

## CATEGORIZACIÓN DE RIESGO DEPENDENCIA

El objetivo de esta cápsula es proveer un conjunto de conocimientos básicos en materia de categorización de usuarios según riesgo dependencia utilizando el CUDYR, con el fin de concientizar la promoción de una correcta aplicación del instrumento, disminuir la variabilidad y aumentar la cobertura de usuarios categorizados.





## PROPÓSITO Y OBJETIVO

### ¿Cuál es la necesidad de capacitación que nos gustaría resolver?

Gestionar los cuidados de los usuarios requiere de un sistema de clasificación de usuarios que mida cantidad y complejidad de cuidados que necesita.

El instrumento de categorización de usuarios (CUDYR), permite clasificar a los usuarios atendidos en instituciones hospitalarias, en base a cuidados de mayor demanda que identifican dependencia y riesgo. Mide el riesgo, en los cuidados terapéuticos requeridos por las condiciones de inestabilidad del usuario y la dependencia, en cuidados universales seleccionados, ambos cuidados son medidos en cuanto a intensidad y complejidad.

Esta herramienta ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del usuario hospitalizado, identifica su perfil, aporta en la organización y facilita la estandarización de planes de cuidado de cada usuario.

En este contexto se ha requerido abordar este tema con la finalidad de informar, ayudar y orientar a los equipos de salud que utilizan esta herramienta para responder adecuadamente a los requerimientos de su práctica habitual.

### ¿Qué es lo que pretendemos conseguir con ésta cápsula de autoaprendizaje?

El Programa de Autoaprendizaje Autogestionado del MINSAL, tiene como propósito sensibilizar y dar a conocer temáticas relevantes para todos los funcionarios del sector público de salud.

*En esta oportunidad el objetivo es proveer un conjunto de conocimientos básicos en materia de categorización de usuarios según riesgo dependencia utilizando el CUDYR, con el fin de concientizar la promoción de una correcta aplicación del instrumento, disminuir la variabilidad y aumentar la cobertura de usuarios categorizados.*

## CONTENIDOS

- Módulo 1: Introducción.
  - Modelo de atención en salud.
  - Modelo de gestión en red.
  - Categorización de usuarios.
- Módulo 2: CUDYR.
  - Objetivos.
  - Características.
  - Instrumento.



---

# MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN

---

El Instrumento de **Categorización de Usuarios según dependencia y riesgo de cuidados (CUDYR)**, permite clasificar a los pacientes atendidos en instituciones hospitalarias, en base a cuidados de mayor demanda que identifican dependencia y riesgo. Es aplicable a cualquier unidad o servicio de atención de pacientes hospitalizados (desde unidades de paciente crítico a unidades de cuidados básicos) y en cualquier etapa del ciclo vital del usuario.

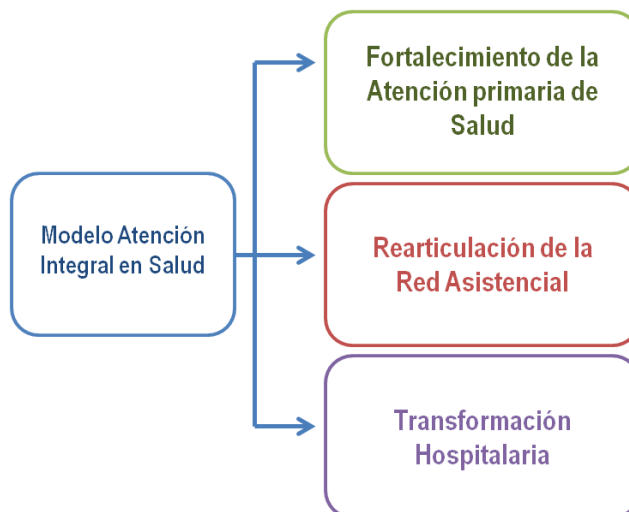
El Instrumento **CUDYR** mide la dependencia en **cuidados universales seleccionados** y el riesgo lo mide en **cuidados terapéuticos requeridos por las condiciones de inestabilidad del usuario**. Ambos cuidados son medidos en cuanto a intensidad y complejidad.

## MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

La reforma de salud llevada a cabo en nuestro país, se enfoca en la gestión de las instituciones asistenciales, las cuales deben mejorar su **eficiencia, efectividad, calidad y seguridad** en los servicios brindados a la comunidad. En este contexto, los **cuidados de enfermería** han sido ampliamente documentados por su **impacto favorable en los resultados** globales tanto financieros, clínicos, de seguridad y de satisfacción de pacientes de las instituciones hospitalarias.



El Modelo de Salud Integral en el contexto de la Reforma se define como: *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red”*.



*adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red”*.

El rol de los hospitales en el modelo de atención, es la contribución de una manera concordante al modelo, a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

## Elementos incorporados al Modelo

Los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a:

- Las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial, particularmente a través del Régimen de Garantías en Salud y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria.
- Las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios.
- Las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión.





- Los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud.
- Las nuevas formas de financiamiento.
- Las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los miembros de la organización.

## ES IMPORTANTE SEÑALAR ...

La concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo hacen una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

## MODELO DE GESTIÓN EN RED

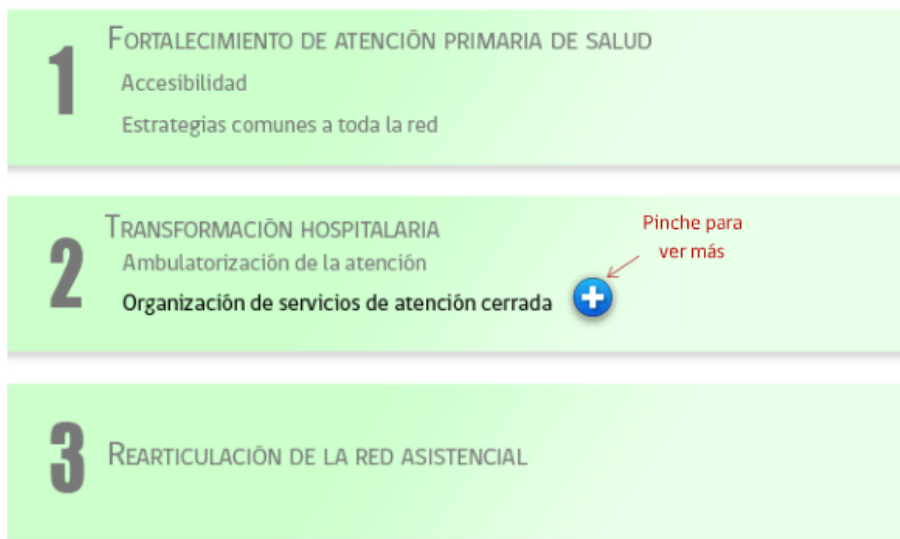
Otro concepto relevante relacionado con la entrada en vigencia de la reforma en salud es el Modelo de Gestión, definido como la **forma en que se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones**. Con el fin de sustentar el modelo de atención presentado, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de su población y el modelo de gestión hospitalaria.

Los objetivos del Modelo de gestión:

- ✓ Garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud.
- ✓ Asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas.
- ✓ Mejorar la satisfacción usuaria.
- ✓ Garantizar el uso racional de los recursos.

## Principales estrategias del modelo de gestión

El modelo de gestión articula sus estrategias sobre la base de los siguientes tres ejes, a objeto de instalar el modelo de atención integral:



Para efectos de este curso se hablará de la **Organización de servicios de atención cerrada**.

- “Gestionar camas hospitalarias según riesgo dependencia y uso de recursos, predominando este criterio de clasificación y asignación de recursos por sobre la diferenciación de camas por especialidad”.
- Favorecer la participación de la familia en el cuidado del enfermo al interior del establecimiento.
- Asegurar a los enfermos un profesional de cabecera que coordine la atención e información a la familia y a la APS (Gestión de casos).
- Promover nuevas formas de hospitalización: hospitalización domiciliaria, hospitalización diurna.
- Organización de la atención de urgencia acorde a la política de red de urgencia.



## Categorización de usuarios: Nivel internacional

La categorización de usuarios es una **herramienta de gestión** que ofrece una **evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del usuario hospitalizado e identifica su perfil**, para optimizar el modelo de gestión conforme a la reforma de salud.

A nivel internacional existen diversos instrumentos para la categorización de pacientes siendo utilizadas principalmente:

<b>TRIAJE</b>	Método de identificación rápida de víctimas que poseen traumatismos que amenazan la vida inmediatamente, de quienes tienen mejor oportunidad de sobrevivir.
<b>ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION II Y III (APACHE II Y III)</b>	Es un índice de pronóstico - gravedad de los pacientes, que permite evaluar el actuar asistencial mediante el uso de indicadores de pronóstico en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
<b>THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM (TISS)</b>	Tiene por objetivo identificar la carga de trabajo en UCI, establecer la relación enfermera/paciente, medir la gravedad de la enfermedad y cálculo de costos, pero en 2003 estimaron que el TISS-28 no reflejaba adecuadamente la carga de trabajo, por lo que se propuso Nursing Activities Score (NAS).
<b>NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS)</b>	Tiene el fin de estimar con precisión la carga de trabajo requerida. Este índice analiza 23 intervenciones de atención de salud, y se consolida un valor final que indica la duración real de las actividades de enfermería para cada paciente, analizados por turno.

## Categorización de usuarios: Chile



A nivel país, la categorización de usuarios ha sido una estrategia utilizada principalmente en las unidades de urgencia y de pacientes críticos, sin embargo con el paso del tiempo se ha ido incorporando en unidades de pacientes hospitalizados en áreas no críticas debido a su eficacia al organizar el recurso material y humano, actualmente en los hospitales nacionales se utiliza la **pauta de Categorización usuaria por Riesgo y**



**Dependencia** (CUDYR) creada por profesionales de enfermería de la PUC y adaptada por el Ministerio de Salud, la cual ha sido aplicada a nivel nacional desde el año 2008 hasta la actualidad.

La categorización ofrece un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los usuarios, independiente del nivel de complejidad del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre.

La revisión de estos modelos de categorización de usuarios llevó a la estructuración de un instrumento de asignación de personal de enfermería (MAPE) el cual se explicará a continuación.

## Génesis del instrumento MAPE

### *¿Qué es el MAPE?*

---

El **Modelo de Asignación de Personal de Enfermería** (MAPE) estima las cargas de trabajo derivadas de la dependencia y riesgo de cuidados de enfermería y los derivados de la complejidad del tratamiento médico, medida a través de GRD's.

---

El año 1995 el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, creó este instrumento de categorización que permite determinar la asignación de personal de enfermería e identificar las cargas de trabajo en función de dos variables:

- Los cuidados de enfermería.
- La complejidad de tratamiento médico de un determinado perfil de pacientes.

Existen estudios tanto a nivel nacional como internacional que han desarrollado estas variables en forma separada para analizar las cargas de trabajo de enfermería. El problema radica en que las cargas de trabajo de enfermería explicadas por complejidad de tratamiento médico en base a clasificación de egresos hospitalarios utilizando los grupos relacionados con el diagnóstico médico (GRD's) o por hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos, **considera parcialmente los cuidados de enfermería que demanda el usuario**. Actualmente, existen esfuerzos locales utilizados sólo en algunos hospitales, para medir cargas de trabajo de enfermería con perfiles de usuario según cuidados tanto en el ámbito internacional y nacional.





## Propuesta metodológica MAPE



El MAPE, está diseñado a partir del Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem; nace como propuesta metodológica con el fin de identificar el perfil de riesgo y dependencia de los usuarios y a la vez ser una **herramienta capaz de definir el nivel y categoría del personal requerido para brindar cuidados acorde a las necesidades reales de los diferentes usuarios**. El

instrumento permite medir las actividades de enfermería en cualquier servicio clínico, con las diferentes variaciones generadas por las demandas de los usuarios y así poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades y las cargas laborales del personal de enfermería.

Se propuso diseñar el Modelo de Asignación de Personal de Enfermería (MAPE) en base a la carga de trabajo generada por cuidados de enfermería y complejidad de tratamiento médico, una vez implementado el instrumento, se comenzó a utilizar para determinar la carga de trabajo en relación a los usuarios.

## MAPE

El año 2007, en el contexto de la mejora que procurase dar cuenta de una **herramienta que permitiera medir o clasificar el perfil de los usuarios hospitalizados**, se actualizó y validó el instrumento de **categorización de usuarios por dependencia y riesgo** (CUDYR), desarrollado el año 1995 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Este proyecto lo llevan a cabo los profesionales Claudio Robles, Angélica García y Lorena Camus.

El **CUDYR**, posee como objetivo **clasificar a los usuarios atendidos en instituciones hospitalarias, en base a cuidados de mayor demanda que identifican dependencia y riesgo**, a diferencia del MAPE, que posee como fin último la obtención de un modelo de cargas de trabajo del personal de enfermería en función del perfil de categorías de usuarios.

Se incorporó por el Ministerio de Salud en reemplazo del anterior (ORD C 21/1134/08 MINSAL) y ha sido distribuido para su aplicación a todos los Hospitales chilenos.



Es aplicable a cualquier unidad o servicio de atención de usuarios hospitalizados (desde unidades de paciente crítico a unidades de cuidados básicos) y en cualquier etapa del ciclo vital (adulto, infantil, materno y neonatal). **Mide el riesgo, en los cuidados terapéuticos requeridos por las condiciones de inestabilidad del usuario y la dependencia, en cuidados universales seleccionados, ambos cuidados son medidos en cuanto a intensidad y complejidad.** No considera diagnósticos o especialidades médicas.

## MÓDULO 2: CUDYR

### ¿Qué es el CUDYR?

Es una **herramienta de gestión que ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del paciente hospitalizado e identifica su perfil**, permite mejorar la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial, identificar la carga de trabajo del personal de enfermería, y facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de pacientes.

### Objetivos

La aplicación del CUDYR, tiene como objetivos:

- ✓ Identificar el perfil de pacientes hospitalizados.
- ✓ Disponer de evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados.
- ✓ Evaluar diariamente si el paciente está en la cama correspondiente a su complejidad, agregar medidas de gestión en caso de necesidad.
- ✓ Evaluación para la gestión del recurso cama hospitalaria.

El CUDYR es un excelente insumo para establecer otras estrategias de gestión de camas, ya que permite fotografiar diariamente el nivel de complejidad o gravedad de los pacientes hospitalizados y permite identificar el perfil de atención de los servicios clínicos.



## Responsables

Los responsables del proceso de categorización son los **profesionales de enfermería** (enfermeras/os o Matronas/es), quienes deben asumir el proceso evidenciando rigurosidad en la valoración de los cuidados que implican dependencia o riesgo.

El profesional de enfermería que categoriza a los usuarios debería ser su tratante, que conoce sus problemas, necesidades y evolución y en situaciones en que no es posible (turnos nocturnos o fines de semana), contar con el apoyo del técnico a cargo del usuario para obtener información necesaria.

## Características

El Instrumento de Categorización de Usuarios según Dependencia y Riesgo de cuidados (CUDYR), es una herramienta que permite clasificar a los usuarios atendidos en instituciones hospitalarias, en 12 categorías, a partir de 14 cuidados, 6 de los cuales implican dependencia y 8 riesgo.

Nivel de dependencia	Nivel de riesgo
<p>Se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales, donde se seleccionaron tres grupos de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prácticas de Confort.</li><li>• Alimentación.</li><li>• Eliminación.</li></ul>	<p>Se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos, donde se eligieron tres grupos de cuidados, que permiten medir indirectamente el riesgo de los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medición de Parámetros.</li><li>• Intervenciones profesionales multidisciplinarias.</li><li>• Procedimientos de Enfermería.</li></ul>

Desde el año 1995 hasta el 2000 existían nueve variables de categorización, donde se excluían las categorías “D”, que se incorporaron en el año 2000, éstas fueron dadas a conocer en el artículo “Categorización de Usuarios: Una Herramienta para Evaluar las Cargas de Trabajo de Enfermería”. Los cuidados universales (dependencia) y terapéuticos (riesgo) preseleccionados, se valorizan utilizando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas de cuidados, junto al instrumento de



categorización, que contiene la tabla, con puntajes que identifica la dependencia y el riesgo de los usuarios.

Esta herramienta ofrece:



Evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del usuario hospitalizado.



Identifica su perfil y facilita la estandarización de planes de cuidados para cada usuario.

## Tipos de cuidados de enfermería que indican dependencia y riesgo





## ***Cuidados en confort y bienestar***

*Cambio de ropa y/o personal, o cambio de pañales, o toallas o apósitos higiénicos.*

Este cuidado de confort valora la participación usuaria en el cambio de ropa personal o cambio de protectores genitales efectuado con ayuda o supervisión (1 punto) o sin ayuda (0 punto).



El cambio de ropa de cama y/o cambio de ropa personal o protectores realizado por el personal de enfermería 2 veces o más en el día se pondera con 2 o 3 puntos según sea la frecuencia.

## ***Cuidados en confort y bienestar***

*Movilización y Transporte (levantada, deambulación, cambio posición)*



Este cuidado de confort valora la participación usuaria en el cambio de posición en la cama y en la levantada y deambulación efectuado con ayuda (1 punto) o sin ayuda (0 punto).

El cambio de posición requerido entre 4 y 9 veces en el día tiene 2 puntos y el efectuado 10 veces o más tiene 3 puntos.

La levantada a silla efectuada por el personal 1 o más veces también tiene 2 puntos aunque no tenga cambios de posición frecuentes.



## ***Cuidados de Alimentación***

### *Oral, enteral o parenteral*

La participación del usuario en su alimentación por vía oral o enteral efectuado con ayuda o supervisión (1 punto) o sin ayuda (0 punto). La supervisión incluye la vigilancia de dietas especiales indicadas (liviana, hipocalórica, hipoproteica, etc.)

La alimentación administrada por el personal de enfermería o de alimentación tiene puntaje de 2 o 3 puntos según la vía de alimentación. Este cuidado pondera también el ayuno prolongado (sin hidratación, ni alimentación). La alimentación por vía parenteral (con máximo puntaje) no incluye el suero como vehículo de fármacos.



## ***Cuidados de Eliminación***

### *Orina, Deposiciones*



La participación del usuario en la eliminación o recolección de egresos efectuado con ayuda o supervisión (1 punto) o sin ayuda (0 punto).

Si el paciente requiere que el personal de enfermería le entregue o coloque colectores tiene 2 puntos. Si el paciente recolecta egresos por pañales, colectores adhesivos, prótesis o sondas tiene 3 puntos. El paciente requiere de procedimiento dialítico para eliminar egresos tiene 3 puntos.

## ***Apoyo Psicosocial y Emocional***

### *Usuario Receptivo, Angustiado, Triste, Agresivo, evasivo*

En este cuidado se valora la dependencia sicoafectiva del paciente a través del tiempo de apoyo que le dedica el personal durante la jornada anterior (si está registrado) o durante el turno.





## ***Vigilancia***

*Por Alteración conciencia, Riesgo caída o Riesgo incidente desplazamiento, retiro vías, sondas, tubos), limitación física o por edad o limitación de sentidos.*



Este cuidado valora con máximo puntaje el grado de vigilancia requerido por el paciente con alteración de conciencia, conducta insegura, bajo efecto de fármacos; o por riesgo de caídas o incidentes (retiro de elementos terapéuticos) por edades extremas, limitación física o intelectual del usuario o por estar multivariado. Con menor puntaje se valora al paciente consiente pero con riesgo de caída o incidentes por condiciones físicas, por presencia de elementos terapéuticos que afectan la movilidad o por edad infantil.

## ***Medición diaria de Signos Vitales***

*(2 o más parámetros simultáneos): PA, Tº, frecuencia cardíaca, frec. cardíaca fetal, frec respiratoria, nivel de dolor y otros.*

Este cuidado se valora por la frecuencia de controles indicados con monitorización de 2 o más parámetros simultáneos, dando máximo puntaje a la monitorización continua en caso de arritmias y a los controles cada 3 horas o más frecuentes.



## ***Balance hídrico***

*Ingresos y egresos realizado por profesionales (enfermeras, matronas, médicos) en últimas 24 Horas.*



Se considera como balance hídrico la relación escrita formal y/o informal, entre el líquido administrado medido y registrado y el egreso recolectado medido y registrado.

Se valora con puntaje la frecuencia con que los profesionales realizan los balances.



---

## ***Cuidados en oxigenoterapia***

*Por cánula de traqueostomía, tubo endotraqueal, cámara, halo, máscara, sonda o bigotera*

La administración de oxígeno por vía aérea artificial tiene máximo puntaje.

También se considera con máximo puntaje la oxigenoterapia por ventilación mecánica no invasiva (VMNI) permanente aunque no se administre por vía artificial. Con menor puntaje se pondera la administración de oxígeno por vía natural.



---

## ***Cuidados diarios de la vía aérea***

*Aspiración de secreciones y apoyo kinésico requerido*



El cuidado de la vía aérea valora dos intervenciones realizadas por personal de enfermería o por kinesiólogos: la aspiración de secreciones realizados por vía aérea artificial o natural y el apoyo kinésico demandado.

Tiene máximo puntaje la aspiración de secreciones por la vía aérea artificial, los requerimientos de 4 o más aspiraciones diarias de secreciones por vía y el apoyo kinésico mayor de 4 veces al día.

Menor puntaje tienen las aspiraciones y/o el apoyo kinésico realizado con menor frecuencia.

---





## ***Intervenciones profesionales***

*Intervenciones quirúrgicas y Procedimientos invasivos tales como punciones, toma de muestras, instalaciones de vías, sondas y tubos, etc.*

Los procedimientos invasivos realizados por enfermeras o matronas se valoran de acuerdo a la frecuencia con que se han efectuado.

Las intervenciones invasivas realizadas médicos al paciente, en la unidad o fuera de ella en la jornada anterior, tales como cirugía, procedimientos invasivos se ponderan con máximo puntaje.



También se valoran con 1 punto las intervenciones de carácter invasivo realizadas al paciente por otros profesionales (tecnólogo médico, kinesiólogo, nutricionista)

## ***Cuidados de piel y curaciones***

*Prevención de lesiones de la piel y curaciones o refuerzo de Apósitos*



Este cuidado valora la ejecución de curaciones o el refuerzo de apósitos en herida limpia y se pondera con puntaje de acuerdo a la frecuencia diaria requerida.

También se valora la necesidad de cuidados preventivos de lesiones en la piel del usuario.



## ***Administración de tratamiento farmacológico***

*Por vía inyectable EV, inyectable no EV, intratecal y por otras vías tales como oral, ocular, aérea, rectal, vaginal*

En el tratamiento con fármacos se valora con máximo puntaje la administración por vía invasiva endovenosa o intratecal y también la administración de 5 o más medicamentos distintos prescritos.



En la terapia indicada SOS o PRN se valora solo la administrada. Los componentes de la alimentación parenteral no se valoran en este cuidado.

Con menor puntaje se pondera la administración de un número de fármacos distintos menores de 5 y la administración por vía inyectable no endovenosa o no invasiva.

## ***Presencia de elementos invasivos***

*Catéteres y Vías vasculares centrales, periféricos y arteriales. Manejo de sondas urinarias y digestivas a permanencia. Manejo de drenajes intracavitáneos o percutáneos.*

En este cuidado se valora la presencia del número de elementos invasivos que tiene el paciente.

El puntaje máximo lo obtiene la presencia de 3 de cualquiera de los nominados.



Con 2 puntos se pondera la presencia de 1 o 2 sonda, drenaje, vía venosa central o vía arterial y la presencia de 2 o más vías vasculares periféricas.



## Categorías del instrumento

El Instrumento **CUDYR** contiene por cada dimensión 3 o 4 alternativas de **intervenciones** que varían según intensidad y complejidad. Cada alternativa de intervenciones tiene un puntaje que oscila entre 0 y 3 puntos, según sea la intensidad y/o complejidad de las intervenciones. Sólo se obtiene un puntaje por cada dimensión y la suma de estos puntajes da resultados por cada grupo (dependencia y riesgo).

INSTRUMENTO	
DEPENDENCIA	
1	Dependencia total 13 a 18 puntos
2	Dependencia parcial 7 a 12 puntos
3	Autosuficiencia parcial 0 a 6 puntos
RIESGO	
A	Máximo riesgo 19 a 24 puntos
B	Alto riesgo 12 a 18 puntos
C	Mediano riesgo 6 a 11 puntos
D	Bajo riesgo 0 a 5 puntos

## CUDYR

De acuerdo a esto, el grupo de dependencia contiene tres niveles (dependencia total, parcial y autosuficiencia) y el riesgo del paciente contiene cuatro niveles (máximo, alto, mediano y bajo). Esto genera una tabla con 12 categorías posibles de usuarios según el cruce de las variables de dependencia y de riesgo como se muestra en el siguiente cuadro.

	A	B	C	D
1	Máx. riesgo Dep. total	Alto riesgo Dep. total	Mediano riesgo Dep. total	Bajo riesgo Dep. total
2	Máx. riesgo Dep. parcial	Alto riesgo Dep. parcial	Mediano riesgo Dep. parcial	Bajo riesgo Dep. parcial
3	Máx. riesgo Autosuf. parcial	Alto riesgo Autosuf. parcial	Mediano riesgo Autosuf. parcial	Bajo riesgo Autosuf. parcial



## Consideraciones al aplicar CUDYR

✓	El instrumento CUDYR se aplica a todos los pacientes que ocupen una cama de dotación de un servicio asistencial durante más de 8 horas.
	El instrumento CUDYR categoriza a los usuarios que están en el servicio en el horario de categorización (si no se encuentra en su unidad no será categorizado ese día).
✓	Cada unidad asistencial establece el horario diario de categorización, el que se mantiene invariable de lunes a domingo, para efectos de CG se solicita registrar esta actividad sólo 1 vez, independiente de las planificadas por el profesional a cargo.
	El responsable de la categorización deberá:
✓	<ul style="list-style-type: none"><li>• Contar con el instrumento de categorización y utilizarlo como pauta para la valoración de los cuidados.</li><li>• Tener disponible el sistema de registro de la categorización de sus usuarios (manual, electrónico).</li><li>• Ubicar a los usuarios que estén en la unidad o servicio pero fuera de su cama (caminando, en el baño) para categorizarlos.</li></ul>
✓	Este instrumento no aplica para los usuarios de unidades u hospitales de atención cerrada salud mental.
✓	Si la categorización se realiza en jornadas de festivos donde se categorizan usuarios asignados a otros enfermeras/matronas, debe utilizarse la documentación del usuario (ficha, registros de enfermería) y la asistencia del técnico paramédico asignado al usuario para efectuar la valoración.
✓	El profesional que categoriza al usuario debería ser su tratante, que conoce sus problemas, necesidades y evolución y en situaciones en que no es posible, turnos nocturnos o de fin de semana, se puede contar con el apoyo del técnico paramédico a cargo del usuario para obtener información necesaria.
✓	La categorización mide la condición de dependencia y riesgo del usuario en el momento del día en que se aplica el instrumento, las variaciones de la condición del usuario en la jornada no se valoran hasta el día siguiente.
✓	Si no se cuenta con información confiable en registros de enfermería, los usuarios se categorizan después de contar con las indicaciones médicas y con la valoración de enfermería (visita enfermería).
✓	Si no se cuenta con información confiable en registros de enfermería los cuidados: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14 se valoran por el plan de cuidados establecido para el día.
✓	Si no se cuenta con información confiable en registros de enfermería los cuidados 1, 4, 10, 11, 12 se valoran por la ejecución de cuidados realizados el día anterior.



## **Anexo 1: Definición de conceptos**

### **Categorización de usuarios**

Procedimiento que utiliza un instrumento estándar para clasificar los usuarios en cualquier etapa del ciclo vital, en 12 categorías según dependencia y riesgo a través de cuidados de enfermería universales y terapéuticos requeridos, en cualquier área de hospitalización.

### **Dependencia de cuidados de enfermería**

Persona que no puede valerse por sí mismo para satisfacer sus necesidades básicas en un ambiente hospitalario y que requiere de cuidados de enfermería universales, que identifican dependencia por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados preseleccionados.

### **Riesgos de cuidados de enfermería**

Persona hospitalizada que requiere de cuidados de enfermería terapéuticos, que identifican riesgos por la intensidad, diversidad y complejidad de cuidados preseleccionados.

### **Cuidados de enfermería universales**

Intervenciones y actividades de enfermería que satisfacen necesidades humanas básicas de las personas.

### **Cuidados de enfermería terapéutico**

Intervenciones y actividades de enfermería requeridas por una persona enferma hospitalizada para satisfacer las demandas de cuidado requeridas para su recuperación.

### **Categorías de usuarios**

Clasificación de personas hospitalizadas en 12 grupos, según nivel de riesgo y dependencia demandados.

### **Perfil de usuarios de un establecimiento de salud**

Distribución porcentual de los usuarios atendidos en un centro asistencial, en las 12 categorías identificadas.





# Categorización de riesgo dependencia



## Anexo 2: Instrumento CUDYR



### INSTRUMENTO DE CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS POR DEPENDENCIA Y RIESGO DE CUIDADOS (CUDYR)

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_ / / EDAD: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres  
 FECHA DE NACIMIENTO  
 INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE IDENTIFICAN DEPENDENCIA (solo registrar un puntaje por cada dimensión de cuidados en la línea correspondiente y luego sume)		Opción de Puntaje	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
<b>1. Cuidados en Confort y Bienestar:</b> Cambio de ropa de cama y/o personal, o cambio de pañales, o toallas o apósitos higiénicos.									
*Usuario receptor de estos cuidados básicos, requeridos 3 veces al día o más (con/sin participación de la familia).		3							
*Usuario receptor de estos cuidados básicos, requeridos 2 veces al día o más (con/sin participación de la familia).		2							
*Usuario y familia realizan estos cuidados con ayuda y supervisión cualquiera sea la frecuencia.		1							
*Usuario realiza sólo el autocuidado de cambio de ropa o cambio de pañal, toallas o apósitos higiénicos.		0							
<b>2. Cuidados en Confort y Bienestar:</b> Movilización y Transporte (levantado, deambulación, cambio de posición).									
*Usuario no se levanta y requiere de cambio de posición en cama, 10 o más veces al día con /sin participación de la familia.		3							
*Usuario es levantado a silla y requiere de cambio de posición, entre 4 a 9 veces al día con/sin participación de la familia.		2							
*Usuario se levanta y deambula con ayuda y se cambia de posición en cama, solo o con ayuda de la familia.		1							
*Usuario deambula sin ayuda y se moviliza solo en la cama.		0							
<b>3. Cuidados de Alimentación</b> Oral, Enteral o Parenteral									
*Usuario recibe alimentación y/o hidratación por vía parenteral total/parcial o requiere control de ayuno prolongada.		3							
*Usuario recibe alimentación por vía enteral permanente o discontinua (con/sin participación de familia).		3							
*Usuario recibe alimentación por vía oral, la que le es administrada (con/sin participación de familia).		2							
*Usuario se alimenta por vía oral o enteral, con ayuda o supervisión.		1							
*Usuario se alimenta sin ayuda.		0							
<b>4. Cuidados de Eliminación:</b> Orina, Deposiciones									
*Usuario elimina egresos por sonda, prótesis, proced. dialíticos, colectores adhesivos o pañales (sin participación usuario).		3							
*Usuario elimina egresos por vía natural y se le entregan o colocan al usuario los colectores (chata, pato).		2							
*Usuario y familia realizan recolección de egresos con ayuda y supervisión.		1							
*Usuario usa colectores (chata o pato) sin ayuda y/o usa WC.		0							
<b>5. Apoyo Psicosocial y Emocional</b> a Usuario Receptivo, Angustiado, Triste, Agresivo, Evasivo									
*Usuario recibe más de 30 minutos de apoyo durante turno (conversar, acompañar, escuchar, tomar en brazos a niño).		3							
*Usuario recibe entre 15 y 30 minutos de apoyo durante turno (conversar, acompañar, escuchar, tomar en brazos a niño).		2							
*Usuario recibe entre 5 y 14 minutos de apoyo durante turno (conversar, acompañar, escuchar, tomar en brazos a niño).		1							
*Usuario recibe menos de 5 minutos de apoyo durante turno (conversar, acompañar, escuchar, tomar en brazos a niño).		0							
<b>6. Vigilancia</b> por Alteración de conciencia, Riesgo de caída, o Riesgo de incidente (desplazamiento retiro vías, sondas, tubos), Limitación física o por edad o Limitación de sentidos.									
*Usuario con alteración de conciencia y/o conducta insegura (desorientado, confuso, excitado, agresivo).		3							
*Usuario con riesgo de caída o de incidentes (limitación física o cognoscitiva y/o > 70 años, o < 2 años).		3							
*Usuario conciente pero Intranquilo y con riesgo de caída o incidente (bajo efectos de fármacos, con 1 o más elementos invasivos).		2							
*Usuario conciente pero con inestabilidad de la marcha o no camina por reposo, por edad o alteración física.		1							
*Usuario conciente, orientado, autónomo.		0							
<b>TOTAL DE PUNTOS DE DEPENDENCIA DE CADA DÍA</b>									



# Categorización de riesgo dependencia



CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE IDENTIFICAN RIESGO (solo registrar un puntaje por cada dimensión de cuidados en la línea correspondiente y luego sume)		Opción de Puntaje	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
<b>7. Medición Diaria de Signos Vitales (2 o más parámetros simultáneos):</b> PA, Tº, Frecuencia Cardíaca, Frec. Card. Fetal, Frecuencia Respiratoria, Nivel de Dolor y Otros.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Control por 8 veces y más (cada 3 horas o más frecuente).	3								
*Control por 4 a 7 veces (cada 4, 5, 6 ó 7 horas).	2								
*Control por 2 a 3 veces (cada 8, 9, 10, 11 ó 12 horas).	1								
*Control por 1 vez (cada 13 a cada 24 horas).	0								
<b>8. Balance Hídrico:</b> Medición de Ingresos y Egresos realizado por profesionales (enfermeras(os), médicos) en las últimas 24 horas.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Balance hídrico por 6 veces o más (cada 4 horas o más frecuente).	3								
*Balance hídrico por 2 a 5 veces (cada 12, 8, 6 ó 5 horas).	2								
*Balance hídrico por 1 vez (cada 24 horas o menor de cada 12 horas).	1								
*No requiere	0								
<b>9. Cuidados en Oxigenoterapia:</b> Por cánula de traqueostomía, tubo endotraqueal, cámara, halo, máscara, sonda o bigotera.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Administración de oxígeno por tubo y cánula endotraqueal y/o con VMI y VMNI permanente	3								
*Administración de oxígeno por halo, máscara, incubadora y/o con VMNI intermitente	2								
*Administración de oxígeno por bigotera	1								
*Sin oxigenoterapia	0								
<b>10. Cuidados diarios de la Vía Aérea:</b> Aspiración de Secreciones y Apoyo kinésico requerido			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Usuario con vía aérea artificial (tubo o cánula endotraqueal).	3								
*Usuario con vía aérea artificial o natural con 4 o más aspiraciones de secreciones traqueales y/o apoyo kinésico, más de 4 veces.	3								
*Usuario respira por vía natural y requiere de 1 a 3 aspiración de secreción y/o apoyo kinésico 2 ó 3 veces al día.	2								
*Usuario respira por vía natural, sin aspiración de secreciones y/o apoyo kinésico 1 vez al día.	1								
*Usuario no requiere de apoyo ventilatorio adicional.	0								
<b>11. Intervenciones Profesionales:</b> Intervenciones quirúrgicas y Procedimientos invasivos tales como punciones, toma de muestras, instalaciones de vías, sondas y tubos, etc.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*1 o más procedimientos invasivos realizados médicos en últimas 24 horas.	3								
*3 o más procedimientos invasivos realizados por enfermeras en últimas 24 horas.	3								
*1 ó 2 procedimientos invasivos realizados por enfermeras en últimas 24 horas.	2								
*1 o más procedimientos invasivos realizados por otros profesionales en últimas 24 horas.	1								
*No se realizan procedimientos invasivos en 24 horas.	0								
<b>12. Cuidados de Piel y Curaciones:</b> Prevención de lesiones de la piel y curaciones o refuerzo de apósitos.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Curación o refuerzo de apósitos 3 o más veces en el día, independiente de la complejidad de la técnica empleada.	3								
*Curación o refuerzo de apósitos 1 a 2 veces en el día, independiente de la complejidad de la técnica empleada.	2								
*Prevención compleja de lesiones de la piel: uso de colchón antiescaras, piel de cordero u otro.	2								
*Prevención corriente de lesiones: aseo, lubricación y protección de zonas propensas.	1								
*No requiere.	0								
<b>13. Administración de Tratamiento Farmacológico:</b> Por vía inyectable EV, Inyectable no EV, Intratecal y por otras vías tales como oral, ocular, aérea, rectal, vaginal, etc.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Tratamiento intratecal e inyectable endovenoso directo o por flebotomía	3								
*Tratamiento diario con 5 o más fármacos distintos administrados por diferentes vías no inyectable	3								
*Tratamiento inyectable no endovenoso (IM, SC, ID).	2								
*Tratamiento diario con 2 a 4 fármacos administrados por diferentes vías no inyectable	2								
*Tratamiento con 1 fármaco administrado por diferentes vías no inyectable	1								
*Sin tratamiento farmacológico	0								
<b>14. Presencia de Elementos Invasivos:</b> Catéteres y vías vasculares centrales, periféricas y arteriales. Manejo de sondas urinarias y digestivas a permanencia. Manejo de drenajes intracavitáneos o percutáneos.			Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día	Puntaje Día
*Con 3 ó más elementos invasivos (sondas, drenajes, catéteres o vías vasculares).	3								
*Con 1 a 2 elementos invasivos (sonda, drenaje, vía arterial, catéter o vía venosa central).	2								
*Con 2 o más vías venosas periféricas (mariposas, tefiones, agujas).	2								
*Con 1 vía venosa periférica (mariposas, tefiones, agujas).	1								
*Sin elementos invasivos	0								
<b>TOTAL DE PUNTOS DE RIESGO DE CADA DIA</b>									
<b>CATEGORIA DE USUARIO DE CADA DIA</b> (Identifique Dependencia con número, y Riesgo con letra, Ej: A1)									

ESCALA DE DEPENDENCIA	ESCALA DE RIESGO
1. DEPENDENCIA TOTAL: 13 a 18 puntos. 2. DEPENDENCIA PARCIAL: 7 a 12 puntos. 3. AUTOSUFICIENCIA PARCIAL: 0 a 6 puntos.	A. MÁXIMO RIESGO: 19 a 24 puntos. B. ALTO RIESGO: 12 a 18 puntos. C. MEDIANO RIESGO: 6 a 11 puntos. D. BAJO RIESGO: 0 a 5 puntos.



## RESPONSABLE DE CONTENIDOS

---



Departamento Procesos Clínicos Asistenciales  
DIGERA/Subsecretaría de Redes Asistenciales

**Ministerio de Salud**

**Solange Burgos**

Matrona

**Susana Romero**

Enfermera

## COLABORADORES

Se agradece la colaboración de Susana Fuentealba y Sebastián Godoy, quienes han aportado con su conocimiento y dedicación.

## AGRADECIMIENTOS

Al Hospital San Juan de Dios de Santiago por la disposición y colaboración en la realización de los videos, así como a su equipo de profesionales que participaron en la realización.

---

## RESPONSABLE DE EJECUCIÓN

---



**Generando aprendizajes**

[www.uvirtual.cl](http://www.uvirtual.cl)



+56 (2) 27523476

Horario de Atención Central Telefónica 9.30 a 14.00 hrs. | 15.00 a 18.00 hrs.

Seminario #109. Providencia, Santiago.

Región Metropolitana.

---