



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN

DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL PASTEUR, SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA

AUTORES:

Br. Bel, Ma. Noel
Br. Bermúdez, Irene
Br. Sbarbaro, Milton
Br. Torterolo, Jimena

TUTORES:

Lic. Enf. Verde, Josefina
Lic. Enf. Dutra, Iris

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

Montevideo, 2002

INDICE

Introducción	1
Área temática	2
Marco teórico	3
Diseño metodológico	17
Métodos, técnicas e instrumentos	20
Resultados	21
Conclusiones	23
Bibliografía	24

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es elaborado por cuatro estudiantes de la Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional de Enfermería, de la Universidad de la República, generación 97.

Durante la realización del Internado en el Hospital Pasteur, detectamos un déficit en la dotación de los recursos humanos de enfermería, para satisfacer las necesidades de asistencia de los usuarios internados, por lo que surgió así, la motivación determinante de esta tesis.

Contamos con diferentes métodos para lograr esta finalidad, pero creemos que el de mayor fidelidad surge de considerar la demanda de cuidados de enfermería de la población asistida. Para ello se caracteriza a la misma utilizando el proceso de atención de enfermería (P.A.E), luego de lo cual se puede categorizarlos según su nivel de dependencia del recurso enfermero.

Tomamos como muestra a la población atendida en el Servicio de Medicina del mencionado centro asistencial, por los Internos de Enfermería, entre los meses de mayo a agosto inclusive, del año 2001.

Creemos que la realización de este trabajo resultará beneficiosa a la hora de administrar los recursos humanos de enfermería, ya que su importancia radica en plantear una forma distinta de calcular esta dotación asegurando una mayor eficiencia y eficacia.

Nos planteamos como objetivo determinar la dotación de personal de enfermería necesario para la atención de los usuarios internados en el Servicio de Medicina, según niveles de dependencia.

Para ello determinamos como objetivos específicos:

Realizar la caracterización de los usuarios internados entre los meses de mayo a agosto inclusive mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería,

Clasificar a los mismos según su nivel de dependencia de cuidados de enfermería

Determinar la dotación de enfermería necesaria según el tiempo (en horas) que insume la asistencia de los usuarios.

AREA TEMÁTICA

Dotación de personal de enfermería en relación al nivel de dependencia de los usuarios internados en el Servicio de Medicina del Hospital Pasteur.

PROBLEMA

Determinar la dotación de personal de enfermería necesaria para atender a los usuarios internados en el Servicio de Medicina del Hospital Pasteur, según el nivel de dependencia.

MARCO TEÓRICO

Partiendo de la concepción del hombre como ser bio-psico-social, y la atención de sus necesidades básicas como uno de los principales objetivos de nuestra profesión, es que nos planteamos la necesidad de atender los requerimientos de los usuarios internados según su dependencia de cuidados de enfermería. Es así que debemos definir por una parte los sistemas de clasificación de usuarios, los distintos métodos de calcular la dotación de personal y la relación entre estas dos áreas temáticas.

El instrumento elegido para la caracterización de los usuarios es el proceso de atención de enfermería (P.A.E), con el cual comenzamos este marco teórico

Como proceso entendemos una serie de actuaciones planificadas u operaciones dirigidas hacia un resultado en particular por lo que el P.A.E., que es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, cumple con este objetivo.

Su dinámica permite identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del usuario, establecer planes para resolver las necesidades identificadas, y actuar de forma específica para resolverlas. El proceso es clínico, esto es, sus componentes siguen una secuencia lógica, aunque suelen solaparse unos con otros.

Para desarrollar el P.A.E. deben participar al menos dos personas: el usuario y el enfermero. El usuario puede ser el individuo, la familia o la comunidad, y participar lo más activamente posible en todas las fases del proceso. Si el usuario es incapaz de tomar parte en la planificación y en el proceso de decisión, se le puede preguntar a un miembro de la familia, que participe en bien del usuario. La enfermera requiere capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el P.A.E..

Las capacidades de relación incluyen comunicación, escucha, expresión de interés, comprensión, conocimiento e información, desarrollando confianza y obteniendo datos, de manera que respete la individualidad del usuario, promueva la integridad de la familia y contribuya a la autosuficiencia de la comunidad. Las capacidades técnicas se manifiestan en el uso del aparataje y la aplicación de protocolos.

Las capacidades intelectuales incluyen la resolución de problemas, el pensamiento crítico, y el establecimiento de juicios de enfermería. La toma de decisiones se aplica a todos los componentes del P.A.E..

El P.A.E. puede considerarse una secuencia de cuatro o cinco fases. Cuando el proceso se define en cuatro fases, éstas son: valoración, planificación, ejecución y evaluación. En esta interpretación, el análisis (diagnóstico de enfermería), se incluye en la fase de valoración. En otras que consideran a el P.A.E como un proceso de cinco fases, hacen del análisis una de ellas, independiente de la valoración. En ambos procesos, es esencial la interacción entre el usuario y la enfermera para validar la utilización del método y otorgarle su cabal significado.

El proceso antes definido requiere un detalle preciso de cada una de sus partes, a saber:

1) Valoración: consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del usuario. La información de los aspectos físicos, emocionales, del desarrollo, sociales, intelectuales y espirituales, se obtiene de varias fuentes, y es la base de la actuación y la toma de decisiones en fases siguientes. Para realizar este primer paso del proceso, son esenciales las técnicas de observación comunicación y de entrevista.

2) Diagnóstico: es un proceso que tiene como resultado un informe diagnóstico o diagnóstico de enfermería, el cual, constituye una relación de las alteraciones, actuales o potenciales, del nivel de salud del usuario. En esta fase los profesionales clasifican o agrupan los datos y se preguntan: ¿cuáles son los problemas de salud actuales y potenciales del usuario por los que necesita cuidados de enfermería? y ¿qué factores contribuyen?. Las respuestas a estas preguntas establecen el diagnóstico de enfermería.

Un problema de salud actual es aquel que existe en el momento en que se plantea su abordaje. Un problema de salud potencial consiste en la presencia de factores de riesgo que predisponen a que las personas o las familias tengan alteraciones en su salud y que es necesario contemplar a mediano plazo.

3) Planificación: implica una serie de fases, en las cuales el enfermero establece las prioridades, anota los objetivos o las respuestas esperadas, y escribe las actividades de enfermería seleccionadas y necesarias, para solucionar los problemas identificados y para coordinar el cuidado prestado por los miembros del equipo de salud. En colaboración con el usuario, desarrolla acciones específicas para cada diagnóstico de enfermería.

4) Ejecución: consiste en llevar a cabo el plan de cuidados. Durante esta fase, el enfermero continúa recogiendo datos y validando el plan realizado. La recogida continua de información es esencial, no solo para descubrir los cambios en el estado del usuario, sino también para obtener aquellos datos que permitirán la evaluación de los objetivos en la siguiente fase.

5) Evaluación: durante la misma se valora la respuesta del usuario a las actuaciones de enfermería y después, se compara esta respuesta del usuario a los estándares fijados con anterioridad. Con frecuencia, estos estándares se refieren a criterios de respuesta o criterios de evaluación. El enfermero determina en que medida los objetivos o las respuestas esperadas han sido alcanzadas, o no conseguidas. Si los objetivos no se han conseguido, es imprescindible reajustar el plan de cuidados. Este reajuste debe implicar cambios en algunas o todas las fases del P.A.E.

El proceso médico se centra en examinar, diagnosticar, planificar, tratar y curar el proceso de la enfermedad, y evaluar la efectividad del tratamiento. El P.A.E consiste en recoger datos, analizar (diagnosticar), planificar, ejecutar y evaluar el grado en el que los objetivos del usuario se han logrado.

Ambos procesos comienzan con la recogida de datos y el análisis, y basan una acción (ejecución o tratamiento) en un nivel del problema (diagnóstico de enfermería).

El proceso médico se centra en la enfermedad, mientras que el P.A.E. se dirige hacia la respuesta que da el usuario ante la enfermedad. Respuesta que es recogida y valorada permanentemente por el otro ser humano parte de esta dinámica: el enfermero.

La enfermera debe ser creativa al utilizar el P.A.E, aplicar sus capacidades para resolver problemas, creatividad, pensamiento crítico, y su propio conocimiento y habilidad para cuidar a los usuarios. Se puede llevar a cabo en situaciones muy diversas, con personas de todas las edades, grupos y comunidades.

La salud no es estática, sino que se encuentra en constante cambio, el P.A.E. dado que constituye la respuesta a la salud del usuario es un proceso dinámico. Las fases están íntimamente relacionadas, de forma que cada una de ellas afecta a las otras.

El proceso de enfermería es también, interpersonal. Para asegurar la calidad de los cuidados de enfermería, la enfermera y el usuario tienen que compartir inquietudes y problemas, y participar en la evaluación continua del plan de cuidados. El éxito del proceso de enfermería depende de una comunicación abierta e intencionada y del desarrollo de una relación entre el usuario y el enfermero.

Las ventajas del Proceso de Atención de Enfermería son:

Para el usuario:

- ☉ Calidad en el cuidado. El cuidado de enfermería se planifica para satisfacer las necesidades particulares del individuo, la familia o la comunidad. La evaluación continua, y la reconsideración de los cambios en las necesidades del usuario aseguran un nivel apropiado de calidad.
- ☉ Continuidad del cuidado. El hecho de contar con un plan por escrito, facilita que todas las personas implicadas en el cuidado puedan acceder a él de forma unificada.
- ☉ Participación de los usuarios en el cuidado de su salud de forma tal que se comprometan en mayor medida para alcanzar las metas.

Para el enfermero:

- ☉ Educación constante y sistemática.
- ☉ Satisfacción en el trabajo. El profesional asegura que sus actividades se basan en una identificación correcta de los problemas del usuario. Infunde un sentimiento de orgullo cuando se consiguen los objetivos.
- ☉ Crecimiento profesional. A través de la evaluación, el enfermero aprende qué cuidados son efectivos, y cuáles tienen que adaptarse para cubrir las necesidades de otros usuarios, aumentando de esta forma su capacidad y experiencia.
- ☉ Evita acciones legales. El enfermero cumple con sus obligaciones legales cuando aplica cuidados de enfermería previamente pactados, mediante la ejecución de todas las fases del proceso.

☉ Alcanzar los modelos de enfermería profesional. El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del usuario, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional.

☉ Alcanzar los modelos de hospitales acreditados. El enfermero diplomado es responsable del proceso asistencial. La responsabilidad es la condición de responder y ser responsable de conductas específicas que son parte del rol profesional. Los profesionales son responsables ante los usuarios, el resto de los profesionales, y ante sí mismos. El proceso proporciona un marco de responsabilidad en todas las áreas, y la enfermería responde de las actividades en las cinco fases del proceso.

Valoración: El enfermero es responsable de recoger información, alentando la participación del usuario y juzgando la validez de los datos recogidos.

Diagnóstico: Durante la segunda fase, el enfermero es responsable de los juicios o diagnósticos hechos sobre los problemas de salud del usuario. Cuando emiten juicios, los profesionales deben garantizar que han considerado un amplio espectro de los antecedentes socioculturales.

Planificación: La responsabilidad en esta fase implica determinadas prioridades, estableciendo los objetivos del usuario, previendo sus respuestas y planificando sus actividades. Todo ello se incorpora en un plan de cuidados escrito, válido para todos los enfermeros implicados. En esta fase, los profesionales deben de garantizar también, que se tienen en cuenta las prioridades del usuario.

Ejecución: Los enfermeros responden de todas sus acciones cuando aplican cuidados. Las acciones se pueden realizar directamente, en colaboración con otros o bien delegarse.

El enfermero tiene que ser capaz de responder razonablemente por qué la actividad se delega, de la elección de la persona para realizar la actividad y de cómo la lleve a cabo.

Evaluación: El enfermero es responsable del éxito o del fracaso de sus acciones, estableciendo el grado en el cual se han alcanzado los objetivos. Debe de ser capaz de explicar por qué un objetivo no se ha logrado, y que fase o fases del proceso requieren cambios y por qué.

El P.A.E. proporciona el marco que ayuda a los usuarios en sus necesidades de salud donde las acciones y su efectividad quedan registradas bajo la responsabilidad de los profesionales.

Características del Proceso de Atención de Enfermería

- El sistema es abierto
- Individualizado
- Es planificado
- Está dirigido
- Es flexible
- Permite creatividad

- Es interpersonal
- Es cíclico
- Resalta el feedback
- Es aplicable universalmente

La clasificación de pacientes es un método de agrupación, de acuerdo con la cantidad y complejidad de cuidados de enfermería que necesitan estos pacientes.

En la mayor parte de los sistemas de clasificación, se agrupa a los pacientes en relación con su dependencia de los profesionales sanitarios o conforme al tiempo y aptitudes que necesitan dichos profesionales para prestar los cuidados pertinentes. El objetivo de cualquier sistema de clasificación de pacientes es valorar a los pacientes y asignarles un registro numérico que cuantifique el volumen de actividades de enfermería exigido para cubrir las necesidades de dichos pacientes. Para elaborar un sistema de clasificación de pacientes, que sea a la vez práctico y eficaz, las gestoras de enfermería deben determinar el número de categorías en las que se distribuirá a los pacientes, las características de los pacientes de cada categoría, el tipo y número de procedimientos asistenciales que van a ser necesarios en un paciente representativo de cada categoría, y el tiempo que se requerirá para realizar estos procedimientos, prestar apoyo emocional y proporcionar la educación sanitaria a los correspondientes.

La clasificación de pacientes abarca el proceso de identificación de categorías según necesidades de atención de enfermería y la cuantificación de las categorías según el tiempo de atención de enfermería incluido en la prestación de asistencia directa al usuario.

Los instrumentos usados para agruparlos, permiten hacer una clasificación del tipo descriptivo o por lista de control.

En el tipo descriptivo, el tiempo insumido, se debe determinar observando a las enfermeras y cuantificando el que dedican a la atención de un número representativo de usuarios de cada categoría. A éste hay que sumarle el invertido en atención indirecta lo que da como total, el tiempo medio requerido para la atención de un grupo de usuarios específico.

Además este instrumento contiene explicaciones breves y narrativas que definen el grado de dependencia o la gravedad del usuario, que a la vez es asignado a la categoría que mejor describe sus necesidades de atención.

En el tipo lista de control, se calcula el tiempo que lleva a las enfermeras el desempeño de sus actividades y luego calculando un tiempo estándar para determinada actividad. El tiempo total de atención directa se determina multiplicando el número de veces que ocurre cada actividad por el tiempo estándar apropiado.

El instrumento lista de control incluye factores relacionados con la capacidad del usuario, a la que se asigna un valor numérico, determinándose los puntos obtenidos, y el número total determina la categoría que se le asigna a cada uno.

Los dos sistemas de clasificación contienen 3 y 4 categorías.

De esta manera, la información correspondiente al número de usuarios de cada categoría y sus necesidades en tiempo de atención de enfermería, ayudará a la determinación tanto en función del número como de los niveles de dependencia, de la dotación de personal necesaria.

El sistema de clasificación de usuarios se usa principalmente para predecir las necesidades de personal sobre una base diaria, mensual, y anual.

La programación es crucial para atender las necesidades de los usuarios, por eso en la organización de los recursos de enfermería se instrumenta en cada turno de trabajo.

La programación comprende una serie de tareas: preparación de calendario, verificación de calendario, obtención de la aprobación necesaria, distribución del calendario aprobado a las personas indicadas, colocación del calendario en el lugar acordado, realización de los ajustes necesarios.

Es esencial determinar las necesidades en materia de atención de enfermería del usuario antes de hacer cualquier predicción con respecto a las necesidades de personal.

Así mismo se debe identificar las necesidades de atención para cada entorno en particular.

Las políticas y procedimientos bien definidos son cruciales para lograr efectividad en las actividades de provisión de personal. Una política define quien, como, donde y cuando, para un conjunto dado de circunstancias, y sirve como norma para la acción.

Un procedimiento describe como se llevará a cabo la acción.

En la provisión de personal de enfermería debe diseñarse un modelo maestro que represente el número de cada categoría requerido para atender las necesidades de atención de los usuarios en cada unidad de ese departamento. La cantidad de personal de enfermería se expresa mejor en función de equivalente de tiempo completo.

Hay distintas fórmulas para calcular la dotación de personal necesario según el área del hospital que se considere.

Debe prepararse una descripción de cargo para cada puesto en cada modelo de provisión de personal.

Los elementos básicos para la descripción de cargo son: título del cargo, funciones y responsabilidades, título del cargo de la persona responsable, conocimiento y cualificación específica, la experiencia de trabajo y preparación académica requerida.

La asignación del personal se refiere a la designación de los empleados a todas las unidades de enfermería.

Una vez que se ha asignado el personal a la unidad, se debe preparar los calendarios que aseguran la cobertura de cada turno por las enfermeras apropiadas para prestar los servicios.

Todos los aspectos de la administración de personal deben ser evaluados periódicamente para determinar su conveniencia, adecuación y efectividad. Algunos de los indicadores críticos son la calidad de la atención que se está proporcionando, el grado del personal en su trabajo, la incidencia del ausentismo, la tasa de rotación y el costo.

La evaluación debe ser un proceso continuo que contribuya a una planificación sensata.

Hay factores que afectan a la dotación de personal, que son internos y externos a la enfermería y son, respectivamente aquellos en los que la enfermería tiene poca o ninguna influencia y aquellos sobre los que sí la tiene.

Los factores externos son:

- Tipo de hospital: los servicios a ofrecer y el tipo de usuarios a atender se determinan en su mayor medida en función de si el hospital es una institución especializada, nacional, regional.
- Instalación física: el tamaño y diseño arquitectónico de la instalación tiene consecuencias importantes para la distancia que el personal debe caminar dentro del mismo. El tipo de habitación de los usuarios es decir en pabellón abierto, privada o semi-privada, dicta la distancia a recorrer en la prestación de asistencia y el tiempo disponible para la misma.
- Disponibilidad de los servicios de apoyo: como son servicio de mensajero, camillero. Con frecuencia el personal de enfermería debe salir del servicio a realizar tareas que no le pertenecen.
- Políticas de personal: relacionadas a la licencia, el número de días feriados, es un elemento básico en el momento de diseñar el modelo de dotación de personal y posteriormente la programación.

Los factores internos son:

- Función de la enfermería: docencia, asistencia e investigación. Hay que tener en cuenta el tiempo que insume la atención de enfermería a cada enfermera.
- Disponibilidad del personal de enfermería para acceder al hospital.
- Preparación del personal de enfermería: la preparación académica del personal de enfermería no tiene consecuencias importantes en la determinación de las necesidades para la dotación de personal, pero se debe considerar al armonizar los recursos de enfermería con las necesidades de los usuarios.

Modos de organización básicos para la prestación de atención en la unidad de usuarios: método de casos, método funcional, enfermería en equipos, enfermería primaria.

El modo empleado para la prestación de atención es esencial para determinar la proporción de personal profesional y no profesional, y el número requerido de personal con cada nivel de aptitud y preparación.

Un enfoque de sistemas es eficaz para determinar el número y los tipos de personal de enfermería óptimos para las unidades asistenciales de una institución sanitaria. Los componentes básicos de cualquier sistema son estructura, proceso, resultados, control y ciclos de retroalimentación. En un sistema que va a determinar la composición óptima de la plantilla, la estructura incluiría la información sobre el promedio del censo diario de pacientes, las necesidades asistenciales de éstos, así como las aptitudes del personal. Cada una de estas estructuras puede ampliarse o depurarse aún más. Por ejemplo si los pacientes se clasifican según su grado de dependencia, una información útil para el sistema de designación de plantilla puede ser el porcentaje de pacientes que se supone necesitarán auto cuidados, cuidados parciales, cuidados totales o cuidados intensivos. Los datos relativos a las necesidades asistenciales de los pacientes pueden consistir, bien en el tiempo y frecuencia de medidas de enfermería que necesitan los enfermos de cada categoría de cuidados, o bien en el tiempo medio que los profesionales precisan para cuidar a los pacientes de cada categoría.

El proceso en un sistema de dotación de personal consistiría en los cálculos que se tiene que realizar para determinar el número y categorías correctos del personal que hay que presupuestar y asignar a cada unidad asistencial. Los resultados de un sistema de dotación de personal podría consistir en el número recomendado de cada categoría que se necesita en cada unidad (dado un censo de pacientes determinado y unas cargas de trabajo específicas) por día y turno, la programación de trabajo y jornadas libres del personal de las unidades para períodos de 2, 4 o 6 semanas y un listado alfabético del personal a asignar a cada unidad para el siguiente turno.

El primer paso en un sistema de dotación y programación de personal es la estimación de la cantidad y tipo de cuidados de enfermería que se necesitarán en cada unidad de enfermería el próximo año. Para calcular las cargas de trabajo de enfermería en una unidad de hospitalización determinada, la gestora debe saber cuántos pacientes serán ingresados por día, mes y año, el estado de salud de los pacientes ingresados en la unidad, el promedio de tiempo de hospitalización, la cantidad de procedimientos de cuidados directos e indirectos que necesitará cada uno, la frecuencia con que se realizará cada procedimiento y el tiempo medio necesario para poner en práctica cada procedimiento de cuidado directo e indirecto. La revisión de los datos del censo de pacientes, de los índices de ocupación, de las estadísticas de la estancia media y de los diagnósticos al ingreso y al alta de los últimos tres años, aportarán información sobre el censo y los diagnósticos previstos. La revisión de las historias clínicas de los pacientes anteriores y las entrevistas con médicos y jefes de equipo de enfermería indicarán las posibles necesidades asistenciales de los pacientes previstos. Las técnicas de evaluación de tareas son útiles para determinar los estándares de tiempo que se emplean en el cuidado de pacientes con diferentes niveles de dependencia.

Existen distintos modos de organización para la prestación de asistencia al usuario, que son planes o metodologías empleadas para designar la responsabilidad de la atención de enfermería.

El método funcional de asignar la asistencia de enfermería por funciones consiste en diferenciar las tareas implicadas en los cuidados al paciente, así como en atribuir a cada uno de los miembros del personal de enfermería la prestación de una o dos funciones asistenciales a todos los pacientes de la unidad. La ventaja de este método es que cada miembro de la plantilla tiene la oportunidad de convertirse en un verdadero experto en la realización de la tarea o tareas en las que se ha especializado. A medida que aumenta la experiencia, se consigue una mayor rapidez y eficacia. En consecuencia, con la dotación por funciones es posible que un número relativamente pequeño de personal de enfermería asista a un gran número de pacientes en un período de tiempo relativamente corto.

La desventaja del método de asignación por funciones es que la asistencia al paciente queda fragmentada. Dado que una enfermera toma las constantes vitales del paciente, otra lo asea, otra le administra la medicación, no hay ninguna enfermera que esté familiarizada con las necesidades globales del paciente y que coordine los diferentes aspectos de su asistencia.

Así mismo, cuando la responsabilidad de la asistencia a un paciente está repartida entre varias enfermeras, es posible que todas ellas eviten responsabilizarse en caso de errores u omisiones en su cuidado.

La mayor parte de las gestoras de enfermería están de acuerdo en que, aunque el método de dotación por funciones es adecuado para ser utilizado a corto plazo o en condiciones de urgencia o catástrofes, no es un método aconsejable para su uso general o a largo plazo, porque fomenta una asistencia al paciente fragmentada y despersonalizada. Se gana en eficiencia, se pierde en calidad de atención brindada.

La enfermería en equipo es un método de asignación de los cuidados que tiene la finalidad de integrar a los profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería en pequeños grupos de individuos, que se apoyan mutuamente para capitalizar los conocimientos especiales y la mayor experiencia de los trabajadores profesionales y auxiliares.

Una de las enfermeras tituladas del grupo es designada por la supervisora para que dirija el equipo. Aunque todos los miembros del equipo pueden recibir información del líder o de un miembro del equipo del turno anterior en relación con el estado actual y las necesidades asistenciales de los pacientes que les han sido asignados, es la jefe del equipo quien decide que aspectos de la asistencia del grupo total de pacientes van a ser realizados por cada miembro del equipo. El líder del mismo encarga generalmente a otra enfermera titulada, o a una técnica en enfermería con experiencia, el cuidado de los pacientes con patologías más críticas o graves, para garantizar la observación técnica y la intervención capacitada a los que su estado depende, en mayor medida, de una asistencia de enfermería eficiente. Con frecuencia, la jefe del equipo asigna a las técnicas en enfermería el aseo, la alimentación y las curas de los pacientes encamados, pero que no se hallan en estado crítico o gravemente enfermos. A las auxiliares generalmente se les encarga de hacer las camas, ayudar a los pacientes que pueden

caminar a bañarse o a asearse, medir las diuresis o realizar los procedimientos de cuidados más sencillos. El líder del equipo acostumbra administrar la medicación y a controlar la terapia parenteral de todos los pacientes del grupo, lo cual le dejará tiempo para acompañar al médico cuando pasa la visita, transcribir las órdenes de los facultativos y ayudar a los miembros del equipo según las necesidades.

Un líder de equipo, con una gran experiencia clínica y que es eficaz en su puesto, puede coordinar las actividades de los otros miembros del equipo, de manera que el esfuerzo total del grupo exceda, en cierta forma, a la suma de sus esfuerzos individuales.

Desgraciadamente, la mayor parte de los programas de formación básica de enfermería no dedican una cantidad de tiempo suficiente que permita profundizar en la adquisición de habilidades en cuanto al liderazgo de equipos. El método de asignación por equipos no podría ser utilizado eficazmente hasta que el personal no sea entrenado para los roles de líder y miembro del equipo, mediante algún programa especial de formación previa. Cuando las actividades se distribuyen en forma aleatoria, la colaboración entre los miembros del equipo será escasa.

En el mejor de los casos la enfermería en equipos integra a diferentes tipos de personal, de manera que las profesionales de enfermería puedan dedicar sus energías a los aspectos más perentorios de la asistencia al paciente, y el personal técnico y auxiliar pueda ser supervisado de cerca por una enfermera que sea consciente de las necesidades tanto de los trabajadores como de los pacientes.

En el peor de los casos, la enfermería en equipos puede ser similar a la enfermería por funciones, pero a menor escala que la del servicio en su globalidad. Si el líder del equipo asigna tareas entre los componentes del grupo según funciones, el resultado de esta distribución del trabajo no es la acción coordinada del grupo, sino la producción en cadena.

El método integral de asignación funciona mejor en una organización donde toda la plantilla de enfermería es titulada. Con este método, a cada enfermera se le delega la responsabilidad total de planificar, realizar y evaluar la asistencia de enfermería de un número limitado de pacientes (de cuatro a cinco). La enfermera clínica será la responsable de evaluar el estado de salud, la situación social y las necesidades asistenciales de cada uno de sus pacientes, de planificar la asistencia para cubrir dichas necesidades, de proporcionar los cuidados de enfermería de acuerdo con este plan, de coordinar la asistencia de otros profesionales del equipo sanitario, de valorar las respuestas del paciente ante la asistencia de enfermería, así como de modificar y actualizar el plan de cuidados según las necesidades.

En el método integral de asignación, la enfermera a quien se le asigna un paciente que ingresa a la institución sanitaria es responsable de su asistencia durante toda su estancia en dicha institución, después de darle el alta y durante cualquier reingreso posterior para recibir asistencia en la misma institución.

Cuando la enfermería integral queda instituida en una organización, la gestora de enfermería debería darse cuenta de que cuando el rol de la enfermera de base pasa del de cumplidora pasiva de órdenes al de solucionadora de problemas autodirigida, el rol

de la jefe de equipo también debe modificarse. En las unidades en que se utiliza la asignación de enfermería por funciones o por equipos, la supervisora tiende a ser sumamente directiva en relación con las profesionales de enfermería. En tales situaciones, las enfermeras acostumbran a considerar a la supervisora como la autoridad final en las cuestiones de teoría y práctica de enfermería. Por el contrario, las enfermeras integrales no pueden ejercer sus funciones de manera eficaz cuando son supervisadas por un jefe de equipo muy autoritaria. Puesto que las enfermeras integrales están mejor informadas acerca del estado y necesidades de sus pacientes que ningún otro profesional de enfermería, y dado que son las que planifican y evalúan la asistencia que prestan, en una unidad con enfermería integral no hay necesidad de una supervisora muy directiva. La jefe del equipo que supervisa a enfermeras integrales debe actuar como asesora, fuente de recursos y gestora del control de calidad. También es obvio que ella misma debería ser una experta en enfermería integral.

La asignación de enfermería por módulos es una variación de la asignación integral, que se puede utilizar cuando la plantilla de enfermería incluye a técnicas y auxiliares, así como enfermeras profesionales. La enfermería modular es similar a la enfermería en equipo en que trabajadores profesionales colaboran juntos, en las actividades de asistencia al paciente, con las enfermeras tituladas, proporcionando liderazgo, apoyo y formación a los trabajadores no profesionales. La enfermería modular es similar a la enfermería integral en que equipos de 2 o 3 personas de la plantilla de enfermería son responsables del cuidado de sus pacientes, desde el ingreso hasta el alta, después del alta, y en cualquier reingreso en la misma institución.

En el método de asignación por módulos se acostumbra a asignar al equipo de 2 o 3 trabajadores la plena responsabilidad de unos 8 o 12 pacientes

A pesar de que cada módulo está compuesto por 2 o 3 personas, la máxima responsabilidad en la asistencia de los pacientes asignados al grupo recaerá sobre la enfermera titulada. Además, junto a una carga mayor de responsabilidad en cuanto a la valoración de las necesidades de los pacientes, se espera de la enfermera titulada del módulo que guíe a sus compañeras. Por lo tanto el papel de la enfermera titulada es más difícil en el método modular de asignación que en el de enfermería integral. El rol de la supervisora deberá ser de apoyo, ayuda, formación y motivación en su interacción con el grupo de enfermeras de cada módulo.

Existen otras razones, además de las económicas, para dotar a las unidades de enfermería con el número y tipo de trabajadores apropiados para llevar a cabo las tareas necesarias. El personal de enfermería tiende a desmoralizarse ante la desproporción y la falta de coherencia en el tamaño de las plantillas. El trabajar en una unidad que de forma constante está infradimensionada de personal, lleva a la frustración, a la fatiga y a la decepción. El trabajar en una unidad en la que de forma habitual hay un exceso de plantilla conduce al aburrimiento y a las excesivas fricciones interpersonales. El trabajar en una unidad en la que alternativamente se producen episodios de exceso o falta de plantilla provoca irritación, inseguridad y desorientación.

Por estas razones, cualquiera que sea el método que se utilice para adecuar el tamaño de la plantilla a los cambios en las cargas de trabajo de la unidad, dicho método debe estar diseñado de forma que asegure la mayor estabilidad posible en el grupo de trabajo primario.

Si el criterio del centro es utilizar tanto personal profesional como no profesional, los datos obtenidos a través de la observación directa de las cuidadoras cuando éstas realizan tareas, facilitará información sobre la proporción de las cargas de trabajo totales que recaen sobre cada categoría de empleadas. La mayor parte de los expertos estarían de acuerdo en que, cuando la situación del paciente se agrava, la mayor proporción de su asistencia deberá ser realizada por personal profesional. Los estándares en relación con la combinación de los tipos de personal varían con el paso del tiempo y también de un centro a otro. En 1965 Abdellah y Levine recomendaban una combinación de personal del 55 % de personal profesional y el 45 % de personal no profesional. En un estudio realizado por Intermountain Health Care Inc. (Bush y Hart 1983), se demostró que una composición de personal de 58 % de enfermeras tituladas, el 26 % de técnicas en enfermería y el 16 % de auxiliares de enfermería, con una proporción paciente-personal de 1,56:1, daba como resultado una disminución de los problemas en las unidades de medicina y cirugía, posparto y pediatría.

Las normas mínimas de dotación que el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, y posteriormente el de A.S.S.E han utilizado para lograr el cálculo de la cobertura mínima de los servicios de enfermería son las siguientes:

Relación enfermera profesional-paciente

- 1 enfermera profesional supervisora cada 50 pacientes
- 1 enfermera profesional cada 15 pacientes

Relación auxiliar de enfermería-paciente

- 1 auxiliar de enfermería cada 8-10 pacientes

Según el Ministerio de Salud pública la Licenciada en Enfermería debe:

1. Asume la responsabilidad de la enfermera supervisora o del sector en su ausencia
2. Interpreta, cumple y hace cumplir las normas, reglamentos y disposiciones del establecimiento al personal, pacientes, familiares, visitas y comunidad.
3. Planifica la atención de enfermería de acuerdo a sus necesidades básicas, diagnósticos y tratamiento.
4. Realiza atención directa de los pacientes hasta tanto se cuente con la presencia del Médico.
5. Controla y coordina el abastecimiento, distribución, uso y mantenimiento de los equipos, materiales, medicamentos, de la unidad de enfermería, durante las 24 horas del día.
6. Colabora con el Médico en la valoración y en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes de la unidad.
7. Realiza los trámites administrativos de coordinación para consulta intra y extra-hospitalaria, traslado de pacientes intra y extra-hospitalarios.
8. Promueve acciones tendientes a prevenir accidentes a los pacientes y al personal.
9. Orienta e instruye a los pacientes, familiares y comunidad sobre cuidados que deben tener durante la internación y atención ambulatoria.
10. Controla el mantenimiento del orden y limpieza de las salas.
11. Informa al Departamento de Enfermería el movimiento de la unidad, número de ingresos y altas, eleva el parte diario sobre el estado de los pacientes.

12. Supervisa la alimentación de los pacientes de acuerdo a las dietas prescritas, en caso de no contar con el establecimiento de un Departamento de Alimentación.
13. Ubica a los pacientes que ingresan y los orienta sobre las reglamentaciones vigentes.
14. Realiza el inventario de material y equipos de acuerdo a normas vigentes.
15. Realiza adiestramiento en el servicio en forma continua del personal a su cargo.
16. Colabora con el Departamento de Enfermería en la elaboración de manuales, normas, técnicas y procedimientos de enfermería.
17. Realiza reuniones periódicas con el personal de su dependencia y participa en aquellos que tengan relación con su área de trabajo.
18. Evalúa el personal a su cargo.
19. Elabora el plan de horario, rotación de días libres del personal, bajo su dependencia y colabora con el Departamento de Enfermería en la elaboración del plan de licencias anuales.
20. Realiza y supervisa el cumplimiento del pase de guardia en forma oral y escrita.
21. Colabora con los docentes de enfermería en la experiencia clínica de los estudiantes.
22. Participa en la investigación de enfermería que se realiza en el área de su competencia.

La descripción de cargo para los Auxiliares de Enfermería es la siguiente:

1. Debe cumplir con los reglamentos y disposiciones del establecimiento.
2. Integran el equipo de salud reconociendo jerarquías.
3. Ejecuta el plan diario de actividades de cuidados de enfermería signado por la Licenciada en Enfermería.
4. Realiza el correcto cumplimiento de las indicaciones médicas y su correspondiente registro.
5. Controla y registra signos vitales y antropométricos de los pacientes a su cargo.
6. Administra medicamentos por distintas vías, según prescripción médica y de acuerdo al horario asignado.
7. Realiza tratamientos y controles de enfermería de acuerdo a las normas del servicio.
8. Registra indicación médica y de enfermería cumplida en la historia clínica de acuerdo a las normas del servicio.
9. Realiza actividades para la satisfacción de las necesidades básicas de aquellos pacientes que lo requieran.
10. Ayuda a los pacientes que no puedan alimentarse por si mismos y controla las dietas correspondientes.
11. Mide y registra las ingestas y excretas del paciente.
12. Distribuye y recoge las bandejas de alimentos en caso de no contar con personal del Departamento de Alimentación.
13. Realiza la higiene y confort de los pacientes imposibilitados previniendo escaras y deformaciones posturales.
14. Brinda atención de enfermería en todos los casos de emergencia mientras no llegue la Licenciada en Enfermería o el Médico.
15. Realiza el tendido de camas, camillas de los pacientes a su cargo.
16. Retira del Centro del Materiales, equipos y materiales para su unidad.
17. Prepara y esteriliza materiales de uso médico y de enfermería, en caso de no contar con un Centro de Materiales.
18. Realiza el recuento, acondicionamiento, traslado y distribución de la ropa de su unidad.

19. Entrega al Centro de Materiales el material que no es utilizado en condiciones adecuadas.
20. Traslada pacientes en silla de ruedas, camilla o ambulatorios, para exámenes especializados.
21. Prepara el ambiente y a los pacientes para el descanso nocturno.
22. Participa en la orientación sobre normas, reglamentos y disposiciones del establecimiento al paciente, familiares y visita.
23. Informa a la Licenciada en Enfermería de las necesidades diarias de su unidad y de los problemas que se presentan con pacientes, familiares o visitas.
24. Realiza cuidados post-mortem.
25. Realiza el correcto pase de guardia de acuerdo a las normas del servicio.
26. Informa a la Licenciada en Enfermería de un ambiente no salubre.
27. Asiste a las actividades educativas de su área, programada por el departamento de Enfermería.
28. Colabora con el mantenimiento del orden, limpieza y cuidados de la sala.
29. Favorece la comunicación y cumple con la coordinación establecida por el Departamento de Enfermería y los demás departamentos del establecimiento.
30. Mantiene el orden y la limpieza de la unidad.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Hospital Pasteur.

Universo: Usuarios internados en el Servicio de Medicina del Hospital Pasteur, Salas 3, 11, 13, 15, y 17.

Muestra: usuarios asistidos en el Servicio de Medicina entre los meses de mayo a agosto inclusive.

VARIABLES Y SU MEDICIÓN:

Variable: nivel de dependencia, variable cualitativa nominal.

Concepto: categorización de los cuidados de enfermería que requieren los usuarios

Categorías: nivel 1, 2, 3 y 4

Indicadores: ambulación y/o movilización, colaboración; nivel de conciencia, comportamiento; medicación; tratamiento; alimentación; higiene y confort; excreción y evacuación; comunicación; cuidados especiales de la piel; situación social; riesgos potenciales

Conceptualización de las categorías para los niveles de dependencia

Categoría I: cuidado mínimo

Pautas de inclusión: paciente lúcido, se baña solo, se alimenta solo, medicación vía oral, deambula sin ayuda, sin lesiones de piel, tratamiento mínimo, riesgos potenciales mínimos.

Criterios generales: enfermería le proporciona a este usuario los materiales y equipamiento necesario, se encarga de la planificación de los cuidados y de la preparación para el alta.

Este tipo de paciente ingresa para ser diagnosticado por lo que requiere pruebas de laboratorio, radiológicas y otros estudios diagnósticos.

Puede requerir cuidados especiales como circuito venoso heparinizado.

Categoría II: cuidado mediano

Pautas de inclusión: paciente lúcido, se alimenta solo, se baña con ayuda con arreglo personal solo. Deambula solo o con ayuda, o puede tener indicado reposo absoluto. Cambio total de ropa de cama una vez al día, con eventual cambio parcial, requiere tratamiento por vía oral e intravenosa, puede presentar enrojecimiento en zona de apoyo, riesgos potenciales de mínimos a medianos de acuerdo a su patología.

Criterios generales: enfermería planifica los cuidados priorizando el problema de los riesgos potenciales, y de estudios diagnósticos y tratamiento oportuno. Puede presentar estudios diagnósticos invasivos que requieren preparación coordinada por parte de enfermería. Requiere controles especiales como son V.V.P. o C.C.H. si bien es un paciente lúcido e independiente las circunstancias que vive por la etapa evolutiva de su enfermedad hace que necesite controles y valoración de enfermería específicos.

Categoría III: cuidados frecuentes

Pautas de inclusión: paciente lúcido o con trastornos de vigilia, puede presentar dificultades en la comunicación, no deambula, se moviliza con ayuda, se alimenta con ayuda, puede requerir alimentación por sonda nasogástrica, higiene total una vez al día con arreglo personal asistido. Higiene parcial una vez por turno. Requiere ayuda para la eliminación o puede estar incontinente, necesita prevención y/o presenta lesiones de piel, terapia intravenosa continua. Tratamiento farmacológico 50 % o más intravenoso. Puede requerir asistencia para la eliminación de secreciones, fisioterapia o aspiraciones, riesgos potenciales medianos.

Criterios generales: este paciente a aumentado su nivel de dependencia en cuanto a la satisfacción de sus necesidades básicas, alimentación, higiene, movilización, comunicación con el medio exterior. Requiere un tratamiento farmacológico más frecuente. Debido a su incapacidad en la movilización los procedimientos de enfermería, por ejemplo baño, cambio de posición, se deben ejecutar entre dos o más operadores. Esto implica que en la elaboración del plan de cuidados de enfermería se deba priorizar en la valoración control y asistencia más intensa y frecuente. Requiere mayor intervención de enfermería profesional debido a sus riesgos potenciales en cuanto a su patología y a los problemas detectados de acuerdo a su situación sicosocial. La licenciada deberá priorizar que hacen a la educación, prevención de complicaciones y rehabilitación en su medio.

Categoría IV: cuidado total

Pautas de inclusión: pacientes con trastorno de conciencia, no se comunica, no se moviliza, requiere baño completo en cama con arreglo personal, higienes parciales en cada turno, cambios de posiciones frecuentes. No se alimenta o requiere sonda nasogástrica. Incontinente, requiere asistencia para la eliminación de secreciones. Tratamiento farmacológico con terapia intravenosa continua. Puede presentar vía venosa central.

Criterios generales: son pacientes totalmente dependientes del cuidado de enfermería. Los procedimientos realizados en ellos requieren la presencia de dos o más operadores. No siempre el nivel de dependencia significa gravedad, por lo que los riesgos potenciales pueden ser mínimos o moderados. Resulta importante en este tipo de pacientes la correcta planificación de la licenciada en enfermería que apunte no solo a la satisfacción de las necesidades del paciente sino a evitar probables complicaciones que determinen una internación mas prolongada y/o aumente las limitaciones del usuario. También se requiere de la profesional una amplia comunicación y orientación al grupo familiar con respecto a situaciones irreversibles o limitaciones severas.

Variable: dotación de personal, variable cuali-cuantitativa nominal

Concepto: número de personal de enfermería destinado a la asistencia en un Servicio.

Indicadores: porcentaje de personal licenciado y auxiliar, distribución según tiempo de atención a los usuarios por nivel de dependencia, distribución por turno

Recomendaciones para la relación de personal licenciado y auxiliar

	Personal licenciado	Personal auxiliar
Abdellah y Levine	55 %	45 %
Bush y Hart	58 %	26 % (técnico) 16 % (auxiliar)
M.S.P – A.S.S.E	1 cada 15 usuarios	1 cada 8 - 10 usuarios

Tiempos de enfermería requerido según estimación por categoría

Categoría	Tiempo estimado por paciente por día
I	1 hora 52 minutos
II	2 horas 47 minutos
III	5 horas 53 minutos 30 segundos
IV	6 horas 45 minutos 15 segundos

Porcentaje de distribución de personal de enfermería por turnos:

35 % en el turno de la mañana
20 % en el turno de la tarde
25 % en el turno vespertino
20 % en el turno nocturno

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Fuentes de información

Fuente primaria: informes de Internado 2001, de la primera rotación, de estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República, en el Hospital Pasteur

Fuente secundaria: trabajo realizado en el Sanatorio Casmu 1, "Estudio de Calidad del Servicio de Enfermería, Séptimo Piso, Sanatorio N° 1 Casmu, Noviembre de 1997"

Técnicas para la recolección de datos: P.A.E (anexo 1), planilla de clasificación según nivel de dependencia (anexo 2), planilla para la recolección de datos de los trabajos realizados por los internos del I.N.D.E. Se realizó una planilla de doble entrada, para conocer el número de usuarios por sala y su distribución según nivel de dependencia (anexo 3).

RESULTADOS

Para comenzar el análisis tenemos que mencionar algunos ítems que nos permitieron llegar a los resultados expuestos.

En primer lugar no se tomó en cuenta para el cálculo final de dotación de personal, los días correspondientes a feriados y licencias.

Los cálculos se realizaron teniendo en cuenta los perfiles de cargos descritos en el marco teórico, sin contar las tareas inespecíficas realizadas por el personal de enfermería que no se corresponden con la disciplina.

En el trabajo realizado por el Casmu (anexo 4), del cual se extraen los tiempos de atención de enfermería, se categoriza a usuarios nivel IV. Esta categoría no se corresponde con el perfil de usuarios atendidos en el Servicio de Medicina, si con usuarios asistidos en Cuidado Intermedio o C.T.I.

De los datos recabados surge que se asistieron 521 usuarios en el período de la realización del internado (108 días). De ellos, 150 usuarios corresponden al nivel de dependencia I lo que representa un 28 % del total, 266 usuarios corresponden al nivel II de dependencia representando un 51 %, y 105 usuarios pertenecen al nivel III de dependencia que equivale al 21 % del total de usuarios atendidos (anexo 5).

Para realizar el cálculo de tiempo de atención de enfermería por paciente por día, se hizo un promedio diario de usuarios asistidos, el cual es de 70. Del nivel I de dependencia tenemos 20 usuarios, 36 usuarios correspondientes al nivel II y 14 usuarios del nivel III (anexo 6).

Tomando en cuenta este porcentaje y el trabajo realizado por el Casmu se puede determinar que el tiempo requerido para la atención de enfermería de 20 usuarios nivel I es de 37,33 horas; para 36 usuarios nivel II es de 100,20 horas; y 82,48 horas para los usuarios nivel III de dependencia (14 usuarios) (anexo 7).

Teniendo en cuenta la distribución porcentual de personal de enfermería por turnos sugerida en el libro "Manual de estándares para la acreditación de los servicios de enfermería", se desprende que el total de horas para los usuarios de nivel I de dependencia se distribuye en 13,06 horas en el turno de la mañana, 7,46 horas en el turno de la tarde y noche, y 9,33 horas en el turno vespertino.

Para los usuarios del nivel II de dependencia las horas de atención de enfermería quedan distribuidas por turnos de la siguiente manera, en la mañana 35,07 horas, en la tarde y noche 20,04 horas, y en el turno vespertino 25,05 horas.

La distribución de horas de asistencia de enfermería en los usuarios nivel III de dependencia es, en el turno de la mañana 28,86 horas, en el turno de la tarde y la noche 16,49 horas, y 20,62 horas en el turno vespertino (anexo 8).

Se considera que el personal de enfermería trabaja 5,5 horas por turno. El error marginal de los cálculos realizados se atribuye a tareas indirectas de la atención de enfermería, además de que al hablar del número de personal no podemos trabajar con fracciones, por lo cual se toma un número entero mayor.

Teniendo en cuenta éstas consideraciones la distribución de personas por turno para la atención de usuarios nivel I de dependencia quedarían de la siguiente manera: en la mañana 3 personas, y en los restantes turnos 2 personas en cada uno de ellos. Para la atención de enfermería de los usuarios nivel II de dependencia la distribución sería de 7 personas en el turno de la mañana, en los turnos de la tarde y noche 4 personas y 5 personas en el vespertino. La atención de usuarios con nivel de dependencia III requeriría que en el turno de la mañana se necesitarán 6 personas, 3 en los turnos de la tarde y noche y 4 personas en el turno vespertino (anexo 8).

Del resultado de los cálculos anteriores surge que para el turno de la mañana se necesitarían 16 personas para la atención de los usuarios de los tres niveles de dependencia; en los turnos tarde y noche 9 personas y en el turno vespertino 11 personas (anexo 9).

De acuerdo a la bibliografía consultada, según el estudio realizado por Abdellah y Levine (año 1965), el 55% del personal tiene que ser licenciado y el 45% auxiliar, de lo cual se desprende que en el turno de la mañana se necesitarían nueve licenciados y siete auxiliares, en los turnos tarde y noche, cinco licenciados y cuatro auxiliares, y en el turno vespertino seis licenciados y cinco auxiliares.

Según el estudio realizado por Bush y Hart para Intermountain Health Care Inc. (año 1983) la proporción debe ser del 58 % de personal licenciado, 26 % personal técnico y 16 % de personal auxiliar, por lo que en el turno de la mañana debería haber nueve licenciados, cuatro técnicos y tres auxiliares, en los turnos tarde y noche cinco licenciados, tres técnicos y un auxiliar, y en el turno vespertino seis licenciados, tres técnicos y dos auxiliares.

El M.S.P.- A.S.S.E. recomienda que la atención prestada a los usuarios sea realizada en una proporción de 1 licenciado cada 15 usuarios, y 1 auxiliar cada 8 o 10 usuarios. Por lo tanto tenemos cinco licenciados y ocho auxiliares, en cada turno (anexo 9).

CONCLUSIONES

Aunque los cálculos de dotación de personal de enfermería deben ser realizados con datos de más de un año de evolución, podemos aproximarnos a la dotación que se requeriría para lograr que la atención de los usuarios fuera satisfactoria, en el Servicio de Medicina del Hospital Pasteur.

Se caracterizó a 521 usuarios del Servicio de Medicina y se clasificó a los mismos según nivel de dependencia, siendo el 28 % de nivel I, el 51 % de nivel II y el 21 % de nivel III.

Se calculó la dotación de personal de enfermería concluyendo que sería necesario contar con 16 enfermeros en el turno de la mañana, nueve en los turnos tarde y noche y once en el turno vespertino.

La propuesta del M.S.P. no es comparable a los modelos utilizados, los cuales proponen un mayor componente profesional, lo que supone una mejor calidad de atención, con un abordaje científico. Esto lo observamos en el cálculo realizado, según el cual necesitamos nueve licenciados en el turno de la mañana, cinco en los turnos tarde y noche y seis en el vespertino, contra cinco licenciados en cada turno que plantea el M.S.P. Así mismo, ésta dotación planteada, no toma en cuenta la distribución del trabajo propio de cada turno, por lo que el número de enfermeros se mantiene fijo sin considerar las necesidades de los usuarios o las diversas actividades. Esto determina un déficit o exceso de personal en los diferentes turnos, comparándolo con los cálculos realizados.

El menor número de personal profesional a cargo del cuidado de los usuarios destaca la insuficiencia del mismo y la imposibilidad de realizar tareas que trasciendan la mera indicación médica, menguando el desarrollo del área independiente de la enfermería.

Nos parece que el tema elegido es de suma importancia, ya que en nuestro medio la única bibliografía disponible es la realizada por el Casmu, por lo cual nuestro trabajo podría servir como base para investigaciones más completas. También nos permite profundizar los conocimientos en cuanto a la dotación de los recursos humanos y su distribución en un servicio, en esta etapa de la carrera, tan próxima a la inserción en el ámbito laboral.

Todos los instrumentos utilizados, tanto los empleados por los Internos de Enfermería, como el creado por nosotros para la agrupación de los datos, resultaron ser óptimos para tal finalidad.

Sentimos el respaldo y apoyo de las tutoras, tanto en lo personal como en lo profesional, así como la disposición de la cátedra de Administración en cuanto a la disponibilidad del material.

BIBLIOGRAFÍA

- Balderas, M. Administración de los servicios de enfermería. 3ª edición. Interamericana Mc Graw-Hill. Méjico. 1995
- Cabrera, A.; Gutiérrez, D.; Marcolini, P.; Vitancourt, A. Manual de estándares para la acreditación de los servicios de enfermería. Ediciones de Enfermería. 2000
- Hernández de Canale, F. Alvarado, E. Pineda, E. Metodología de la investigación. O.P.S.; 1986
- Gillies, D. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Ediciones científicas y técnicas. Barcelona. 1994
- Guerrero, R. González, C. Medina, E. Epidemiología. Addison-Wesley Iberoamericana. Méjico. 1989
- Polit, D. Investigación científica en ciencias de la salud. 3ª edición. Méjico. Interamericana; 1985
- Deiman, P. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. O.P.S. 1994
- Casmu. Estudio de calidad del servicio de enfermería, séptimo piso, Sanatorio N° 1 Casmu. Montevideo. 1997

ANEXO 1

Proceso de atención de enfermería

Caracterización de los usuarios

Servicio de Medicina

Nombre:	Nº de cama:
Nº de registro:	Fecha de ingreso:
Edad:	Forma de ingreso: E P T
Raza:	Forma de llegada: Andando
Nacionalidad:	Silla de ruedas
Procedencia:	Camilla
Ocupación:	
Estado civil:	
Nivel de instrucción:	Motivo de ingreso:
Cobertura sanitaria: M.S.P.	Manifestaciones clínicas:
Emergencia móvil	
Servicio de acompañante	
Composición del grupo familiar:	Con acompañante: si no
Antecedentes familiares:	Carné de vacunas: si no
Antecedentes personales:	
Diagnóstico médico:	Tratamiento en sala:
Etapas de internación:	
Nivel de dependencia:	Paraclinica:

Valoración Sistémica

S.N.C

Estado de conciencia:

Temperatura axilar:

Dolor: SI NO

Tipo:

Localización:

Observaciones:

Sistema Respiratorio

Frecuencia Respiratoria:

Características:

Entrada de aire: Nat. Art.

Tos: SI NO

Expectoración: SI NO

Observaciones:

Sistema Cardiovascular

Frecuencia cardíaca: Pulsos: presente ausente (localizar)

P/A: Relleno capilar: _____

Presencia de edemas: SI NO Características:

Presencia de varices: SI NO Características:

Cianosis: SI NO Características:

Grupo sanguíneo:

Observaciones:

Paraclínica:

Sistema Digestivo-Nutricional

Piezas dentarias compl.: SI NO

Caries: SI NO

Prótesis: SI NO

Lesiones en boca: SI NO

Dieta:

Tolerancia V/O: SI NO

Disfagia: SI NO

Nauseas: SI NO

Vómitos: SI NO

Reflujo gastroesofágico: SI NO

Dolor: SI NO

Pirosis: SI NO

Abdomen (características):

Patrón de eliminación: _____

Peso: Talla:

Observaciones:

Sistema Tegumentario

Color:

Hidratación: SI NO

Pliegue cutáneo: Normoelast. Hipoelast.

Lesiones: SI NO Localización:

Hematomas: SI NO Localización:

Prurito: SI NO Localización:

Estado de higiene: Conservada Deficitaria

Accesos venosos: SI NO Localización: Tipo:

Drenajes: SI NO Localización:

Observaciones:

Sistema Genito-Urinario

Micción: Natural asistida artificial

Características micción:

Orina:

Características de la orina:

Diuresis:

Sonda vesical SI NO Tipo:

Aspecto de genitales externos: _____

Paraclínica:

Observaciones:

Sistema Músculo-Esquelético

Deambula: SI NO Con ayuda:

Movimientos coordinados: SI NO

Extremidades: Completas Amputación

Fuerza: Conservada Disminuida

Masa muscular: Conservada Disminuida

Tono muscular: Conservado Alterado

Observaciones:

Área psicológica:

Diagnóstico	Plan de acción	Evaluación

ANEXO 2

Planilla de clasificación de niveles de dependencia

		Puntaje	Nº cama	Nº cama
Ambulación y movilización, colaboración	Se levanta y deambula sin ayuda	1		
	Se levanta y deambula con ayuda	2		
	No deambula, ayuda en la movilización	3		
	No deambula, no colabora, movilizaciones frecuentes	4		
Nivel de conciencia Comportamiento	Despierto, orientado	1		
	Entiende no puede expresarse confuso	2		
	No entiende, se mantiene despierto, vigil	3		
	Fuera de ambiente	4		
	Excitación psico-motriz	5		
Medicación	Vía oral una vez por guardia	1		
	Vía oral dos veces por guardia y eventual iv	2		
	Vía oral, iv una o dos veces por guardia	3		
	Iv 2 a 4 veces por guardia, v/o por SNG	4		
Tratamiento	Mínimo	1		
	CCH	2		
	VVP con plan de sueros	3		
	VVC con plan de sueros	4		
Alimentación	Se alimenta solo	1		
	Requiere ayuda	2		
	No se alimenta	3		
	Alimentación por SNG, gastrointestinal, etc.	4		
Higiene y confort	Se baña solo	1		
	Requiere ayuda	2		
	Requiere baño por enfermería	3		
	Requiere mas de una higiene en cada turno	4		
Excreción y evacuación	Se atiende solo	1		
	Necesita ayuda	2		
	Necesita ayuda frecuente	3		
	Incontinente (sonda, pañal, etc)	4		
Comunicación	Se comunica bien	1		
	Presenta dificultades	2		
	No se comunica	3		
Cuidados especiales de la Piel	No presenta problemas	1		
	Requiere prevención	2		
	Presenta lesiones en etapa de cicatrización	3		
	Lesión severa que requiere cuidados especiales	4		
Situación social	Acompañante las 24 horas	1		
	Acompañante mas de 12 horas	2		
	Acompañante menos de 6 horas	3		
	Sin acompañante	4		
Riesgos potenciales	Mínimos	1		
	De mediana entidad	2		
	Graves	3		
Total de puntos				
Categoría				

Total de puntos	Categorías
-----------------	------------

0 a 15	1
16 a 21	2
22 a 29	3
Mas de 30	4

ANEXO 3

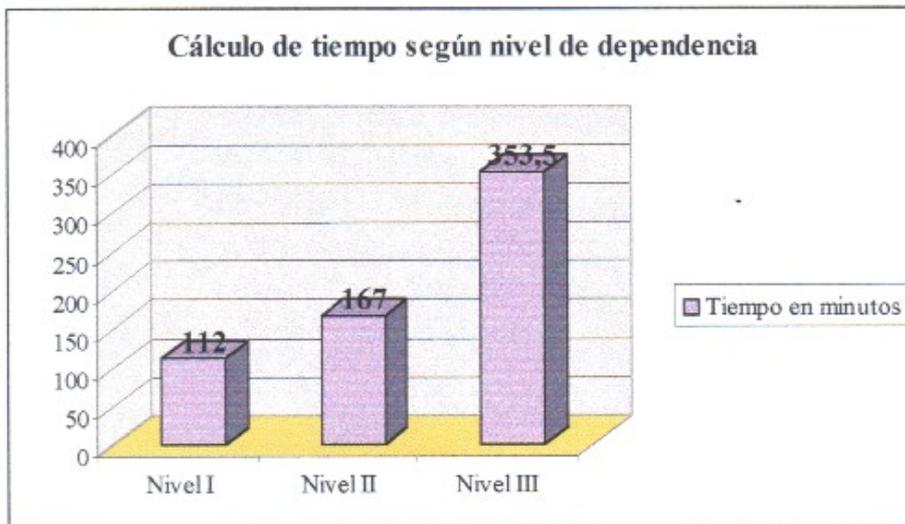
Planilla de recolección de datos de los trabajos del Internado

Sala	Nº usuarios	Nivel I	Nivel II	Nivel III
3				
11				
13				
15				
17				
Total				

ANEXO 4

Tiempo requerido según estimación, por categoría

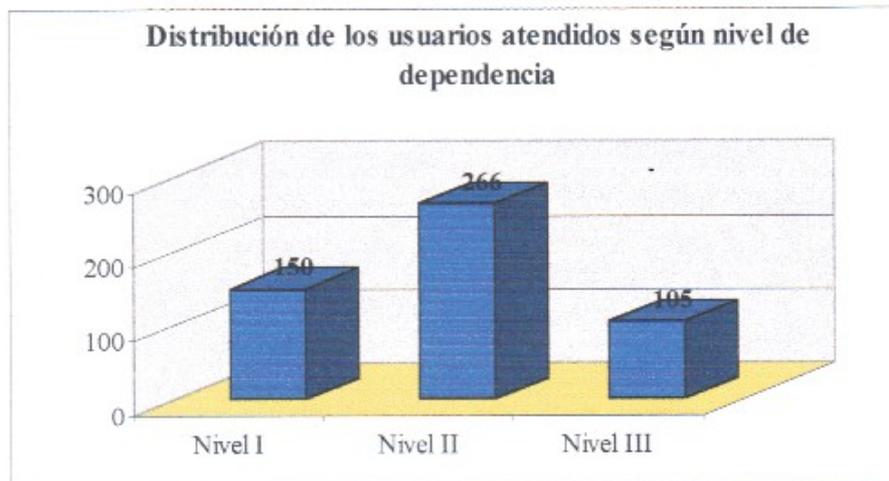
Categoría	Tiempo estimado por paciente por día	Tiempo en minutos
I	1 hora 52 minutos	112'
II	2 horas 47 minutos	167'
III	5 horas 53 minutos 30 segundos	353,5'
IV	6 horas 45 minutos 15 segundos	-



ANEXO 5

Número de usuarios atendidos durante el Internado

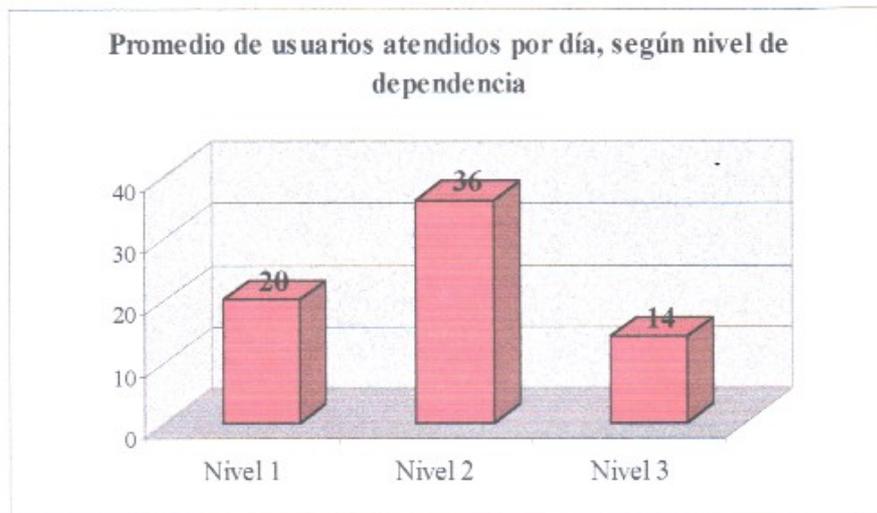
Categoría	F.A.	F.R. %
Nivel I	150	28
Nivel II	266	51
Nivel III	105	21
Total	521	100



ANEXO 6

Promedio de usuarios atendidos por día

Categoría	Usuarios por día
Nivel 1	20
Nivel 2	36
Nivel 3	14
Total	70



ANEXO 7

Cálculo de tiempo de atención de enfermería por paciente por día

			Resultado en minutos	Resultado en horas
Nivel I	1 usuario	112'		
	20 usuarios	X	X = 2.240	37,33 horas
Nivel II	1 usuario	167'		
	36 usuarios	X	X = 6.012	100,20 horas
Nivel III	1 usuario	353,5'		
	14 usuarios	X	X = 4.949	82,48 horas

ANEXO 8

Porcentaje de distribución del personal de enfermería

Nivel I (37,33 hs.)		Distribución de horas	Nº personas x turno *	Nº personas + error marginal
--------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------	---

Mañana	35 %	13,06	2,37	3
Tarde	20 %	7,46	1,35	2
Vespertino	25 %	9,33	1,69	2
Noche	20 %	7,46	1,35	2

Nivel II (100,20 hs.)		Distribución de horas	Nº personas x turno *	Nº personas + error marginal
----------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------	---

Mañana	35 %	35,07	6,37	7
Tarde	20 %	20,04	3,64	4
Vespertino	25 %	25,05	4,55	5
Noche	20 %	20,04	3,64	4

Nivel III (82,48hs.)		Distribución de horas	Nº personas x turno *	Nº personas + error marginal
---------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------	---

Mañana	35 %	28,86	5,24	6
Tarde	20 %	16,49	2,99	3
Vespertino	25 %	20,62	3,74	4
Noche	20 %	16,49	2,99	3

* consideramos que cada persona trabaja 5,5 horas por turno

ANEXO 9

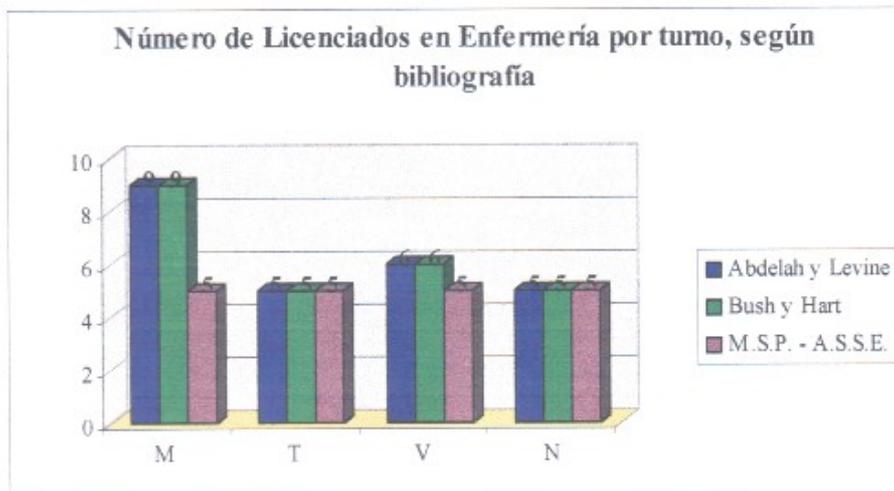
Distribución según bibliografía consultada

	Personal licenciado	Personal auxiliar
Abdellah y Levine	55 %	45 %
Bush y Hart	58 %	26 % (técnico), 16 % (auxiliar)
M.S.P - A.S.S.E	1 cada 15 usuarios	1 cada 8 - 10 usuarios

Total de personal por turno

	Total personal	Personal licenciado			Personal auxiliar (y técnico)			
Mañana	16	9	9	5	7	4	3	8
Tarde	9	5	5	5	4	3	1	8
Vespertino	11	6	6	5	5	3	2	8
Noche	9	5	5	5	4	3	1	8

Número de Licenciados en Enfermería por turno, según bibliografía



Número de Auxiliares de Enfermería por turno, según bibliografía

