



Universidad Nacional de Cuyo
Escuela de Enfermería
Ciclo Licenciatura



Facultad de Ciencias Médicas

Tesis Final

Recepción del paciente en Clínica Médica

Autoras: Funes Madrid Emilce Jocabed

Coro María Cristina

Mendoza, Febrero 2013

**“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería,
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser
publicado, copiado ni citado, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o
del autor o los autores”.**

Tribunal Examinador:

- Presidente:.....
- Vocal 1:.....
- Vocal 2:.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas se preguntan a lo largo de su vida cual es el secreto para ser un triunfador y llegar a las metas propuestas.

Esta respuesta es sencilla.

Es mucho más fácil correr una colina de bajada que correrla de subida. Correr de bajada requiere muy poca orientación: las piernas mismas te llevan. Pero para correr de subida necesitas paciencia y estar enfocado en la meta. Sin esto es posible que te quedes sentado en el camino y pasarte la vida ahí.

Hemos probado y visto lo bueno que es Dios dando paciencia, fortaleza y sabiduría en abundancia, entre otras cosas, por eso el secreto de ser un triunfador en las metas, es poner a Dios como guía en la vida. A Dios le damos toda la gloria y honra por esta meta alcanzada.

Nuestra gratitud y amor a la familia, porque siempre están dándonos amor y contención.

A nuestros abuelos porque la muerte nunca será el olvido y en cada logro de la vida están y lo estarán siempre.

A familiares y amistades debemos darles las gracias porque siempre están motivándonos, sacando una sonrisa, brindando su cariño incondicionalmente.

Gracias eternamente....

PRÓLOGO

La presente tesis surgió de la necesidad de determinar si la información que poseen los enfermeros de Clínica médica “B” del Hospital El Carmen en cuanto a la recepción y admisión del paciente, permite la eficacia de la misma.

Siempre ha sido un dilema la recepción y como proporcionar al paciente/familia un primer contacto personalizado, si solo debe basarse en la comunicación y la confianza, y que sean capaz, de informar, disminuir la ansiedad y promover las condiciones idóneas para recibir la atención y los cuidados que precisen a lo largo de su internación.

Tomamos un servicio de enfermeros como muestra, reconocimos situaciones que afecten la actividad laboral y describimos características que nos sirvieran de apoyo a nuestra investigación.

Se adjunta material de diferentes autores para reforzar el contenido y marco teórico.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	PAG 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	PAG 2
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	PAG 4
(Objetivo general y específico)	
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	PAG 5
MARCO TEÓRICO.....	PAG 6 a 22
Cap. I Comunicación en el equipo de salud: Calidad de atención	
Cap. II Admisión del paciente a un servicio hospitalario	
Cap. III Rol del enfermero en el ingreso	
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y VARIABLES.....	PAG 23
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	PAG 24
HIPÓTESIS.....	PAG 26
DISEÑO METODOLÓGICO.....	PAG 27
PRESENTACIÓN DE LOS GRÁFICOS.....	PAG 28 A 51
COMENTARIOS FINALES DE LOS GRÁFICOS.....	PAG 52
RECOMENDACIONES.....	PAG 53
BIBLIOGRAFÍA.....	PAG 54
ANEXOS.....	PAG 55
ENCUESTAS.....	PAG 56 A 58
TABLA MATRIZ.....	PAG 59

Tabla N° I, Gráfico N° I : NIVEL ACADEMICO	PAG 29
Tabla N° II, Gráfico N° II: GRUPO ETÁREO.....	PAG 30
Tabla N° III, Gráfico N° III: HIJOS DEL PERSONAL.....	PAG 31
Tabla N° IV, Gráfico N° IV: CANTIDAD DE HIJOS.....	PAG 32
Tabla N° V, Gráfico N° V: ANTIGÜEDAD PROFESIONAL.....	PAG 33
Tabla N° VI, Gráfico N° VI: ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO... ..	PAG 34
Tabla N° VII, Gráfico N° VII: LABOR EN OTRO LUGAR.....	PAG 35
Tabla N° VIII, Gráfico N° VIII: HORAS SEMANALES TRABAJADAS.....	PAG 36
Tabla N° IX, Gráfico N° IX : CONOCIMIENTO SOBRE RECEPCION.....	PAG 37
Tabla N° X, Gráfico N° X: BIENVENIDA.....	PAG 38
Tabla N° XI, Gráfico N° XI: CONTENCIÓN AL PACIENTE.....	PAG 39
Tabla N° XII, Gráfico N° XII: ORIENTACIÓN EN EL SERVICIO.....	PAG 40
Tabla N° XIII, Gráfico N° XIII: UBICACIÓN DE INSTALACIONES.....	PAG 41
Tabla N° XIV, Gráfico N° XIV: VERIFICACIÓN DE DATOS.....	PAG 42
Tabla N° XV, Gráfico N° XV: CORROBORACION DE N° DE AFILIADO.....	PAG 43
Tabla N° XVI, Gráfico N° XVI: RECEPCION DE ESTUDIOS.....	PAG 44
Tabla N° XVII, Gráfico N° XVII: CONTROL DE MEDICACIÓN.....	PAG 45

Tabla N° XVIII, Gráfico N° XVIII: INDAGACIÓN.....	PAG 46
Tabla N° XIX, Gráfico N° XIX: RECEPCION DEL PACIENTE.....	PAG 47
Tabla N° XX, Gráfico N° XX: PROTOCOLO.....	PAG 48
Tabla N° XXI, Gráfico N° XXI: IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO.....	PAG 49
Tabla Bivariada N° XXII, Gráfico N° XXII.....	PAG 50
Tabla Bivariada N° XXIII, Gráfico N° XXIII: LABOR/CONTENCIÓN.....	PAG 51

Introducción

Esta tesina pretende reflejar, si la información que poseen los enfermeros sobre recepción y admisión del paciente al servicio de internación, permite que la misma sea eficaz, en el servicio de Clínica Médica, Hospital El Carmen, OSEP, Mendoza, 2012

Sabiendo que la recepción es un conjunto de actividades coordinadas, que realiza el personal de Enfermería, al ingreso de un paciente, Y que tiene como objetivo proporcionar al paciente/familia un primer contacto personalizado, basado en la comunicación y la confianza, que sea capaz, mediante la información, de disminuir su ansiedad y promover las condiciones idóneas para recibir la atención y los cuidados que precisen a lo largo de su internación en el hospital.

El desarrollo de la misma se divide en Planteamiento del Problema, Formulación del problema (Objetivo general y específico), Justificación del Estudio. El marco teórico se divide en tres capítulos:

Capítulo I **Comunicación en el equipo de salud: Calidad de atención**

Capítulo II **Admisión del paciente a un servicio hospitalario**

Capítulo III **Rol del enfermero en el ingreso**

El diseño metodológico, la población, muestra tomada como estudio, y la hipótesis.

Se recolectan datos por medio de encuestas al personal de enfermería y quedan plasmados en tablas y gráficos quedando reflejado el análisis de los mismos.

Como cierre un comentario final de todo el trabajo realizado.

Planteamiento del Problema

El ingreso en el hospital es una experiencia especialmente traumática para la mayor parte de los individuos.

Por lo regular se manifiestan aprensivos, la actitud y el comportamiento de los enfermeros y del personal del hospital encargados de su admisión pueden hacer mucho para que se sientan más cómodos. Una sincera bienvenida y un interés genuino por el paciente, le ayudan a reafirmarse como una persona importante y digna.

Muchos hospitales, particularmente los grandes, son muy criticados por su impersonalidad, algunas de estas críticas nacen de que los hospitales son sitios muy ocupados y a menudo el personal está atareado, pero ser amable o convencer al paciente de que es bienvenido, no consume tiempo extra.

El Hospital El Carmen no se encuentra fuera de esta realidad ya que observamos que en el servicio de clínica médica aparentemente no se le está brindando la importancia e interés adecuado a la recepción del paciente.

Por lo general, los ingresos se dan en el turno tarde. Por día se reciben en las clínicas de ocho a diez personas adultas con diferentes patologías, lo que resulta a veces difícil realizar una recepción eficiente con cada uno de ellos.

En dicho hospital existe una hoja de ingreso que requiere datos básicos del paciente. La misma fue creada por el departamento de supervisión de enfermería, y se intentó implementar en clínica médica hace aproximadamente un año atrás, el cual por distintos motivos (falta de personal, falta de tiempo, desvirtuación de funciones de enfermería), no se concretó con éxito.

Hemos observado que desde principio del año 2012, los enfermeros no realizan un correcto accionar al momento de recepcionar un paciente en el servicio. Esto trae como consecuencia, déficit de información de los pacientes en los registros de enfermería e información distorsionada. Además la falta de información por parte de los enfermos hacia los pacientes y familia genera un cierto malestar.

Si el paciente llega a clínica médica y se da cuenta de que quien lo recibe actúa de manera ineficiente y descortés, puede aumentar su intranquilidad, disminuir su cooperación, inhibir su respuesta al tratamiento y hasta empeorar sus síntomas. En caso

contrario, si el enfermero actúa eficientemente y muestra interés por el paciente, disminuye la ansiedad de este, lo incentiva a cooperar y aceptar el tratamiento.

El presente trabajo se centrará en pacientes adultos, internados en el área de clínica médica, en el periodo de mayo del 2012, los cuales presentan diversas patologías y requieren de la hospitalización, ya sea para control, tratamientos o estudios.

Nos inquieta este tema y nos parece interesante investigarlo e informarnos para que nuestros desempeños como profesionales sean aun mejor.

Formulación del problema

¿La información que poseen los enfermeros sobre recepción y admisión del paciente al servicios de internación, permite que la misma sea eficaz, en el servicio de Clínica Médica “B”, Hospital El Carmen, OSEP, Mendoza, 2012?

Objetivo General:

Determinar si la información que poseen los enfermeros en cuanto a la recepción y admisión del paciente, permite la eficacia de la misma.

Objetivos Específicos:

- Conocer el sistema de organización y demanda de trabajo de enfermería en la unidad de internación.
- Identificar las características principales de la recepción y admisión del paciente.
- Identificar factores que pueden dificultar la recepción del paciente.
- Caracterizar al personal de enfermería.

Justificación

La recepción del paciente es un conjunto de acciones que debe llevarse a cabo por el personal de enfermería para proporcionar una correcta bienvenida y apoyo al paciente y familia al momento del ingreso al servicio.

Como finalidad tiene proporcionar información básica y pertinente, utilizando como principal herramienta la comunicación para poder llegar a crear un ambiente apropiado para que se sienta cómodo y seguro.

Se sabe que la profesión como enfermeros es esencial para colaborar en la salud de los pacientes, es primordial brindar calidez humana desde el ingreso hasta el alta del paciente y familia.

A los enfermeros les preocupa no ser eficientes en el trabajo desde el ingreso del paciente al servicio, no porque no lo desean, sino por muchas razones que a lo largo de este trabajo lo pondremos de manifiesto.

La investigación será factible porque permitirá conocer cuál es el conocimiento que poseen los enfermeros de clínica médica y sus falencias, de esta manera se intentaran reunir los criterios.

El llegar a unificar criterios permitirá implementar un modelo de recepción al servicio de clínica médica que permitirá centrar el esfuerzo en la búsqueda de la máxima calidad en la asistencia y partiendo del paciente como centro.

Marco teórico

Capítulo I

Comunicación en el equipo de salud: Calidad de atención

El CIE establece que todos los enfermeros son responsables de fomentar un entorno de trabajo positivo para la práctica profesional; Utilizando como herramienta principal la comunicación. Esta contiene 4 elementos necesarios (Emisor, Receptor, Mensaje y Canal de comunicación), que deben utilizarse correctamente para que el mensaje tome forma y sea transmitido.

La comunicación es un componente básico dentro de la enfermería. El profesional sanitario debe saber escuchar y entender al paciente. La comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, y en los enfermos y sus familias en particular.

La relación equipo de salud-paciente es muy compleja, porque abarca aspectos éticos, físicos y emocionales, donde la comunicación es un aspecto de suma importancia, ya que se tiene un vínculo emocional muy importante, donde el personal de salud trata de no involucrarse; sin embargo el paciente necesita ser atendido de forma integral y no solo ser tratado por su enfermedad.

La falta de comunicación ocasiona desinformación sobre el padecimiento del paciente y puede generar un inadecuado plan de cuidados.

Para llevar a cabo una comunicación satisfactoria en la atención al paciente, la enfermera debe tener la capacidad de tranquilizar, alentar, dar esperanza y favorecer la resolución del problema del paciente y estar atenta a las necesidades de comunicación que éste presente; para ello la enfermera tiene que tomar en cuenta que la comunicación se basa en una serie de principios que son: confidencialidad, veracidad, fidelidad, privacidad y habilidad para comunicarse, todos estos principios ayudan a ganarse la confianza del paciente para lograr la colaboración en los planes de cuidados.

Una buena comunicación, “refuerza el principio de autonomía, la autoestima, la seguridad, la búsqueda de ayuda realista, la movilización de recursos y facilita la adaptación y la colaboración del paciente. Disminuye ansiedad en la familia y en el enfermo, reduce la intensidad de los síntomas, facilita el conocimiento y manejo de los sucesos futuros y ayuda a plantear objetivos más realistas con respecto a la enfermedad” *(1)

“La relación profesional entre la enfermera y el enfermo en el acto de cuidar ha de ser una relación de ayuda encuadrada dentro de una responsabilidad de carácter ético de la cual dimanen deberes, ya que el enfermero, al realizar los actos propios de su competencia, se compromete racional, moral y vitalmente con la persona que es objeto de su cuidado. Además de ello, su quehacer no consiste en la mera acción inscripta dentro del ámbito de la obligación, sino que el enfermero adhiere a ello libremente, de modo tal que lo lleve a ser más libre y más feliz, felicidad que, en definitiva es el fin último de toda relación humana.” *(2)

* (1) Sociedad Vasca de cuidados Paliativos. “Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa”. 1º Edición. San Sebastián, Editorial Donostia- San Sebastián (Gipuzkoa)- España 2003.

* (2) María de la Cruz Delgado Medina. Lic. En enfermería. Trabajo independiente. Sanatorio Mater Dei. Ciudad de Buenos Aires

Capítulo II

Admisión del paciente a un servicio hospitalario:

La recepción del paciente es un conjunto de acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería para proporcionar una correcta bienvenida y brindar apoyo al paciente y familia en el ingreso a la unidad. *(3)

La valoración inicial de un paciente, a su ingreso en la Unidad de Cuidados de Enfermería, constituye una herramienta esencial para identificar las necesidades del paciente y así poder elaborar los diagnósticos de enfermería, siendo esta el punto de partida para realizar un adecuado Plan de Cuidados. En esta unidad la valoración del paciente no resultaría completa sin la realización de una entrevista al cuidador principal. * (4)

De ahí surge la necesidad de establecer un protocolo que permita una uniformidad de criterios en los profesionales de enfermería a la hora de que datos hay que valorar y recoger para asegurar una perfecta coordinación de intervenciones, una buena continuidad de cuidados y de esta manera ofrecer una cordial bienvenida al paciente y familia.

El documento de valoración inicial, es un registro de enfermería, que forma parte de la historia clínica del paciente. Estos registros permiten que la labor de enfermería quede registrada por escrito y que los cuidados tengan continuidad y de esta manera sean más eficaz

* (3) Manual de *enfermería* fundamental .Capítulo 1 *unidad del enfermo* unidades temáticas. -Febrero 2008

*(4) protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. Editorial nure investigación, nº 44, Enero – Febrero 2010.

Principios básicos para la atención al paciente

Mucho se ha escrito sobre el efecto psicológico del procedimiento de admisión al paciente; se ha criticado en especial a los hospitales por la forma impersonal con que suele llevarse a cabo, y por la pérdida de individualidad que siente el sujeto como consecuencia de los procedimientos rutinarios que muchos hospitales consideran esenciales.

Desde el punto de vista del paciente, primero se le hacen muchas preguntas personales y debe contestar a una persona que le es extraña; enseguida se le asigna un número que se rotula en la historia clínica; se lleva a la unidad de enfermería, que también suele llamarse por un número y no por un nombre, y se le da una cama o cuarto que también lleva un número.

Inmediatamente una procesión de extraños llega a la cabecera para hacerle más preguntas personales y someter su cuerpo a varios tipos de exámenes; a veces, estas personas no se presentan ante el paciente y el sujeto debe adivinar quiénes son por el uniforme que llevan.

Si se le asigna al paciente un cuarto en el que se encuentran otros pacientes, a menudo debe tratar de relacionarse con ellos por su propia cuenta.

La enfermedad puede ser una nueva experiencia. Por consiguiente, las personas necesitan comprender su enfermedad y una oportunidad de adaptarse a su nueva situación. La mayor parte de las personas quieren saber qué trastornos sufren y qué les va a suceder; el enfermero puede ser útil al proporcionar toda la información posible al paciente, a la familia y a los amigos que lo acompañaron al hospital. Esta información debe ser sencilla y clara, en correspondencia con el nivel de escolaridad del paciente o acompañante, para permitir de esta forma la comprensión del mensaje.

Si el enfermero no puede proporcionar la información suficiente para responder a las preguntas del paciente y tranquilizarlo a él y a su familia, es responsabilidad suya referir las preguntas a una persona que pueda contestarlas; deberá hacerle saber al paciente por adelantado que se llevarán a cabo varios exámenes y procedimientos, así como por qué son necesarios.

La calidad del desempeño profesional del enfermero en la sala proporciona la tranquilidad del paciente y ayuda a reducir sus temores.

Importancia de conservar la identidad personal. El nombre, la ropa y las pertenencias de una persona sirven a menudo de símbolos de su identidad, representan seguridad para muchos de ellos, porque sirven de eslabón con lo que se entiende que es familiar. El enfermero puede ayudar al paciente a conservar su identidad poniendo empeño en llamarlo por su nombre y animándolo a llevar su propia ropa (si el hospital lo permite) y a servirse de sus cosas una vez ingresado.

Medidas específicas de ingreso

Si el paciente es extranjero, no domina el idioma español y no lo acompaña una persona que pueda traducir, se debe comunicar con la dependencia hospitalaria apropiada (Departamento de Trabajo Social) para que envíen un intérprete.

Si trae consigo medicamentos se consultará con el médico, y se le devolverán a los familiares aquellos que no se van a utilizar, de lo contrario, se guardarán en un lugar destinado para ese fin, hasta que el paciente sea dado de alta. *(5)

*(5) Manual de procedimientos. Hospital Manuel Gea González.

Finalidad:

La recepción del paciente tiene como finalidad:

- ✓ Proporcionar al paciente y acompañante información básica y pertinente.
- ✓ Crear un ambiente apropiado para que se sienta lo más cómodo y seguro posible.
- ✓ Obtener del paciente (o familia) la información necesaria para valorar sus necesidades básicas que permitirán hacer el plan de cuidados.
- ✓ Responsable de la ejecución:

Servicio de Enfermería: Licenciado en enfermería, Enfermera y/o Auxiliar.

Tiempo de ejecución aproximado: 15 minutos.

Impacto que produce la hospitalización en el paciente y familia

La propia situación de hospitalización genera por sí misma una carga de ansiedad y unos problemas importantes para todos los implicados (pacientes, familiares y personal que desempeña su labor profesional), debemos considerar que la situación de enfermedad que padece el paciente, complica aún más su situación y la hace más dificultosa.

La situación de enfermedad implica cambios ya que los pacientes se encuentran sometidos a unas condiciones particulares, de entre las que destacan:

A) Un futuro personal en mayor o menor grado temible e incierto, en relación con su bienestar, salud y/o supervivencia.

B) Problemas materiales, económicos, etc., derivados de la internación.

C) Molestias físicas y psíquicas derivadas de la enfermedad, de las exploraciones y de los tratamientos que puedan resultar potencialmente necesarios.

D) La ignorancia del motivo de algunas exploraciones y de su peligrosidad. Tratamientos que pudieran derivarse de sus resultados

E) La dependencia de su bienestar, de su sufrimiento y de su futuro, de unas personas desconocidas, con una conducta generalmente aséptica e impersonal, que no muestran estar especialmente motivadas afectivamente hacia él de una forma concreta.

F) La consecuente separación familiar y de su entorno físico habitual, etc.

Las dificultades para poder adaptarse a la situación de enfermedad y más concretamente de hospitalización, llevarán aumentos de la ansiedad situacional.

Aumentos de ansiedad irán asociados a incrementos de los niveles de sufrimiento y en consecuencia un empeoramiento de las perspectivas pronosticas del mismo cuadro de base.

Esas dificultades de adaptación, en cuanto a sus causas, podrían ser sistematizadas en tres grandes bloques:

- *Las referidas a los hábitos personales del sujeto.*
- *Las referidas a sus estilos de vida.*
- *Las referidas a sus expectativas.*

Las dificultades de adaptación a la hospitalización referidas a los hábitos personales del paciente distinguen 4 aspectos: * (6)

- A) Alimentación
- B) Sueño
- C) Higiene personal
- D) Alojamiento

*(6) Barton, Russel, Psiquiatra Británico. "La neurosis institucional". Editorial Paz Montalvo. Madrid 1974.

Impacto de la enfermedad en el paciente

La experiencia del sufrimiento es una de las constantes más universales en la vida del hombre: la aparición de la amenaza de enfermedad o muerte puede repercutir en todas las dimensiones de la persona y puede traducirse en un quiebre vital. Es también, como toda crisis, una oportunidad en la cual se puede ganar mucho en el propio desarrollo y/o lograr un cambio de sentido en la vida.

La persona es un ser biosicosocial y espiritual. Esta forma de separación en dimensiones es sólo en términos de comprender mejor lo que somos los seres humanos ya que la experiencia es algo que incluye todo el ser. Una visión integral de la persona que sufre permite comprender mejor y estar atentos al impacto personal que puede tener la enfermedad en la vida de la persona, para darle así una atención más humana y eficaz.

** Dimensión física o corporal:* El sufrimiento puede estar relacionado a la aparición de síntomas, incapacidad, necesidad de tratamientos y el esfuerzo que implica ponerse en acción para afrontarlos, ya sea de forma aguda o crónica el cuerpo entero, y de forma particular el rostro, expresan de forma directa o sutil la magnitud y forma del sufrimiento.

**Dimensión social:* El sufrimiento tiene que ver con las dificultades en las relaciones interpersonales, la incapacidad de establecer o mantener vínculos o amistades, la marginación o exclusión, el desarraigo, el abandono o las dificultades relacionadas a la supervivencia. Elementos que son importantes en la calidad de vida de los pacientes, que pueden servir de apoyo a su cuidado o que pueden servir como justificaciones para no necesitar cuidarse.

**Dimensión intelectual:* El sufrimiento puede estar dado por la incertidumbre, los temores, la incapacidad de tomar decisiones y todos aquellos estados mentales que suponen una dificultad: agotamiento, manifestaciones de desequilibrio psíquico, inquietud, dudas, disonancias cognitivas, alteraciones de conciencia, creencias e ideas de descontrol entre otras.

**Dimensión afectiva:* El sufrimiento puede aparecer ante la pérdida de una relación significativa, ante la soledad o ante la experiencia de ser incomprendido.

**Dimensión espiritual:* Puede tener relación con el vacío interior, el sentido de culpa, la dificultad de perdonar o perdonarse, la incapacidad de conseguir las propias aspiraciones, el sentido de inutilidad o la alienación de Dios, de los otros o de uno mismo. Tiene relación con la dificultad de encontrar un sentido a la vida y a la propia enfermedad.

La amenaza potencial puede ser mayor cuando la persona se encuentra con grandes responsabilidades, en etapa de transición, o con tareas no logradas de las etapas anteriores.

La enfermedad, que interrumpe y desorganiza el ritmo habitual de la vida de una persona, pone en crisis las relaciones con el cuerpo y con el mundo en que vive. Una enfermedad es una situación que modifica y hace perder los roles familiares que definen la posición de cada uno en el contexto social

La persona que enferma vive en una especie de desorientación de la propia identidad, que no siempre se resuelve fácilmente. La vivencia de la enfermedad es diferente en cada individuo, depende de muchos factores. El factor clave es el significado que le da el paciente. Las reacciones emocionales dependen de este significado, lo que traduce complejos procesos psíquicos.

El peligro desencadena el miedo. La amenaza a la integridad física y social, el ambiente hospitalario, los tratamientos y en general la incertidumbre desencadena emociones de ansiedad y miedo. Si bien el miedo se asocia a un peligro externo más claro en la conciencia, y la ansiedad a un peligro más vago y desconocido, en el paciente ambos se confunden. Dos factores ayudan a disminuir la carga negativa de estas emociones: poder hablar de ellas, expresarlas, y recibir información adecuada, necesidades que aparecen de forma muy frecuente en los enfermos y que muchas veces el personal de salud no están preparados para afrontarlas y comprender las reacciones emotivas que presentan los pacientes.

Otra forma de reaccionar es la depresión, que aparece ante la amenaza real o presunta de pérdida: de funciones físicas o psíquicas, del rol social, de una parte del cuerpo. Esto y la imagen de sí mismo pueden ser ejemplos de pérdida de “objetos de amor”. Los síntomas de depresión suelen surgir cuando ya la enfermedad se ha manifestado y el paciente se da cuenta de sus consecuencias. Se encuentran con mayor frecuencia en enfermedades crónicas, invalidantes o de amenaza vital. A veces se manifiesta con un aplanamiento vital, otras con expresiones manifiestas de llanto, tendencia al aislamiento, sentimientos de culpabilidad, e incluso en casos extremos a ideas o acciones suicidas

El paciente adopta una actitud de “dejarse estar”, no colaborando con el equipo de salud y renunciando a luchar. El paciente percibe una desesperanza en su capacidad de afrontar los problemas asociados a su situación.

Cuando la enfermedad se entiende como un elemento que obstaculiza de forma más o menos grave los deseos y proyectos se genera frustración y agresividad. La reacción más frecuente ante la frustración es la rabia, como emoción, y la agresividad como conducta. Todo un conjunto que se moviliza para eliminar, a veces, el obstáculo frustrante y otras muchas veces se moviliza contra otros objetivos o personas, al no ser capaz de enfocar su rabia en algo positivo.

Otra de las formas de reaccionar frente a algo que se lee como amenaza son los llamados mecanismos de defensa. Las personas se defienden de la enfermedad, o de los problemas, de forma inconsciente con algunas conductas que evitan centrar el foco de atención en aquellos factores que tienen la potencialidad de hacer sufrir a la persona. Los más frecuentes mecanismos de defensa son: *El ataque, La regresión, Negación* * (7)

* (7) Rodrigo R. Medina León “Psicología medica”. SL Rubio Sánchez 1996

CAPÍTULO III:

Rol del enfermero en el ingreso

Para un buen desarrollo de la valoración inicial se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Preservar la intimidad.
- Crear un clima de calidez y aceptación.
 - Saludar de forma cálida y adecuada, antes de que el usuario lo haga.
 - Utilizar el nombre del usuario.
 - Llamar al paciente de usted.
 - Mirar a los ojos del paciente sin agobiar.
 - Usar un tono de voz cálido, amistoso y tranquilo.
- Indicar al paciente nuestro nombre y el papel que desempeñamos en el equipo.
- Explicar el objetivo del procedimiento.
- Usar una actitud de escucha activa y comunicación no verbal apropiada.
- Utilizar terminología que el paciente comprenda.
- Evitar interrumpir al paciente o al cuidador cuando estén hablando...
- Mantener una actitud de tranquilidad sin prisas.
- Evitar contradecirle.
- Asentir con la cabeza.
- No prejuzgar.
- Prestar atención a los sentimientos y emociones.

Todas estas observaciones irían encaminadas a conseguir una buena empatía con el paciente y familia. ^{*(8)}

^{*(8)} RUMBOLD (2000) Ética en Enfermería, 3ra Edición. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

**Protocolo de recepción y acogida del paciente en el Hospital General.
“GESMA”**

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN

Equipo de enfermería

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades coordinadas, que realiza el personal de Enfermería, al ingreso de un paciente en una Unidad de Hospitalización.

OBJETIVO

- Proporcionar al paciente/familia un primer contacto personalizado, basado en la comunicación y la confianza, que sea capaz, mediante la información, de disminuir su ansiedad y promover las condiciones idóneas para recibir la atención y los cuidados que precisen a lo largo de su estancia en el centro.

MATERIAL

-Utensilios de uso personal:

- Ropa: camisón o pijama y toalla.
- Objetos personales y de higiene que necesite.

- Material clínico:

- Trapecio y barreras. En el área de salud mental sólo barreras.

PROCEDIMIENTO

EJECUCIÓN PREVIA

Comprobar que la habitación asignada está preparada para el ingreso del usuario:

habitación y baños limpios; cama limpia y vestida; mobiliario adecuado, limpio y Ordenado.

Verificar el correcto funcionamiento de las instalaciones: timbres, luces, teléfono, TV, etc.

Coordinar el ingreso con el servicio de admisiones para: confirmar el momento del ingreso y asignar la habitación más adecuada.

Informar a los usuarios ingresados en esa habitación de la llegada del nuevo Compañero.

EJECUCIÓN

Verificar la identidad y los datos del paciente y la historia clínica.

Presentarse al paciente y a la familia. Saludar al usuario por su nombre, tratándole de usted.

Acompañarle a la habitación asignada y presentar al usuario con el que compartirá la habitación.

Explicar al paciente y a la familia el concepto de hospital sociosanitario y el motivo de ingreso.

Explicar la ubicación de la unidad en el hospital, el mobiliario del que dispone y el funcionamiento de las instalaciones (TV, sala de estar, timbre de llamada, baño, etc. (y las rutinas de dicha unidad.

Dar información, adecuándola a sus conocimientos sobre los cuidados que se le van a realizar.

Favorecer la comunicación del usuario, facilitando medios para que se exprese, si los precisa: material de escritura, lenguaje “no verbal”.

Confirmar la llegada de la historia clínica.

Informar que durante todo el proceso de hospitalización el paciente/familia tendrán asignada una enfermera referente, y las funciones de la misma.

EJECUCIÓN POST

1. Revisar la documentación clínica.
2. Valorar el nivel de dependencia: Índice de Barthel.
3. Identificar los problemas interdisciplinares y complicaciones potenciales.
 - a. Valoración del riesgo de úlceras por presión: escala de Braden.
 - b. Evaluación del riesgo de caídas: Escala de Downton.
 - c. Valoración del riesgo de desnutrición: Peso, talla, IMC, MNA de cribaje.
 - d. Evaluación del dolor (EVA/PAINAD)
 - e. Toma de constantes: Temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca.
4. Inicio de la valoración de las necesidades básicas según el modelo de Virginia Henderson.
 - a. Identificación de los problemas de autonomía.
 - b. Identificación de problemas de independencia.
5. Inicio del plan de cuidados.
 - a. Planificación y registro de suplencias: alimentación, eliminación, movilización, vestirse y desvestirse, regular la temperatura, higiene, evitar peligros.
6. Preparación de la medicación unidosis según prescripción médica registrada en la historia clínica.
7. Gestionar la dieta.

Protocolo de recepción y acogida del paciente en el hospital

Protocolo de dolor. Protocolo de Nutrición.

CRITERIOS DE RESULTADO

- El usuario manifiesta disminución de las respuestas de ansiedad / miedo, demostrando un comportamiento calmado y relajado.
- El usuario manifestará que ha comprendido la información dada.
- El usuario dispondrá de un clima de seguridad y confort.*⁽⁹⁾

*⁽⁹⁾ Manual de protocolos y procedimientos en Enfermería. Complejo Hospitalario de Mallorca. Islas Baleares. España. 2005

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

La valoración de enfermería al ingresar el paciente se realiza en base al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de muchas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de Thorndike (psicólogo estadounidense), su experiencia, en la enfermería de rehabilitación, y el trabajo de Orlando en relación con la conceptualización de la acción propia de la enfermería. Henderson puso de relieve el arte de la enfermería, e identificó las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus contribuciones incluyen la definición de la enfermería, la determinación de las funciones autónomas de la enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, y la creación de conceptos de autoayuda.

Henderson hizo grandes contribuciones a la enfermería durante más de 60 años como enfermera, profesora, escritora e investigadora, y publicó mucho a lo largo de esos años. Henderson afirmó lo siguiente:

“La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible”.

Los elementos más importantes de su teoría son

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow , las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son

- 1º.- Respirar con normalidad.
- 2º.- Comer y beber adecuadamente.
- 3º.- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º.- Descansar y dormir.
- 6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º.- Mantener la temperatura corporal.
- 8º.- Mantener la higiene corporal.
- 9º.- Evitar los peligros del entorno.
- 10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones
- 11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.* (10)

* (10) Antonio Benítez Leiva. Enfermero Profesional. "Asociado Médico Quirúrgico II". Enfermería U.M.A. Málaga . Febrero 2002.

Definición de términos

Recepción y admisión:

Es un conjunto de actividades que se le proporcionan a una persona de forma individualizada en el momento que ingresa a un hospital o clínica. Es el primer contacto del paciente y familia con el equipo de salud.

Servicio de internación:

Es un espacio físico que cuenta con el mobiliario necesario para brindar atención a personas que necesiten ser hospitalizadas y que se rige por normas y protocolos impuestos por la institución.

Enfermeros:

Es una persona preparada a nivel terciario o universitario que se dedica al cuidado de la salud de otra persona para mejorar la calidad de vida y prolongar la salud y el bienestar.

Pacientes:

Es una persona que necesita asistencia sanitaria por alguna dolencia o malestar.

Eficacia:

Es hacer lo necesario para alcanzar o lograr los objetivos deseados.

Definición de variables

Variable Independiente: La información que poseen los enfermeros.

Variable Dependiente: Eficacia en la recepción del paciente

Variables teóricas (generales): Eficacia en la recepción.

Intermedias (dimensiones): Nivel de información, Métodos de comunicación, Nivel de formación académica.

Empíricas (indicadores):

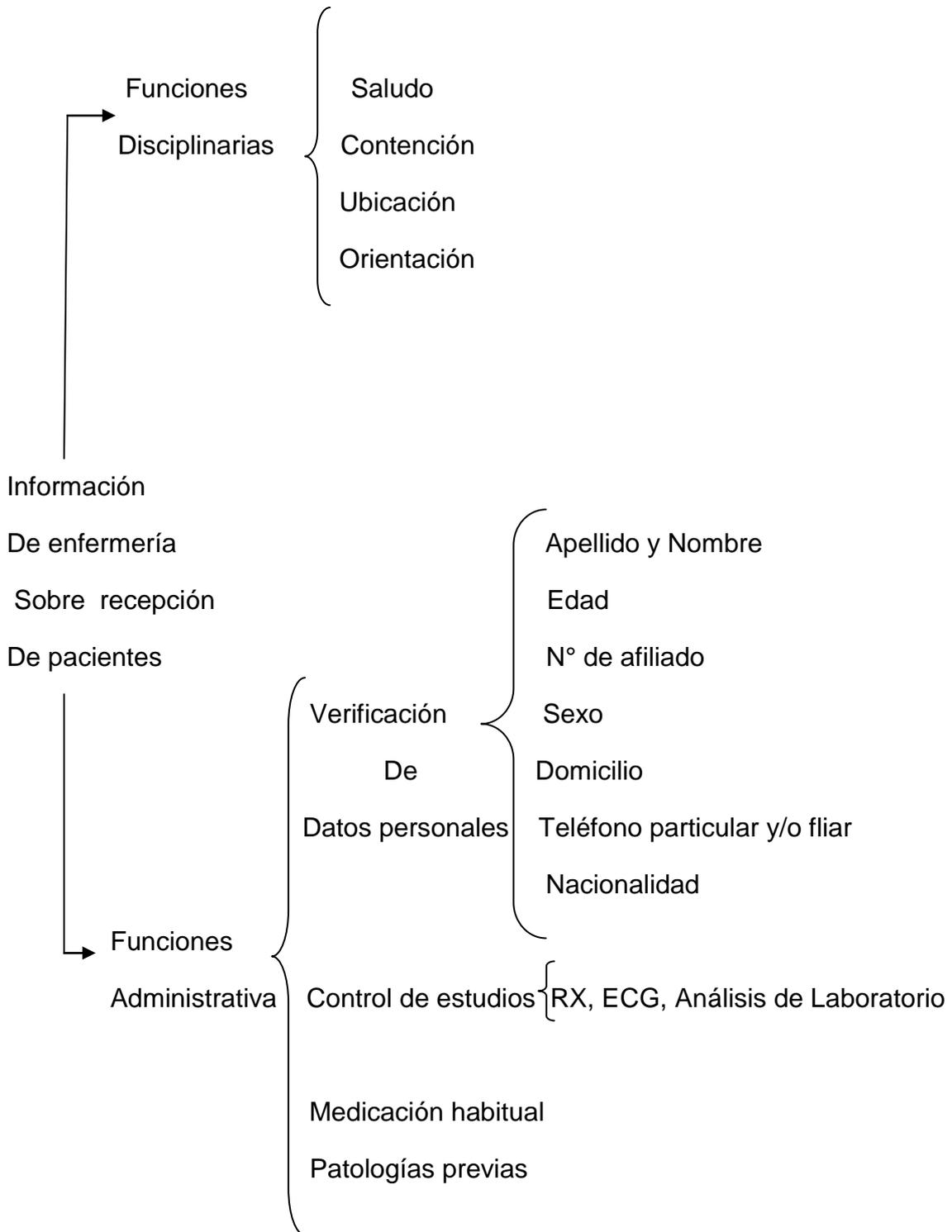
Universidad, terciario.

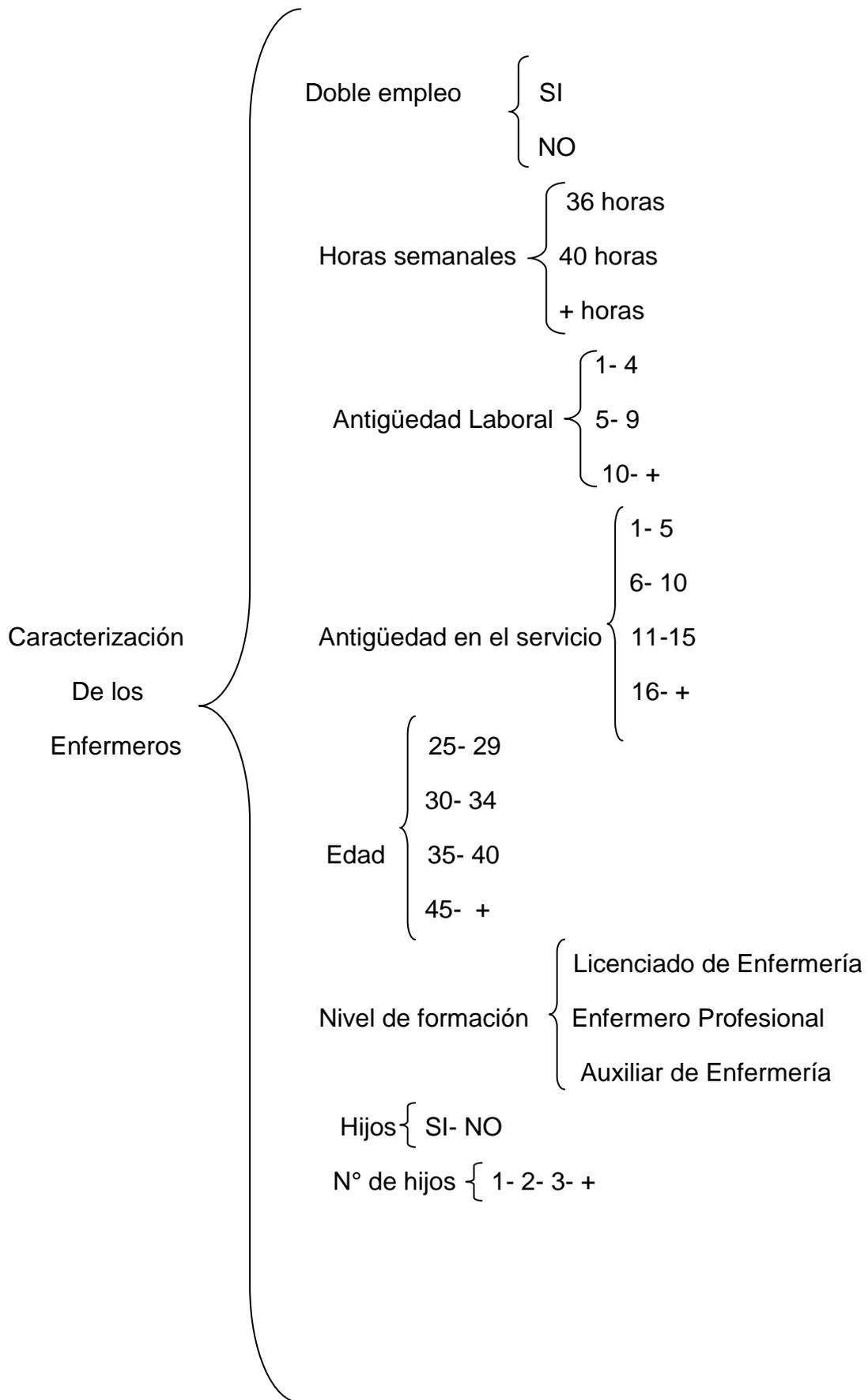
Verbal, Expresión facial, Contacto físico, escrito.

Enfermeros profesionales, Licenciado de Enfermería.

Operacionalización de variables:

Siempre Casi siempre A veces





Hipótesis:

“La información que poseen los enfermeros de clínica médica es ineficaz al momento de realizar una recepción de paciente, debido a que no existe un protocolo como guía”.

Diseño Metodológico

Área de Estudio:

*Población: 23 Enfermeros del Servicio de clínica médica B del Hospital El Carmen (OSEP)

*Muestra: Por ser una población reducida se trabaja con toda la población en su totalidad 100%.

*Unidad de análisis: Cada uno de los enfermeros de Clínica médica “B”

Tipo de investigación:

Cuantitativa, descriptivo, de corte transversal

La investigación será de carácter cuantitativa porque para la investigación del campo se utilizara la estadística descriptiva.

Además la investigación será de carácter descriptivo porque está dirigido a determinar como es y cómo está la situación de las variables de la investigación a la vez que es de carácter aplicada porque ofrece una propuesta factible para la solución del problema planteado.

Presentación De Tablas y Gráficos

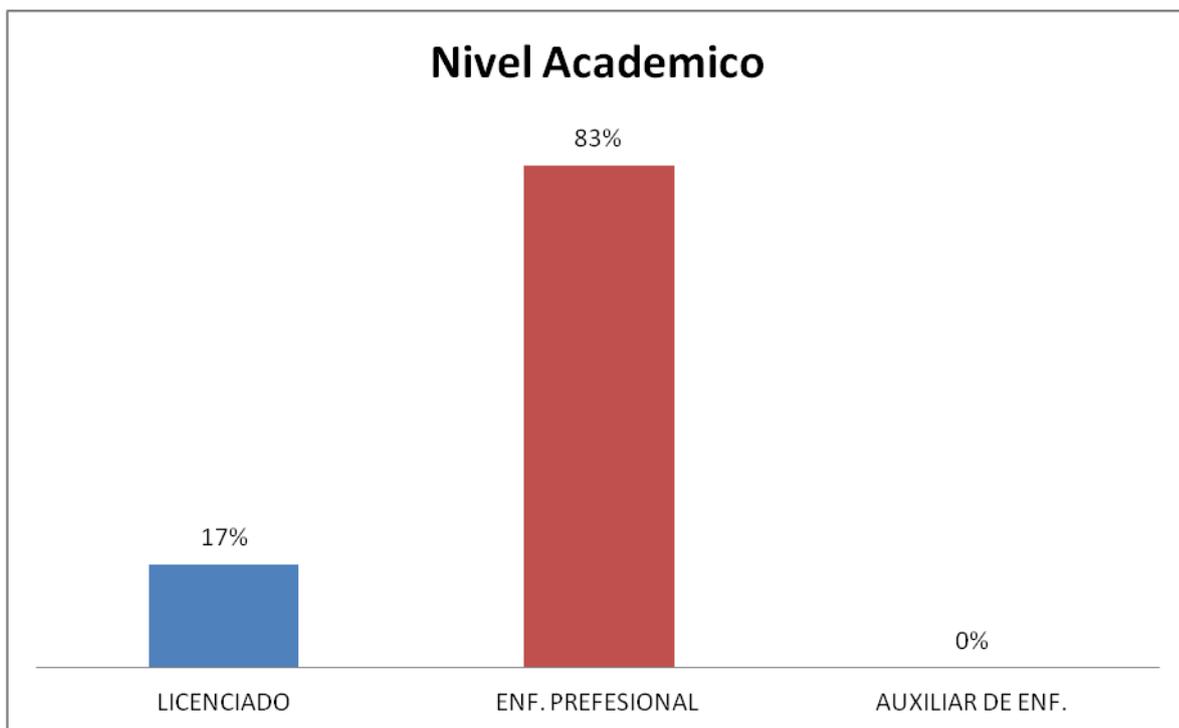
TABLA N° I

TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL ACADEMICO”. SERVICIO CLINICA MEDICA “B” HOSPITAL EL CARMEN- MENDOZA, 2012-

TITULO	F.A	F.R
LICENCIADO	4	17%
ENF. PROFESIONAL	19	83%
AUXILIAR DE ENF.	0	0%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° I



COMENTARIO: DE LO OBSERVADO EN ESTE GRAFICO SE PUEDE DECIR QUE EL 17 % SON LICENCIADOS EN ENFERMERIA, Y EL 83% SON ENFERMEROS PROFESIONALES.

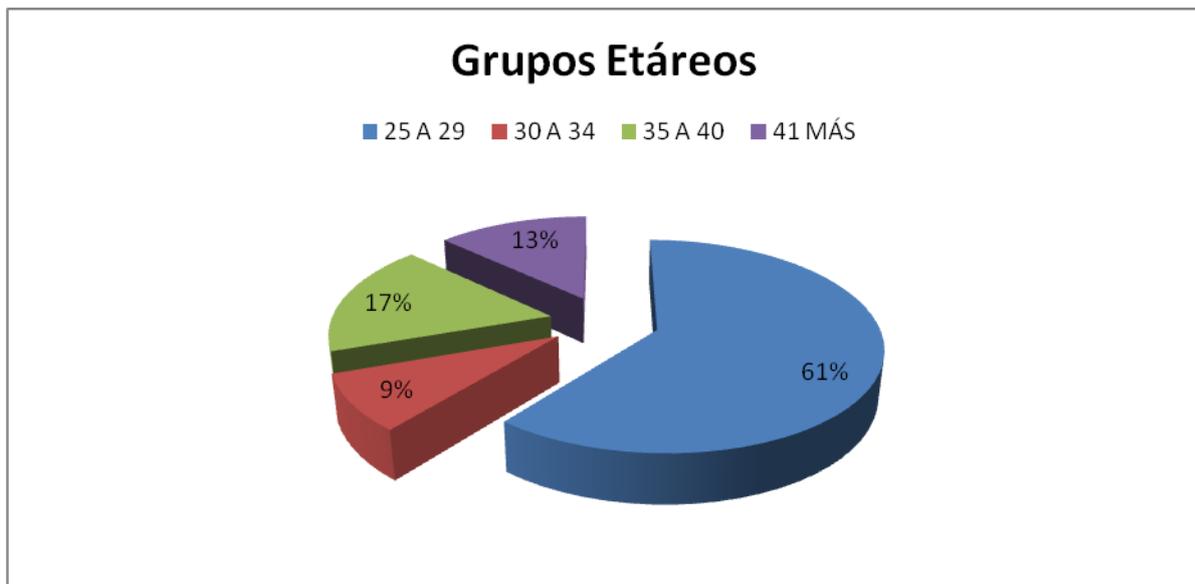
TABLA N° II

TITULO: "NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO, SEGÚN GRUPO ETÁRIO".SERVICIO DE CLINCA MEDICA "B".HOSPITAL EL CARMEN-MENDOZA, 2012-

EDAD	F.A	F.R
25 A 29	14	61%
30 A 34	2	9%
35 A 40	4	17%
41 MÁS	3	13%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° II



COMENTARIO: SE PUEDE VISUALIZAR QUE EL 61% SE ENCUENTRA EN EDADES DE 25 A 29 AÑOS, 17% ENTRE 35 A 40, EL 13% ENTRE 41 O MAS Y EL 9 % ENTRE 30 A 34 AÑOS

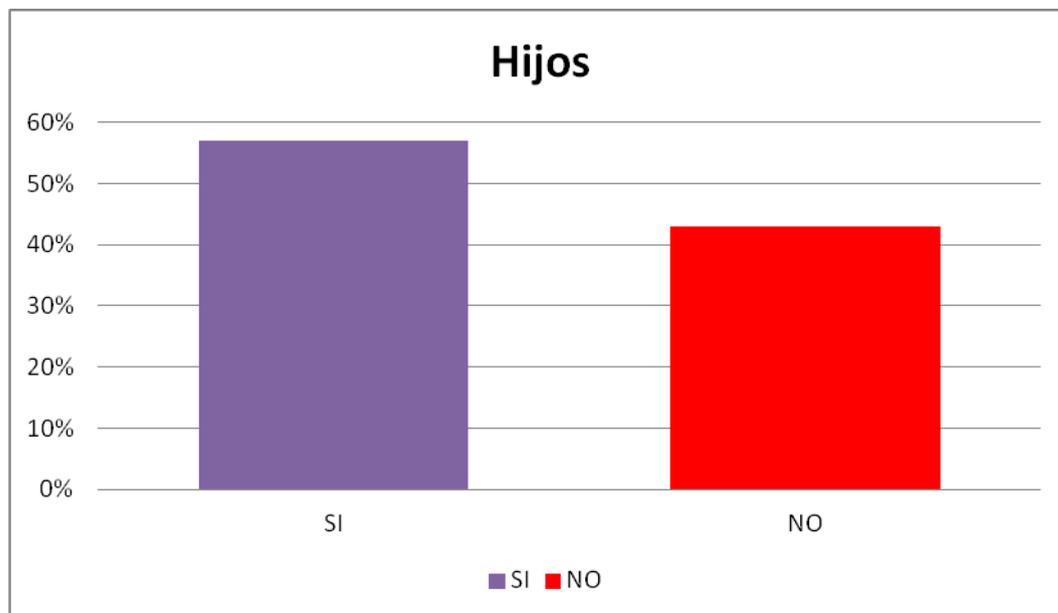
TABLA N° III

TITULO: "NUMERO DE HIJOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN ESTUDIO."SERVICIO CLINICA MEDICA "B".HOSPITAL EL CARMEN. -MENDOZA, 2012 -

HIJOS	F.A	F.R
SI	13	57%
NO	10	43%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA -MENDOZA 2012-

GRAFICO N° III



COMENTARIO: DICHO GRAFICO MUESTRA QUE EL 57% DE LOS ENFERMERO TIENEN HIJOS Y EL 43% NO TIENE.

TABLA N° IV

TITULO: "NUMERO DE CANTIDAD DE HIJOS DE LOS ENFERMEROS EN ESTUDIO".
SERVICIO CLINICA MEDICA "B". HOSPITAL EL CARMEN. -MENDOZA,2012-

CANTIDAD	F.A	F.R
1 A 2	11	85%
3 A 4	2	15%
5 A 6		
MAS		
TOTAL	13	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° IV



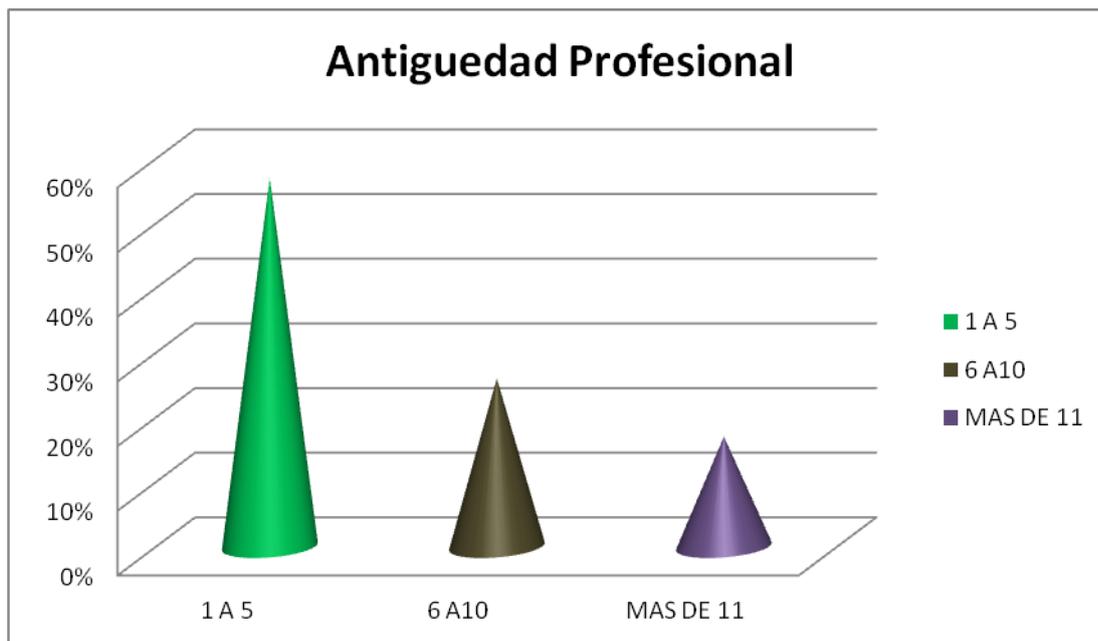
COMENTARIO: LOS DATOS ARROJARON QUE EL 85% DEL PERSONAL TIENE DE 1 A 2 HIJOS, MIENTRAS QUE EL 15% TIENE DE 3 A 4 HIJOS.

TABLA N° V
**TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO SEGUN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL”.
 SERVICIO CLINICA MEDICA "B". HOSPITAL EL CARMEN.-MENDOZA, 2012-**

ANTIGÜEDAD	F.A	F.R
1 A 5	13	57%
6 A10	6	26%
MAS DE 11	4	17%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° V



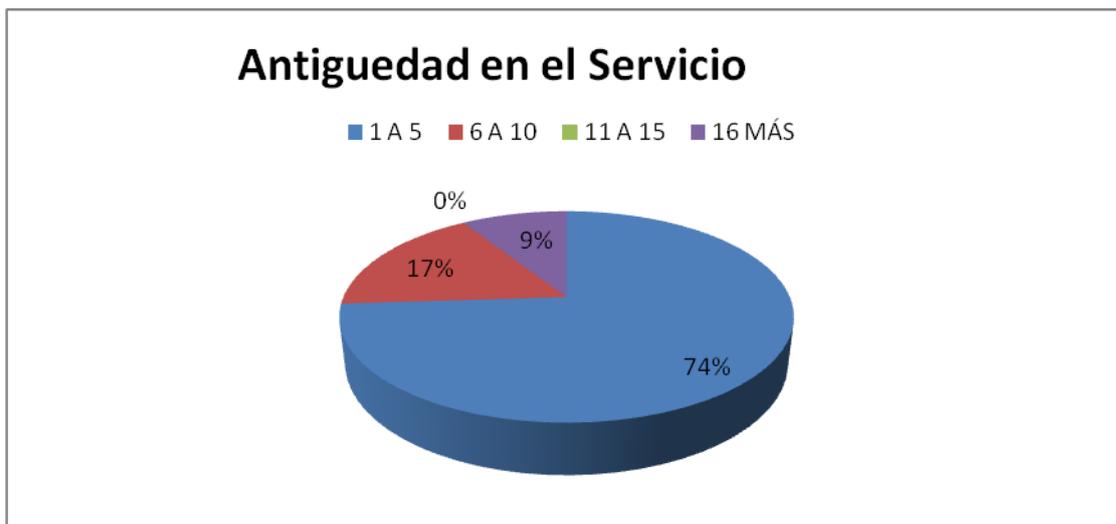
COMENTARIO: EL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE REPRESENTA AL 57% LLEVA TRABAJANDO DE 1 A 5 AÑOS, EL 26% LLEVA TRABAJANDO 6 A 10 AÑOS Y EL RESTO 17% MAS DE 11 AÑOS

TABLA N° VI
TITULO: “ ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO” DE CLINCA MEDICA "B" HOSPITAL EL CARMEN –MENDOZA, 2012-

ANTIGÜEDAD	F.A	F.R
1 A 5	17	74%
6 A 10	4	17%
11 A 15		0%
16 MÁS	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° VI



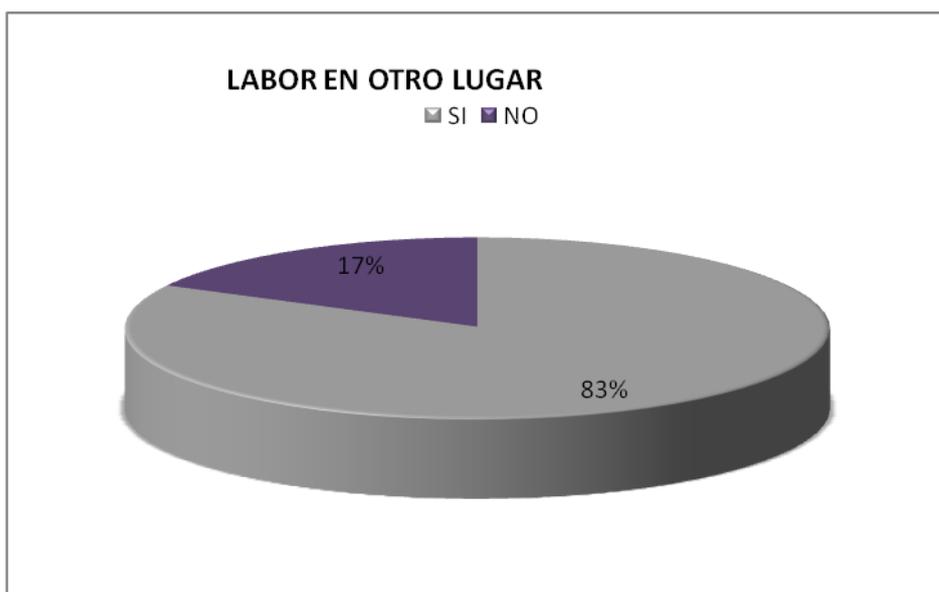
COMENTARIO: SOLO EL 74% POSEE UNA ANTIGÜEDAD DE 1 A 5 AÑOS, EL 17% TIENE UNA ANTIGÜEDAD DE 6 A 10 AÑOS Y SOLO EL 9% DE MAS DE 16 AÑOS.

TABLA N° VII
**TITULO:” NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE TRABAJAN EN OTRO LUGAR”,
 SERVICIO CLINICA MEDICA "B" , HOSPITAL EL CARMEN –MENDOZA, 2012-**

LABOR	F.A	F.R
SI	4	17%
NO	19	83%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° VII



COMENTARIO: SE OBSERVA QUE EL 83% NO TRABAJA EN OTRO LUGAR MIENTRAS QUE EL 17% SI TRABAJA.

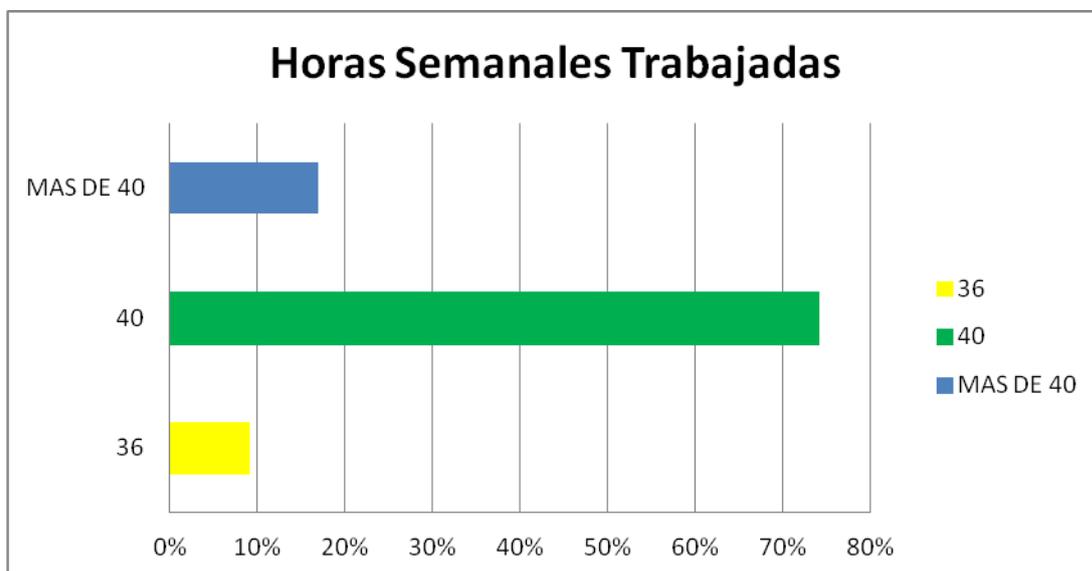
TABLA N° VIII

TITULO: “HORAS SEMANALES TRABAJADAS COMO ENFERMEROS”, SERVICIO CLINICA MEDICA "B" HOSPITAL EL CARMEN –MENDOZA, 2012-

HORAS	F.A	F.R
36	2	9%
40	17	74%
MAS DE 40	4	17%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° VIII



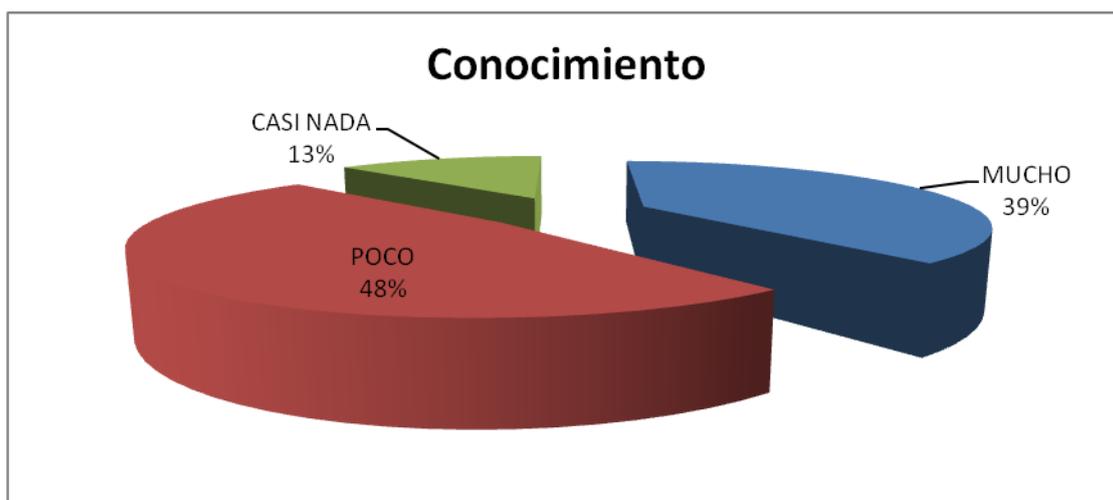
COMENTARIO: DE LOS ENFERMEROS ENCUESTADOS SOLO EL 74 % TRABAJA 40HS SEMANALES, EL 17% TRABAJA MAS DE 40 HS Y EL 9% TRABAJA 36 HS.

TABLA N° IX
**TITULO: “CONOCIMIENTO SOBRE RECEPCION DE PACIENTES”. CLINICA MEDICA “B”
HOSPITAL EL CARMEN –MENDOZA, 2012-**

CONOCIMIENTO	F.A	F.R
MUCHO	9	39%
POCO	11	48%
CASI NADA	3	13%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° IX



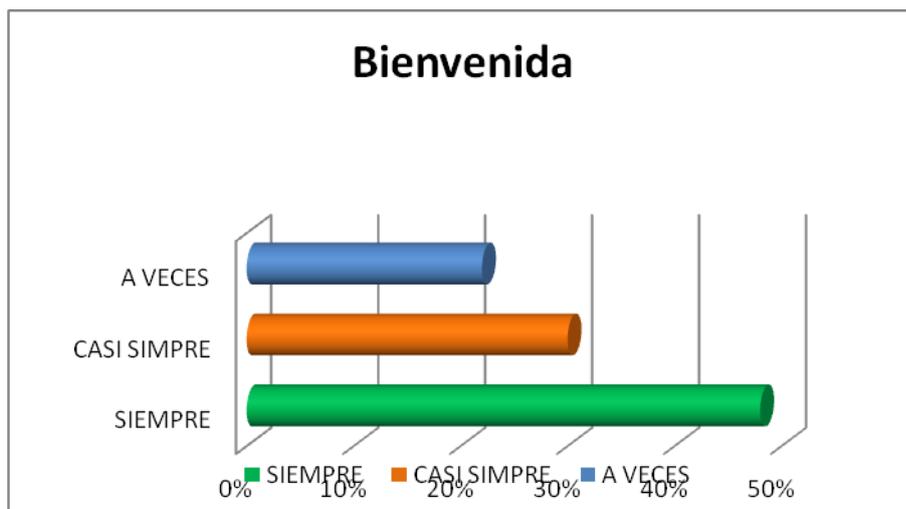
COMENTARIO: EL 48% DE LOS ENCUESTADOS MANIFIESTA SABER POCO SOBRE RECEPCION DE PACIENTES, MIENTRAS QUE EL 39% REFIERE SABER MUCHO Y SOLO EL 13% CASI NADA DE CONOCIMIENTO.

TABLA: N° X
TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE BRINDAN BIENVENIDA AL PACIENTE”.SERVICIO CLINICA MEDICA “B” –HOSPITAL EL CARMEN- MENDOZA,2012-

SALUDO	F.A	F.R
SIEMPRE	11	48%
CASI SIMPRE	7	30%
A VECES	5	22%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° X



COMENTARIO: EL 48% SIEMPRE SALUDA AL PECIENTE AL MOMENTO DEL INGRESO, EL 30% LO HACE CASI SIEMPRE Y EL 22% A VECES.

TABLA N° XI
TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE CONTIENEN AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES,” SERVICIO CLINICA MEDICA “B”, HOSPITAL EL CARMEN -MENDOZA, 2012-

CONTENCION	F.A	F.R
SIEMPRE	5	22%
CASI SIEMPRE	6	26%
A VECES	12	52%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XI



COMENTARIO: LOS ENFERMEROS DE CLINICA MEDICA "B" EN UN 52% BRINDA CONTENCION A VECES, EL 26 % LO HACE CASI SIEMPRE Y EL 22% LO REALIZA SIEMPRE.

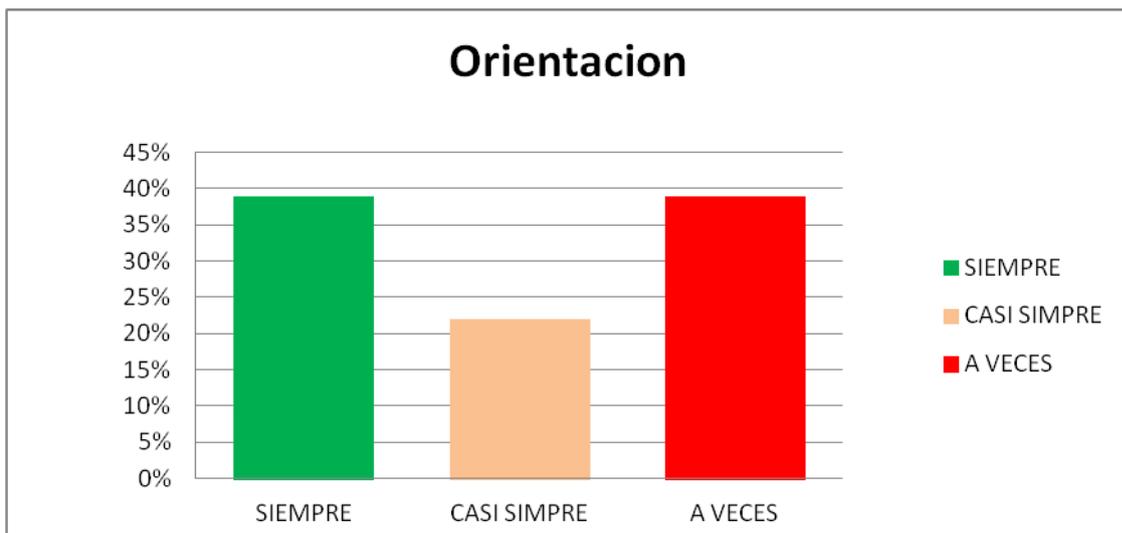
TABLA: N° XII

TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE ORIENTAN EN EL SERVICIO DONDE ESTARA INTERNADO,” SERVICIO CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN. -MENDOZA, 2012-

ORIENTACION	F.A	F.R
SIEMPRE	9	39%
CASI SIMPRE	5	22%
A VECES	9	39%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XII



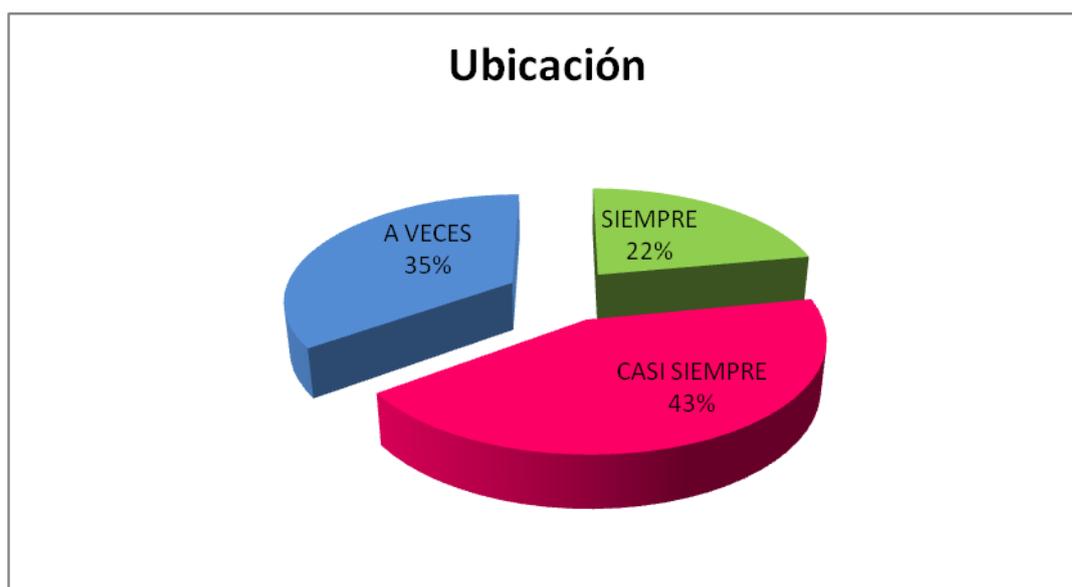
COMENTARIO: EL PERSONAL DE ENFERMERIA ENCUESTADO MANIFIESTA QUE EL 39% ORIENTA SIEMPRE, EL 39% LO HACE A VECES Y EL 22% CASI SIEMPRE.

TABLA N° XIII
TITULO: “UBICACIÓN DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL AL PACIENTE,”
SERVICIO CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN. -MENDOZA,2012-

UBICACIÓN	F.A	F.R
SIEMPRE	5	22%
CASI SIEMPRE	10	43%
A VECES	8	35%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XIII



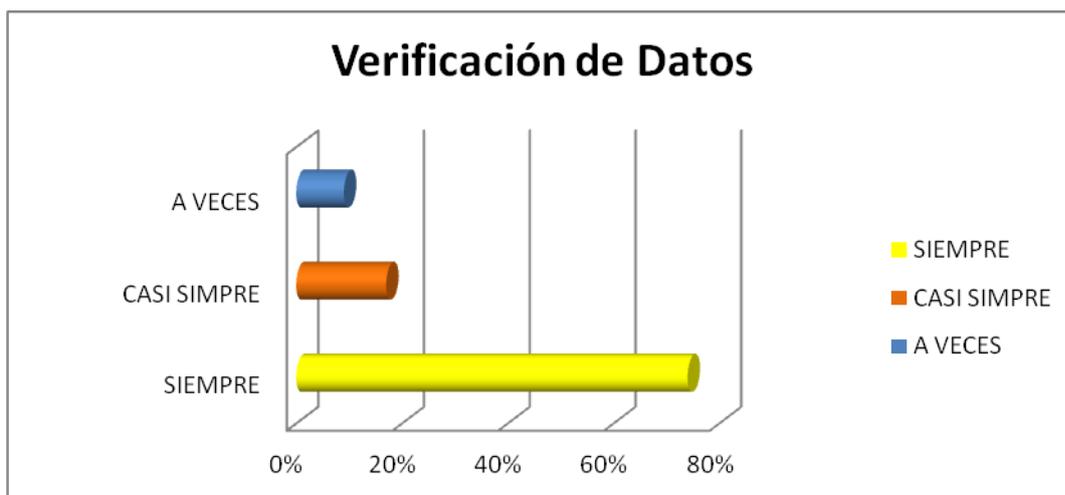
COMENTARIO: EL 43% CASI SIEMPRE UBICA AL PACIENTE EN LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL, EL 35% LO HACE A VECES Y SOLO EL 22% LO REALIZA SIEMPRE.

TABLA: N° XIV
TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE VERIFICAN EL NOMBRE Y APELLIDO”.SERVICIO CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN-MENDOZA, 2012-

VERIFICACION	F.A	F.R
SIEMPRE	17	74%
CASI SIEMPRE	4	17%
A VECES	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XIV



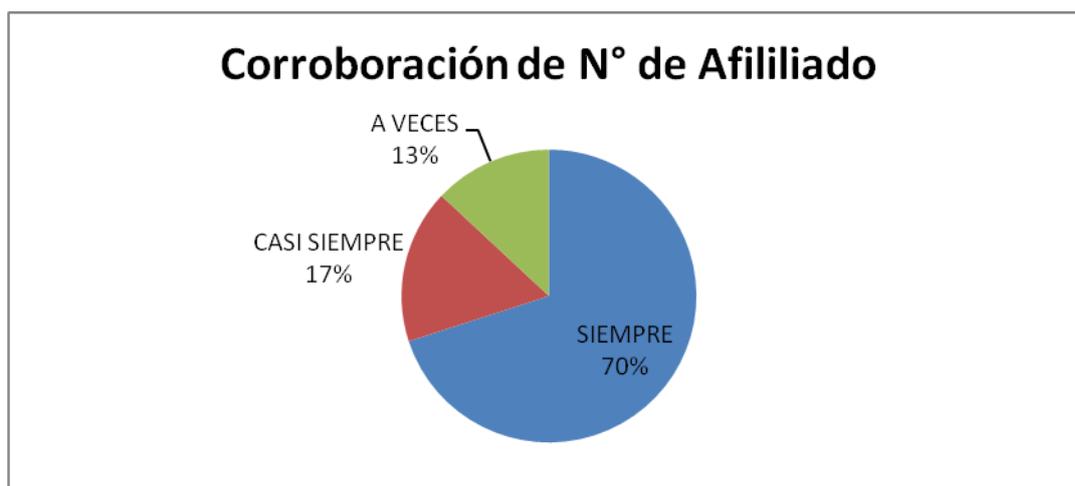
COMENTARIO: SE REFLEJA QUE EL 74 % VERIFICA LOS DATOS DEL PACIENTE SIEMPRE, EL 17% LO HACE CASI SIEMPRE Y SOLO UN 9% LO REALIZA A VECES.

TABLA: N° XV
TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE CORROBORAN EL NUMERO DE AFILIADO DEL PACIENTE,”SERVICIO CLINICA MEDICA “B” HOSPITAL EL CARMEN – MENDOZA, 2012-

N° AFILIADO	F.A	F.R
SIEMPRE	16	70%
CASI SIEMPRE	4	17%
A VECES	3	13%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XV



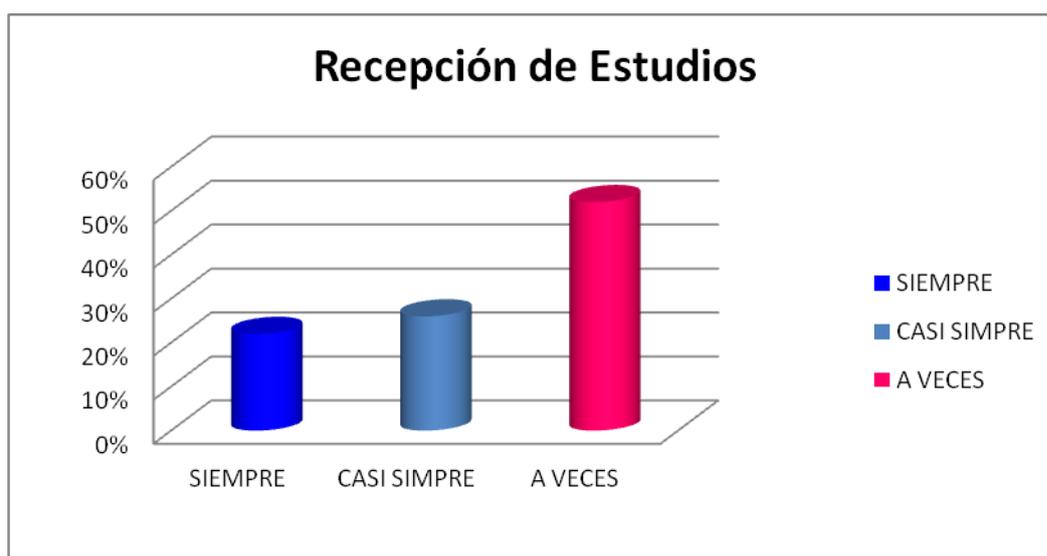
COMENTARIO: EL 70% CORROBORA EL NUMERO DE AFILIADO SIEMPRE, EL 17% LO HACE CASI SIEMPRE Y EL 13% LO VERIFICA A VECES.

TABLA: N° XVI
TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE RECEPCIONAN LOS DE ESTUDIOS”SERVICIO DE CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN.- MENDOZA, 2012-

RECEPCION	F.A	F.R
SIEMPRE	5	22%
CASI SIMPRE	6	26%
A VECES	12	52%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO: N° XVI



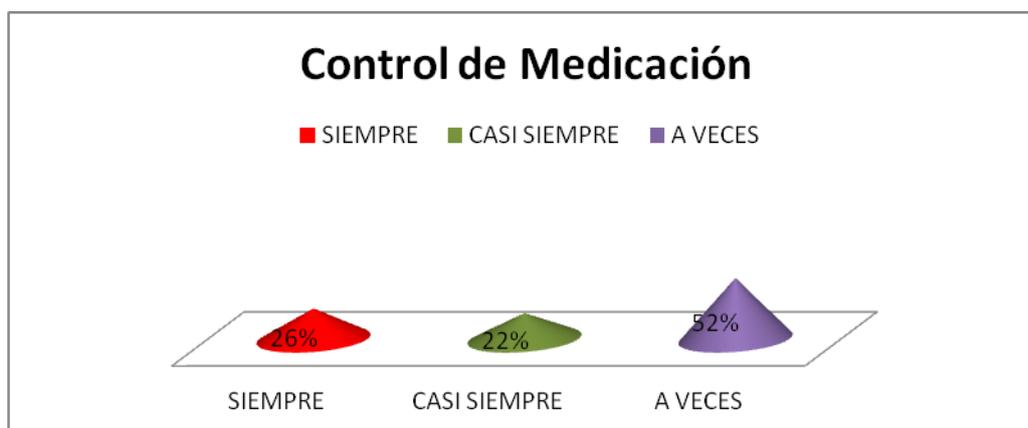
COMENTARIO: LA RECEPCION DE ESTUDIOS EN UN 52 % LO REALIZA A VECES, EL 26% LO HACE CASI SIEMPRE Y EL 22% LO REALIZA SIEMPRE.

TABLA: N° XVII
TUTULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE CONTROLAN LA MEDICACION DEL PACIENTE”, SERVICIO DE CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN.- MENDOZA, 2012-

MEDICACION	F.A	F.R
SIEMPRE	6	26%
CASI SIEMPRE	5	22%
A VECES	12	52%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XVII



COMENTARIO: SOLO 52% CONTROLA AVECES LA MEDICACION PREVIA DEL PACIENTE, EL 26% DE LOS ENFERMEROS LO HACE SIEMPRE, MIENTRAS QUE EL 22% LO REALIZA CASI SIEMPRE.

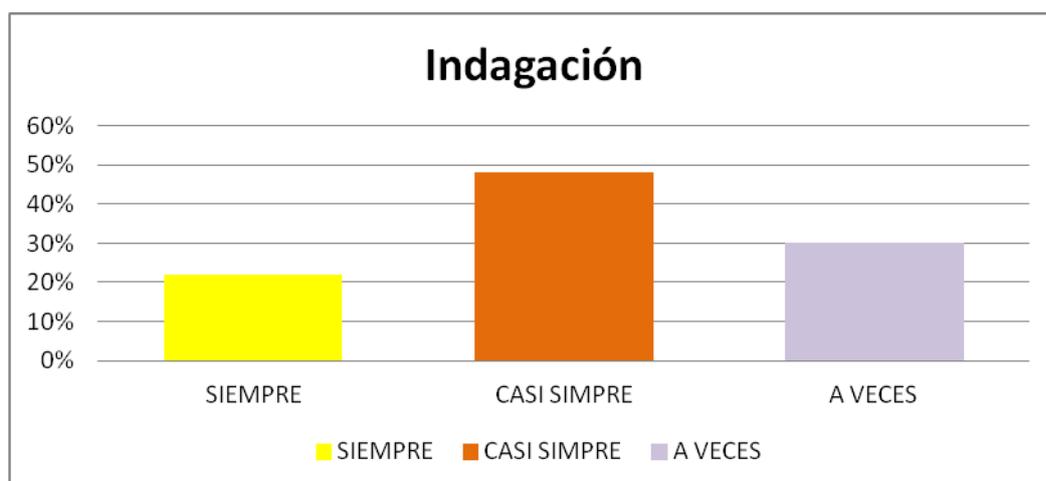
TABLA: N° XVIII

**TITULO: “NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE INDAGAN SOBRE PATOLOGIA PREVIAS,” SERVICIO DE CLINICA MEDICA “B”.
HOSPITAL EL CARMEN.- MENDOZA, 2012-**

INDAGAR	F.A	F.R
SIEMPRE	5	22%
CASI SIMPRE	11	48%
A VECES	7	30%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO: N° XVIII



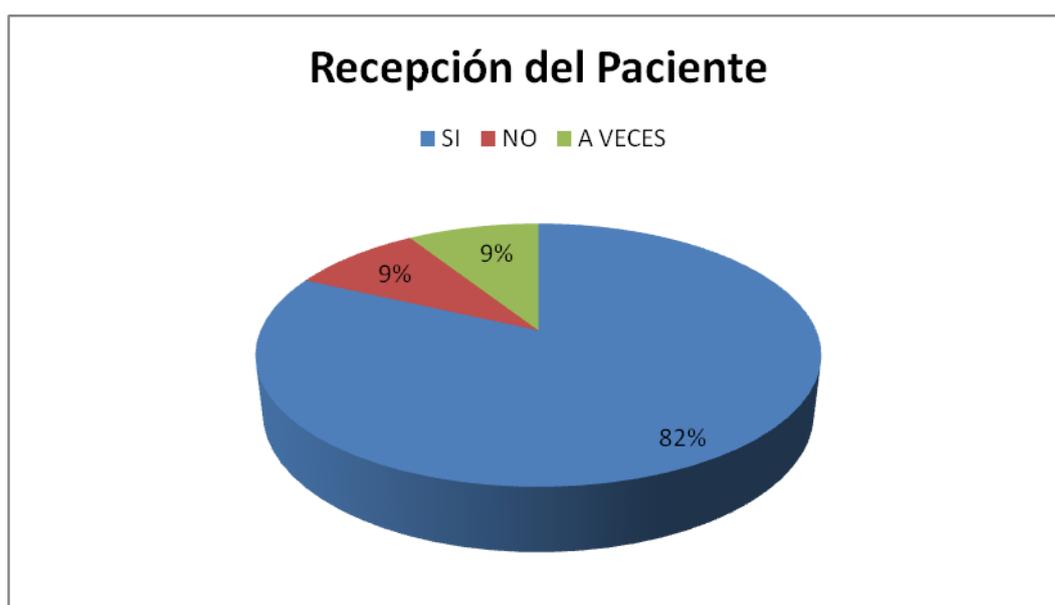
COMENTARIO: SE REFLEJA QUE EL 48% DE LOS ENFERMEROS LE INTERESA CASI SIEMPRE INDAGAR, EL30% LO HACE A VECES Y EL 22% LO REALIZA SIEMPRE

TABLA XIX
TITULO: “LA RECEPCION DEL PACIENTE ES UNA TAREA DE ENFERMERIA”.SERVICIO CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN – MENDOZA,2012-

RECEPCION	F.A	F.R
SI	19	82%
NO	2	9%
A VECES	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO: N° XIX



COMENTARIO: EL 82% CONSIDERA QUE LA RECEPCION DE PACIENTES ES TAREA DE ENFERMERIA MIENTRAS QUE UN 9% CONSIDERA QUE SOLO A VECES LO ES Y OTRO 9% CONSIDERA QUE NO LO ES.

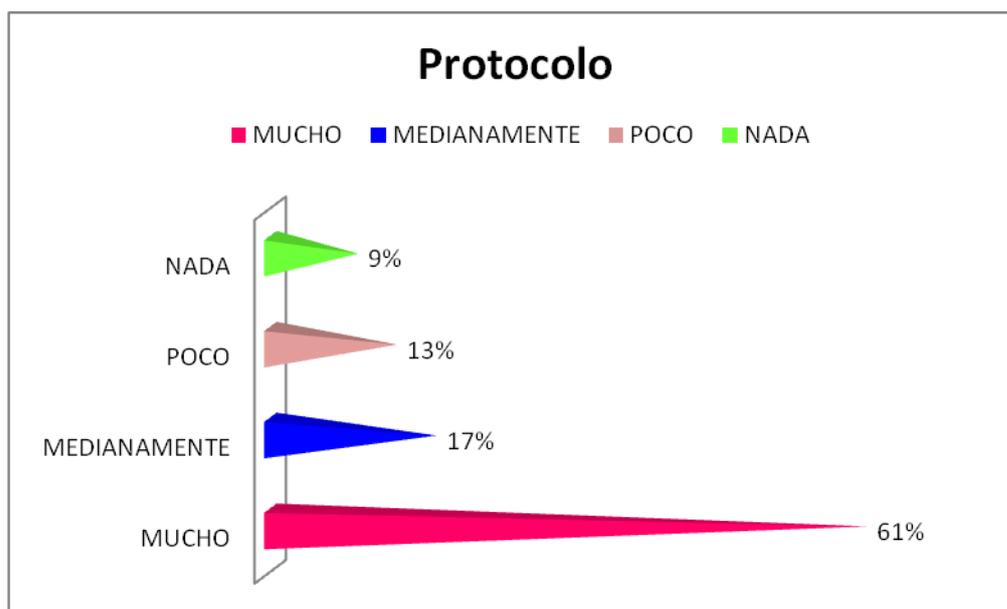
TABLA: N° XX

TITULO: “UN PROTOCOLO MEJORARIA LA ATENCION DEL PACIENTE”, SERVICIO CLINICA MEDICA “B”. HOSPITAL EL CARMEN. -MENDOZA 2012-

PROTOCOLO	F.A	F.R
MUCHO	14	61%
MEDIANAMENTE	4	17%
POCO	3	13%
NADA	2	9%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO: N° XX



COMENTARIO: LOS ENFERMEROS CONSIDERAN EN UN 61% MEJORARIA MUCHO LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, MIENTRAS QUE EL 17% CONSIDERA MEDIANAMENTE, EL 13% CREE QUE MEJORARIA POCO, Y POR ULTIMO EL 9% CREE QUE NADA CAMBIARIA.

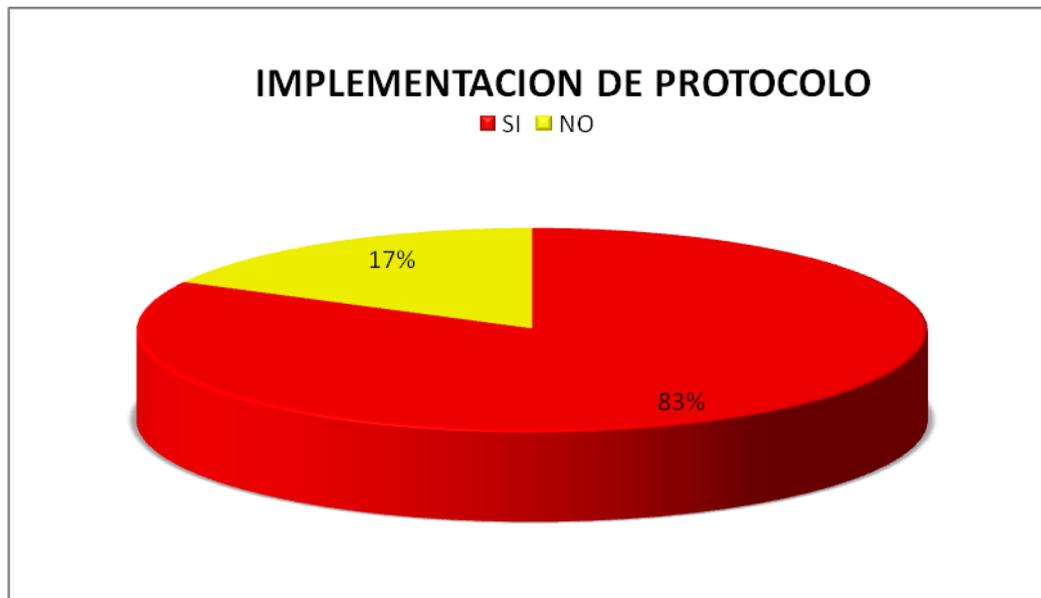
TABLA: N° XXI

TITULO: "NUMERO DE PERSONAS EN ESTUDIO QUE IMPLEMENTARIAN UN PROTOCOLO" SERVICIO CLINICA MEDICA "B. HOSPITAL EL CARMEN-MENDOZA, 2012-

PROTOCOLO	F.A	F.R
SI	19	83%
NO	4	17%
TOTAL	23	100%

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO: N° XXI



COMENTARIO: EL 83% ESTA DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO, MIENTRAS QUE UN 17% NO LO ESTA.

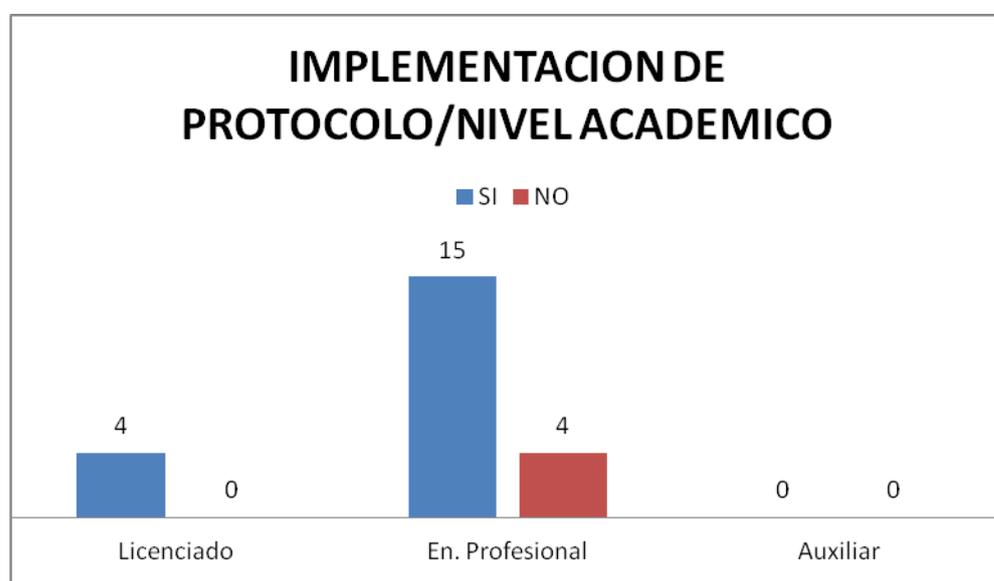
TABLA DE BIVARIADOS

TABLA N° XXII
IMPLEMENTACION
DE PROTOCOLO

	Nivel Académico			Total
	Licenciado	En. Profesional	Auxiliar	
SI	4	15	0	19
NO	0	4	0	4
Total	4	19	0	23

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO N° XXII



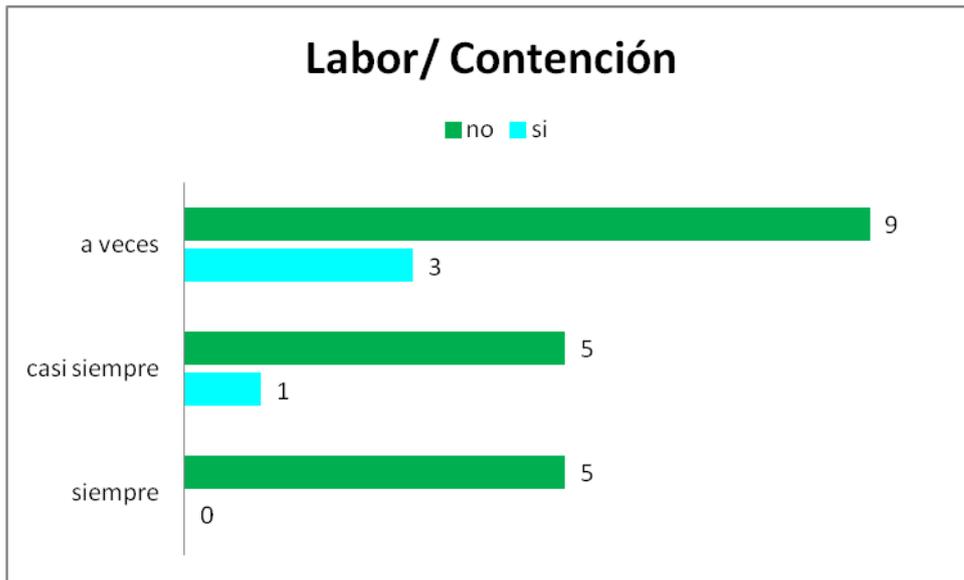
COMENTARIO: DEL TOTAL DE 23 ENCUESTADOS SE OBSERVA QUE EL TOTAL DE LICENCIADOS ESTAN DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO , MIENTRAS QUE DE LOS ENFERMEROS PROFESIONALES 15 ESTAN DE ACUERDO Y 4 NO LO ESTAN. NO SE ENCUENTRAN AUXILIARES EN EL SERVICIO.

TABLA: N° XXIII

Labor en otro lugar	Contención			Total
	siempre	casi siempre	a veces	
Si	0	1	3	4
No	5	5	9	19
Total	5	6	12	23

FUENTE: DATOS OBTENIDOS POR LOS AUTORES MEDIANTE ENCUESTA –MENDOZA 2012-

GRAFICO :N° XXIII



COMENTARIO: DE LOS 23 ENFERMEROS ANALIZADOS, PODEMOS OBSERVAR QUE 9 ENFERMEROS QUE NO TRABAJAN EN OTRO LUGAR SOLO BRINDAN CONTENCION "A VECES", 5 LO HACEN "CASI SIEMPRE" Y OTROS 5 LO HACEN "SIEMPRE". MIENTRAS QUE DE LOS 4 ENFERMEROS QUE SI TRABAJAN EN OTRO LUGAR SOLO 1 BRINDA CONTENCION "CASI SIEMPRE" Y 3 SOLO LO HACEN "A VECES".

Comentarios finales

Se observa que del total de los enfermeros encuestados, el 83% son enfermeros profesionales, encontrándose el 61% en el grupo etario de 25 a 29 años.

El 57% tiene hijos, de los cuales el 85% tiene de 1 a 2 hijos.

En cuanto a la antigüedad en la profesión, el 57% lleva de 1 a 5 años dentro del rubro profesional y el 74% lleva de 1 a 5 años desempeñando la labor en clínica médica "B".

Un 83% no trabaja en otro lugar por lo que el 74% trabaja 40 horas semanales.

El 48% considera que sabe poco sobre recepción de pacientes; donde el 48% dice que brinda una bienvenida siempre, el 52% brinda contención solo a veces.

Con respecto a brindar orientación se observa que el 39% lo realizan siempre y a veces.

El 43% ubica a los pacientes casi siempre, mientras que solo el 22% lo hace siempre.

Los que verifican nombre y apellido solo es el 74% y el 70% corrobora siempre el número de afiliado.

En cuanto a la recepción de estudios solo el 52% lo hace a veces y el 52% realiza control de medicación a veces.

El 48% casi siempre indaga sobre patologías previas.

Los enfermeros en un 82% aseguran que la recepción del paciente es tarea de enfermería, y el 61% considera que un protocolo mejoraría mucho la atención; y el 83% está de acuerdo en implementarlo.

Recomendaciones

Las acciones que se pueden aplicar deben estar orientadas a:

- Extender esta investigación a las clínicas restantes para observar la problemática de “recepción y admisión del paciente”.
- Unificar criterios y crear una guía como protocolo de recepción y admisión de pacientes en clínica médica.
- Establecer el protocolo como normativa de los servicios de clínica medica.
- Evaluar a corto plazo los resultados de la implementación del protocolo, destacando los puntos más relevantes tanto positivos como negativos.
- Mantener actualizados al personal sobre tema mencionado para seguir unificando criterios en plan de mejora.

Bibliografía

- Antonio Benítez Leiva.** Enfermero Profesional. “Asociado Médico Quirúrgico II”. Enfermería U.M.A. Málaga. Febrero 2002.

- Manual de protocolos y procedimientos en Enfermería.** Complejo Hospitalario de Mallorca. Islas Baleares. España. 2005

- **Manual de enfermería fundamental.** “Capítulo 1 unidad del enfermo unidades temáticas”. -Febrero 2008

- **Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería.** Editorial nure investigación, nº 44, Enero –Febrero 2010.

- **RUMBOLD “Ética en Enfermería”,** 3ra Edición. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 2000

- Sociedad Vasca de cuidados Paliativos.** “Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa”. 1º Edición. San Sebastián, Editorial Donostia- San Sebastián (Gipuzkoa)- España 2003.

- **María de la Cruz Delgado Medina. Lic. En enfermería.** Trabajo independiente. Sanatorio Mater Dei. Ciudad de Buenos Aires. 2007

- **Manual de procedimientos.** Hospital Manuel Gea Gonzalez.2002

- **Manual de protocolos y procedimientos del Hospital Reina Sofía.** Córdoba 2003.

ANEXOS



Encuesta para el personal del servicio de Clínica médica “B”, del Hospital El Carmen

Licenciados, enfermeros profesionales y/o auxiliares la siguiente encuesta es anónima y con fines únicamente de estudio.

Marcar con X la respuesta que considere apropiada para usted:

1. ¿Cuál es el nivel académico que posee?

Licenciado () Enfermero Profesional () Auxiliar de Enfermería
()

2. ¿En qué grupo etario se encuentra?

Edad 25- 29 años () 30- 34 años () 35- 40 años () 45 - + años ()

3. ¿Tiene hijos?

SI () NO ()

4. ¿Cuántos?

1- 2 () 3- 4 () 5- 6 () + ()

5. ¿Cuántos años lleva ejerciendo la profesión?

De 1 – 4 años () 5 – 9 años () 10 - + años ()

6. ¿Qué antigüedad lleva en el servicio?

De 1 – 5 años () 6 – 10 años () 11 – 15 años () 16 - + años ()

7. ¿Desempeña su labor como enfermero en otro lugar?

SI () NO ()

8. ¿Cuántas horas semanales trabaja?

36 horas () 40 horas () + horas ()

9. ¿Usted, posee conocimiento sobre recepción de pacientes?

Mucho () Poco () Casi nada ()

10. Al ingresar un paciente al servicio, ¿Usted le brinda una cordial bienvenida con un saludo?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

11. ¿Brinda usted contención al paciente y familia durante el periodo de internación?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

12. ¿Realiza al paciente y familiar una orientación del servicio donde estará internado?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

13. ¿Ubica al paciente cuales son las instalaciones del hospital?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

14. ¿Verifica Apellido y nombre del paciente?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

15. ¿Corroborar que el N° de afiliado sea el correcto?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

16. ¿Controla los estudios que trae el paciente al momento de ser internado?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

17. ¿Controla la medicación previa que trae el paciente al momento del ingreso al servicio?

Siempre () Casi Siempre () A Veces ()

18. ¿Considera usted que la recepción del paciente al servicio, es una tarea de enfermería?

SI () NO () A veces ()

19. ¿Cree usted que con la existencia de un protocolo, se mejoraría la atención del paciente partiendo desde el ingreso al servicio?

Mucho () Medianamente () Poco () Nada ()

20. ¿Estaría usted de acuerdo en implementar un protocolo como guía para la recepción del paciente?

SI () NO ()

TABLA MATRIZ

U.A	Nivel Academico			Edad					Hijos			Cantidad Hijos						Antigüedad Profesional			Antigüedad en el Servicio				Labor en otro lugar		Horas semanales			Conocimti mucho
	Lic.	Enf/Prof	Aux	25-29	30-34	35-40	41- más	si	no	1 a 2	3 a 4	5 a 6	más	1 a 5	6 a 10	11 a más	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a más	si	no	36hs	40hs	más hs					
1		1			1			1	1	1					1		1					1			1		1			
2		1		1				1	1	1					1		1					1			1		1			
3		1						1	1		1				1		1				1				1		1			
4	1					1			1						1		1				1				1		1			
5	1					1			1		1				1		1				1				1		1			
6		1				1			1		1				1		1				1				1		1			
7			1			1			1		1				1		1				1				1		1			
8	1								1		1				1		1				1			1		1	1			
9		1				1			1		1				1		1				1				1		1			
10			1						1		1				1		1				1				1		1			
11		1				1			1		1				1		1				1				1		1			
12		1				1			1		1				1		1				1				1		1			
13			1						1		1				1		1				1				1		1			
14			1						1		1				1		1				1				1		1			
15			1						1		1				1		1				1				1		1			
16	1					1			1		1				1		1				1				1		1			
17			1						1		1				1		1				1				1		1			
18			1						1		1				1		1				1				1		1			
19			1						1		1				1		1				1				1		1			
20			1						1		1				1		1				1				1		1			
21			1						1		1				1		1				1				1		1			
22			1						1		1				1		1				1				1		1			
23			1						1		1				1		1				1				1		1			
Total	4	19	14	2	4	3	13	10	11	2				13	6	4	17	4		2	4	19	2	17	4	9				

