximo interés, conocer las necesidades de nuestros enfermos en cuanto a realización de FAV, Cirugía en general o Cirugía Urológica en concreto. Se trata de situaciones, que, no sólo exigen unos cuidados especiales de enfermería sino que influyen considerablemente sobre el periodo de hospitalización. Por supuesto, es difícil considerar como razonable una estancia media de 24 días en caso de realizarse FAV, lo que hay que interpretar como expresión de sobrecarga asistencial del servicio de Cirugía Vasculat y concesión de prioridad a otras patologías más graves y urgentes.

Por supuesto, los datos aquí expuestos no son extrapolables a otros Hospitales: tienen utilidad sólo en nuestro ámbito concreto de ejercicio profesional. Consideramos, sin embargo, que constituyen un fiel reflejo de las necesidades asistenciales de nuestros enfermos y han de ser tenidos en cuenta a la hora de planificar y prever las necesidades de enfermería. Esta cuantificación junto con un control de calidad permanente y ambicioso, deberían ser los condicionantes básicos de la política de personal.

Un desideratum que parece todavía lejano.

LEYENDA

- TERMINALES (2 CAMAS)
 - ANTIGENO POSITIVO (1 CAMA)
 - TRASPLANTES (6 CAMAS)
 - NEFROLOGIA CLINICA (4 CAMAS)
 - NEFROLOGIA CLINICA (15 CAMAS)
- I.A.T.S.+I.AUX.
I.A.T.S.+I.AUX.



DISTRIBUCION ARQUITECTONICA

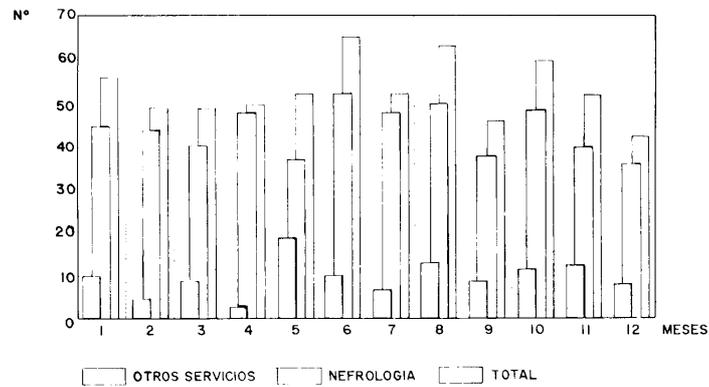


FIGURA Nº 1

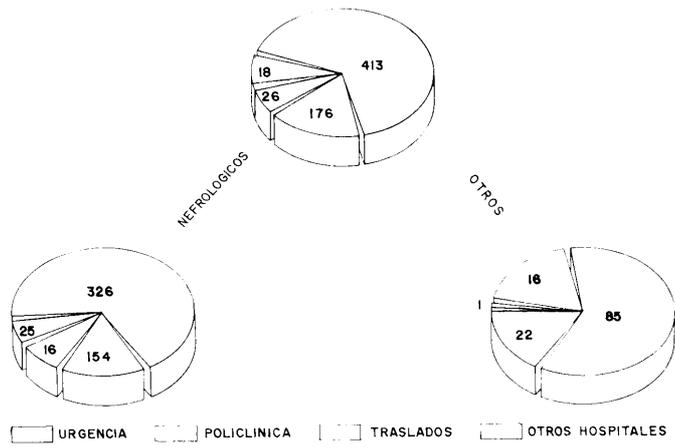


FIGURA Nº 2

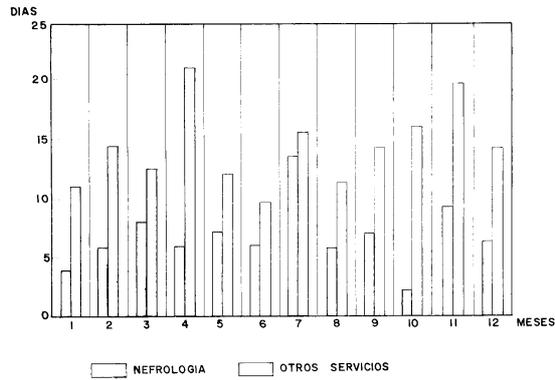


FIGURA Nº 3

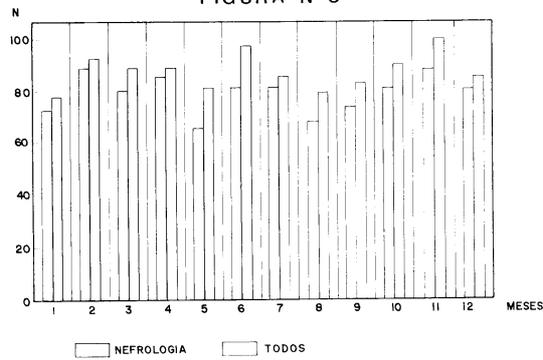


FIGURA Nº 4

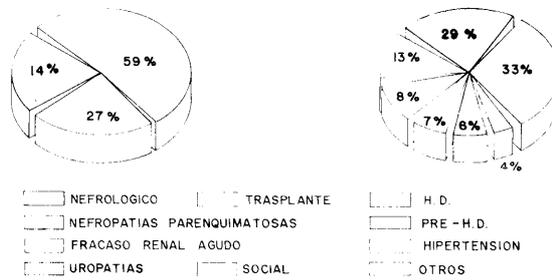


FIGURA Nº 5

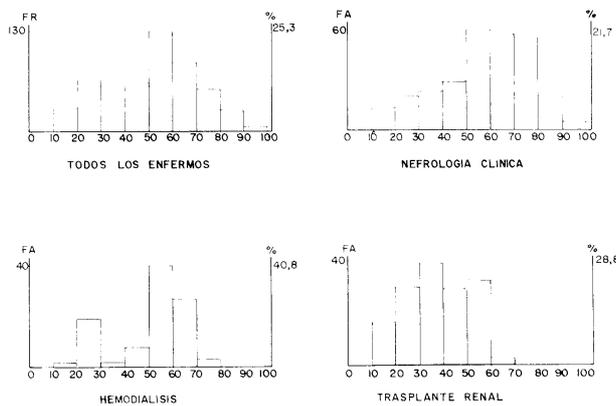
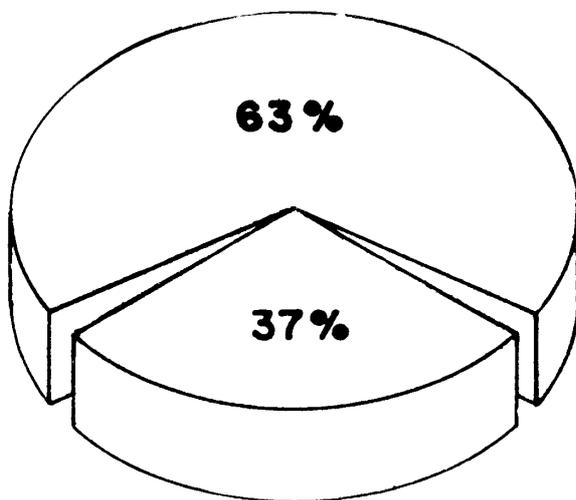


FIGURA Nº 6

FIGURA Nº7



NO

SI