



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Rojas Ochoa, AM; Saavedra Infante, AL. Diseño de una metodología para la asignación de personal de enfermería en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0197.php>

**DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONAL
DE ENFERMERÍA EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**

**ADRIANA MARCELA ROJAS OCHOA
221108797
ADDA LILIANA SAAVEDRA INFANTE
221107932**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
2006**

**DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONAL
DE ENFERMERÍA EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.**

**ADRIANA MARCELA ROJAS OCHOA
221108797
ADDA LILIANA SAAVEDRA INFANTE
221107932**

**PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO COMO
ENFERMERAS**

**DIRECTOR:
ENFERMERO JAVIER QUITO VIASÚS
DOCENTE UPTC**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
TUNJA
2006**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. TÍTULO	2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. DESCRPCIÓN DEL PROBLEMA	4
4. JUSTIFICACIÓN	6
5. MARCO TÉORICO	8
5.1 EL SER DE ENFERMERÍA	8
5.2 LA GERENCIA DEL CUIDADO	10
5.3 GESTIÓN DEL CUIDADO	10
5.4 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	11
5.4 TEORÍA	11
5.6 MODELO CONCEPTUAL	11
5.7 DIFERENCIA ENTRE MODELO CONCEPTUAL Y LA TEORÍA	12
5.8 TEORÍA DE ENFERMERÍA	12
5.9 MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA	12
5.10 AUTOCUIDADO	12
5.11 TEORÍA DEL DEFÍCIT DE AUTOCUIDADO	14
5.11.1 SISTEMAS SEGÚN DOROTHEA OREM	14
5.11.2 SISTEMAS DE COMPENSACIÓN TOTAL	14
5.11.3 SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARCIAL	14
5.11.4 SISTEMA EDUCATIVO DE APOYO	14
5.11.5 VENTAJAS DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM	14
5.12 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE4 ENFERMERÍA	15
5.13 ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	15
5.13.1 VALORACIÓN	15
5.13.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	16
5.13.3 PLANEACIÓN	16
5.13.4 EJECUCIÓN	17
5.13.5 EVALUACIÓN	17

5.13.6 OBJETIVOS DEL PAE	17
5.13.7 VENTAJAS DEL PAE	17
5.13.8 CARACTERISTICAS DEL PAE	18
6. ESTADO DEL ARTE	19
6.1 SISTEMA DE CALIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPEUTICA (TISS)	19
6.2 DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO DE DOTACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PROFESIONAL Y AUXILIAR DEL AREA MEDICO QUIRÚRGICA EN SIETE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS	20
6.3 MEDICION DE LOS TIEMPOS EN LAS ACCIONES REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	22
7. OBJETIVOS	24
7.1 OBJETIVO GENERAL	24
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
8. DISEÑO METODOLOGICO	25
8.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	25
8.2 POBLACIÓN DE REFERENCIA	25
8.3 MUESTRA	25
8.4 UNIDAD DE ANALISIS	25
8.5 CRITERIO DE INCLUSIÓN	26
8.6 CRITERIO DE EXCLUSIÓN	26
8.7 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN	26
8.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
8.9 INSTRUMENTOS	26
8.9.1 COMPLEJIDAD DE PACIENTE	26
8.9.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	27
8.9.3 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	28

8.9.4 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	28
9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	29
10. FASE DE ANALISIS DEL MODELO PROPUESTO	31
10.1 ANALISIS DE RESULTADOS MEDICINA INTERNA	31
10.2 ANALISIS DE RESULTADOS NEURO-QUIRÚRGICAS	58
10.3 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA	86
10.4 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	91
11. FASE DE INTERVENCIÓN DEL MODELO PROPUESTO	96
12. CONCLUSIONES	110
13. RECOMENDACIONES	112
15. BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por turno y por edad de los pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006

32

Tabla 2. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

34

Tabla 3. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

36

Tabla 4. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

38

Tabla 5. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

40

Tabla 6. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Movilidad en cama” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

42

Tabla 7. Distribución por turno y por Nivel total de Autocuidado de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna

44

Tabla 8. Distribución por turno y por Dispositivos auxiliares de los pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006

46

Tabla 9. Distribución por turno y por estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006

48

Tabla 10. Distribución por turno y por monitorización, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006

50

Tabla 11. Distribución por turno y por curaciones, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006
52

Tabla 12. Distribución, medicamentos, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006
54

Tabla 13. Distribución por turno y por complejidad total, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006
56

Tabla 14. Distribución por turno y por edad de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 – junio 6 2006
59

Tabla 15. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
61

Tabla 16. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
64

Tabla 17. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
66

Tabla 18. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
68

Tabla 19. Distribución por turno y por nivel de autocuidado “movilidad en cama”
70

Tabla 20. Distribución por turno y por nivel total de autocuidado
72

Tabla 21. Distribución por turno y por dispositivos auxiliares, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8–junio 6 2006
74

Tabla 22. Distribución por y turno y por estado de conciencia, pacientes

valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
76

Tabla 23. Distribución por turno y por monitorización, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
77

Tabla 24. Distribución por turno y por curaciones, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
79

Tabla 25. Distribución por turno y por medicamentos, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
81

Tabla 26. Distribución por turno y por complejidad total, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
83

Tabla 27. Actividades Diarias y tiempos promedio de los auxiliares de enfermería en los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas
90

Tabla 28. Actividades Diarias y tiempos promedio de los profesionales de enfermería en los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas
94

Tabla 29. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio diario de pacientes, según la necesidad de cuidado. Medicina Interna
96

Tabla 30. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio diario de pacientes, según la necesidad de cuidado. Neuro-quirúrgicas
97

Tabla 31. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio mensual de pacientes, según la necesidad de cuidado. Medicina Interna
97

Tabla 32. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio mensual de pacientes, según la necesidad de cuidado. Neuro-quirúrgicas
98

Tabla 33. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Baja
99

Tabla 34. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Media
100

Tabla 34. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Alta
101

Tabla 35. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Baja

Tabla 36. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Media
104

Tabla 37. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Alta
105

Tabla 38. Distribución del tiempo de realización del proceso de Enfermería. Medicina Interna
107

Tabla 39. Distribución del tiempo de realización del proceso de Enfermería. Neuro-quirúrgicas
108

LISTA DE GRAFICOS

Gráfica 1. Distribución, edad según cada turno de los pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 del 2006
33

Gráfica 2. Distribución Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
35

Gráfica 3. Distribución Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
37

Gráfica 4. Distribución Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
39

Gráfica 5. Distribución Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
41

Gráfica 6. Distribución Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
43

Gráfica 7. Distribución Nivel total de Auto-cuidado pacientes valorados en el servicio de Medicina interna
45

Gráfica 8. Distribución, Dispositivos Auxiliares, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
47

Gráfica 9. Distribución, Estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
49

Gráfica 10. Distribución, monitorización, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006
51

Gráfica 11. Distribución, curaciones, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
53

Gráfica 12. Distribución, Medicamentos, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
55

Gráfica 13. Distribución, Complejidad total, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
57

Gráfica 14. Distribución. Edad de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 – Junio 6 2006
60

Gráfica 15. Distribución. Nivel de Autocuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 – Junio 6 2006
62

Gráfica 16. Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
65

Gráfica 17. Distribución, Nivel de Auto-cuidado “trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
67

Gráfica 18. Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
69

Gráfica 19. Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Movilidad en Cama” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
71

Gráfica 20. Distribución, Nivel total de Auto-cuidado de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas
72

Gráfica 21. Distribución, Dispositivos Auxiliares, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006
75

Gráfica 22. Distribución, Estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006
76

Gráfica 23. Distribución, monitorización, pacientes valorados en el

servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006
78

Gráfico 24. Distribución, curaciones, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas Mayo 8 –Junio 6 2006
80

Gráfico 25. Distribución, Medicamentos, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006
82

Gráfica 26. Distribución, Complejidad total, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006
85

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO PARA LA CLASIFICACIÓN DE COMPLEJIDAD DE PACIENTE

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES Y TIEMPOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ANEXO 3. PRIMER FORMATO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES Y TIEMPOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 4. FORMATO FINAL DE REGISTRO DE ACTIVIDADES Y TIEMPOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO 5. FORMATO PARA LA VALORACIÓN DEL PACIENTE

RESUMEN

Título: Diseño de una Metodología para la asignación de personal de Enfermería en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja.

Problema: “No existe una metodología para asignar en forma eficiente, trabajadores de enfermería, que brinden un cuidado integral basado en la teoría de déficit de auto cuidado de Dorothea Orem en el área de hospitalización de los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas en la en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja ”.

Objetivo general: Diseñar una metodología para la asignación de personal de enfermería en los servicios de medicina interna y neuro- quirúrgicas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

Marco teórico: Conceptos de El Ser de Enfermería, la Gerencia d el cuidado, Gestión del Cuidado, Organización de los servicios de Enfermería, Teoría, Modelo Conceptual, diferencia entre el modelo conceptual y la teoría, Teoría de Enfermería, Modelo conceptual de enfermería, Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado, Sistemas según Dorothea Orem, El proceso de atención de enfermería, Etapas de l proceso de atención d el proceso de enfermería.

Diseño Metodológico: El enfoque de la investigación es Cuantitativo de tipo descriptivo, con población de Referencia: Pacientes hospitalizados en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, en los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas durante un mes, a partir del 8 de Mayo del 2006 y Personal auxiliar y profesional de enfermería que labora en los servicios de medicina interna y neuro- quirúrgicas en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Con variables de nivel de Autocuidado y complejidad Total del paciente.

Análisis de Datos: Todos los datos recolectados mediante la aplicación de los instrumentos: Complejidad total de paciente, actividades y tiempos del profesional de enfermería y actividades tiempos del auxiliar de enfermería.

Interpretación de Datos: Relación existente entre los datos recolectados y el marco referencial.

Planteamiento de Acciones: Diseño de una Metodología para la asignación de personal de Enfermería auxiliar y profesional.

Sugerencias: Encaminadas para el fortalecimiento de la profesión de enfermería y para mejorar la calidad de Cuidado.

Conclusiones: El proceso de investigación permitió reflexionar acerca de la importancia de reivindicar el quehacer del profesional de enfermería a nivel social, para que se le conozca como líder en la gestión del cuidado basado en la herramienta científica que es el proceso de enfermería el cual permite brindar un cuidado con calidad y así satisfacer las necesidades del paciente.

INTRODUCCIÓN

No existe una metodología unificada para asignar el número de trabajadores de Enfermería auxiliares y profesionales por lo que resulta importante que el profesional de Enfermería tenga una herramienta que permita asignar el número necesario de trabajadores que brinden un cuidado de enfermería mirando “al ser” en forma integral (biosicosocial).

Esta investigación es de tipo Descriptivo en la cual se pretende describir el déficit de autocuidado y complejidad total del paciente hospitalizado en los servicios de Neuro-quirúrgicas y Medicina Interna, además actividades del personal de enfermería y los tiempos que generan. Con los resultados obtenidos se procede a clasificar la categoría de cuidado a la cual pertenece cada paciente para diseñar la metodología de asignación del personal profesional y auxiliar de enfermería.

El proceso de investigación permitió reflexionar acerca de la importancia de reivindicar el quehacer del profesional de enfermería a nivel social, para que se le conozca como líder en la gestión del cuidado basado en la herramienta científica que es el proceso de enfermería el cual permite brindar un cuidado con calidad y así satisfacer las necesidades del paciente.

DATOS DEL ANTEPROYECTO

AREA DE INVESTIGACIÓN: Salud y cuidado de los colectivos.

**LÍNEA DE
INVESTIGACIÓN:** Investigación en Gestión.

INVESTIGADORES: ADRIANA MARCELA ROJAS OCHOA
Cód. 221108797
ADDA LILIANA SAAVEDRA INFANTE
Cód. 222107932

**DIRECTOR TRABAJO
DE GRADO:** JAVIER QUITO VIASÚS
Enfermero Docente.

1. TÍTULO

DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA ASIGNACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“No existe una metodología para asignar en forma eficiente trabajadores de enfermería que brinden un cuidado integral basado en la teoría de déficit de auto cuidado de Dorothea Orem en el área de hospitalización de los servicios de Medicina Interna y Neuro-quirúrgicas en la en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja ”.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia, la reforma al Sistema Nacional de Salud planteada en la ley 10 de Enero de 1990 buscó dar respuestas a los problemas de financiación, gestión, políticas y manejo del personal e incluyó en el proceso de contratación y vinculación al personal de enfermería de las entidades oficiales. Problemática actual que ha venido afectando a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja y debido a esta se han efectuado reestructuraciones que han acortado el número del personal de enfermería lo que genera sobrecarga de trabajo afectando directamente el sujeto de cuidado que es el paciente y así desmejorando la calidad de cuidado que se brinda. Además las insatisfacciones del personal en la prestación del servicio se reflejan en cansancio, deserción y el consiguiente cambio permanente del mismo. Existe la sensación de que el personal de enfermería es menor para el número y tipo de usuarios que se atienden con la consiguiente sobrecarga de trabajo.

“Los profesionales de enfermería con su equipo de trabajo deben asumir la ejecución de las acciones de cuidado de la salud y la atención directa a las personas enfermas, lo que conlleva a una revisión permanente de sus conductas y actitudes frente a los usuarios de los servicios, para determinar los indicadores de calidad de su trabajo y el del equipo que dirige. La calidad exigida se origina definitivamente, y en primera instancia en la calidad humana que se expresa en las formas de comunicación, acercamiento e interrelación en la cotidianidad del trabajo de enfermería, lo que implica identificar aspectos fundamentales como los son: la dignidad humana, el grato placer del trabajo como mecanismo de desarrollo humano, el amor propio, la conciencia de su valía personal y Profesional, sus facultades más elevadas, su libertad y autonomía, así como su capacidad de convocatoria para construir consensos para la toma de decisiones acertadas en beneficio de los que esperan ayuda, solidaridad, y acompañamiento en caso de necesidad, enfermedad o sufrimiento y el reconocimiento de los derechos humanos, en ella misma y en los demás seres con quienes convive y trabaja, así como las obligaciones que de ellos se derivan”¹.

Para esto, todos y cada uno de los profesionales de salud y otro personal que conforma el equipo de asistencia sanitaria deben reconocer, aceptar y proyectar en los que sufren, sus más altas calidades humanas y profesionales, velando cuidadosamente por su salud y el mantenimiento del equilibrio, que como producto de la interacción de las realidades internas y externas del ser,

¹ **HOYOS ESCOBAR** Cecilia. Cuidado integral. Google. La identidad profesional de enfermería frente a la motivación por la ejecución del rol. [http:// www.Telesalud.ucaldas.edu.co/promoción/vol.4](http://www.Telesalud.ucaldas.edu.co/promoción/vol.4)

les permite asumir el compromiso decidido para el cumplimiento de la misión de servir a los demás seres humanos sujetos del cuidado.

Es necesario recordar que el objeto de enfermería es el cuidado hacia la persona la cual es considerada según Dorothea Orem como un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, con potencial para aprender y desarrollarse, en donde intervienen diversos factores como el entorno físico y sociocultural, así mismo, se consideran sus ideas respecto a la salud y bienestar para su cuidado. En este sentido, se interpreta el cuidado con un enfoque integral.

No existe una metodología unificada para asignar el número de trabajadores de Enfermería auxiliares y profesionales por lo que resulta importante que el profesional de Enfermería tenga una herramienta que permita asignar el número necesario de trabajadores que brinden un cuidado de enfermería mirando “al ser” en forma integral (biosicosocial). Se evidenció también que no existe la adopción de una teoría de enfermería para la asignación de personal; mediante una revisión se seleccionó la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, ya que se considera que más que un planteamiento teórico es un recurso para la participación en la práctica de enfermería en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta que el trabajo de investigación se desarrolló en dos servicios de hospitalización de la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja.

4. JUSTIFICACIÓN

No son nuevos los planteamientos acerca de la urgente necesidad de adecuar los sistemas de servicios de salud de tal forma que sean más eficientes y que respondan a las demandas de la comunidad. La ley 100 de Diciembre 23 de 1993 y sus decretos reglamentarios de 1994, presentan retos a la enfermería no sólo como usuarios, sino como empleados de las instituciones prestadoras de servicios de salud. En la práctica de enfermería estos cambios han alejado al personal del lado del paciente y han acentuado una práctica alrededor del acto médico y de los procesos administrativos y financieros de las instituciones, con la consecuente invisibilidad de los procesos metodológicos y teóricos de la disciplina de la enfermería.

“De otro lado, el cuidado de enfermería en el sistema de salud actual carece de una unificación de criterios y de elementos propios disciplinares en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, desde su habilitación hasta la acreditación, y por ende de un sistema de información que obedezca a las necesidades de cuidado de los usuarios de enfermería en tal sentido, el acto médico se configura en el principal organizador de los servicios desde su estructura hasta la evaluación de los mismos, haciéndose prioritario construir y validar estándares para la evaluación de los servicios de enfermería”².

En este sentido, se tiene la Ley 911 del 2004, por la cual se dicta la responsabilidad deontológica de la práctica de enfermería en Colombia y establece los lineamientos éticos para garantizar un cuidado con calidad dirigido a los sujetos que lo requieran, como lo referencia el capítulo: II (condiciones para el ejercicio de enfermería), Art. 7 “ El profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo o por la administración del cuidado de enfermería, cuando la relación del número de personas asignadas para que sean cuidadas por el profesional de enfermería, con la participación de personal auxiliar, tenga en cuenta la complejidad de la situación de salud de las personas, y sea tal, que disminuya posibles riesgos, y permita cumplir con los estándares de calidad y oportunidad del cuidado”.

“Es por ello que adecuar la práctica a los criterios de calidad requiere de un trabajo permanente desde los aspectos teóricos, técnicos y metodológicos para que los cuidados cumplan la función de promover el bienestar y la vida; y contribuyan al alivio en el proceso de enfermar y morir”³

² PÉREZ L., CASTAÑEDA M. Diseño de instrumento para el estudio de dotación de enfermería en las categorías profesional y auxiliar para los servicios de médico-quirúrgica en siete instituciones de salud privadas. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería; 1994. p 22 - 23

³ TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 del 5 Octubre 2004. por la cual dicta la responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería en Colombia 2004.

En Colombia, como en la mayoría de los países, no hay un método que permita una adecuada dotación de personal profesional y auxiliar de enfermería para el cuidado del paciente hospitalizado teniendo en cuenta los adelantos técnico-científicos, el aumento de la demanda de atención y las expectativas de los usuarios, su familia y el personal de salud. Es importante definir si tal situación se debe a una necesidad real de personal de enfermería o si los métodos actuales de trabajo se podrían mejorar para optimizar el recurso humano.

“Enfermería ha entendido que debe definir su objetivo específico con suficiente amplitud para abarcar todos los sectores de la profesión y con la suficiente claridad para distinguir su campo de acción de las otras disciplinas de la salud en la atención del proceso de salud-enfermedad. Esto implica una clara conceptualización un “modelo propio”⁴. La teoría del déficit de autocuidado de *Dorothea Orem*, le permite al profesional de enfermería tener una estructura conceptual de conocimiento útil y necesaria para desarrollar su esencia “el cuidado” que permite la participación del sujeto de cuidado, su familia, el entorno físico y social para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y/o bienestar.

“La teoría de Dorothea Orem, que compromete al paciente en el cuidado puede llegar a permitir el desplazamiento del personal de enfermería del sistema de compensación parcial al sistema educativo de apoyo, pero ante todo, a desarrollar las potencialidades humanas”⁵. Consideramos que esta teoría es de mucha utilidad en los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna y Neuro-quirúrgicas, ya que prevalecen enfermedades tales como cuadraplejía, paraplejía, accidente vascular encefálico, coma, heridas quirúrgicas, cardiopatías y en general enfermedades crónicas y degenerativas del adulto. Estos pacientes necesitan de la atención de enfermería, basada en el proceso de atención de enfermería a partir de una adecuada recolección de datos, valoración física completa y una clasificación de la complejidad del paciente, precisando los patrones disfuncionales para llegar al diagnóstico de enfermería; expresar las expectativas y las acciones de enfermería, sobre todo en la autonomía que debe seguir en las acciones independientes. Por último, conocer la respuesta del paciente sea positivo o negativo para tomar de nuevo otras estrategias que modifiquen el proceso de atención de enfermería propuesto inicialmente, que busque una atención adecuada y con calidad para el beneficio del paciente y satisfacción del personal.

⁴ GAITÁN M.C. y ACEVEDO G.C. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem utilizando el proceso de enfermería. Revista Perspectiva proceso salud-enfermedad. CIES, UPTC Vol. 4, N° 2. Tunja 1988, p. 70.

⁵ *Ibíd.* 4.

5. MARCO TEORICO

5.1. EL SER DE ENFERMERÍA:

“La profesión de Enfermería en Colombia se autorregula mediante la Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

En el capítulo I: Define el objeto de la Ley, naturaleza, propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, enunciando como principios específicos los contenidos en la constitución nacional para la práctica de la profesión como lo son: integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad y respeto por los derechos humanos.

En el capítulo II: De la naturaleza y ámbito del ejercicio define el propósito de la enfermería, la define como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, familia y comunidad, con sus características socio-culturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y bienestar.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona; tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, familia, la comunidad y a su entorno fundamentando su práctica en aspectos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, y en sus propias *teorías* y tecnologías.

En los capítulos III, IV: Se dan apertura a la creación del consejo técnico nacional y al tribunal de ética de enfermería.

En el capítulo VI: Se definen las competencias, responsabilidades, criterios de calidad de la atención y derechos de los profesionales.

Art.17... El profesional de enfermería ejercerá las siguientes competencias:

1. Participar en la formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención de salud y enfermería.
2. Establecer, desarrollar políticas y modelos de cuidado de enfermería en concordancia con las políticas nacionales de salud.
3. Definir y aplicar los criterios y estándares de calidad en las dimensiones éticas, científicas y tecnológicas de la práctica de enfermería.
4. Dirigir los servicios de salud y enfermería.
5. Dirigir instituciones y programas de atención primaria en salud, con prioridad de grupos vulnerables, de la población y a los riesgos prioritarios en coordinación con los diferentes equipos interdisciplinarios e intersectoriales.....

Art.19.....Con el fin de asegurar un cuidado de enfermería de calidad científica, técnica, social y ética se cumplirán las siguientes disposiciones:

3. Los profesionales de enfermería organizaran, dirigirán, controlarán y evaluaran los servicios de enfermería en las instituciones de salud, a través de una estructura orgánica y funcional.

4. Los profesionales de enfermería organizaran, dirigirán, controlarán y evaluaran las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales y en las diversas áreas de atención en salud.

5. Los profesionales de enfermería vigilaran la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieren las instituciones de salud y centros de enfermería para su funcionamiento,....

Art.20.... Los deberes del profesional de enfermería.

1. Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su practica establecidos en la ley.....

4. Organizar, dirigir, controlar, y evaluar la prestación de los servicios de salud y enfermería del personal que intervenga en su ejecución.

5. Velar por las instituciones cuyas funciones sea prestar servicios de salud, conforme la planta del personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente ley y sus reglamentaciones respectivas también que cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.

Art.21... De los derechos del profesional de enfermería.

“Recibir un trato digno, justo y respetuoso. El ejercicio de la enfermería estará amparado por las normas constitucionales y legales...”

“Acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social.”

“Proponer innovaciones al sistema de atención en salud y enfermería.”

“Como profesional universitario y como profesional postgraduado de acuerdo a los títulos que acredite, tiene derecho a ser ubicada en los escalafones correspondientes en el sistema de educación y otros”

“Tener derechos a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana.””⁶

⁶ TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 266 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. 5 Febrero 1996

5.2. LA GERENCIA DEL CUIDADO

“Para cuidar, el profesional de enfermería requiere tener conocimientos, actitudes, destrezas, utilizar las herramientas propias de la gerencia para prever, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad. Gerencia del cuidado significa transformar la realidad en torno de la salud-enfermedad promoviendo la búsqueda de las posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado con calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia.

La gerencia del cuidado implica motivación, creatividad, responsabilidad y ética por parte del cuidador y de quien se cuida; claridad y cambios de actitud frente al ser y quehacer por parte del cuidador, búsqueda de nuevas formas de intervención y transformación de los recursos disponibles para el cuidado, aprovechamiento de los diversos instrumentos y métodos de acuerdo a cada situación. ¿Qué implica la acción de cuidar?, implica un juicio crítico para la toma de decisiones, visión, previsión, y reactivación frente a la velocidad con que cambia el continuo salud-enfermedad, establecimiento de las diferencias de si mismo y de los otros, hacer uso de la información para la cooperación y coordinación del trabajo.

La gerencia del cuidado en enfermería, es la consolidación de una cultura efectiva dentro de los sistemas de salud y educación. Dicha cultura pretende como fines una competitividad al interior de la profesión y fuera de ella, generar cambios en los valores y actitudes de las personas que las constituyen, encontrar el epílogo entre las tradiciones y la vigencias de la modernidad, propiciar el desarrollo integral que emana de su propia naturaleza y cuyo valor último fundamental, la calidad de cuidado como proceso, como producto y como servicio.”⁷

5.3. GESTIÓN DEL CUIDADO

La discusión de la gestión del cuidado gira alrededor del saber enfermero y del proceso de enfermería como método para dar visibilidad e identidad a la profesión.

“Gestionar el cuidado implica la construcción permanente de un lenguaje enfermero y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Esto requiere de una conceptualización de la categoría proceso vital humano y la integración que desde la gestión se da el proceso de la vida, la

⁷ Dimensiones del cuidado. Avances conceptuales. Grupo de cuidado facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Octubre de 1997.

salud, la enfermedad y la muerte.

Implica además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos del cuidado.

La gestión debe dar cuenta del impacto y resultados del cuidado en los individuos y los colectivos; debe monitorear permanentemente la percepción de estos como elementos fundamentales para garantizar la calidad humana, científica y técnica. Desde la gestión del cuidado se debe trascender a otros escenarios que requieren la presencia y legitimidad del profesional en enfermería.

Se debe constituir el proceso de enfermería como método para la gestión que permite el seguimiento y monitoreo de los cuidados a individuos y la búsqueda de modelos transdisciplinario para el cuidado de colectivos. El desarrollo de sistemas de información en enfermería, permite y facilita la evaluación de los procesos de cuidado a través del análisis de los indicadores de gestión de calidad⁸.

5.4. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA:

Se cuenta hoy en la organización de enfermería con elementos de gerencia tales como: misión, objetivos de enfermería, normas éticas, funciones, estructura orgánica, descripción de cargos y funciones del personal.

Se cuenta con manuales de normas administrativas, disciplinarias y de administración de personal con parámetros para: cálculo de personal, selección, inducción y entrenamiento, distribución, cambios de horario, compensatorios, licencias, informes, etc.

En cuanto a normas procedimentales se tiene: normas generales de recibo y entrega de turno, historia clínica, registros de enfermería y procedimientos por áreas para: admisiones, traslados, íterconsultas, manejo de exámenes de laboratorios, egresos, guías de manejo y protocolos para los procedimientos propios de enfermería.

5.5. TEORÍA:

Es un principio general de valor científico, que gobierna la práctica o que se propone para explicar los hechos observados. La teoría representa un nivel más profundo de la realidad es más precisa y limitada en su ámbito que su predecesor, el modelo conceptual.

⁸ LAND Sandra y RUALES José. VII Conferencia IBEROAMERICANA de educación en enfermería, Simposio gestión de Enfermería, Medellín, Octubre 2003.

5.6. MODELO CONCEPTUAL:

Es una ilustración simbólica expresada en términos lógicos de una situación relativamente simple, que demuestra la estructura del sistema original. Un modelo es púes, una representación conceptual de la realidad. No es la realidad misma, sino una abstracción o una reconstrucción de la realidad.

5.7. DIFERENCIA ENTRE EL MODELO CONCEPTUAL Y LA TEORÍA:

La diferencia está, en que un modelo conceptual es un sistema abstracto de conceptos globales relacionados. Una teoría, por el contrario, contiene conceptos más concretos al igual que sus definiciones y las proposiciones que lo relacionan. La teoría también provee especificaciones mayores sobre los fenómenos y explicaciones más detalladas de sus relaciones que las que provee un modelo conceptual. Se podría decir que el modelo representa la estructura y que la teoría representa el funcionamiento.

5.8. TEORÍA DE ENFERMERÍA:

Puede ser definida como dice **Bertsold**, “estructura conceptual de conocimiento útil y necesaria para obtener las metas establecidas por la profesión de Enfermería”.

Newoman afirma “el estatus de la teoría de enfermería en la actualidad, responde al proceso iniciado desde el comienzo de la década de los sesenta. Dicho proceso se traduce en lo siguiente:

1. El “préstamo” de la teoría de otras disciplinas con un intento de integrar estas teorías a la ciencia de enfermería.
2. Un análisis de la situación de la práctica de enfermería en busca de fundamentos teóricos, y
3. La creación de modelos conceptuales de los cuales las teorías deben derivarse”.

5.9. MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERIA:

Para **Dorothy Johnson**, es el conjunto de conceptos que se realizan de una forma lógica y sistemática con base científica, identificando los componentes esenciales para la práctica de enfermería junto con las bases teóricas de estos conceptos, y los valores que se requieren para la utilización de la práctica.

5.10. AUTOCUIDADO:

Es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

5.11. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

DOROTHEA OREM, “Enfoca su teoría en la persona, en su necesidad de acciones de autocuidado e identifica como autocuidado universal a las acciones que satisfacen las necesidades básicas humanas, y como autocuidado en situaciones de alteración de la salud aquellas que se requieren en la eventualidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Para ella, el autocuidado comprende aquellas acciones que los individuos realizan para hacer frente a sus necesidades básicas humanas o requerimientos a las cuales llama requisitos universales de autocuidado, y son: aire, agua, alimento, eliminación, actividad, descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos para la salud y normalidad que hace relación al concepto de sí mismo y a los mecanismos de adaptación. La habilidad para hacer frente a las necesidades básicas humanas recibe influencia de los factores básicos condicionantes como edad, sexo, estado de salud, etc.

Cuando un individuo es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado o cuando no posee la habilidad necesaria para ello, existe un déficit de autocuidado o problema y el paciente estará en cuidado dependiente. Este cuidado según la autora, es el que realiza un individuo en beneficio de otro que es incapaz de cuidarse por sí mismo.

Orem identifica a las personas que ayudan al individuo en los requerimientos básicos humanos ya sean universales, de desarrollo y de conservación de la salud, como **agencias** de autocuidado. Esas **agencias** de autocuidado para la teorista, son quienes contribuyen con acciones positivas a mantener la vida y a restaurar la salud y el bienestar, es aquí donde ubica al profesional de enfermería⁹.

Orem identifica tres tipos de sistemas para la atención de enfermería en los cuales, se apoyo el grupo investigador para realizar la clasificación de complejidad de paciente, según el requerimiento de cuidado así:

⁹ GAITÁN M.C. y ACEVEDO G.C.. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem utilizando el proceso de enfermería. Revista Perspectiva proceso salud-enfermedad. CIES, UPTC Vol. 4, N° 2. Tunja1988, p. 75-76.

- Paciente de complejidad baja, que requiere cuidados mínimos (paciente independiente)
- Paciente de complejidad media, que requiere cuidados moderados (asistencia y/o apoyo.)
- Paciente de complejidad alta, que requiere cuidados especiales (totalmente dependiente).

5.11.1. “SISTEMAS SEGÚN DOROTHEA OREM

5.11.2. Sistema de Compensación Total:

En este sistema el paciente no tiene ningún papel activo en la realización de los autos cuidados, y la enfermera es quien ayuda actuando en lugar del paciente. Ejemplo: el paciente bajo efectos de anestesia, el paciente comatoso, paciente con hemorragias cerebrales....

5.11.3. Sistema de Compensación Parcial:

En este sistema tanto el paciente como la enfermera, participan en los cuidados de higiene o en otras técnicas y procedimientos que son necesarios. La distribución de responsabilidades entre el paciente y la enfermera varían en cada situación según las limitaciones psíquicas o físicas del paciente, conocimientos, capacidades y preparación psicológicas del paciente.

5.11.4. Sistema Educativo de Apoyo:

En este sistema el paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de auto cuidados terapéuticos, pero debe ser ayudado para poder hacerlo. La ayuda prestada por la enfermera puede darse en forma de apoyo, de guía de promoción de un entorno adecuado y de enseñanza.

Para Orem los cuidados de enfermería son más que una combinación de todas las actividades descritas en los sistemas antes mencionados. Son un proceso pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta.

Para Orem la meta de enfermería consiste en:

- Llevar a cabo los cuidados terapéuticos del paciente cuando es incapaz de hacerlo por sí mismo.
- Ayudar al paciente a alcanzar una mayor autonomía en el nivel de autocuidado en el que se encuentra.
- Ayudar a la familia del paciente y a otras personas a ser competentes en el cuidado dependiente del paciente.

5.11.5. Ventajas de la Teoría de Dorothea Orem:

- Aprovecha al máximo las potencialidades del ser humano para su cuidado.
- Fomenta el autocuidado y la independencia de la persona
- Integra a otros en el cuidado del paciente.
- Toma como prioridad las necesidades básicas del individuo”¹⁰.

5.12. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermer@s prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), **Johnson** (1959), Orlando (1961) y **Wiedenbach** (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); **Yura y Walsh** (1967), establecieron cuatro etapas, (valoración, planificación, realización y evaluación); y **Bloch** (1974), **Roy** (1975), **Aspinall** (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. ¹¹

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

5.13. ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE):

5.13.1. Valoración

“Es el primer paso del PAE, es la recogida deliberada y sistemática de datos,

¹⁰ Ibíd 9.

¹¹ ATKINSON L, Murray ME. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5ª ed. México: McGraw-Hill, Interamericana; 1996:60.

para determinar los estados de salud y funcional actuales y pasados de un paciente y evaluar sus patrones de afrontamiento actuales y pasados. Los datos se obtienen por medio de cinco métodos: entrevista, exploración física, observación, revisión de registros e informes diagnósticos.

La recogida de datos se centra en la identificación del paciente de: estado de salud presente y pasado, patrones de salud presentes y pasados (capacidades y limitaciones), estado funcional presentes y pasados, respuesta al tratamiento (enfermería y médico), riesgo de problemas potenciales, deseo de un mayor deseo de bienestar.

Además de la valoración del patrón funcional la enfermera también recoge datos relacionados con el funcionamiento del sistema corporal. La valoración física, que es la recopilación de datos objetivos referentes al estado físico del paciente, abarca una exploración de pies a cabeza y enfocada hacia los sistemas corporales¹².

5.13.2. Diagnóstico de Enfermería:

“El diagnóstico de enfermería, es el enunciado del problema real de alto riesgo o estado de bienestar para el sujeto de atención que requiere intervención para solucionarlo o disminuirlo con el conocimiento o ciencia de la enfermería. No es una acción de enfermería, orden médica, diagnóstico médico ni un tratamiento de enfermería.

En la novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que es responsable la enfermera¹³.

“El diagnóstico de enfermería se confirma con la situación real del paciente, lo cual fortifica la recuperación terapéutica y mejora la calidad de la atención. Quizá la mayor satisfacción de esta etapa del proceso es la oportunidad de cuestionarse constantemente; “¿Qué puedo hacer yo, independientemente por mi paciente?”¹⁴.

“Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería en 1) independientes (las que realiza el profesional de

¹² CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 1993:XXVIII

¹³ Ibíd.12.

¹⁴ Ibíd.9.

enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería; se derivan de la visión global de su sujeto de atención); 2) dependientes (aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas); o 3) interdependientes (son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud)”¹⁵

5.13.3. Planeación:

“La tercera fase del proceso de atención es la planeación de la atención de enfermería, es decir el proceso que contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico (algunos problemas no se pueden corregir, entonces enfermería puede intervenir para minimizar sus consecuencias)”¹⁶.

“La planeación de la atención de enfermería incluye las siguientes etapas: establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un sujeto de atención tiene varios problemas; determinación de objetivos con el sujeto de atención y planeación de intervenciones de enfermería específicas para ayudarlo a lograr los objetivos”¹⁷.

5.13.4. Ejecución

“Es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades: validar el plan, documentarlo, suministrar y documentar la atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos”¹⁸.

5.13.5. Evaluación:

Es un proceso continuo que se utiliza para juzgar cada parte del proceso de enfermería. Consiste en la comparación sistemática y planeada entre el estado de salud del sujeto de atención y los resultados esperados. Esta fase consta de tres partes: la evaluación del logro de objetivos, la revaloración del plan de atención y la satisfacción del sujeto de atención.

Las órdenes de enfermería implican un juicio crítico para tomar decisiones las cuales son de competencia de la enfermera y son delegables o de competencia de otra disciplina de la salud; esto último se hace de acuerdo con la complejidad, los conocimientos y habilidades requeridas, y las implicaciones

¹⁵ IYER P, TAPICH B, Bernonocchi- Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México. Interamericana McGraw-Hil; 1993.

¹⁶ Ibíd..15

¹⁷ Ibíd.11.

¹⁸ Ibíd.11

éticas, entre otros criterios.

5.13.6. Los Objetivos del PAE:

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad

5.13.7. Las Ventajas del PAE

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el paciente y sobre la enfermer@; el proceso de enfermería define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. Mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y para el profesional se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

5.13.8. Las Características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

6. ESTADO DEL ARTE

6.1. SISTEMA DE CALIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA (TISS)

“El sistema de calificación de la intervención terapéutica (TISS), publicado en 1974, fue diseñado por personal de enfermería y médico de una unidad de terapia intensiva para medir la intensidad del tratamiento, cuantificando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos proporcionados a un enfermo en un periodo de 24 horas, con base en el tiempo y esfuerzo consumidos para su realización. Consiste en asignar de uno a cuatro puntos, a cada uno de los 70 rubros de una lista. Puede ser utilizado para determinar la carga de trabajo de enfermería en la unidad de terapia intensiva, establecer razones enfermera: paciente, medir la gravedad de la enfermedad y determinar los costos de atención. En 1983 se publicó la versión actualizada que modificó algunos de los apartados y borró otros; los puntos por evaluar aumentaron a 76. Este sistema se validó en una muestra de 100 enfermos.

Posteriormente, en 1986 se publicó el sistema OMEGA, desarrollado en Francia, que incluyó 47 diferentes procedimientos clasificados en tres categorías: procedimientos realizados una vez, procedimientos registrados cada ocasión que se realizan y procedimientos registrados diariamente en la unidad de terapia intensiva. Los puntos OMEGA se calculan el último día de estancia en la unidad.

En 1990 se publicó el Proyecto de Investigación en Enfermería (PRN), efectuado en Canadá, que clasifica los procedimientos de enfermería en ocho categorías. El número de puntos en cada categoría depende de la independencia física del enfermo, número de personas requerido para realizar cada procedimiento, número de veces que cada procedimiento se realiza, edad, género, etc. Cada punto corresponde a cinco minutos de trabajo de enfermería.

En 1992 se publicó el TISS modificado (mTISS), el cual parte de la versión 1983: se agregaron dos rubros, se combinó el rubro de acidosis/alcalosis y se eliminaron siete rubros, quedando 71 áreas por calificar. En 1994, Zimmerman y colaboradores publicaron el TISS activo (act-TISS), que incluye 32 rubros característicos del cuidado activo en terapia intensiva y está orientado a la mayor disponibilidad y uso de recursos en terapia intensiva, en comparación con el cuidado otorgado en hospitalización. En el mismo año se publicó el TISS intermedio, el cual se diseñó como una compilación de las modalidades terapéuticas y de vigilancia empleada durante las 24 horas previas en enfermos hospitalizados en una unidad de terapia intermedia; en total integró 76 rubros¹⁹.

6.2. DISEÑO DE INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO DE DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA PROFESIONAL Y AUXILIAR DEL ÁREA MÉDICO-QUIRÚRGICA EN SIETE INSTITUCIONES DE SALUD PRIVADAS. MEDELLÍN 1994.

En nuestro medio se carece de un método que permita la adecuada dotación de personal de enfermería profesional y auxiliar para los servicios de hospitalización del área médico-quirúrgica.

“La investigación pretendía precisar las actividades realizadas por el profesional y el auxiliar de enfermería durante los turnos, de acuerdo con las necesidades de los usuarios y las normas de la institución. Con la fundamentación teórica y los resultados del trabajo se elaboró un método eficaz para dotar de personal los servicios de hospitalización médico-quirúrgica, lo anterior con el fin de mejorar la calidad de la atención que se brinda

El marco teórico que sustenta esta investigación y el trabajo realizado para la elaboración de un instrumento adecuado que determine el tiempo requerido por el profesional y el auxiliar de enfermería para dar cuidados a un paciente de mediana complejidad en médico-quirúrgica permite a los investigadores plantear las siguientes conclusiones:

El análisis de los datos mostró que los profesionales de enfermería consideran que el 93% de las actividades derivadas de las funciones administrativas, asistenciales, docentes y de investigación que siempre y frecuentemente realizan son muy importantes.

Un porcentaje alto de las actividades realizadas por los profesionales de

¹⁹SÁNCHEZ VELÁSQUEZ, Luís David. Intervención terapéutica en el enfermo con cirugía cardíaca. Tres sistemas de calificación et al. Calificación de la intervención terapéutica

enfermería son consideradas muy importantes e importantes y también consideran importantes actividades que nunca realizan. Esta situación parece indicar que el profesional de enfermería a pesar de los cambios acelerados que ocurren en la prestación de los servicios de salud continúa asumiendo toda clase de actividades sin cuestionarse su utilidad desde el punto de vista profesional y de mejoramiento de la prestación del servicio.

Se piensa que en ello influye el hecho de que la enfermería continua siendo una profesión eminentemente femenina y por su condición de género, las mujeres se sienten responsables de todo lo que ocurra tanto en su ámbito familiar como de trabajo. Tampoco se debe desconocer el hecho de que desde sus inicios, la enfermería ha tenido una disciplina rígida y un sentido de servicio que ha llevado a los profesionales a aceptar múltiples actividades que no pertenecen a su campo profesional, pero han sido aceptadas y conservadas como actividades importantes, cuando podrían ser realizadas por otro personal con menos preparación, permitiendo al profesional de enfermería llevar a cabo su práctica con altos estándares de calidad.

El estudio mostró que los profesionales de enfermería realizan un sinnúmero de actividades administrativas que los alejan de la función asistencial. Las actividades docentes y de investigación no son realizadas en algunas de las instituciones estudiadas debido a normas internas.

Los promedios de tiempo dedicados a todas las actividades asignadas al profesional de enfermería sobrepasa el tiempo contratado con la institución, lo cual implica una sobrecarga laboral que conduce a mayor fatiga, mayores riesgos laborales, ausentismos y el consecuente deterioro en la calidad de la prestación del servicio.

Los auxiliares de enfermería realizan siempre y frecuentemente el 68,9% de las actividades diversificadas, el 61,1% de apoyo y el 62,2% de las asistenciales; aquellas que nunca realizan tienen porcentajes por debajo del 10%.

Los promedios de tiempo dedicados a las actividades asignadas a los auxiliares de enfermería son muy similares en todas las instituciones estudiadas, lo contrario ocurrió con el grupo de profesionales de enfermería, en el que fueron un poco diferentes, lo cual puede deberse a que las actividades de los profesionales de enfermería son diversas en cantidad y complejidad.

El trabajo también permitió concluir que en todos los servicios de médico-quirúrgica de las instituciones estudiadas existe un déficit de personal. Al estudiar la misión, objetivos y metas de las instituciones estudiadas todas hacen alusión a la prestación de servicios de alta calidad lo cual, posiblemente, no se logra íntegramente debido a la sobrecarga de trabajo del personal.

Un factor importante que debe tenerse en cuenta son los crecientes avances

científicos y tecnológicos que hacen necesario un personal suficiente y cualificado para responder a las demandas de la calidad de atención y el uso apropiado de la tecnología.

Se concluyó también que dada la sobrecarga laboral y el tipo de turnos establecidos en las instituciones estudiadas, (de doce horas) es difícil que los profesionales de enfermería tengan oportunidades de cualificarse y avanzar en estudios de especialización, sin desvincularse de la institución”²⁰.

6.3. MEDICIÓN DE LOS TIEMPOS EN LAS ACCIONES REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

“Los promedios de tiempo dedicados a todas las funciones asignadas al profesional de enfermería, sobrepasan el tiempo contratado con la institución, (12.7 horas), lo cual conduce a mayor fatiga, mayores riesgos laborales y el consecuente deterioro en la prestación de un servicio de atención con calidad.

El profesional de enfermería dedica la mayor parte de su tiempo de una jornada laboral diurna a la realización de sus funciones administrativas, (5.5 horas); las funciones asistenciales, de suma importancia, le demandan 4.25 horas; le siguen las actividades de apoyo que presta a otros servicios, en total 2.3 horas; dedica 0.6 horas a las actividades docentes e investigativas. Finalmente, las actividades de poca frecuencia, que se realizan entre 2 y 4 veces en un mes, requieren de 1.7 horas”²¹.

CONCLUSIONES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN:

- “Las funciones investigativas son realizadas con poca o ninguna frecuencia por el personal de enfermería
- El profesional de enfermería asume algunas responsabilidades de otros servicios, para garantizar una atención con calidad, lo que implica utilizar gran parte de su tiempo en la realización de estas.
- Las enfermeras usualmente llegan 10 o 15 minutos antes de iniciar su jornada laboral para elaborar la asignación al personal de pacientes y funciones y así, no retrasar la entrega de turno.
- El ingreso de pacientes al servicio de hospitalización es una función

²⁰ PÉREZ L., CASTAÑEDA M. Diseño de instrumento para el estudio de dotación de enfermería en las categorías profesional y auxiliar para los servicios de médico-quirúrgica en siete instituciones de salud privadas. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería; 1994. p 22 - 23

²¹BEDOYA FLÓREZ .Alex, [http:// www.awinsy@tone.udea.edu.co](http://www.awinsy@tone.udea.edu.co).

actualmente delegada al personal auxiliar al inicio de turno y en muy pocas ocasiones las realiza enfermería, refiriendo que debido a sus múltiples funciones administrativas y algunas veces de apoyo, no cuenta con tiempo suficiente para hacerlo.

- Durante el egreso de los pacientes, enfermería en muy pocas ocasiones está presente para brindar información sobre los cuidados en el hogar y el tratamiento prescrito al paciente y su familia.
- Es la secretaria quien usualmente se encarga de aclarar dudas, entregar la fórmula médica, las ayudas diagnósticas y la papelería; también le indica al paciente cómo se debe tomar sus medicamentos y los horarios establecidos²².

APORTES AL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN

Esta propuesta le permite a enfermería reflexionar acerca de su desarrollo profesional; igualmente le permite identificar que asume actividades que corresponden a otros servicios, restándole tiempo al cuidado directo de los pacientes; esto exige redefinir y delimitar sus funciones, para que enfermería vuelva a posicionarse en el medio como un servicio autónomo, con empoderamiento y conocedor de su esencia que es el cuidado.

²² MONSALVE Leydy Julieta. [http:// www.sofymon@universia.net.co](http://www.sofymon@universia.net.co)

7. OBJETIVOS:

7.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar una metodología para la asignación de personal de enfermería en los servicios de Medicina Interna y Neuro- quirúrgicas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, basada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

7.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diseñar una metodología que permita la asignación del personal auxiliar y profesional de Enfermería en el servicio de Medicina Interna de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, basada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.
- Diseñar una metodología que permita la asignación del personal auxiliar y profesional de Enfermería en el servicio de Neuro- quirúrgicas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, basada en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.
- Realizar prueba piloto de la metodología diseñada para la asignación del personal de Enfermería, en los servicios de Medicina Interna y Neuro- quirúrgicas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, basado en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación es cuantitativo de tipo descriptivo.

8.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA:

- Pacientes hospitalizados en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, en los servicios de Medicina Interna y Neuro- quirúrgicas entre el 8 de Mayo y el 6 de junio del 2006.

- Personal auxiliar y profesional de enfermería que labora en los servicios de Medicina Interna y Neuro- quirúrgicas en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

8.3. MUESTRA

- 27 pacientes promedio diario hospitalizados en el servicio de Medicina Interna entre el 8 de Mayo y el 6 de junio del 2006.
- 22 pacientes promedio diario hospitalizados en el servicio de Neuro-quirúrgicas entre el 8 de Mayo y el 6 de junio del 2006.
- Cuatro profesionales de enfermería del servicio de Neuro-quirúrgicas.
- Cinco profesionales de enfermería del servicio de Medicina Interna.
- Doce auxiliares de enfermería del servicio de Neuro-quirúrgicas.
- Nueve auxiliares de enfermería del servicio de Medicina Interna.

8.4. UNIDAD DE ANALISIS

- Está constituida por 2453 valoraciones realizadas por las investigadoras a los 27 pacientes promedio diario hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.
- Está constituida por 2016 valoraciones realizadas por las investigadoras a los 22 pacientes promedio diario hospitalizados en el servicio de Neuro-quirúrgicas.
- Valoración de los tiempos que genera la realización de las funciones y actividades del personal profesional y auxiliar de enfermería.
- La variabilidad que se presenta en el número de valoraciones en ambos servicios es debida a que en el momento de recolección de la información el paciente no se encontraba en su unidad o no se pudo valorar algunas de las variables.

8.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de 20 años.

8.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 20 años.
- Pacientes que en el momento de la valoración se encontraban en cirugía o procedimientos especiales.

8.7. ETICA DE LA INVESTIGACION

La información solamente se utilizó con fines de la investigación y únicamente la conoció el grupo investigador garantizándose la reserva y confidencialidad de la información.

8.8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El plan de recolección de la información constó de tres fases: diagnóstica, de análisis y de intervención.

8.9 INSTRUMENTOS: (FASE DIAGNÓSTICA DEL MODELO PROPUESTO)

8.9.1 COMPLEJIDAD DEL PACIENTE

Se diseñó un modelo de registro para la clasificación de la complejidad del paciente hospitalizado, basado en los patrones funcionales de M. Gordón y la clasificación de diagnósticos e intervenciones de enfermería de la NANDA 2003-2004.

Se realizó una prueba piloto del instrumento en la última semana del mes de Abril, procediendo al análisis y su ajuste final.

La aplicación del instrumento final de la clasificación de la complejidad del paciente, se realizó durante un mes (8 de Mayo-6Junio), recogiendo la información de los pacientes presentes en el servicio durante las entregas de turno en la mañana, tarde y noche por cada servicio (medicina interna y neuro-quirúrgicas).

Se seleccionaron ocho variables que agrupan los elementos más relevantes de los patrones funcionales y del déficit de auto-cuidado de los pacientes hospitalizados (Anexo 1).

8.9.2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

Una vez valorado y registrado el formato para la clasificación de la complejidad del paciente en ambos servicios (medicina interna y neuro-quirúrgicas) se procedió a hacer la clasificación según el puntaje obtenido en cada valoración, de esta clasificación se tomó un paciente de complejidad alta, uno de media y uno de baja complejidad diariamente durante la primera semana de aplicación, a partir de la segunda semana se aumentó el número de pacientes de complejidad media a cuatro, debido a que en la primera semana se observó que el mayor porcentaje de pacientes hospitalizados era de complejidad media.

A los paciente seleccionados se aplicó las tres primeras etapas del PAE, ya que el fin era conocer los tiempos que el profesional de enfermería gasta si

desarrollara este proceso, los dos últimos pasos de este no se tomaron en cuenta pues, no se ejecutó ni evaluó la planeación por que el grupo investigador se encontraba ajeno al cuidado directo del paciente.

Etapa de valoración: se diseñó un formato que constaba de datos de identificación del paciente, anamnesis, valoración céfalo-caudal y por sistemas completa. (ANEXO.5). Dentro de esta etapa se calculaba el tiempo que generaba la valoración del paciente.

Etapa Diagnóstica: Basados en los patrones funcionales de M. Gordón y diagnósticos NANDA 2003-2004, ya que Dorothea Orem no plantea diagnósticos de enfermería las investigadoras plantearon los diagnóstico basándose en la etapa de valoración previa y en el experiencia propia de cada una de ellas.

Etapa de Planeación: Partiendo de las dos etapas anteriores se diseñó el plan de cuidados teniendo en cuenta metas para corto, mediano y largo plazo que buscaran la recuperación del paciente, la minimización de agentes potenciales que pudieran afectar la salud, el bienestar y la integridad física, psicológica, emocional y familiar del paciente. Todo lo anterior con el objetivo de brindar un cuidado con calidad al paciente y la familia.

Para el desarrollo de la etapa diagnóstica y de planeación también se calculó el tiempo que generaba, para luego sumar el tiempo total que generaba el desarrollo de las tres etapas del PAE.

8.9.3 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Por experiencia de los investigadores se hizo un listado de actividades que realiza el auxiliar de enfermería diariamente en su turno, el cual se tuvo como consideración. ANEXO 2.

El formato lo aplicaron las dos investigadoras a los doce auxiliares de neuroquirúrgicas y los nueve de medicina interna.

En este formato el personal auxiliar registraba los tiempos que generaba la realización de las actividades allí mencionadas y la frecuencia con la cual realizaba estas actividades en cada turno.

8.9.4 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

En primer lugar se diseñó un formato teniendo en cuenta las funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia que son las funciones principales que desempeña el profesional de enfermería. ANEXO 3.

Dentro de las funciones asistenciales se tuvo en cuenta los once patrones funcionales de M. Gordón, haciendo una breve descripción de cada uno de ellos, a cada patrón se le asignaron las actividades que el profesional de enfermería debe desarrollar en el turno diario, estas actividades se tuvieron en cuenta a partir de los diagnósticos e intervenciones de enfermería contemplados por la NANDA 2003-2004. Seguidamente se registraban el tiempo en minutos que el profesional gastaba en realizar las actividades allí descritas y la frecuencia con la cual las realizaban.

Dentro de las funciones administrativas se contempló la parte de gestión del cuidado hacia el paciente, la organización, asignación, delegación, supervisión, control y evaluación del personal auxiliar con que se cuenta en el servicio.

Para las funciones de investigación y docencia se indagó si realizaban procesos investigativos y el tiempo que generaba este proceso, además si participaban como instructores en capacitación y adiestramiento del personal relacionado con el área y el tiempo que generaba este proceso. Para finalizar se realizó la siguiente pregunta ¿Qué modelo de atención en enfermería aplica en el desarrollo de su ejercicio profesional?

Este formato se aplicó en las dos primeras semanas del mes de Abril, teniendo resultados poco favorables, debido a que el personal no se sintió identificado con los patrones y actividades allí descritas, por consiguiente, había sesgo de la información registrada. Debido a lo anterior el grupo investigador rediseñó el formato (ANEXO 4). Estructurando la encuesta con las funciones administrativas, asistenciales, de investigación y docencia, dejando los espacios en blanco para que el profesional de enfermería escribiera las actividades que realiza según las funciones antes mencionadas con el tiempo y la frecuencia que genera el desarrollo de estas.

9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Servicio	Cualitativo	Medicina interna Neuro-quirúrgicas	Nominal
Edad Paciente	Cuantitativa	20-40 años 41- 65 años Mayores de 65 años	Intervalos
Alimentarse	Cualitativa	Independiente Requiere ayuda v/ o asistencia	Ordinal

		Dependiente	
Bañarse	Cualitativa	Independiente Requiere ayuda y/ o asistencia Dependiente	Ordinal
Trasladarse	Cualitativa	Independiente Requiere ayuda y/ o asistencia Dependiente	Ordinal
Deambular	Cualitativa	Independiente Requiere ayuda y/ o asistencia Dependiente	Ordinal
Movilidad en cama	Cualitativa	Independiente Requiere ayuda y/ o asistencia Dependiente	Ordinal
Dispositivos auxiliares	Cuantitativa	Ninguno Uno a Dos Mas de Dos	Ordinal
Estado de conciencia	Cualitativa	Alerta Somnolencia Estupor-Coma	Ordinal
Monitorización	Cuantitativa	Cada dos horas Cada cuatro horas Continua	Ordinal
Curaciones	Cuantitativa	Ninguna Una vez al día Más de una vez al día	Ordinal
Medicamentos	Cualitativa	V.O V.O,SC,IM,IV Infusión continua	Ordinal
Categoría de cuidado	Escala de tipo Likert cualitativa	Cuidados Mínimos Cuidados Moderados Cuidados Especiales	Ordinal
Tiempo de Cuidado	Cuantitativa	Horas por Turno y por Categoría de Cuidado	Razón
Tiempo de Cuidado del profesional de Enfermería	Cuantitativa	Horas por Turno y por Categoría de Cuidado	Razón
Tiempo de Cuidado del auxiliar de Enfermería	Cuantitativa	Horas por Turno y por Categoría de Cuidado	Razón

10. FASE DE ANÁLISIS DEL MODELO PROPUESTO

En esta etapa se presentan los resultados obtenidos en la recolección de información del total de la población estudiada durante los treinta días de seguimiento en los tres turnos del día.

10.1 ANALISIS DE RESULTADOS MEDICINA INTERNA

El servicio cuenta con 30 camas para la hospitalización de pacientes de las diferentes subespecialidades: neumología, neurología, endocrinología, nefrología, hematología y neurología.

Tiene un índice ocupacional del 100% por lo cual es necesario hospitalizar pacientes de esta especialidad en otros servicios del hospital.

Para la prestación de los servicios cuenta con: 8 especialistas, 1 médico hospitalario, 5 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería.

EDAD: Para valorar la complejidad de paciente según la edad se tuvo en cuenta el ciclo vital humano del adulto y los cambios fisiológicos y de protección que este genera.

En esta variable, se hizo una clasificación de tres rangos de edad en orden cronológico, que corresponde a adulto joven (20-40 años) con un puntaje de (1); adulto maduro (41-65 años) puntaje (2) y adulto mayor (mayor de 65 años) puntaje de (3).

En el servicio de medicina interna se realizaron 2453 valoraciones para la variable edad. El 68.6% (1682) corresponden a adultos mayores, seguido del 18.9% (465) adulto maduro y el 12.5% (306) adulto joven. (Tabla 1).

En la relación de distribución entre rango de edad y turno del día se obtiene que:

En el turno de la mañana el 12.8% (108) son adultos jóvenes, el 18.95% (160), son maduros y el 68.3% (579) son adultos mayores.

En el turno de la tarde el 12.5% (101) son adultos jóvenes, el 18.95% (153) corresponde a adultos maduros y el 68.5% (553) a adultos mayores.

Finalmente en el turno de la noche el 12.1% (97) son adultos jóvenes, el 19% (152) corresponde a adultos maduros y el 68.9% (550) a adultos mayores.

Según la teoría de Orem existen unos factores condicionantes que pueden afectar la capacidad de autocuidado del individuo o el tipo y cantidad de autocuidado requerido, dentro de estos factores condicionantes encontramos la edad que relacionándola con los resultados obtenidos evidenciamos que a mayor edad, mayor será la demanda de cuidados terapéuticos por parte del personal de enfermería que es el agente de cuidado.

Tabla 1. Distribución por turno y por edad de los pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006.

DISTRIBUCIÓN DE EDAD TURNO	(1) 20- 40AÑOS	%	(2) 41- 65AÑOS	%	(3) MAYOR DE 65 AÑOS	%	TOTAL	%
MAÑANA	108	12,8	160	18,9	579	68,3	847	100
TARDE	101	12,5	153	18,95	553	68,5	807	100
NOCHE	97	12,1	152	19	550	68,9	799	100
TOTAL	306	12,5	465	18,9	1682	68,6	2453	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

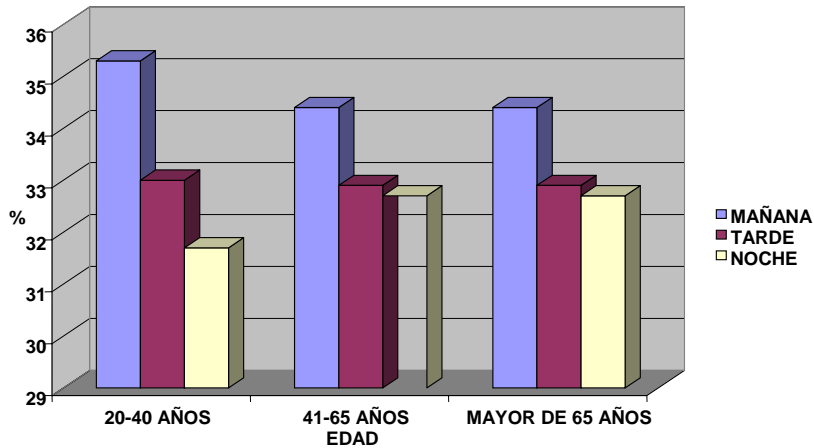
La Distribución por edad de la población estudiada en los tres turnos del día es de: (Grafica 1). De las 306 (100%) valoraciones que se realizaron al adulto joven, el 35.3% se encontró en la mañana, el 33% (101) en la tarde y por último el 31.7% (97) en el turno de la noche.

Al adulto maduro se le realizaron 465 (100%) valoraciones de las cuales el 34.4% (160) se encontraron en la mañana, seguido del 32.9% (153) en la tarde y por último el 32.7% (152) en el turno de la noche.

Para el adulto mayor el 34.4% (579) se valoró en la mañana, seguido del 32.9% (553) en la tarde; por último el 32.7% (550) en el turno de la noche. Para una frecuencia total de 1682 (100%).

La distribución de cada rango de edad según cada turno del día se presenta con una distribución similar, sin embargo en los tres rangos de edad el mayor porcentaje está en el turno del mañana seguido del turno de la tarde y por último el de la noche lo que indica que hay mayor frecuencia de adultos hospitalizados en el turno de la mañana con disminución en los siguientes turnos del día, por lo tanto se requiere de mas demanda de personal en el turno de la mañana ya que actividades de cuidado como el baño, paraclínicos, curaciones y procedimientos especiales se realizan en este turno.

Distribución, edad según cada turno de los pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 del 2006. (Gráfica.1)



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:

La evaluación del nivel de cuidado le permite al profesional enfermería conocer el déficit de autocuidado y para esto es necesario valorar primero los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud, en segundo lugar reconocer los elementos que participan en ellos (agentes y agencia de autocuidado) y guiar los cuidados dependiendo el nivel de apoyo, con el fin de coordinar las actividades con el equipo de salud para que el paciente y la familia se hagan partícipes en la rehabilitación mejorando el nivel de autocuidado de la persona afectada.

Basados en la teoría de Dorothea Orem caracterizamos cinco variables que conforman los cuidados elementales que necesita el agente de autocuidado como son: Alimentarse, bañarse, trasladarse (Cama-silla silla-Cama), deambular (Caminar) y la movilidad en cama (cambios de posición).

En donde se asignaron puntajes de (1) cuando el paciente lo realizaba de manera independiente (2) cuando requería ayuda o asistencia y (4) cuando el paciente es totalmente dependiente.

Con los resultados de la valoración del déficit de autocuidado por cada paciente, se clasificó su complejidad teniendo en cuenta los siguientes valores:

Complejidad baja 0-9 puntos: que contempla hasta el 45% del valor total de referencia.

Complejidad media 10-15 puntos: que contempla valores entre el 50% y el 75% del valor total de referencia.

Complejidad alta 16-20 puntos: Que contempla valores entre el 75% y el 100% del valor total de referencia.

ALIMENTARSE

Se realizaron 2434 valoraciones donde el 61.3% (1492) corresponde a pacientes independientes, el 28.6 % (697) pacientes que requieren ayuda y/o asistencia y el 10.1 % (245) a pacientes dependientes para "Alimentarse". (Tabla 2).

La distribución del nivel de autocuidado según los tres turnos del día corresponde para el turno de la mañana 842 (100%) valoraciones de las cuales el 61.2% (515) a pacientes independientes, el 28.7% (242) requieren ayuda y/o asistencia y el 10.1 % (85) a pacientes dependientes para "Alimentarse".

En la tarde se realizaron 791 (100%) valoraciones de las cuales el 61.3% (485) corresponde a pacientes independientes, el 28.6% (226) requieren ayuda y/o asistencia y el 10.1% (80) a dependientes para "Alimentarse".

En la noche se realizaron 801 (100%) valoraciones de las cuales el 61.4% (492) corresponden a pacientes independientes, el 28.6% (229) requieren ayuda y/o asistencia y el 10% (80) a pacientes dependientes para "Alimentarse".

La distribución es similar en los tres turnos del día independientemente del nivel de autocuidado apareciendo con mayor frecuencia el paciente que es independiente para alimentarse, seguido del que requiere ayuda o asistencia y por último el que es totalmente dependiente para alimentarse. Según la clasificación de la complejidad del paciente, en el servicio de medicina interna de los pacientes valorados en mayor porcentaje no requieren apoyo por parte de enfermería para la actividad de autocuidado "alimentarse", el grupo que le sigue son los pacientes que requiere ayuda o asistencia, es importante resaltar que al asistir en la alimentación a un paciente implica gasto de tiempo por que en cada turno esta actividad se realiza varias veces.

Tabla 2. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

AUTOCUIDADO: “ALIMENTARSE”	1 Independiente	%	2 Requiere ayuda y/o asistencia	%	4 Totalmente dependiente	%	TOTAL
TURNO							
MAÑANA	515	61.2	242	28.7	85	10.1	842
TARDE	485	61.3	226	28.6	80	10.1	791
NOCHE	492	61.4	229	28.6	80	10	801
TOTAL	1492	61.3	697	28.6	245	10.1	2434

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

En la Gráfica 2, se evidencia la distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “Alimentarse” con relación a los tres turnos del día:

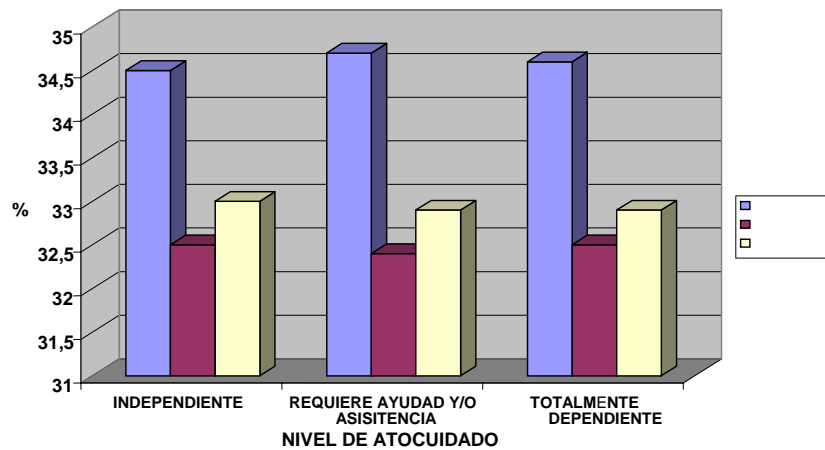
De las 1492 (100%) valoraciones que se realizaron a pacientes independientes para “Alimentarse” el 34.5% (515) se presenta en el turno de la mañana, seguido con el 33% (492) en el turno de la noche y el 32.5% (485) en la tarde.

De las 697 (100%) valoraciones que se realizaron a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para “Alimentarse” 34.7% (242) se presentan en el turno de la mañana seguido del 32.9% (229) en la noche y el 32.4% (226) en la tarde.

De las 245 (100%) valoraciones que se realizaron a pacientes dependientes para “Alimentarse” el 34.6% (85) se presenta en el turno de la mañana, seguido del 32.9% (80) en la noche y el 32.5% (80) en la tarde.

La distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “alimentarse” con relación a los tres turnos del día es similar ya que en el turno de la mañana aparece la mayor distribución de porcentaje esto se debe a que esta actividad se repite varias veces en el turno (desayuno, medias nueves y almuerzo) tales actividades en la tarde y noche se presenta menos veces.

Distribución Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 2.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

BAÑARSE

El porcentaje total del nivel de autocuidado “bañarse” en medicina interna, corresponde a una frecuencia mensual de 2434 valoraciones de las cuales en un mayor porcentaje los pacientes requieren ayuda y/o asistencia con el 54.4% (1325), seguido de los que son independientes con 32.6% (793) y por último los pacientes totalmente dependientes para bañarse con un el 13% (316). (Tabla 3)

La distribución de los niveles de autocuidado según los tres turnos del días son: de las 842 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 32.4% (273) corresponden a pacientes independientes, el 54% (455) requieren ayuda y/o asistencia y el 13.5% (114) son dependientes para “bañarse”.

En la tarde se realizaron 801 (100%) valoraciones de las cuales el 32.7% (262) corresponde a pacientes independientes, el 54.6% (437) requieren ayuda y/o asistencia y el 12.7% (102) son dependientes para “bañarse”.

En la noche se realizaron 791 (100%) valoraciones de las cuales el 32.6% (258) corresponde a pacientes independientes el 54.7% (433) requieren ayuda y/o asistencia y el 12.6% (100) son dependientes para “bañarse”.

En el servicio de medicina interna del total de valoraciones realizadas para la clasificación de la complejidad del paciente en la variable nivel de autocuidado “bañarse”, en mayor porcentaje los pacientes requieren ayuda y/o asistencia, seguido de los que son independientes y en menor porcentaje los que son

totalmente dependientes con distribución en el mismo orden en cada turno del día. Esto indica que debe existir personal suficiente que permita garantizar el cumplimiento de esta actividad de autocuidado diaria para proporcionar bienestar y comodidad a cada paciente, cuando un paciente requiere ayuda o asistencia para bañarse el personal de enfermería en este servicio debe trasladar al paciente desde su habitación hasta el baño y viceversa esto implica gasto de tiempo y esfuerzo considerable; esta actividad se realiza en el turno de la mañana y algunas veces en otro turno dependiendo la necesidad del paciente. Cuando el paciente es totalmente dependiente para bañarse que aparece en menor porcentaje, el baño se realiza en cama.

Tabla 3. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

TURNO	AUTOCUIDADO: “BANARSE”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	273	32.4	455	54	114	13.5	842	100		
TARDE	262	32.7	437	54.6	102	12.7	801	100		
NOCHE	258	32.6	433	54.7	100	12.6	791	100		
TOTAL	793	32.6	1325	54.4	316	13	2434	100		

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Como puede verse en la (Gráfica 3) la distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “bañarse” con relación a los tres turnos del día se distribuye así: de las 793 (100%) valoraciones realizadas a pacientes independientes para “bañarse”, el 34.3% (273) corresponden al turno de la mañana, el 33% (262) en el turno de la tarde y el 32.5% (258) en la noche.

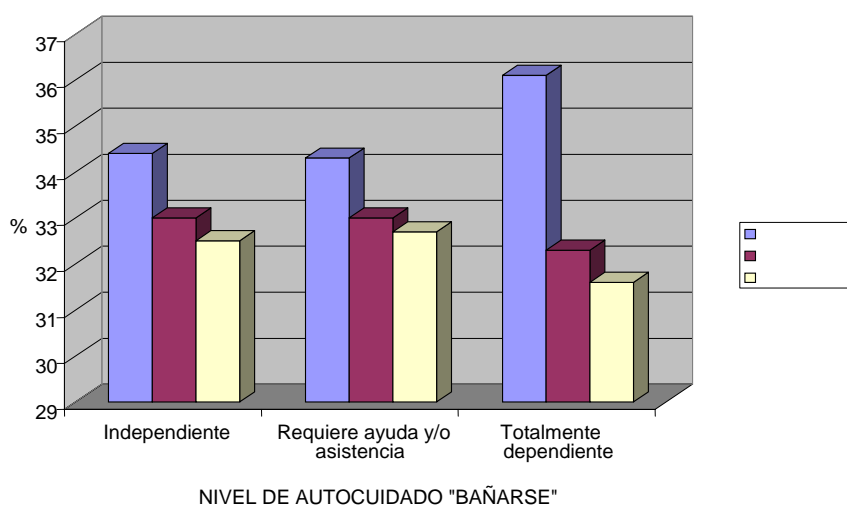
De las 1325 (100%) realizadas a pacientes que requiere ayuda y/o asistencia para bañarse el 34.3% (455) corresponden al turno de la mañana, seguido del 33% (437) en la tarde y el 32.7% (433) en la noche.

De las 316 (100%) realizadas al paciente dependiente para bañarse presenta el 36.1% (114) corresponde al turno de la mañana, seguido del 32.3% (102) en la tarde y el 31.6% (100) en la noche.

La distribución en los niveles de autocuidado “bañarse” según el turno del día es similar en los tres turnos apareciendo con mayor porcentaje en el turno de la mañana, seguido con el de la tarde y finalmente el de la noche, esto indica que

el servicio de medicina interna en el turno de la mañana tiene mayor demanda de autocuidado en esta actividad por tal motivo se debe contar con apoyo suficiente de personal de enfermería.

Distribución Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 3.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

TRASLADARSE

De las 2434 (100%) valoraciones realizadas según el nivel de autocuidado “trasladarse”, el 50.9% (1239) corresponde a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, seguido de independientes con 29.6% (720), por último los pacientes dependientes para “trasladarse” con el 19.5% (475). (Tabla 4).

La distribución de los niveles de autocuidado según los tres turnos del día son: de las 842 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 50.2% (423) corresponden a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, el 29.3% (247) a independientes y el 20.4% (172) a dependientes para “trasladarse”.

En la tarde se realizaron 801 (100%) valoraciones, de las cuales el 50.8% (407) corresponden a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, el 29.8% (239) a independientes y el 19.4% (155) a dependientes para “trasladarse”.

En la noche se realizaron 791 (100%) valoraciones de las cuales el 51.7% (409) corresponden a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, el 29.6% (234) a independientes y el 18.7% (148) a dependientes para “trasladarse”.

La distribución para el nivel de autocuidado “trasladarse” es mayor para los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, seguido de los que son independientes y en menor porcentaje los dependientes para “trasladarse” y en relación con la distribución en cada turno del día aparece en orden igual, esto permite ver que en el servicio de medicina interna a la mayor parte de los pacientes hospitalizados, el enfermer@ brinda ayuda y/o asistencia para trasladar al paciente (silla-cama, cama-silla) por lo tanto le implica un manejo adecuado de la ergonomía, una cantidad de esfuerzo y un tiempo para brindar comodidad al paciente por medio de los cambios de posición garantizando así el bienestar del paciente.

Tabla 4. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

AUTOCUIDADO: “TRASLADARSE”	1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	%
		%		%		%		
TURNOS								
MAÑANA	247	29.3	423	50.2	172	20.4	842	100
TARDE	239	29.8	407	50.8	155	19.4	801	100
NOCHE	234	29.6	409	51.7	148	18.7	791	100
TOTAL	720	29.6	1239	50.9	475	19.5	2434	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia que en la (Gráfica 3) la distribución según los tres rangos del nivel de autocuidado “trasladarse” con relación a los tres turnos del día son: De las 720 (100%) valoraciones realizadas al paciente independiente para “trasladarse”, 34.3% (247) corresponde al turno de la mañana, seguido con el 32.5% (234) en la noche y el 33.2% (239) en el turno de la tarde.

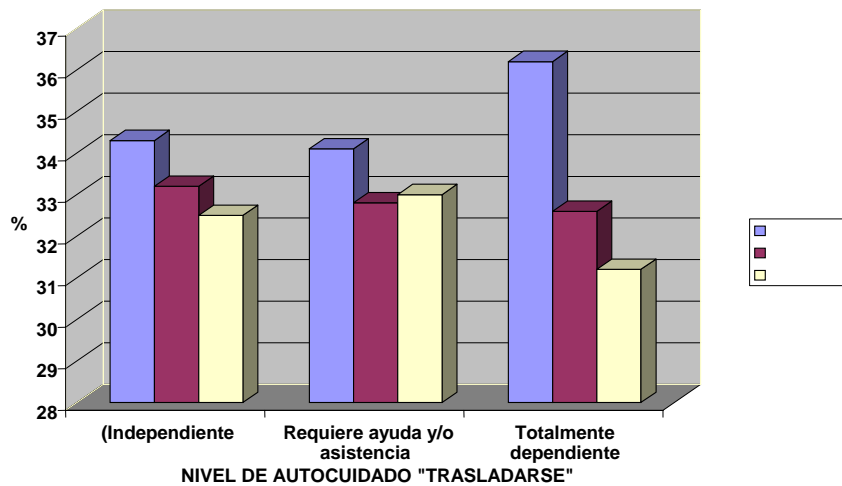
De las 1239 (100%) valoraciones realizadas al paciente que requiere ayuda y/o asistencia para “trasladarse” el 34.1% (423) corresponde al turno de la mañana, seguido del 33% (409) en la noche y el 32.8% (407) en la tarde.

De las 475 (100%) valoraciones realizadas al paciente dependiente para “trasladarse” el 36.2% (172) en el turno de la mañana, seguido del 32.6% (155) en la tarde y el 31.2% (148) en la noche.

La distribución de los niveles de autocuidado para “trasladarse” según cada turno del día aparece en el mismo orden con mayor porcentaje de distribución en el turno de la mañana, seguido de la tarde y por último la noche se observa que sigue siendo mayor el porcentaje de distribución en el turno de la

mañana, por lo tanto se requiere personal suficiente en este turno que supla las demandas de cuidado generadas al realizar la actividad de traslado de paciente para promover su rehabilitación y bienestar.

Distribución Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 4.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores.

DEAMBULAR

De las 2434 valoraciones realizadas según el nivel de autocuidado “deambular” el 44.9% (1094) corresponde a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, el 28.5% (692) a dependientes y el 26.6% (648) a independientes para “deambular” (Tabla 5).

La Distribución del nivel de autocuidado “deambular” según los tres turnos del día son: de las 842 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 44.4% (374) corresponde a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para “Deambular” el 29.3% (247) a dependientes y el 26.2% (221) a independientes.

En la tarde se realizaron 801 (100%) valoraciones de las cuales el 44.4% (356) corresponden a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para “deambular”, el 28.6% (229) a dependientes para y el 27% (216) a independientes.

En la noche se realizaron 791 (100%) valoraciones de las cuales el 46% (364) corresponden a pacientes requieren ayuda y/o asistencia para “deambular”, el 27.3% (216) a dependientes y el 26.7% (211) a independientes.

La distribución para el nivel de autocuidado “deambular” es mayor para los

pacientes corresponden a pacientes que requieren ayuda o asistencia para “deambular”, seguido de los que son dependientes y con menor porcentaje los que son independientes para deambular de igual forma se distribuye en cada turno del día, cuando se proporciona ayuda o asistencia para deambular la enfermer@ acompaña al paciente y le proporciona los medios necesarios para que el este pueda cumplir con esta actividad , en la medida que este indicada la deambulaci3n. En este sentido el profesional de enfermería actúa como agente autocuidado terapéutico ejecutando el sistema de compensaci3n parcial segun Orem.

Tabla 5. Distribuci3n por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

AUTO-CUIDADO: “DEAMBULAR”	1 (Independiente)	%	2 (Requiere ayuda y/o asistencia)	%	4 (Totalmente dependiente)	%	TOTAL	%
TURNO								
MAÑANA	221	26.2	374	44.4	247	29.3	842	100
TARDE	216	27	356	44.4	229	28.6	801	100
NOCHE	211	26.7	364	46	216	27.3	791	100
TOTAL	648	26.6	1094	44.9	692	28.5	2434	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia que en la (Gráfica 5), la distribuci3n segun los tres rangos del nivel de autocuidado “deambular” con relaci3n a los tres turnos del día son: de las 648 (100%) valoraciones realizadas al paciente independiente para “deambular” el 34.1% (221) corresponde al turno de la mañana seguido con el 33.3% (216) en el turno de la tarde y el 32.6% (211) en la noche.

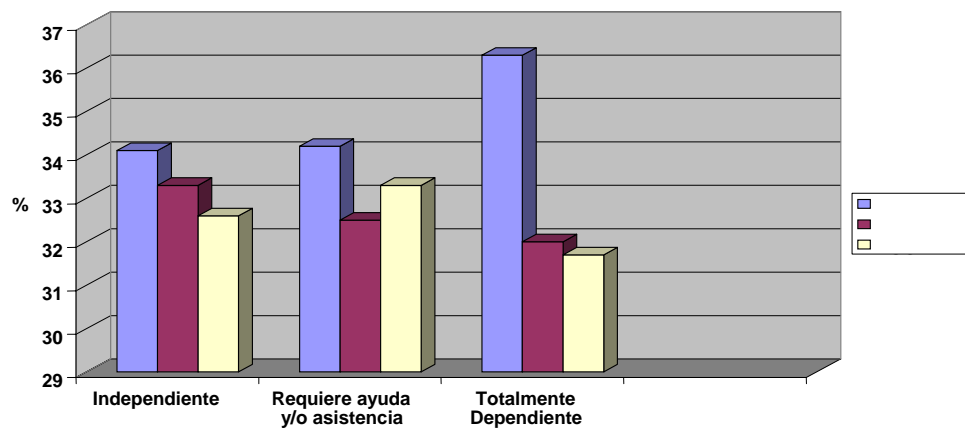
De las 1094 (100%) valoraciones realizadas al paciente que requiere ayuda y/o asistencia para deambular el 34.2% (374) corresponde al turno de la mañana seguido del 33.3% (364) en la noche y el 32.5% (356) en la tarde.

De las 692 (100%) realizadas al paciente dependiente para “deambular” el 36.3% (247) corresponde al turno de la mañana, seguido del 32% (229) en la tarde y el 31.7% (216) en la noche.

La distribuci3n del nivel de autocuidado para “deambular” segun cada turno del

día aparece en el mismo orden para pacientes que son dependientes e independientes, con mayor porcentaje de distribución en el turno de la mañana seguido de la tarde y por último la noche; para los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia se distribuye el mayor porcentaje en la mañana seguido de la noche y por último la tarde. Es de destacarse que se requeriría mayor apoyo por parte del personal de enfermería en el turno de la mañana que supla las demandas de cuidado generado por cada paciente para promover la pronta recuperación y fortalecimiento del nivel de autocuidado.

Distribución Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 5.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

De las 2434 valoraciones realizadas según el nivel de autocuidado “movilidad en cama” el 63.4% (1544) corresponde a los pacientes independientes, el 26.6% (647) a los requieren ayuda y/o asistencia, por último el 10% (243) a pacientes dependientes (Tabla 6).

La distribución del nivel de autocuidado “movilidad en cama” según los tres turnos del día son: De las 842 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 64 (539) corresponde a pacientes independientes, el 25.7% (216) requieren ayuda y/o asistencia y el 10.3% (87) a dependientes.

En la tarde se realizaron 801 (100%) valoraciones de las cuales el 63% (505) corresponde a pacientes independientes para “movilidad en cama”, el 27% (216) requieren ayuda y/o asistencia y el 10% (80) a dependientes.

En la noche se realizaron 791 (100%) valoraciones de las cuales el 63.2% (500) corresponde a pacientes independientes para “movilidad en cama”, el 27.2% (215) requieren ayuda y/o asistencia, y el 9.6% (76) a dependientes.

La distribución para el nivel de autocuidado “movilidad en cama” es mayor para los pacientes que son independientes, seguido de los que requieren ayuda o asistencia y con menor porcentaje los que son dependientes para “movilidad en cama” de igual forma se distribuye en cada turno del día.

Es importante el apoyo de suficiente personal que cuente con el tiempo necesario para realizar los cambios de posición ya que el segundo grupo con mayor porcentaje lo presentan los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para “movilidad en cama”, también por que esta actividad es propia de enfermería pues proporciona comodidad al paciente y evita la formación de zonas de presión que a futuro serán úlceras por presión.

Tabla 6. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Movilidad en cama” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

TURNO	AUTOCUIDADO: “MOVILIDAD EN CAMA”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	539	64	216	25.7	87	10.3	842	100		
TARDE	505	63	216	27	80	10	801	100		
NOCHE	500	63.2	215	27.2	76	9.6	791	100		
TOTAL	1544	63.4	647	26.6	243	10	2434	100		

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

En la (Gráfica 6), se evidencia la distribución según los tres rangos del nivel de autocuidado “movilidad en cama” con relación a los tres turnos del día se distribuye así: de las 1544 (100%) valoraciones realizadas paciente que es independiente para la “movilidad en cama” el 34.9% (539) corresponde al turno de la mañana seguido con el 32.7% (505) en el turno de la tarde y el 32.4% (500) en la noche.

De las 647 (100%) realizadas al paciente que requiere ayuda y/o asistencia para la “movilidad en cama” el 33.4% (216) corresponde al tueno de la mañana y tarde, seguido del 33.2% (215) en la noche.

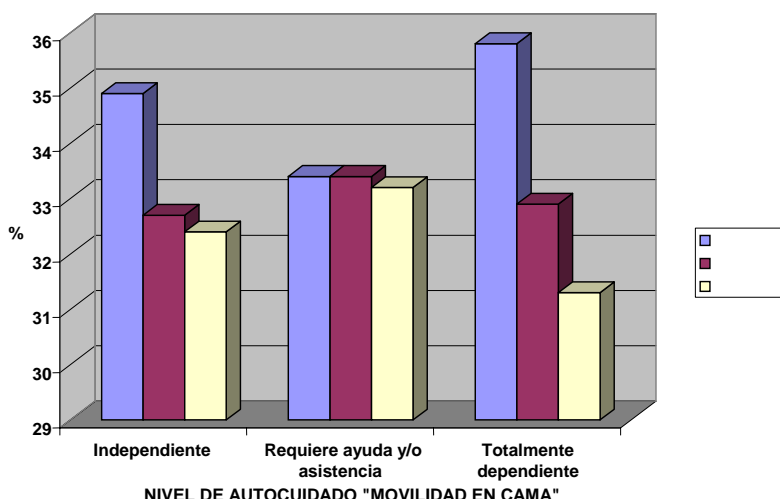
De las 243 (100%) valoraciones realizadas al paciente dependiente para la

“movilidad en cama” el 35.8% (87) corresponde al turno de la mañana, seguido del 32.9% (80) en la tarde y el 31.3% (76) en la noche.

La distribución de los tres niveles de autocuidado para la “movilidad en cama” según el turno del día sigue distribuyéndose con mayor porcentaje en el turno de la mañana seguida del turno de la tarde y por último el turno de la noche.

Esto demuestra que la mayor demanda de autocuidado se presenta en el turno de la mañana, lo que indica que el servicio debe contar con talento humano suficiente que satisfaga las necesidades de cuidado del paciente hospitalizado.

Distribución Nivel de Auto-cuidado “movilidad en cama” de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 6.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

TOTAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

En el servicio Medicina interna, para la valoración de la complejidad de paciente la distribución por nivel total de autocuidado

De las 2434 (100%) valoraciones realizadas el 57.2% (1393) corresponden a complejidad baja, el 29.7% (724) a complejidad media y el 13% (317) a complejidad alta (Tabla 7).

Los tres niveles de complejidad en cada turno del día se distribuyen así: de las 842 (100%) de las valoraciones realizadas en el turno de la mañana el 56.8% (478) corresponden a pacientes complejidad baja, el 29.7% (250) a

complejidad media y el 13.5% (114) a complejidad alta.

De las 801 (100%) valoraciones realizadas en Turno de la tarde el 57.2% (458) corresponden a pacientes de complejidad baja, el 29.8% (239) a complejidad media y el 13% (104) complejidad alta.

De las 791 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la noche el 57.8% (457) corresponden a pacientes de complejidad baja, seguido del 29.7% (235) a complejidad media y el 12.5% (99) a complejidad alta.

En el servicio de medicina interna del total de las valoraciones realizadas la distribución total de autocuidado se presenta en mayor porcentaje para los pacientes clasificados de Complejidad Baja, seguidos de pacientes de Complejidad Media y con menor porcentaje los pacientes de complejidad Alta. La distribución es igual en cada turno del día.

Tabla 7. Distribución por turno y por Nivel total de Autocuidado de los pacientes valorados en el servicio de Medicina interna.

NIVEL TOTAL AUTOCUIDADO	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNOS								
MAÑANA	478	56.8	250	29.7	114	13.5	842	100
TARDE	458	57.2	239	29.8	104	13	801	100
NOCHE	457	57.8	235	29.7	99	12.5	791	100
TOTAL	1393	57.2	724	29.7	317	13	2434	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia que en la (Gráfica 7), la distribución del porcentaje total en cada nivel de complejidad con respecto a los tres turnos del día es:

De las 1393 (100%) valoraciones realizadas en pacientes de complejidad baja el 34.3% (478) se presenta en el turno de la mañana, seguido del 32.9% (458) en la tarde y por último el 32.8% (457) en la noche.

De las 724 (100%) valoraciones realizadas en pacientes de complejidad media el 34.5% (250) se presentan el turno de la mañana, seguido del 33% (239) en la tarde y por último el 32.5% (235) en la noche.

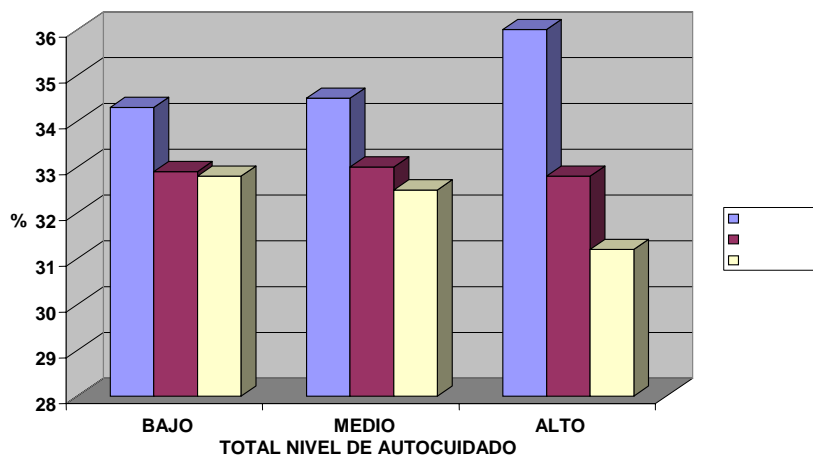
De las 317 (100%) valoraciones realizadas a pacientes de complejidad alta el

36% (114) se presentan en el turno de la mañana, seguido del 32.8% (104) en la tarde y por último el 31.2% (99) en la noche.

La distribución del porcentaje total en cada nivel de complejidad con respecto a los tres turnos del día presenta una distribución similar ya que la mayor distribución del porcentaje en los tres niveles le corresponde al turno de la mañana seguido del turno de la tarde y con menor porcentaje de distribución en el turno de la noche.

Esto indica que el servicio de medicina interna debe contar con mayor número de personal en el turno de la mañana que supla las demandas de autocuidado generadas por los pacientes hospitalizados en este servicio.

Distribución Nivel total de Auto-cuidado pacientes valorados en el servicio de Medicina interna. Gráfica 7.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

DISPOSITIVOS AUXILIARES:

Se tomaron variables como (sonda nasogástrica, vesical, tubo a tórax, oxígeno por cánula, máscara, dispositivos de drenajes, férulas cuellos ortopédicos, muletas, silla de ruedas, corsés etc.). Asignando una puntuación de (1) para ningún dispositivo auxiliar. (2) para uno o dos dispositivos auxiliares y (3) más de dos dispositivos auxiliares.

En el servicio Medicina interna, para la valoración de la variable “dispositivos auxiliares” se realizaron 2429 (100%) valoraciones donde el 75.6% (1840)

corresponde a pacientes que tienen hasta dos dispositivos, el 18.7% (454) a pacientes que no tienen ningún dispositivo y el 5.6% (135) a pacientes que tiene mas de dos dispositivos auxiliares (Tabla 8).

Para la relación de distribución de cada turno del día entre cantidad de dispositivos se obtiene un porcentaje así:

De las 153 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la *mañana*, el 76% (639) corresponde a pacientes que tiene hasta dos “dispositivos auxiliares”, el 18.2% (153) a pacientes que no tienen ningún dispositivo y el 5.8. % (49) a pacientes que tienen más de dos dispositivos.

De las 152 (100%) valoraciones realizadas en el turno de tarde el 75.5% (604) corresponde a pacientes que tienen hasta 2 dispositivos auxiliares, el 19% (152) a pacientes que no tienen ningún dispositivo y el 5.5% (44) que tienen mas de dos dispositivos

De las 149 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la noche el 75.8% (597) corresponde a pacientes que tienen hasta 2 dispositivos auxiliares, el 18.9% (149) a pacientes tienen ningún dispositivo y el 5.3% (42) a pacientes que tienen mas de dos dispositivos auxiliares.

En la distribución total de dispositivos auxiliares la mayor parte de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna tienen de (1 a 2 dispositivos auxiliares) tales como oxígeno, sondas, tubos a tórax y de drenaje etc., la presencia de estos dispositivos en los pacientes es necesaria ya sea para mejorar las condiciones de salud, evitar complicaciones o para la toma de algún tipo de examen diagnóstico, por lo tanto el personal de enfermería esta encargado del manejo, la vigilancia del buen funcionamiento, la valoración de riesgo-beneficio y de la efectividad o resultados de estos en cada caso particular. A mayor cantidad de dispositivos en cada paciente se considera mayor complejidad y mayores requerimientos de cuidados de enfermería.

Tabla 8. Distribución por turno y por Dispositivos auxiliares de los pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006

DISPOSITIVOS AUXILIARES	NINGUNO	%	HASTA 2	%	MAS DE 2	%	TOTAL	%
TURNO								
MAÑANA	153	18.2	639	76	49	5.8	153	100
TARDE	152	19	604	75.5	44	5.5	152	100
NOCHE	149	18.9	597	75.8	42	5.3	149	100

TOTAL	454	18.7	1840	75.6	135	5.6	2429	100
-------	-----	------	------	------	-----	-----	------	-----

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Como se evidencia en la (Gráfica 8) la Distribución por cantidad de dispositivos en los tres turnos del día:

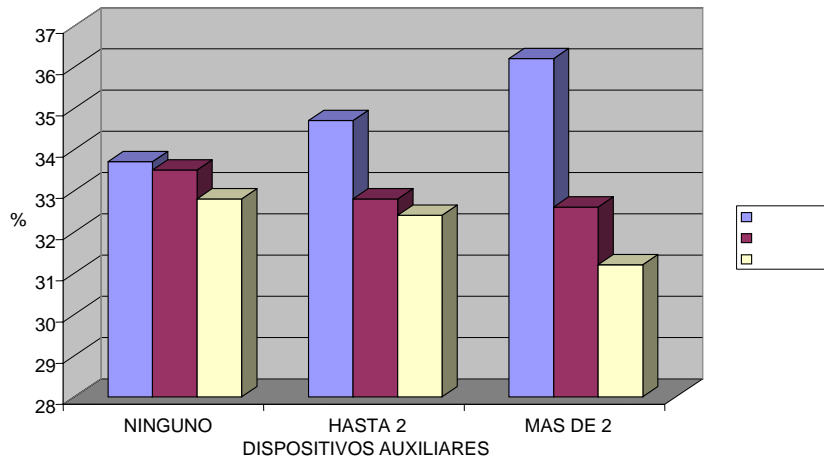
Para pacientes que no tienen ningún “dispositivo auxiliar” existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 33.7% (153) en la mañana; seguido del 33.5% (152) en la tarde; por último el 32.8% (149) en el turno de la noche. Para un total de 454 (100%) valoraciones.

Para los pacientes que tienen Hasta 2 “dispositivos auxiliares” existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 34.7% (639) en la mañana, seguido del 32.8% (604) en la tarde, por último el 32.4% (597) en el turno de la noche. Para un total de 1840 (100%) valoraciones.

Y para los pacientes con más de 2 dispositivos, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 36.2% (49) en la mañana, seguido del 32.6% (44) en la tarde, por último el 31.1% (42) en el turno de la noche. Para un total de 135 (100%) valoraciones.

La distribución de la cantidad de dispositivos auxiliares en los tres turnos del día es similar ya que la distribución de los tres rangos aparece en mayor porcentaje el turno de la mañana seguido por el de la tarde y menor porcentaje en el turno de la noche, tendencia que permanece en las variables anteriores.

Distribución, Dispositivos Auxiliares, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafica 8.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

ESTADO DE CONCIENCIA:

El estado de conciencia de un individuo se mide por la manera como responda a estímulos externos, esta mide en parte el estado neurológico del paciente y se distinguen cuatro estados de conciencia: alerta, somnolencia, estupor y coma. Para la clasificación de la complejidad del paciente se tuvo en cuenta tres rangos, asignándole un puntaje de (1) para estado de conciencia “Alerta”, (2) para “somnolencia” y (3) para estupor y/o coma. (Tabla 9).

En el servicio Medicina interna para la valoración de la variable “estado de conciencia” se realizaron 2437 (100%) valoraciones donde el 91.4% (2224) corresponden a pacientes que en el momento de la valoración se encuentran “Alerta”, seguido del 6.6% (166) para pacientes en estado de conciencia en “Somnolencia” y el 2% (47) a pacientes en estupor y/o coma.

La distribución de cada turno del día y el estado de conciencia se distribuye así: de las 843 valoraciones (100%) realizadas en el turno de la mañana el 91.2% (769) se encuentran “Alerta”, 6.9% (58) se encuentran en “Somnolencia” y el 1.9%(16) se encuentran en “Estupor y/o coma”.

De las 802 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la tarde el 91.2% (731) se encuentran “Alerta” en el momento de la valoración, 6.9% (56) se encuentran en “Somnolencia” y el 1.9%(15) se encuentran en “Estupor y/o coma”.

De las 792 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la noche el 91.4% (724) se encuentran “Alerta” en el momento de la valoración, 6.6% (52) se encuentran en “Somnolencia” y el 2%(16) se encuentran en “Estupor y/o coma”.

Según la distribución total para la variable “estado de conciencia” el paciente de medicina interna en mayor porcentaje esta “alerta” en el momento de la valoración, lo que indica que es independiente para su autocuidado al no tener un déficit neurológico que le impida llevar a cabo los cuidados elementales.

Tabla 9. Distribución por turno y por estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006.

ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA		SOMNOLENCIA		ESTOPOR-COMA		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNO								
MAÑANA	769	91.2	58	6.9	16	1.9	843	100
TARDE	731	91.2	56	6.9	15	1.9	802	100
NOCHE	724	91.4	52	6.6	16	2	792	100
TOTAL	2224	91.4	166	6.6	47	2	2437	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Como se observa en la (Grafica 9) la distribución de la variable “estado de conciencia” en los tres turnos del día es: De las 2437 (100%) valoraciones realizadas a pacientes con estado de conciencia “Alerta” el 34.6% (769) corresponde al turno de la mañana, seguido del 32.9% (731) en la tarde, por último el 32.6% (724) en el turno de la noche.

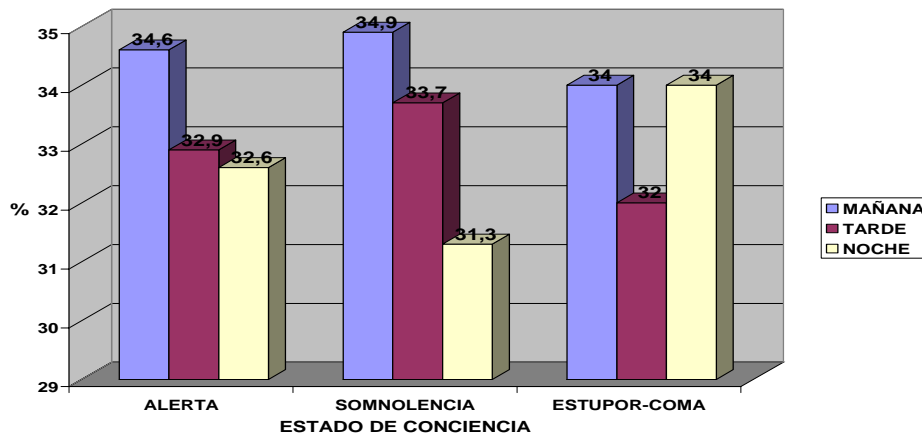
De las 166 (100%) valoraciones realizadas a pacientes en estado de conciencia “somnolencia”, el 34.9% (58) corresponde al turno de la mañana, el 33.7% (56) en la tarde, por último el 31.3% (52) en el turno de la noche.

De las 47(100%) valoraciones realizadas a pacientes en estado de conciencia “estupor y/o coma”, el 34% (16) corresponde a los turnos de la mañana y noche, seguido del 33.7% (15) en la tarde.

La distribución de la clasificación del estado de conciencia en los tres turnos es similar ya que la distribución en los tres rangos aparece en mayor porcentaje en el turno de la mañana, seguido por el turno de la tarde y con menor porcentaje en el turno de la noche. Esta distribución tiene la misma tendencia que las

variables anteriores.

Distribución, Estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006. (Grafica 9)



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

MONITORIZACIÓN:

Esta variable considera la monitorización de las constantes vitales del paciente, se tuvo en cuenta: signos vitales, controles especiales y hoja neurológica se clasificó para pacientes con monitorización “Cada 4 horas” un puntaje de (1), pacientes con monitorización “Cada 2 horas” (2) y pacientes con monitorización “Continua” (3).

En el servicio de medicina interna se realizó 2429 valoraciones para la variable “Monitorización” de las cuales el 91.6% (2224) tienen Monitorización cada 4 horas, seguido del 6.8% (164) para Monitorización “cada 2 horas”, y por último con monitorización “continua” con el 1.6% (41). (Tabla 10).

Para la relación de distribución entre “monitorización”, y turno del día se obtiene un porcentaje en orden descendente así:

De las 841 (100%) valoraciones realizadas en la mañana el 91.3% (768) tienen monitorización cada 4 horas, seguido del 6.8% (57) monitorización cada 2 horas y el 1.9% (16) continuo.

De las 799 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la tarde el 91.6% (732) tienen monitorización cada 4 horas, seguido del 6.8% (54) con monitorización cada 2 horas y 1.6% (13) continuo.

De las 789 (100%) valoraciones realizadas en el turno de la noche el 91.8% (724) tienen monitorización cada 4 horas, seguido 6.7% (53) monitorización cada 2 horas y 1.5% (12) continuo.

La mayor parte de los pacientes tienen monitorización cada 4 horas, esta actividad es realizada directamente por el personal de enfermería, a mayor tiempo de monitorización del paciente mayor será la demanda de cuidado, por consiguiente genera un aumento de tiempo para su realización.

Tabla 10. Distribución por turno y por monitorización, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006.

MONITORIZACIÓN	CADA 4 HORAS		CADA 2 HORAS		CONTINUO		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNO								
MAÑANA	768	91.3	57	6.8	16	1.9	841	100
TARDE	732	91.6	54	6.8	13	1.6	799	100
NOCHE	724	91.8	53	6.7	12	1.5	789	100
TOTAL	2224	91.6	164	6.8	41	1.6	2429	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se observa en la (Grafica 10) la distribución de Monitorización en los tres turnos del día así: Monitorización cada 4 horas: existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 34.5% (768) en la mañana; seguido del 32.9% (732) en la tarde; por último el 32.6% (724) en el turno de la noche. Para un total de 2224 (100%) valoraciones.

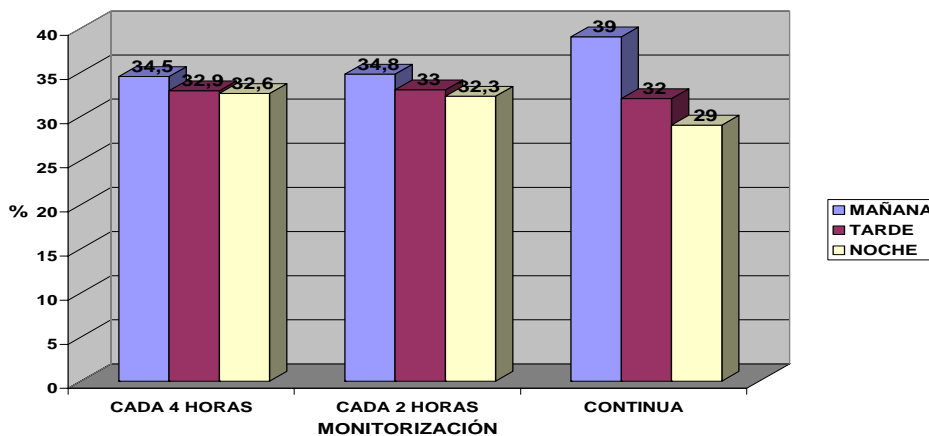
Monitorización cada 2 horas, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 34.8% (57) en la mañana; seguido del 33% (54) en la tarde; por último el 32.3% (53) en el turno de la noche. Para un total de 164 (100%) valoraciones.

Monitorización continua, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 39% (16) en la mañana, seguido del 32% (13) en la tarde, y, el 29% (12) en la noche. Para un total de 41 (100%) valoraciones.

La distribución de la clasificación de Monitorización en los tres turnos es similar ya que la distribución en los tres rangos aparece en mayor porcentaje

en el turno de la mañana, seguido por el turno de la tarde y con menor porcentaje en el turno de la noche. Esta distribución tiene la misma tendencia que las variables anteriores.

Distribución, monitorización, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006. Grafica 10.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

CURACIONES:

Para esta variable se tuvo en cuenta la cantidad de curaciones que se realizan diariamente y su complejidad, se hizo una clasificación en tres rangos así: Sin curaciones para un puntaje de (1), heridas quirúrgicas y escaras en un solo sitio y una sola vez por día (2) y heridas quirúrgicas y escaras en varios sitios más de una vez al día (3).

En el servicio de medicina interna, se realizaron 2434 valoraciones para la variable “curaciones” el 72.5% (1765) corresponde a pacientes que no tienen curaciones, el 25.8% (629) a pacientes con curaciones “Una vez al día” y por ultimo pacientes con curaciones “Más de una vez al día” 1.7% (40). (Tabla 11)

Para la relación de distribución entre “curaciones” y turno del día se obtiene un porcentaje en orden descendente así:

En la mañana el 71.7% (605) no tiene curaciones seguido de el 26.7% (225) tiene curación una vez al día y 1.6% (14) tiene curación más de una vez al día. Para un total de 844 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 73.3% (579) no tiene curaciones seguido de el 25.1% (198) tiene curación una vez al día y el 1.6% (13) tiene curación más de una vez al día. Para un total de 790 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 72.6% (581) no tiene curaciones seguido de el 25.8% (206) tiene curación una vez al día y el 1.6% (13) tiene curación más de una vez al día. Para un total de 800 (100%) valoraciones.

Se observa que en el servicio de medicina interna para esta variable la mayor parte de los pacientes no tiene curaciones, tiempo que gasta el profesional de Enfermería en otras actividades de cuidado como lo son la toma de electrocardiogramas, glicemias, etc.

Tabla 11. Distribución por turno y por curaciones, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006.

TURNO	CURACIONES		UNA VEZ DÍA		MAS DE UNA VEZ DÍA		TOTAL	
	SIN CURACIONES	%		%		%		%
MAÑANA	605	71.7	225	26.7	14	1.6	844	100
TARDE	579	73.3	198	25.1	13	1.6	790	100
NOCHE	581	72.6	206	25.8	13	1.6	800	100
TOTAL	1765	72.5	629	25.8	40	1.7	2434	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se observa en la (Grafica 11) la distribución de cantidad de Curaciones en los tres turnos del día: Sin curaciones el 34.3% (605) en la mañana, seguido del 32.9% (581) en la noche y por último el 32.8% (579) en el turno de la tarde. Para un total de 1765 (100%) valoraciones.

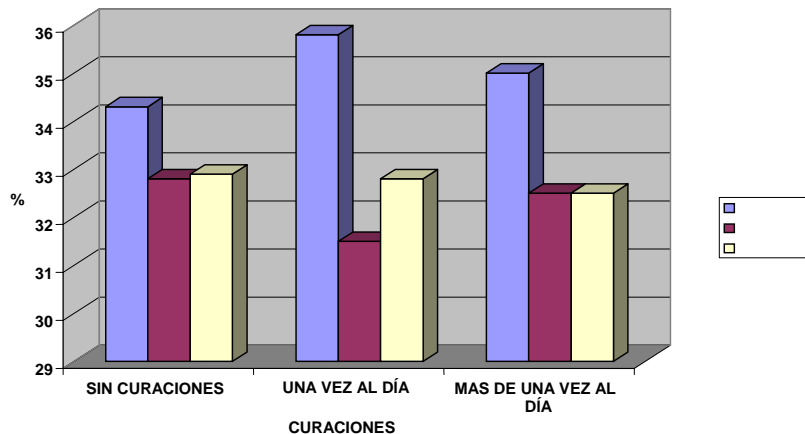
Una vez al día el 35.8% (225) en la mañana, seguido del 32.8% (206) en la noche y por último el 31.5% (198) en el turno de la tarde. Para un total de 629 (100%) valoraciones.

Más de una vez al día: el 35% (14) en la mañana, seguido del 32.5% (13) en la tarde y noche. Para un total de 40 (100%) valoraciones.

La distribución de la variable “Curaciones” en los tres turnos para los pacientes sin curaciones y los que tienen curaciones una vez al día es mayor en el turno de la mañana, seguido del turno de la noche y con menor porcentaje en el turno de la tarde, para los pacientes que tienen curaciones mas de una vez al día la distribución es mayor en el turno de la mañana, seguido con el mismo porcentaje en el turno de la tarde y noche. El personal del servicio de medicina

interna realiza las curaciones en el turno de la mañana después del baño lo que indica que hay mayor requerimiento de cuidado al paciente con curaciones en este turno.

Distribución, curaciones, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafica 11.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

MEDICAMENTOS:

Se tuvo en cuenta la cantidad de medicamentos y la frecuencia con que son administrados, se realizó una clasificación en tres rangos: en primer lugar los pacientes con administración de medicamentos sólo por vía oral se les asigna un puntaje de (1), en segundo lugar los pacientes con diferentes vías de administración (vía oral, subcutánea, intramuscular y endovenosa) con un puntaje de (2) y por último pacientes con infusión continua de medicamentos con un puntaje de (3).

En el servicio de medicina interna, se realizaron 2439 valoraciones para la variable “medicamentos” de las cuales el 80.7%(1970) corresponde a pacientes que tienen medicamentos por varias vías (VO, IM, IV, SC), seguido de pacientes con medicamentos en (infusión continua) con el 13.6% (331) y por último los pacientes sólo con vía oral el 5.7% (138). (Tabla 12).

Para la relación de distribución de “medicamentos” por turno del día se obtiene un porcentaje en orden descendente así:

En el turno de la mañana el 80.9% (679) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido 13.4% (112), que tienen infusión continua de medicamentos y el

5.7% (48) solo tienen vía oral. Para un total de 839 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 81.5% (650) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido 12.7% (102), que tienen infusión continua de medicamentos y el 5.8% (46) solo tienen vía oral. Para un total de 798 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 79.9% (641) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido 14.6% (117), que tienen infusión continua de medicamentos y el 5.5% (44) solo tienen vía oral. Para un total de 802 (100%) valoraciones.

La distribución total de la variable “Medicamentos” durante los treinta días de seguimiento en el servicio de medicina interna presenta mayor porcentaje para los pacientes que tienen varios medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido de los pacientes que tienen infusión continua y con menor porcentaje los pacientes que solo tiene medicamentos vía oral.

Por lo tanto, se observa que los pacientes hospitalizados requieren asistencia continúa por parte del personal de enfermería ya que esta es una actividad que se realiza varias veces en el turno dependiendo de los requerimientos de cuidado de cada paciente.

Tabla 12. Distribución, medicamentos, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006.

MEDICAMENTOS TURNO	VIA ORAL		VO,IM,IV,SC		INFUSIÓN CONTINUA		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	48	5.7	679	80.9	112	13.4	839	100
TARDE	46	5.8	650	81.5	102	12.7	798	100
NOCHE	44	5.5	641	79.9	117	14.6	802	100
TOTAL	138	5.7	1970	80.7	331	13.6	2439	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

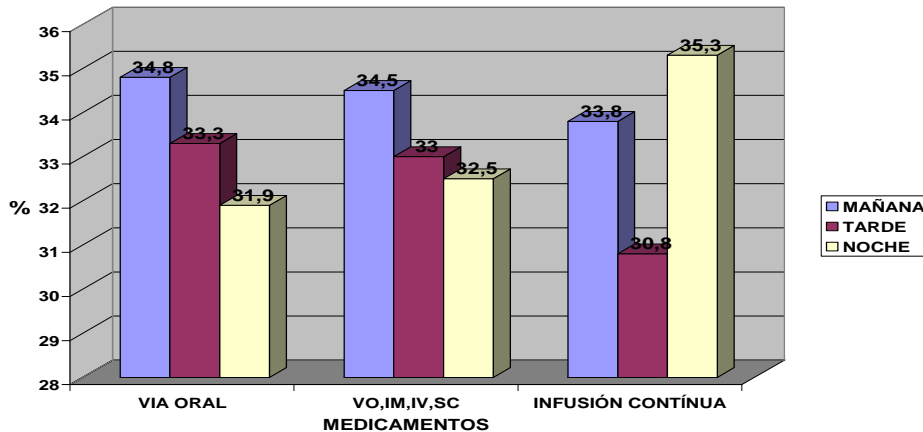
Se observa en la (Grafica12) la distribución de Medicamentos en los tres turnos del día: Vía oral el 34.8% (48) corresponde al turno de la mañana, seguido del 33.3% (46) en la tarde y por último el 31.9% (44) en el turno de la noche. Para un total de 138 (100%) valoraciones.

VO, IM, IV, SC: el 34.5% (679) corresponde al turno de la mañana, seguido del 33% (650) en la tarde y por último el 32.5% (641) en el turno de la noche. Para un total de 1970 (100%) valoraciones.

Infusión continua: el 35.3% (117) corresponde al turno de la noche, seguido del 33.8% (112) en la mañana y 30.8% (102) tarde. Para un total de 331

(100%) valoraciones.

Distribución, Medicamentos, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafica 12.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

COMPLEJIDAD TOTAL DE PACIENTE:

Total: se realizó una sumatoria de los puntajes de las siete variables dividiendo el resultado en tres cuartiles, que permitió la clasificación de complejidad del paciente hospitalizado así:

Complejidad baja: 0-18 puntos que contempla hasta el 45% del valor total de referencia

Complejidad media: 19-29 puntos que contempla valores entre el 50% y el 75% del valor total de referencia.

Complejidad alta: 30-38 puntos que contempla valores entre el 75% y el 100% del valor total de referencia.

En el servicio Medicina Interna se realizaron 2434 (100%) valoraciones de las cuales el 49% (1193) corresponde a pacientes de complejidad baja, seguido del paciente de *complejidad media* con el 43.1% (1049) y por último el paciente de *complejidad alta* con el 7.9% (192). (Tabla 13).

Para la distribución de los tres niveles de complejidad de paciente en cada turno del día se encuentra:

En el turno de la mañana le corresponde: el 49% (413) a pacientes de

complejidad baja, el 42.8% (360) a pacientes de complejidad media y el 8.2% (69) a complejidad alta. Para un total 842 (100%) valoraciones.

Turno de la tarde: el 48.6% (389) para pacientes de complejidad baja; el 43.8% (351) complejidad media y el 7.6% (61) complejidad alta. Para un total 801 (100%) valoraciones.

Turno de la noche: el 49.4% (391) para paciente de complejidad baja, seguido del 42.7% (338) de complejidad media y el 7.8% (62) de complejidad alta. Para un total de 791 (100%) valoraciones.

La distribución de porcentaje según cada rango de complejidad aparece con mayor distribución para los pacientes de complejidad baja, seguido de los pacientes de complejidad media y con menor porcentaje los pacientes de complejidad alta. La complejidad del paciente en este servicio es baja pero relacionado con el alto índice ocupacional se requiere de talento humano suficiente que apoye las actividades requeridas por cada paciente diariamente en busca de la satisfacción y bienestar de los mismos.

Tabla 13. Distribución por turno y por complejidad total, pacientes valorados en el servicio de medicina interna. Mayo 8 –junio 6 2006.

COMPLEJIDAD TOTAL	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNOS								
MAÑANA	413	49	360	42.8	69	8.2	842	100
TARDE	389	48.6	351	43.8	61	7.6	801	100
NOCHE	391	49.4	338	42.7	62	7.8	791	100
TOTAL	1193	49	1049	43.1	192	7.9	2434	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 13) la distribución del porcentaje total en cada nivel de complejidad con respecto a los tres turnos del día así:

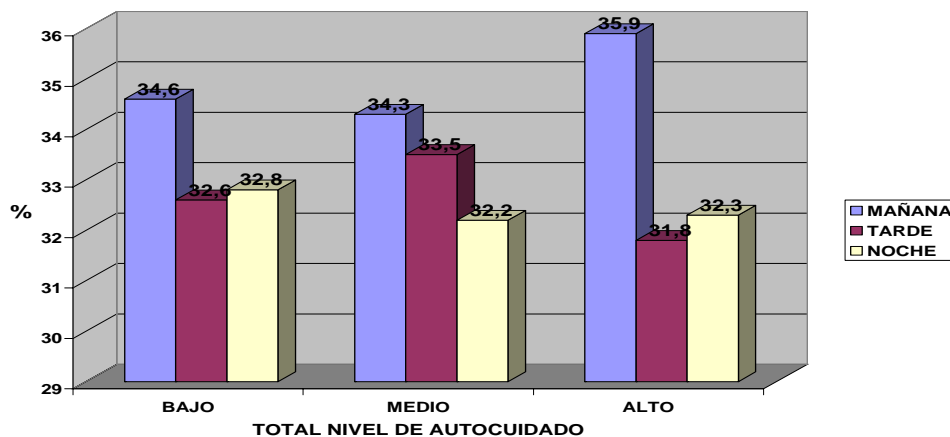
Complejidad baja: En el turno de la mañana el 34.6% (413), seguido del 32.8% (391) en la noche y por último el 32.6% (389) en la tarde. Para un total de 1193 (100%) valoraciones.

Complejidad media: En el turno de la mañana el 34.3% (360), seguido del 33.5% (351) en la tarde y por último el 32.2% (338) en la noche. Para un total de 1049 (100%) valoraciones.

Complejidad alta: En el turno de la mañana el 35.9% (69), seguido del 32.3% (62) en la noche y por último el 31.8%(61) en la tarde. Para un total de 192 (100%) valoraciones.

La distribución en cada nivel de autocuidado según el turno del día es: para el nivel de autocuidado bajo y alto es mayor la distribución del porcentaje en el turno de la mañana, seguido del turno de la noche y con menor porcentaje el turno de la tarde, para el nivel de autocuidado medio la distribución es mayor en la mañana seguido del turno de la tarde y por último el turno de la noche. En general se evidencia que para el nivel de autocuidado se requiere mayor apoyo de personal de enfermería en el turno de la mañana ya que en este se realizan la mayor parte de actividades elementales diarias que genera cada paciente.

Distribución, Complejidad total, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafica 13.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

ANALISIS DE RESULTADOS DEL SERVICIO DE NEURO-QUIRÚRGICAS

El servicio cuenta con 30 camas para la hospitalización de pacientes de las diferentes subespecialidades: Neurocirugía en un mayor porcentaje, cirugía plástica y maxilofacial, urología, oftalmología, otorrinolaringología.

Tiene un índice ocupacional del 90% por lo que se hospitaliza pacientes de otras especialidades en este servicio.

Para la prestación de los servicios cuenta con: 8 especialistas, 1 médico hospitalario, 4 enfermeras, 13 auxiliares de enfermería.

EDAD:

Para valorar la complejidad de paciente según la edad se tuvo en cuenta el ciclo vital humano del adulto y los cambios fisiológicos y de protección que este genera.

En esta variable, se hizo una clasificación de tres rangos de edad en orden cronológico, que corresponde a adulto joven (20-40 años) con un puntaje de (1); adulto maduro (41-65 años) puntaje (2) y adulto mayor (mayor de 65 años) puntaje de (3).

En el servicio Neuro-quirúrgicas se realizaron 2016 valoraciones de las cuales el 37.1% (752) para adulto maduro, seguido del 32.1% (644) para el adulto joven y el 30.8% (620) para el adulto mayor.(tabla 14).

Para la relación de distribución entre rango de edad y turno del día se obtiene un porcentaje en los tres turnos del día así:

En la mañana 30.8% (206) son adultos mayores, el 31.9% (214), son adultos jóvenes y el 37.3% (250) son adultos maduros. Para un total de 670 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 30.8% (207) son adultos mayores, el 31.8% (216) corresponde a adultos jóvenes y el 37.4% (251) a adultos maduros. Para un total de 674 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 30.8% (207) son adultos mayores, el 31.8 (214) corresponde a adultos jóvenes y el 37.4% (251) a adultos maduros. Para un total de 672 (100%) valoraciones.

El mayor porcentaje según el rango de edad en el servicio de neuro-quirúrgicas lo posee el adulto maduro, seguido del adulto joven y finalmente el adulto mayor. El grupo investigador durante la recolección de la información evidencio que las hospitalizaciones en el servicio de neuro-quirúrgicas son

producto de accidentes laborales y accidentes de tránsito lo que coincide con la edad laboral productiva.

A pesar de la diferencia en la distribución entre los rangos, los porcentajes son muy similares en los tres rangos de edad, esto permite ver que en el servicio de neuro-quirúrgicas no hay especificidad de hospitalización para cierto grupo de adultos, a diferencia del servicio de medicina interna.

Tabla 14. Distribución por turno y por edad de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 – junio 6 2006.

DISTRIBUCIÓN DE EDAD TURNO	20-40 AÑOS		41-65 AÑOS		MAYOR DE 65 AÑOS		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	214	31.9	250	37.3	206	30.8	670	100
TARDE	216	31.8	251	37.4	207	30.8	674	100
NOCHE	214	31.8	251	37.4	207	30.8	672	100
TOTAL	644	32.1	752	37.1	620	30.8	2016	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 14) la distribución por rango de edad en los tres turnos del día:

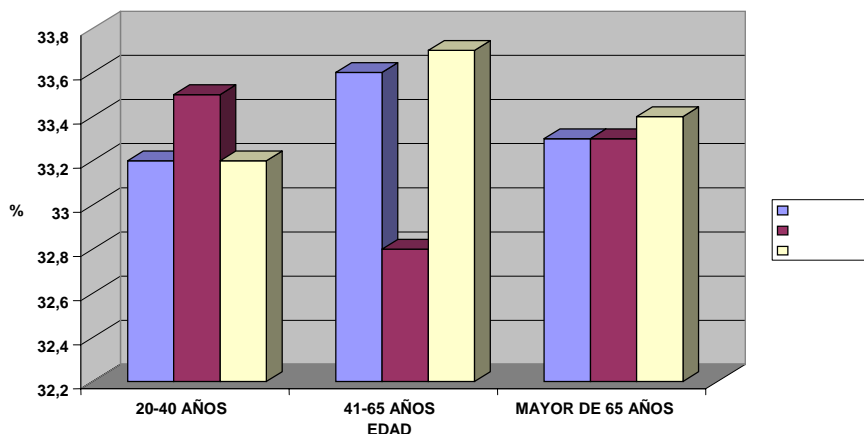
Adulto joven, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: del 33.5% (216) en la tarde, el 33.2% (214) en la mañana y noche. Para un total de 644 (100%) valoraciones.

Adulto maduro, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día en orden descendente así: el 33.7% (251) en la noche, el 33.6% (250) en la mañana, por último el 32.8% (251) en la tarde. Para un total de 752 (100%) valoraciones.

Adulto mayor, existe una distribución del porcentaje durante los tres turnos del día con orden descendente así: el 33.4% (207) en la tarde y noche seguido del 33.3% (206) en la mañana.

La distribución de los tres rangos de edad según cada turno del día tiene una relativa diferencia ya que prevalece en dos de los rangos (adulto maduro y adulto mayor) el mayor porcentaje de distribución para el turno de la noche y para el rango (adulto joven) es mayor el porcentaje de distribución en el turno de la tarde. Esto evidencia que se requiere mayor apoyo del personal de enfermería en el turno de la noche para el servicio de neuro-quirúrgicas.

Distribución. Edad de los pacientes valorados en el servicio de neuroquirúrgicas. Mayo 8 – Junio 6 2006 Grafica 14.



Fuente: datos recogidos por los investigadores

DEFICIT DE AUTOCUIDADO:

La evaluación del nivel de cuidado le permite al profesional enfermería conocer el déficit de autocuidado y para esto es necesario valorar primero los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud, en segundo lugar reconocer los elementos que participan en ellos (agentes y agencia de autocuidado) y guiar los cuidados dependiendo el nivel de apoyo, con el fin de coordinar las actividades con el equipo de salud para que el paciente y la familia se hagan partícipes en la rehabilitación mejorando el nivel de autocuidado de la persona afectada.

Basados en la teoría de Dorothea Orem caracterizamos cinco variables que conforman los cuidados elementales que necesita el agente de autocuidado como son: Alimentarse, bañarse, trasladarse (Cama-silla silla-Cama), deambular (Caminar) y la movilidad en cama (cambios de posición).

En donde se asignaron puntajes de (1) cuando el paciente lo realizaba de manera independiente (2) cuando requería ayuda o asistencia y (4) cuando el paciente es totalmente dependiente.

Con los resultados de la valoración del déficit de autocuidado por cada paciente, se clasificó su complejidad teniendo en cuenta los siguientes valores:

Complejidad baja 0-9 puntos: que contempla hasta el 45% del valor total de

referencia.

Complejidad media 10-15 puntos: que contempla valores entre el 50% y el 75% del valor total de referencia.

Complejidad alta 16-20 puntos: Que contempla valores entre el 75% y el 100% del valor total de referencia.

“ALIMENTARSE”

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2009 (100%) valoraciones, según el nivel de autocuidado “Alimentarse” de las cuales el 54.5% (1100) corresponden a pacientes que son independientes para alimentarse, seguido de los que requieren ayuda y/o asistencia con 31.8% (633) y por último los pacientes dependientes para con un el 13.7% (276). (Tabla 15)

La distribución del nivel de autocuidado “alimentarse” según los tres turnos del día es: De las 672 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 54.8% (368) son independientes para alimentarse, 31.4% (211) requieren ayuda y/o asistencia y el 13.8 (93) son dependientes para alimentarse.

En la *tarde* se realizaron 672 (100%) valoraciones, de las cuales el 54.8% (368) son independientes para alimentarse, 31.4% (211) requieren ayuda y/o asistencia y el 13.8% (93) son dependientes.

En la *noche* se realizaron 665 (100%) valoraciones de las cuales el 53.9% (364) son independientes para alimentarse, 32.7% (221) requieren ayuda y/o asistencia y el 13.3% (90) son dependientes.

La distribución en los tres turnos del día con relación a los tres niveles de autocuidado es igual apareciendo con mayor porcentaje los pacientes que son independientes, seguido de los que requieren ayuda y/o asistencia y con menor porcentaje los que son dependientes. Actividad de vital importancia en los pacientes que requieren el apoyo del personal de enfermería pues es realizada varias veces en el día.

Tabla 15. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas.

TURNO	1 Independiente		2 Requiere ayuda y/o asistencia		4 Totalmente Dependiente		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	368	54.8	211	31.4	93	13.8	672	100
TARDE	368	54.8	211	31.4	93	13.8	672	100
NOCHE	364	53.9	211	32.7	90	13.3	665	100
TOTAL	1100	54.5	633	31.8	276	13.7	2009	100

Fuente: datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 15) la distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “alimentarse” con relación a los tres turnos del día:

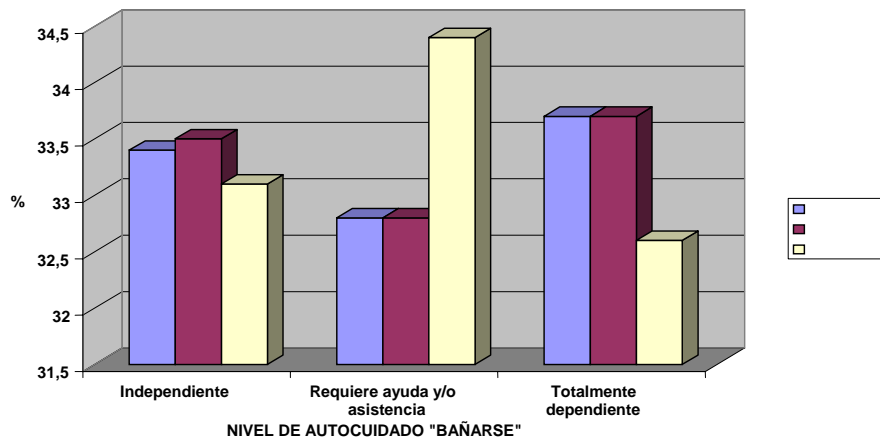
El paciente que es totalmente independiente para “alimentarse” se distribuye en un mayor porcentaje en el turno de la tarde con el 33.5% (368), seguido con el 33.4% (368) en el turno de la mañana y el 33.1% (364) en la noche. Para un total de 1100 (100%) valoraciones.

El paciente que requiere ayuda y/o asistencia para “alimentarse” presenta una distribución mayor en el turno de la noche del 34.4% (221), seguido del 32.8% (211) en la mañana y tarde. Para un total de 633(100%) valoraciones.

Por último el paciente dependiente para “alimentarse” presenta una distribución mayor en el turno de la mañana y tarde con 33.7% (93), seguido del 32.6% (90) en el turno de la noche.

La distribución en cada nivel de autocuidado según cada turno del día tiene diferentes tendencias así que el apoyo del personal de enfermería debe ser constante para suplir las demandas de cuidado.

Distribución. Nivel de Autocuidado “Alimentarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 – Junio 6 2006. Grafica 15.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

“BAÑARSE”

La distribución de las 2015 valoraciones que se realizaron en el servicio de neuro-quirúrgicas, según el nivel de autocuidado “bañarse” le corresponde en un mayor porcentaje a los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia con un 47.9% (965), seguido de los que son independientes con 30% (604) y por último los pacientes dependientes con el 22.1% (446). (Tabla 16).

La distribución de los rangos del nivel de autocuidado “bañarse” según los tres turnos del día es:

De las 672 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 47.9% (322) requieren ayuda y/o asistencia para bañarse, el 30.4% (204) son independientes, y el 21.7% (146) son dependientes.

En la tarde se realizaron 668 (100%) valoraciones de las cuales 46.9% (313) requieren ayuda y/o asistencia, el 30.54% (204) son independientes, y el 22.6% (151) son dependientes.

En la noche se realizaron 675 (100%) valoraciones de las cuales el 48.9 % (330) requieren ayuda y/o asistencia, el 29% (196) son independientes y el 22.1% (149) son dependientes.

En el servicio de neuro-quirúrgicas del total de valoraciones realizadas para la clasificación de la complejidad del paciente en la variable nivel de autocuidado “bañarse”, en mayor porcentaje los pacientes requieren ayuda y/o asistencia seguido de los que son independientes y en menor porcentaje los que son

dependientes con distribución en el mismo orden en cada turno del día.

Esto indica que debe existir personal suficiente que permita garantizar el cumplimiento de esta actividad de autocuidado diaria para proporcionarle bienestar y comodidad a cada paciente, cuando un paciente requieren ayuda o asistencia para bañarse el personal de enfermería en este servicio debe trasladar al paciente desde su habitación hasta el baño y viceversa esto implica gasto de tiempo y esfuerzo considerable, esta actividad se realiza en el turno de la mañana y algunas veces en otro turno dependiendo la necesidad del paciente. Cuando el paciente es totalmente dependiente para bañarse que aparece en menor porcentaje el baño se realiza en cama.

Tabla 16. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas.

TURNO	AUTOCUIDADO: “BANARSE”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	204	30.4	322	47.9	146	21.7	672	100		
TARDE	204	30.5	313	46.9	151	22.6	668	100		
NOCHE	196	29	330	48.9	149	22.1	675	100		
TOTAL	604	30	965	47.9	446	22.1	2015	100		

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 16) la distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “bañarse” con relación a los tres turnos del día, se distribuye así:

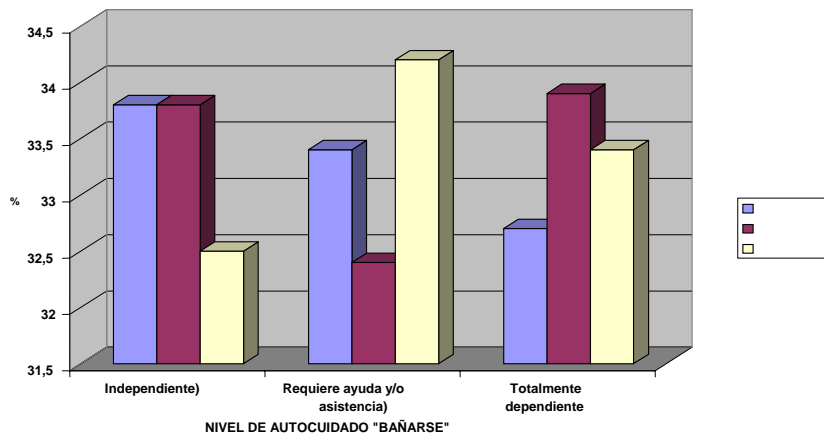
El paciente que es totalmente independiente para “bañarse” se distribuye en un mayor porcentaje en el turno de la mañana y tarde con el 33.8% (204) seguido de el 32.5% (196) en la noche. Para un total de 604 (100%) valoraciones.

El paciente que requiere ayuda y/o asistencia para “bañarse” presenta una distribución mayor en el turno de la noche del 34.2% (330), seguido del 32.4% (322) en mañana y el 32.4% (313) en la tarde. Para un total de 965 (100%) valoraciones.

Por último el paciente dependiente para “bañarse” presenta una distribución mayor en el turno de la tarde del 33.9% (151), seguido del 33.4% (149) en la noche y el 32.7% (146) en la mañana. Para un total de 446 (100%) valoraciones.

Por la variabilidad de la distribución en cada nivel de autocuidado con relación al turno del día, la dotación del personal de enfermería debe ser constante en los tres turnos para apoyar al paciente cuando requiera esta actividad de cuidado.

Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Bañarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Grafica 16.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

“TRASLADARSE”

La distribución de las 2015 valoraciones que se realizaron en el servicio de neuro-quirúrgicas, según el nivel de autocuidado “trasladarse” le corresponde en un mayor porcentaje a los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia con 42.5% (857), seguido de los que son independientes con 30.2% (609) y por último los pacientes dependientes con un el 27.2% (549).

Según la clasificación de los rangos del nivel de autocuidado “trasladarse” con relación a los tres turnos del día es: de las 672 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 43.9% (295) requieren ayuda y/o asistencia para trasladarse, el 30.4% (204) son independientes y el 25.7% (173) son dependientes.

En la tarde se realizaron 668 (100%) valoraciones de las cuales 40.9% (273) requieren ayuda y/o asistencia para trasladarse, el 30.8% (206) son independientes, y el 28.3% (189) son dependientes para trasladarse.

En la noche se realizaron 675 (100%) valoraciones de las cuales el 42.8% (289) requieren ayuda y/o asistencia para trasladarse, el 29.5% (199) son independientes y el 27.7% (187) son dependientes.

La distribución para el nivel de autocuidado trasladarse es mayor para los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia, seguido de los que son independientes y en menor porcentaje los dependientes y en relación con la distribución en cada turno del día aparece un orden igual, esto permite ver que en el servicio de Neuro- quirúrgicas a la mayor parte de los pacientes hospitalizados el enfermer@ brinda ayuda y/o asistencia para trasladar al paciente (silla-cama, cama-silla) por lo tanto le implica un manejo adecuado de la mecánica corporal , una cantidad de esfuerzo y un tiempo para brindar comodidad al paciente por medio de los cambios de posición.

Tabla 17. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas.

TURNO	AUTOCUIDADO: “TRASLADARSE”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	204	30.4	295	43.9	173	25.7	672	100		
TARDE	206	30.8	273	40.9	189	28.3	668	100		
NOCHE	199	29.5	189	42.8	187	27.7	675	100		
TOTAL	609	30.2	857	42.5	549	27.2	2015	100		

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 17) la distribución de los tres rangos del nivel de autocuidado “trasladarse” con relación a los tres turnos del día así:

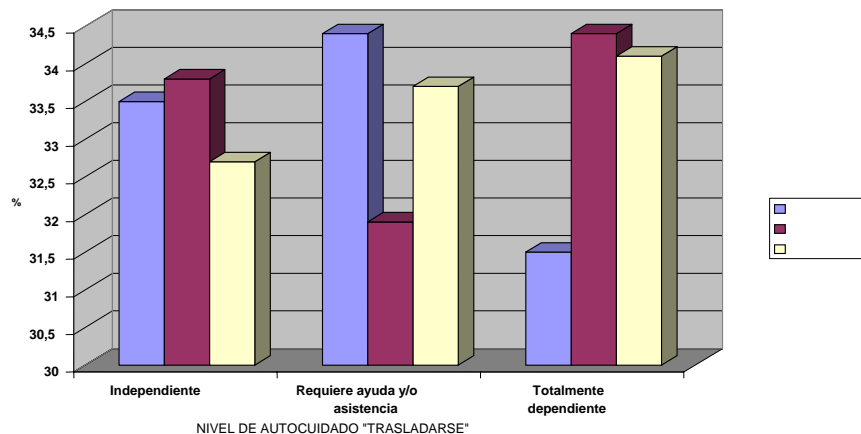
El paciente que es independiente para “trasladarse” se distribuye en un mayor porcentaje en el turno de la tarde con el 33.8% (206) seguido del 33.5% (204) en el turno de la mañana y el 32.7% (199) en la noche. Para un total de 857 (100%) valoraciones.

El paciente que requiere ayuda y/o asistencia para “trasladarse” presenta una distribución mayor en el turno de la mañana del 34.4% (295), Seguido del 33.7% (273) en la tarde y el 31.9% (189) en la noche. Para un total de 857 (100%) valoraciones.

Por último el paciente dependiente para “trasladarse” presenta una distribución mayor en el turno de la tarde del 34.4% (189), seguido del 34.1% (187) en la noche y el 31.5% (173) en la mañana. Para un total de 549 (100%) valoraciones.

En esta variable se aplica el sistema de compensación parcial donde el paciente hospitalizado requiere del cuidado del personal de enfermería para su traslado especialmente en los dos turnos del día, que le asegure de llevar a cabo esta actividad de cuidado elemental.

Distribución, Nivel de Auto-cuidado “trasladarse” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Grafica 17.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

“DEAMBULAR”

La distribución de las 2015 valoraciones que se realizaron en el servicio de neuro-quirúrgicas, según el nivel de autocuidado “deambular” el mayor porcentaje corresponde a pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para “deambular” con el 40.5% (816), seguido de los que son dependientes con 30.1% (607) y por último los pacientes independientes con un el 29.4% (592).

La distribución del nivel de autocuidado “deambular” según los tres turnos del día es:

De las 672 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 41.8% (281) requieren ayuda y/o asistencia para “deambular”, el 29.3% (197) son independientes y el 28.9% (194) son dependientes.

En la tarde se realizaron 668 (100%) valoraciones de las cuales el 38.8% (259) requieren ayuda y/o asistencia para “deambular”, el 31.1% (208) son dependientes, y el 30.1% (201) son independientes.

En la noche se realizaron 675 (100%) valoraciones de las cuales el 40.9%

(276) requieren ayuda y/o asistencia para “deambular”, el 30.4% (205) son dependientes y el 28.7% (194) son independientes.

La distribución total para el nivel de autocuidado “deambular” es mayor para los pacientes que requieren ayuda o asistencia, seguido de los que son dependientes y con menor porcentaje los que son independientes, de igual forma se distribuye en cada turno del día. Se evidencia que la mayor parte de los pacientes en esta variable son de complejidad media y alta. Por lo tanto en la mayor parte de los pacientes la enfermer@ proporciona ayuda o asistencia al paciente para deambular, acompaña al paciente y le proporciona los medios necesarios para que el paciente pueda cumplir con esta actividad en la medida que esté indicada.

Tabla 18. Distribución por turno y por Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas.

TURNO	AUTOCUIDADO: “DEAMBULAR”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	197	29.3	281	41.8	194	28.9	672	100		
TARDE	201	30.1	259	38.8	208	31.1	668	100		
NOCHE	194	28.7	276	40.9	205	30.4	675	100		
TOTAL	592	29.4	816	40.5	607	30.1	2015	100		

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 18) la distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “deambular” con relación a los tres turnos del día se distribuye así:

El paciente que es independiente para “deambular” se distribuye en un mayor porcentaje en el turno de la tarde con el 34% (201) seguido con el 33.3% (197) en el turno de la mañana y el 32.8% (194) en la noche. Para un total de 592 (100%) valoraciones.

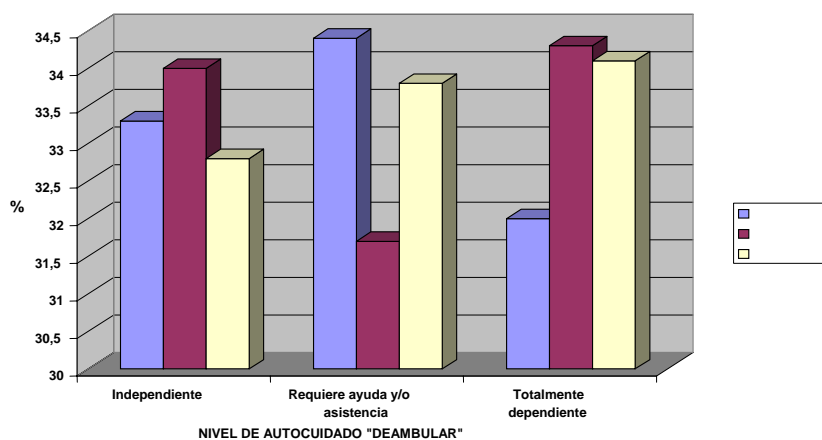
El paciente que requiere ayuda y/o asistencia para “deambular” presenta una distribución mayor en el turno de la mañana del 34.4% (281) seguido del 33.8% (276) en la noche y el 31.7% (259) en la tarde. Para un total de 816 (100%) valoraciones.

Por último el paciente dependiente para “deambular” presenta una distribución

mayor en el turno de la tarde del 34.3% (208), seguido del 33.8% (205) en la noche y el 32% (194) en la mañana. Para un total de 607(100%) valoraciones.

En los tres turnos se refleja el grado de complejidad del paciente (media y alta) para este servicio ya que el paciente requiere de cuidados específicos según la complicación de salud (ECV Hemorrágico, Trauma raquimedular, etc.) por consiguiente se requiere que el personal de enfermería identifique el factor condicionante para que actúe brindando cuidado terapeutico.

Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Deambular” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Grafica 18.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

“MOVILIDAD EN CAMA”

La distribución de las 2015 valoraciones que se realizaron en el servicio de neuro-quirúrgicas según el nivel de autocuidado “Movilidad en cama” el mayor porcentaje corresponde a pacientes independientes para la “movilidad en cama” con un 42.8% (862), seguido de los que requieren ayuda y/o asistencia con el 40.1% (808) y por último los pacientes dependientes con el 17.1% (345).

La distribución del nivel de autocuidado “movilidad en cama” según los tres turnos del día es:

De las 672 (100%) valoraciones que se realizaron en el turno de la mañana el 42.7% (287) son independientes para “movilidad en cama”, el 40.6% (273) requieren ayuda y/o asistencia y el 16.7% (112) son dependientes.

En la tarde se realizaron 668 (100%) valoraciones de las cuales el 43.6% (291) son independientes para “movilidad en cama”, el 39.1% (261) requieren ayuda y/o asistencia y el 17.4% (116) son dependientes.

En la noche se realizaron 675 (100%) valoraciones, de las cuales el 42.1% (284) son independientes para “movilidad en cama”, el 40.6% (274) son dependientes, y el 17.3% (117) son independientes.

La distribución para el nivel de autocuidado “movilidad en cama” es mayor para los pacientes que son independientes, seguido de los que requieren ayuda o asistencia y con menor porcentaje los que son dependientes para “movilidad en cama” de igual forma se distribuye en cada turno del día. Es importante el apoyo de suficiente personal que cuente con el tiempo necesario para realizar esta actividad ya que el segundo grupo con mayor porcentaje lo presentan los pacientes que requieren ayuda y/o asistencia para movilidad en cama también por que esta actividad es propia de enfermería pues proporciona comodidad al paciente y evita la formación de zonas de presión, por consiguiente, úlceras por presión.

Tabla 19. Distribución por turno y por nivel de autocuidado “MOVILIDAD EN CAMA”.

TURNO	AUCUIDADO: “MOVILIDAD EN CAMA”		1 (Independiente)		2 (Requiere ayuda y/o asistencia)		4 (Totalmente dependiente)		TOTAL	
				%		%		%		%
MAÑANA	287		42.7		273	40.6	112	16.7	672	100
TARDE	291		43.6		261	39.1	116	17.4	668	100
NOCHE	284		42.1		274	40.6	117	17.3	675	100
TOTAL	862		42.8		808	40.1	345	17.1	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 19) la distribución de los tres rangos del nivel de autocuidado “movilidad en cama” con relación a los tres turnos del día es:

Independiente para la “movilidad en cama” se distribuye en mayor porcentaje en el turno de la tarde con el 33.8% (291) seguido con el 33.3% (287) en el turno de la mañana y el 32.9% (284) en la noche. Para un total de 862 (100%) valoraciones.

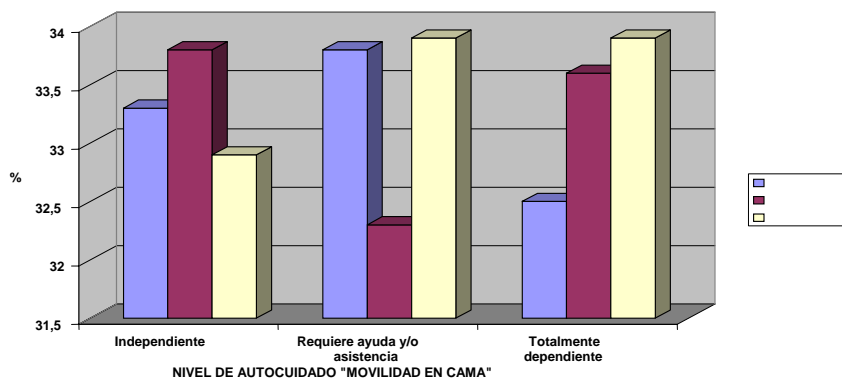
Requiere ayuda y/o asistencia para la “movilidad en cama” con distribución mayor en el turno de la noche del 33.9% (274), seguido del 33.8% (273) en la mañana y el 32.3% (261) en la tarde. Para un total de 808 (100%) valoraciones.

Por último el paciente dependiente para la “movilidad en cama” con una

distribución mayor en el turno de la noche del 33.9% (117), seguido del 33.6% (116) en la tarde y el 32.5% (112) en la mañana. Para un total de 345 (100%) valoraciones.

La distribución en los tres rangos del nivel de autocuidado “movilidad en cama” con relación a los tres turnos del día, aparece en mayor porcentaje en el turno de la noche, esto es debido a que el paciente no tiene ningún familiar que le brinde apoyo para realizar esta actividad, actividad que debe suplir el personal de enfermería para evitar complicaciones en la integridad de la piel.

Distribución, Nivel de Auto-cuidado “Movilidad en Cama” de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Grafica 19.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

TOTAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

En el servicio Neuro-quirúrgicas se realizaron 2015 valoraciones para el nivel total de autocuidado de las cuales el 49.6% (1000) corresponde a pacientes de complejidad baja, seguido del paciente de complejidad media con el 30.3% (611) y por último el paciente de complejidad alta con el 20% (404). (Tabla 20)

La distribución del los tres niveles de la complejidad de paciente en cada turno del día es: En el turno de la mañana le corresponde el 50.1% (337) a pacientes de complejidad baja, el 30.5% (205) a pacientes de complejidad media y el 19.3% (130) a complejidad alta. Para un total de 672 (100%) valoraciones.

Turno de la tarde: el 48.9% (330) para pacientes de complejidad baja, el 31% (209) complejidad media y el 20.1% (136) complejidad alta. Para un total de 675 (100%) valoraciones

Turno de la noche: el 49.9% (333) para paciente de complejidad baja, seguido del 29.5% (197) de complejidad media y el 20.7% (138) de complejidad alta.

Para un total de 668 (100%) valoraciones.

En el servicio de Neuro-quirúrgicas del total de las valoraciones realizadas la distribución total de autocuidado presenta mayor porcentaje los pacientes clasificados de Complejidad Baja, seguidos de pacientes de Complejidad Media, y con menor porcentaje los pacientes de complejidad Alta, la distribución es igual en cada turno del día, a pesar de esto la diferencia de los porcentajes que diferencia a cada nivel de complejidad son mínimos lo que significa que el paciente que está en este servicio hospitalizado requiere constante cuidado del personal de enfermería para realizar las actividades elementales de la vida diaria.

Tabla 20. Distribución por turno y por nivel total de autocuidado.

NIVEL TOTAL AUTOCUIDADO	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	337	50.1	205	30.5	130	19.3	672	100
TARDE	330	48.9	209	31	136	20.1	675	100
NOCHE	333	49.9	197	29.5	138	20.7	668	100
TOTAL	1000	49.6	611	30.3	404	20	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

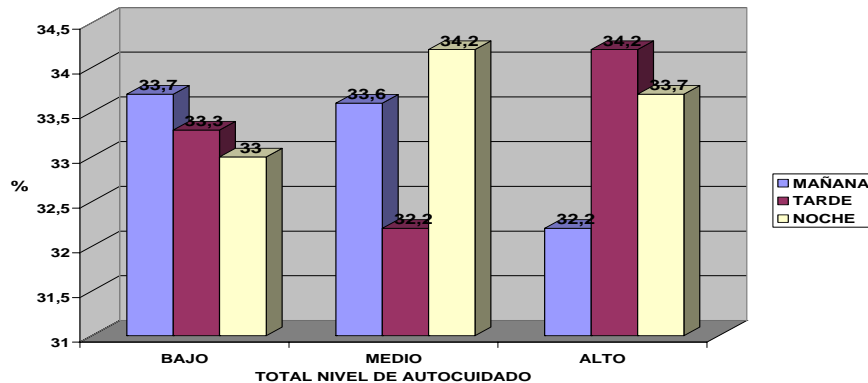
Se evidencia en la (Grafica 20) la distribución del porcentaje total en cada nivel de complejidad con respecto a los tres turnos del día:

Complejidad baja: En el turno de la mañana el 33.7% (337), seguido del 33.3% (333) en la noche y por último el 33% (330) en la tarde. Para un total de 1000 (100%) valoraciones.

Complejidad media: En el turno de la tarde el 34.2% (209), seguido del 33.6% (205) en la mañana y por último el 32.2% (197) en la noche. Para un total de 611 (100%) valoraciones.

Complejidad alta: En el turno de la noche el 34.2% (138); seguido del 33.7% (136) en la tarde y por último el 32.2%(130) en la mañana. Para un total de 404 (100%) valoraciones.

Distribución, Nivel total de Auto-cuidado de los pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Grafica 20.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

DISPOSITIVOS AUXILIARES

Se tomaron variables como (sonda nasogástrica, vesical, tubo a tórax, oxígeno por cánula, máscara, dispositivos de drenajes, férulas cuellos ortopédicos, muletas, silla de ruedas, corsés etc.). Asignando una puntuación de (1) para ningún dispositivo auxiliar. (2) para uno o dos dispositivos auxiliares y (3) más de dos dispositivos auxiliares.

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2015 valoraciones para la valoración de la "dispositivos auxiliares" de las cuales 46.5% (936) corresponden a pacientes con 2 dispositivos auxiliares, seguido del 43.7% (881) para pacientes sin ningún dispositivo y el 9.8% (198) para pacientes con más de 2 dispositivos auxiliares. (Tabla 21).

Para la relación de distribución entre cantidad de dispositivos y turno del día se obtiene: En la mañana tienen más de 2 dispositivos auxiliares el 9.5% (64), el 42.9% (288) no tienen ningún dispositivo y el 47.6% (320) tienen hasta dos dispositivos auxiliares. Para un total de 672 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde tienen más de 2 dispositivos auxiliares el 10.2% (68), el 44.6% (298) no tienen ningún dispositivo y el 45.2% (302) tienen hasta dos dispositivos auxiliares. Para un total de 678 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche tienen más de 2 dispositivos auxiliares el 9.8% (66), el 43.7% (295) no tienen ningún dispositivo y el 46.5% (314) tienen hasta dos dispositivos auxiliares. Para un total de 675 (100%) valoraciones.

En la distribución total de dispositivos auxiliares la mayor parte de los pacientes hospitalizados en el servicio de neuro-quirúrgicas tienen de (1 a 2

dispositivos auxiliares) tales como oxígeno, sondas, dispositivos de drenaje, corsés etc., la presencia de estos dispositivos en los pacientes es necesaria ya sea para mejorar las condiciones de salud, evitar complicaciones o para la toma de algún tipo de examen diagnóstico, por lo tanto el personal de enfermería esta encargado del manejo, la vigilancia del buen funcionamiento, la valoración de riesgo-beneficio y de la efectividad o resultados de estos en cada caso en particular. A mayor cantidad de dispositivos en cada paciente se considera mayor complejidad y mayores requerimientos de cuidados de enfermería.

Tabla 21. Distribución por turno y por dispositivos auxiliares, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

DISPOSITIVOS AUXILIARES TURNO	NINGUNO		HASTA 2		MAS DE 2		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	288	42.9	320	47.6	64	9.5	672	100
TARDE	298	44.6	302	45.2	68	10.2	668	100
NOCHE	295	43.7	314	46.5	66	9.8	675	100
TOTAL	881	43.7	936	46.5	198	9.8	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 21) la distribución por cantidad de dispositivos en los tres turnos del día:

Ninguno dispositivo: el 33.7% (288) en la mañana, seguido del 33.5% (298) en la tarde y por último el 33.8% (295) en el turno de la noche. Para un total de 881 (100%) valoraciones.

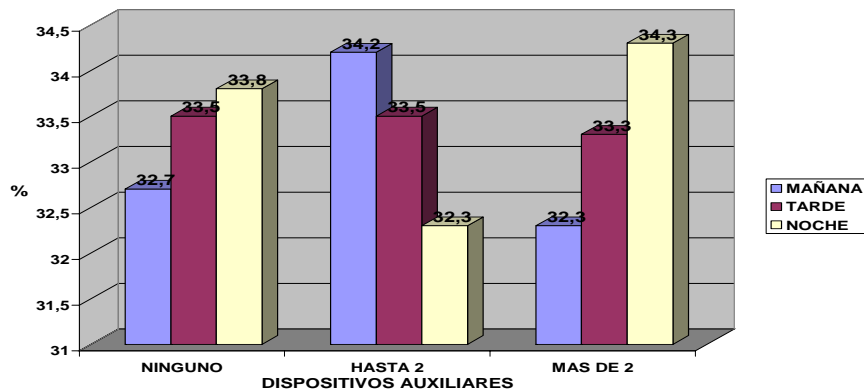
(1-2) dispositivos: el 34.2% (320) en la mañana, seguido del 33.5% (314) en la tarde y por último el 32.3% (302) en el turno de la noche. Para un total de 936 (100%) valoraciones.

Más de 2 dispositivos: el 32.3% (64) en la mañana, seguido del 32.6% (68) en la tarde, por último el 34.3% (66) en el turno de la noche. Para un total de 198 (100%) valoraciones.

Comparando la distribución del porcentaje total, con la distribución por cantidad de dispositivos, existe una similitud en el aumento del porcentaje del

turno de la mañana y la noche. La distribución de la cantidad de dispositivos en los tres rangos es diferente, para el rango de mayor distribución total (Más de 2 dispositivos), el mayor porcentaje aparece en el turno de la mañana seguida del turno de la tarde y con menor porcentaje en el turno de la noche, Por consiguiente se requiere de mayor apoyo del personal de enfermería en este turno.

Distribución, Dispositivos Auxiliares, pacientes valorados en el servicio de Medicina Interna. Mayo 8 –Junio 6 2006.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

ESTADO DE CONCIENCIA:

El estado de conciencia de un individuo se mide por la manera como responda a estímulos externos, esta mide en parte el estado neurológico del paciente y se distinguen cuatro estados de conciencia: alerta, somnolencia, estupor y coma. Para la clasificación de la complejidad del paciente se tuvo en cuenta tres rangos, asignándole un puntaje de (1) para estado de conciencia “Alerta”, (2) para “somnolencia” y (3) para estupor y/o coma. (Tabla 22).

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2015 valoraciones para la variable “estado de conciencia” el mayor porcentaje corresponde para los pacientes que en el momento de la valoración se encuentran “Alerta” con el 78.8% (1587), seguido del 16.9% (342) para pacientes en estado de conciencia “Somnolencia” y el 4.3% (86) para pacientes en estupor y/o coma.

Para la relación de distribución entre “estado de conciencia” y turno del día se obtiene: En la mañana el 78.9% (530) se encuentran “alerta” en el momento de la valoración, 17% (114) se encuentran “somnolientos” y el 4.1%(28) se encuentran en estupor o coma. Para un total de 672 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 79.3% (530) se encuentran “alerta” en el momento de la valoración, 16.5% (110) se encuentran “somnolientos” y el 4.2%(28) se

encuentran en estupor o coma. Para un total de 668 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 78.1% (527) se encuentran “alerta” en el momento de la valoración, 17.5%(118) se encuentran “somnolientos” y el 4.4%(30) se encuentran en estupor o coma. Para un total de 675 (100%) valoraciones.

Según la distribución total para la variable “estado de conciencia” el porcentaje total por cada turno del día se distribuye en mayor porcentaje a los pacientes que pertenecen a la clasificación de complejidad baja, seguido de pacientes de complejidad media y la menor parte la representan los pacientes de complejidad alta.

Tabla 22. Distribución por y turno y por estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

ESTADO DE CONCIENCIA	ALERTA		SOMNOLENCIA		ESTOPOR-COMA		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNO								
MAÑANA	530	78.9	114	17	28	4.1	672	100
TARDE	530	79.3	110	16.5	28	4.2	668	100
NOCHE	527	78.1	118	17.5	30	4.4	675	100
TOTAL	1587	78.8	342	16.9	86	4.3	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

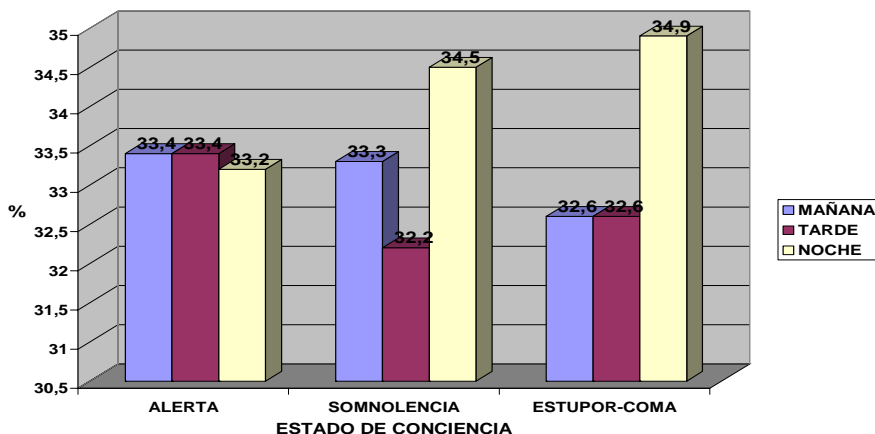
Se evidencia en la (Grafica 22) la distribución de “estado de conciencia” en los tres turnos del día:

Estado de conciencia “alerta”: el 33.4% (530) en la mañana y tarde, seguido del 33.2% (527) noche; Para un total de 1587 (100%) valoraciones.

Estado de conciencia “somnolencia”: el 34.5% (118) en la noche, seguido del 33.3% (114) en la mañana, por último el 32.2% (110) en el turno de la tarde. Para un total de 342 (100%) valoraciones.

Estado de conciencia estupor y/o coma: el 34.9% (30) en la noche, seguido del 32.6% (28) en la tarde y mañana. Para un total de 86 (100%) valoraciones.

Distribución, Estado de conciencia, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafica 22.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

MONITORIZACIÓN:

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2013 valoraciones para la variable “Monitorización” de las cuales el 81.7% (1645) le corresponde a los pacientes que tienen Monitorización cada 4 horas, seguido de los pacientes con Monitorización “cada 2 horas” con el 14.8% (298) y por último los pacientes con monitorización “continua” con el 3.5%(70).

Para la relación de distribución entre “monitorización” y turno del día se obtiene: En la mañana 82%(550) tienen monitorización cada 4 horas, Seguido 14.6% (98) monitorización cada 2 horas y 3.4% (23) tienen monitorización “continua”. Para un total de 671(100%) valoraciones.

En el turno de la tarde 81.9% (546) tienen monitorización cada 4 horas, Seguido 14.4% (96) monitorización cada 2 horas y 3.7% (25) continuo. Para un total de 667 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche 81.3% (549) tienen monitorización cada 4 horas, Seguido 15.4% (104) monitorización cada 2 horas y 3.3% (22) continuo. Para un total de 675 (100%).

La mayor parte de los pacientes monitorizados según distribución total y encada turno pertenecen a la clasificación de complejidad baja, seguido de pacientes de complejidad media y el menor porcentaje la representan los pacientes de complejidad alta. Esta actividad la realiza directamente la enfermer@ a mayor tiempo de monitorización del paciente mayor será la complejidad este y mayor será el tiempo que requiere la enfermer@ para cumplir adecuadamente con esta actividad.

Tabla 23. Distribución por turno y por monitorización, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

MONITORIZACIÓN TURNO	CADA 4 HORAS		CADA 2 HORAS		CONTINUO		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	550	82	98	14.6	23	3.4	671	100
TARDE	546	81.9	96	14.4	25	3.7	667	100
NOCHE	549	81.3	104	15.4	22	3.3	675	100
TOTAL	1645	81.7	298	14.8	70	3.5	2013	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

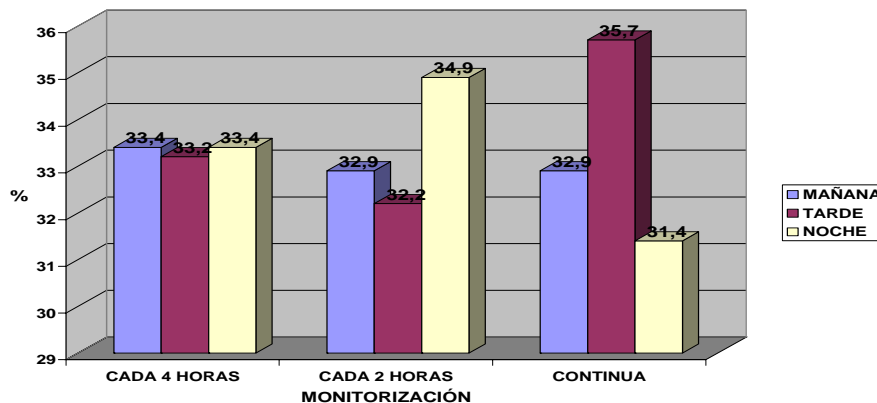
Se evidencia en la (Grafica 23) la distribución de Monitorización en los tres turnos del día así:

Monitorización cada 4 horas: el 33.4% (550) en la mañana, seguido del 32.4% (549) en la noche, por último el 33.2% (546) en el turno de la tarde. Para un total de 1645 (100%) valoraciones.

Monitorización cada 2 horas: el 34.9% (104) en la noche, seguido del 32.9% (98) en la mañana, por último el 32.2% (96) en el turno de la tarde. Para un total de 298 (100%) valoraciones.

Monitorización continuo: el 35.7% (25) en la tarde, seguido del 32.9% (23) en la mañana y el 31.4% (22) en la noche. Para un total de 70 (100%) valoraciones.

Distribución, monitorización, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006. Grafico 23.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

CURACIONES:

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2017 valoraciones de las cuales el mayor porcentaje corresponde para los pacientes sin curaciones con el 47.6% (960), seguido de pacientes con curaciones “Una vez al día” 46.7% (942) y por último pacientes con curaciones “Más de una vez al día” con el 5.7% (115).

Para la relación de distribución entre “curaciones” y turno del día se obtiene: En la mañana el 47.1% (317) “no tiene curaciones”, seguido del 47.1% (317) tiene curación “una vez al día” y el 5.8% (39) tiene curación “más de una vez al día”. Para un total de 673 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 47.2% (316) tiene curación “una vez al día”, seguido 47% (314) que “no tiene curaciones” y el 5.5% (37) tiene curación “más de una vez al día”. Para un total de 669 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 48.7% (329) “no tiene curaciones”, seguido 45.8% (309) tiene curación una vez al día y 5.5% (37) tiene curación más de “una vez al día”. Para un total de 675 (100%) valoraciones.

Se observa que en el servicio de neuro-quirúrgicas para esta variable la mayor parte de los pacientes son de complejidad baja seguido de los pacientes de complejidad media y en menor proporción los pacientes de complejidad alta, a mayor número de curaciones mayor será la complejidad del paciente y atención del personal profesional de enfermería.

Tabla 24. Distribución por turno y por curaciones, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

CURACIONES TURNO	SIN CURACIONES		UNA VEZ DÍA		MAS DE UNA VEZ DÍA		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	317	47.1	317	47.1	39	5.8	673	100
TARDE	314	47	316	47.2	39	5.8	669	100
NOCHE	329	48.7	309	45.8	37	5.5	675	100
TOTAL	960	47.6	942	46.7	115	5.7	2017	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Grafica 24) la distribución de cantidad de Curaciones en los tres turnos del día así:

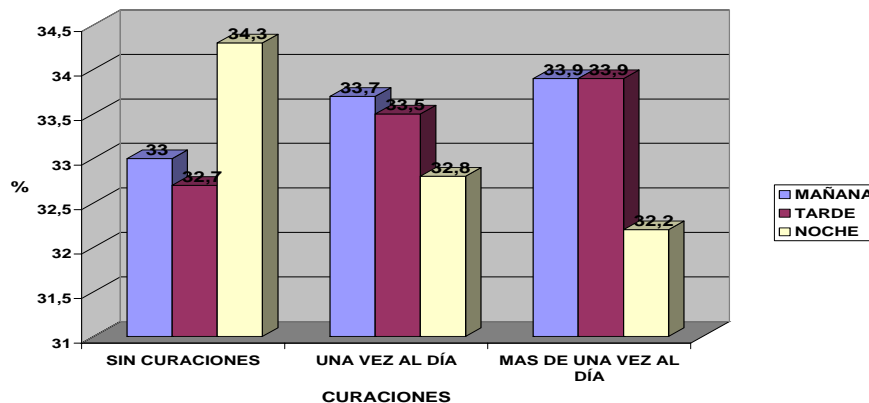
“Sin curaciones”: el 34.3% (329) en la noche, seguido del 33% (317) en la mañana, por último el 32.7 (314) en el turno de la tarde. Para un total de 960 (100%) valoraciones.

“Una vez al día”: el 33.7% (317) en la mañana, seguido del 33.5% (316) en la tarde, por último el 32.8% (309) en el turno de la noche. Para un total de 942 (100%) valoraciones.

“Más de una vez al día”: el 33.9% (39) en la mañana y tarde, seguido del 32.2% (37) en la noche. Para un total de 115 (100%) valoraciones.

Esta es una actividad propia del profesional de enfermería que es realizada por lo general en el turno de la mañana lo que significa que debe contar con el tiempo necesario para cumplir esta función que repercute en la recuperación del paciente.

Distribución, curaciones, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafico 24.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

MEDICAMENTOS

Se tuvo en cuenta la cantidad de medicamentos y la frecuencia con que son administrados, se realizó una clasificación en tres rangos: en primer lugar los pacientes con administración de medicamentos sólo por vía oral se les asigna un puntaje de (1), en segundo lugar los pacientes con diferentes vías de administración (vía oral, subcutánea, intramuscular y endovenosa) con un puntaje de (2) y por último pacientes con infusión continua de medicamentos con un puntaje de (3).

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 2019 valoraciones para la variable “Medicamentos” de las cuales el 88.7% (1797) corresponde a pacientes que tienen medicamentos por varias vías (VO, IM, IV, SC), seguido de pacientes con medicamentos en (infusión continua) con el 9.3% (187) y por último los pacientes sólo con (vía oral) el 2% (37). (Tabla 25)

Para la relación de distribución entre “medicamentos” y turno del día se obtiene:

En la mañana el 89% (598) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido 9.2% (62) que tienen (infusión continua) de medicamentos y el 1.8% (12) solo tienen (vía oral). Para un total de 672 (100%) valoraciones.

En el turno de la tarde el 89% (598) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido 9.2% (62) que tienen (infusión continua) de medicamentos y el 1.8% (12) solo tienen (vía oral). Para un total de 672 (100%) valoraciones.

En el turno de la noche el 88.9% (600) tienen medicamentos (VO, IM, IV, SC),

seguido 9.2% (62) que tienen (infusión continua de medicamentos) y el 1.9% (13) solo tienen (vía oral). Para un total de 675 (100%) valoraciones.

La distribución de la variable “Medicamentos” presenta mayor porcentaje para los pacientes que tienen varios medicamentos (VO, IM, IV, SC), seguido de los pacientes que tienen infusión continua y con menor porcentaje los pacientes que solo tiene medicamentos vía oral.

En esta variable se observa que la mayor parte de los pacientes hospitalizados son de complejidad media, seguido de los de complejidad alta y con menos porcentaje los de complejidad baja. Por lo tanto, se observa que los pacientes hospitalizados en el servicio requieren mayor asistencia por parte del personal de enfermería ya que esta es una actividad que se realiza varias veces en el día dependiendo de los requerimientos de cada paciente, es así como se observa en la distribución, ya que los pacientes en su mayoría tienen varias vías de administración de medicamentos o infusión permanente de estos.

Tabla 25. Distribución por turno y por medicamentos, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

MEDICAMENTOS TURNO	VIA ORAL		VO,IM,IV,SC		INFUSIÓN CONTINUA		TOTAL	
		%		%		%		%
MAÑANA	12	1.8	598	89	62	9.2	672	100
TARDE	12	1.8	598	89	62	9.2	672	100
NOCHE	13	1.9	600	88.9	62	9.2	675	100
TOTAL	41	2	1787	88.7	187	9.3	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

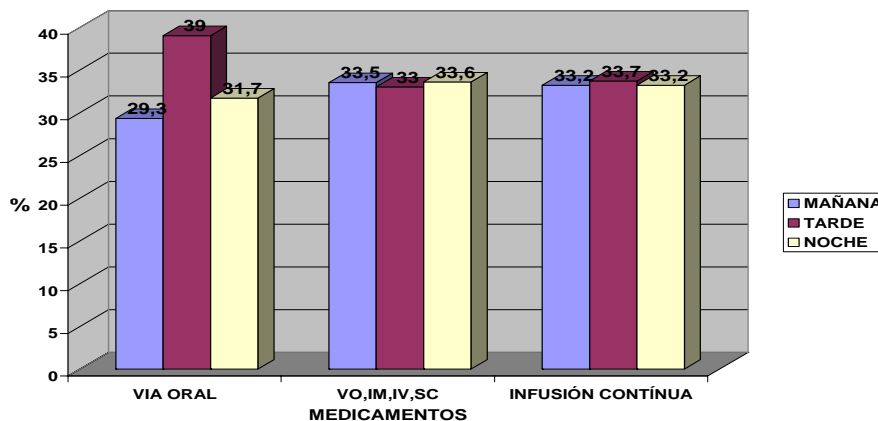
Se evidencia en la (Grafica 25) la distribución de Medicamentos en los tres turnos del día así:

Vía oral: el 39% (12) en la tarde, seguido del 31.7% (13) en la noche, por último el 29.3% (12) en el turno de la mañana. Para un total de 37 (100%) valoraciones.

VO, IM, IV, SC: el 33.6% (600) en la noche, seguido del 33.5% (598) en la mañana, por último el 33% (589) en el turno de la tarde. Para un de 1796(100%) valoraciones.

Infusión continua: el 33.7% (62) en la tarde, seguido del 33.2% (62) en la mañana y noche. Para total de 186 (100%) valoraciones.

Distribución, Medicamentos, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006. Grafico 25.



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

COMPLEJIDAD TOTAL DE PACIENTE:

Total: se realizó una sumatoria de los puntajes de las siete variables dividiendo el resultado en tres cuartiles, que permitió la clasificación de complejidad del paciente hospitalizado así:

Complejidad baja: 0-18 puntos que contempla hasta el 45% del valor total de referencia

Complejidad media: 19-29 puntos que contempla valores entre el 50% y el 75% del valor total de referencia.

Complejidad alta: 30-38 puntos que contempla valores entre el 75% y el 100% del valor total de referencia.

En el servicio Neuro-quirúrgicas se realizaron 2015 valoraciones para la variable “complejidad total de paciente” de las cuales el mayor porcentaje corresponde a pacientes de complejidad baja con el 46.4% (934), seguido del paciente de complejidad media con el 39.9% (803) y por último el paciente de complejidad alta con el 13.8% (278).

La distribución de los tres niveles de complejidad de paciente en cada turno del día: En el turno de la mañana le corresponde el 46.3% (311) a pacientes de complejidad baja, el 40% (269) a pacientes de complejidad media y el 13.7% (92) a complejidad alta. Para un 672 (100%) valoraciones.

Turno de la tarde: el 46.9% (313) para pacientes de complejidad baja, el 39.5% (264) complejidad media y el 13.6% (91) complejidad alta. Para un total de 668 (100%) valoraciones.

Turno de la noche: el 45.9% (310) para paciente de complejidad baja, seguido del 40% (270) de complejidad media y el 14.1% (95) de complejidad alta. Para un total de 675 (100%) valoraciones.

La distribución de porcentaje según cada rango de complejidad aparece con mayor distribución para los pacientes de complejidad baja, seguido de los pacientes de complejidad media, y con menor porcentaje los pacientes de complejidad alta.

Teniendo en cuenta que la distribución de complejidad total de paciente en ambos servicios es similar el servicio de medicina interna tiene mayor índice ocupacional pero en el servicio de neuro-quirúrgicas hay mayor complejidad del paciente hospitalizado como se evidencia en los porcentajes de complejidad alta en ambos servicios.

COMPLEJIDAD TOTAL DE PACIENTE:

Tabla 26. Distribución por turno y por complejidad total, pacientes valorados en el servicio de neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –junio 6 2006.

COMPLEJIDAD TOTAL	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
		%		%		%		%
TURNOS								
MAÑANA	311	46.3	269	40	92	13.7	672	100
TARDE	313	46.9	264	39.5	91	13.6	668	100
NOCHE	310	45.9	270	40	95	14.1	675	100
TOTAL	934	46.4	803	39.9	278	13.8	2015	100

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Se evidencia en la (Gráfica 26) la distribución del porcentaje total en cada nivel de complejidad con respecto a los tres turnos del día así:

Complejidad baja: En el turno de la tarde el 33.5% (313), seguido del 33.3 % (311) en la mañana y por último el 33.2% (310) en la noche. Para un total de 934 (100%) valoraciones.

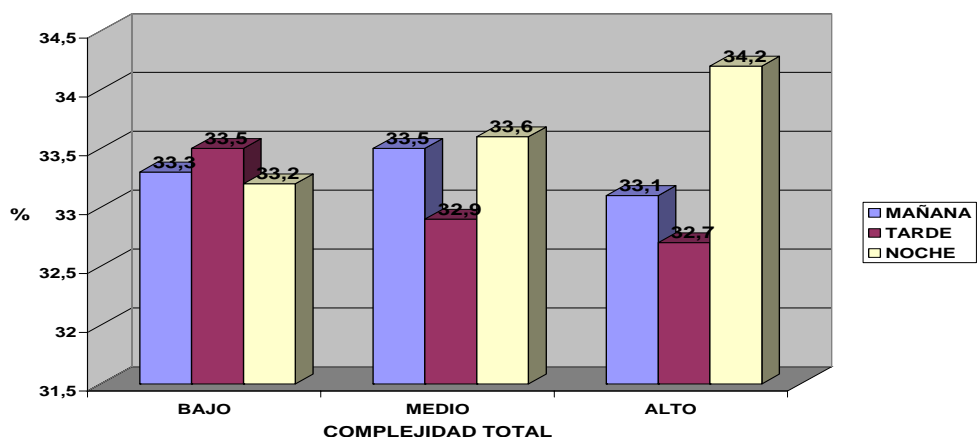
Complejidad media: En el turno de la noche el 33.6% (270), seguido del 33.5% (269) en la mañana y por último el 32.9% (264) en la tarde. Para un total de 803 (100%) valoraciones.

Complejidad alta: En el turno de la noche el 34.2% (95), seguido del 33.1% (92) en la mañana y por último el 32.7%(91) en la tarde. Para un total de 278 (100%) valoraciones.

En el servicio de neuro-quirúrgicas, es hospitalizado con mayor frecuencia el paciente de complejidad baja, seguido el de complejidad media y con menor frecuencia el paciente de complejidad alta. La distribución en cada nivel de autocuidado según cada turno del día es: para el nivel de autocuidado medio y alto es mayor la distribución del porcentaje en el turno de la noche, seguido del turno de la mañana y con menor porcentaje el turno de la tarde, para el nivel de autocuidado bajo la distribución es mayor en la tarde seguido del turno de la mañana y por último el turno de la noche.

En general se evidencia que para el nivel de autocuidado se requiere apoyo constante de personal de enfermería en los tres turnos del día ya que la distribución es similar para los pacientes de complejidad baja que representan el mayor porcentaje de hospitalización de la misma manera los pacientes de media y alta complejidad

Distribución, Complejidad total, pacientes valorados en el servicio de Neuro-quirúrgicas. Mayo 8 –Junio 6 2006. Gráfica 26



Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Prueba de Concordancia:

Se hizo una prueba de concordancia en los dos servicios del nivel total de Autocuidado (Alimentarse, bañarse, trasladarse, deambular y movilidad en cama) con la complejidad Total (Edad, nivel de autocuidado, dispositivos

auxiliares, estado de conciencia, monitorización, curaciones y medicamentos) y los resultados por servicio fueron:

Medicina Interna: una concordancia del 78.54%, KAPPA 78,54 IC 95% 76,12 - 80,9 VALOR DE $p=0,00000$.

Neuro-quirúrgicas: una concordancia 80.15% KAPPA 80,15 IC 95% 77,5 - 82,74 $p=0,000$

Para Ambos servicios se encuentra una concordancia del 79.21% KAPPA 79,21 IC 95% 77,43 -80,99 $p=0,0000000$.

El estudio nos muestra que del 100% hay 79.21% de concordancia en ambos servicios del cruce de las valoraciones de complejidad total y déficit de autocuidado. Lo que significa que se puede reducir la valoración de la complejidad total del paciente a la valoración del nivel de autocuidado solamente.

10.3 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

El personal auxiliar es un componente de gran necesidad en el equipo del sector salud, por ello es importante generar un clima de trabajo que genere satisfacción y comodidad al personal; de esta manera se busca que al realizar las diferentes actividades de su trabajo cotidiano lo hagan con agrado, conciencia y calidad humana, mirando al sujeto de su cuidado de forma integral.

Control se signos vitales: actividad que consiste en la toma de FC, TA, T°, FR, PULSO. De los ocho auxiliares del servicio de medicina interna que contestaron; el promedio del tiempo para realizar el control de signos vitales es 6 minutos. Mientras que los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgica (12 auxiliares), gastaban 8 minutos.

Control de hoja neurológica: Actividad que consiste en valorar el estado de conciencia del paciente, signos vitales, fuerza muscular, presencia de convulsiones. De los ocho auxiliares del servicio de medicina interna que contestaron; el promedio del tiempo para realizar el control de hoja neurológica es 8 minutos. Igual gastan los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgica (12 auxiliares) en realizar esta actividad.

Valoración de escala de Glasgow: El tiempo que genera esta actividad en los auxiliares del servicio medicina interna es 8 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 5 minutos.

Control de balance de líquidos: Es la actividad que cuantifica los drenajes externos del paciente, el promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 5 minutos en realizar esta actividad, mientras que en neuro-quirúrgicas 7 minutos.

Controles especiales: Es el control de signos vitales y de drenajes cuando el paciente lo amerita. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 5 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 7 minutos.

Baño de paciente: Actividad de la vida diaria para asear el cuerpo, según el estado del paciente puede ser en cama, el promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 23 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 24 minutos. En Ducha el promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 12 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 15 minutos. El baño parcial en cama: el promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 12 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 17.

Arreglo de la unidad: Actividad de limpiar y ordenar los accesorios de la unidad del paciente para buscar comodidad de este. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 9 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 15 minutos.

Asistencia para la nutrición: Actividad que consiste en apoyar la nutrición al paciente hospitalizado con el fin de evitar perdidas de nutrientes, puede ser por vía oral; El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 11 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 15 minutos. Vía enteral; El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 6 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 14 minutos. Vía parenteral El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 6 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 14 minutos.

Preparación de medicamentos: Actividad que consiste en escoger los medicamentos, mirar la fecha de vencimiento, hacer las diluciones pertinentes según paciente. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 5 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 2 minutos.

Administración y registro de medicamentos: Actividad que consiste en suministrar los medicamentos al paciente según la vía y su posterior anotación en la historia clínica.

- Orales: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 6 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 4 minutos.
- Endovenosos: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 10 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 14 minutos.
- Intramuscular: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina

interna gastan 5 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 4 minutos.

- Subcutáneos: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 3 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 4 minutos.
- Inotrópicos: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 6 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 5 minutos.
- Hipotensores: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 9 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 7 minutos.

Preparación de soluciones de infusión: Actividad que consiste en la preparación de líquidos basales para la infusión continua. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 10 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 13 minutos.

Toma de muestras: Actividad que consiste en recoger muestras sanguíneas para su posterior estudio. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 12 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 13 minutos.

Canalización de venas: Actividad que consiste en colocar un catéter en la vena que permita el paso de líquidos basales y/o administración de medicamentos. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 14 minutos, igualmente los auxiliares en neuro-quirúrgicas.

Curaciones: Actividad que consiste en limpiar las heridas y protegerlas de la contaminación con microorganismos, además de fomentar su cierre prontamente. Existen varios tipos como:

- Heridas quirúrgicas: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 19 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 14 minutos.
- Escaras: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 23 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 25 minutos.
- Quemaduras: El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 25 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 26 minutos.

Anotaciones de Enfermería: Actividad que consiste en registrar en la historia clínica, la evolución del paciente respecto a los cuidados de enfermería. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 8 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 11 minutos.

Recibo y Entrega de turno: Actividad que consiste en presentar al paciente que se encuentra hospitalizado con su evolución al personal que llega a turno para su posterior atención. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 4 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 5 minutos.

Revisión de carro de paro: Actividad que consiste en contar los implementos que son necesarios para la reanimación de un paciente en el servicio. Esta actividad no fue registrada por el personal auxiliar de medicina interna, pues manifiestan que esta labor la realizan los profesionales de enfermería. Los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgicas si realizan esta labor gastando en promedio 30 minutos.

En el formato diseñado se daba la opción de anotar otras actividades que no hayan sido registradas; ellos contestaron:

Cuarto contaminado: Actividad que consiste en asear y organizar los utensilios del cuarto que se considera contaminado. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 15 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 19 minutos.

Botiquín: Actividad que consiste en organizar los medicamentos y asear su área. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 10 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 18 minutos.

Traída de medicamentos: Actividad que consiste en recoger los medicamentos y líquidos de farmacia y llevarlos al servicio. El promedio de los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 16 minutos, mientras que en neuro-quirúrgicas 30 minutos.

Algunos tiempos se asemejan de un servicio a otro la diferencia esta en dos a tres minutos, pero en actividades como baño en ducha y parcial en cama los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 4-5 minutos más que los auxiliares del servicio de medicina interna.

En la asistencia para la nutrición por sus diferentes vías se marca una clara diferencia de tiempos; los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 4-8 minutos más que los auxiliares del servicio de medicina interna.

En la administración y registro de los medicamentos endovenosos los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 4 minutos más que los auxiliares del servicio de medicina interna.

En la realización de las curaciones de heridas quirúrgicas los auxiliares del servicio de medicina interna gastan 5 minutos más que los auxiliares de neuro-quirúrgicas.

En otras actividades como el arreglo de cuarto contaminado, botiquín y traída de medicamentos se evidencia una clara diferencia de tiempos de 4-14 minutos gastando más tiempo los auxiliares del servicio de neuro-quirúrgicas.

La frecuencia con la que realizaban las actividades era una por turno en la

mayoría de actividades excepto los medicamentos, controles especiales, control de hoja neurológica y signos vitales que los aplican dos o más veces por turno según el estado del paciente.

Tabla 27. Actividades diarias y tiempos promedio de los auxiliares de enfermería en los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas.

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/MEDICINA INTERNA	TIEMPO MINUTOS/NEURO-QUIRÚRGICAS
Control se signos vitales	6	8
Control de hoja neurológica	8	8
Valoración de escala de Glasgow	8	5
Control de balance de líquidos	5	7
Controles especiales	5	7
Baño de paciente: En cama	23	24
Ducha	11	15
Baño parcial en cama	12	17
Arreglo de la unidad	9	15
Asistencia para la nutrición: vía oral	11	15
Vía Enteral	6	14
Vía parenteral	6	14
Preparación de medicamentos	5	2
Administración y registro de medicamentos orales	6	4
Endovenosos	10	14
Intramuscular	5	4
Subcutáneos	3	4
Inotrópicos	6	5
Hipotensores	9	7
Preparaciones de soluciones de infusión.	10	13
Toma de muestras	12	13
Canalización de venas	14	14
Curaciones heridas quirúrgicas	19	14
Curaciones escaras	23	25
Curaciones quemaduras	25	26
Anotaciones de enfermería	8	11
Recibo y entrega de turno	4	5
Revisión de carro de paro		30
Cuarto Contaminado	15	19

Botiquín	10	18
Traída de medicamentos	16	30

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

10.4 TIEMPOS Y MOVIMIENTOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

La esencia del profesional de enfermería es el “cuidado”, para ello se coordinan un conjunto de funciones y actividades que vayan orientadas a buscar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad sin escatimar ningún detalle. Además el profesional de enfermería mira al sujeto de cuidado en forma integral para satisfacer sus necesidades de cuidado en busca de la comodidad y recuperación del paciente afligido.

FUNCIONES ASISTENCIALES:

Conjunto de actividades de contacto directo con paciente y para el paciente buscando bienestar del mismo. (Las actividades fueron analizadas con el promedio total de pacientes hospitalizados).

Preparación, administración y registro de medicamentos: Actividad que consiste en escoger los medicamentos, vigilar su buen estado, hacer dilución si lo amerita, suministrarlos al paciente y posteriormente anotarlos en la historia clínica. Los profesionales del servicio de medicina interna y neuro-quirúrgicas gastan 150 minutos.

Curaciones: Actividad que consiste en limpiar las heridas y protegerlas de la contaminación con microorganismos, además de fomentar su cierre prontamente. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 90 minutos, marcándose una diferencia muy grande con los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas que gastan 115 minutos. Con la diferencia de 25 minutos.

Toma de electrocardiogramas: Los profesionales de medicina interna gastan 15 minutos, encontrándose una variación mínima (de un minuto) con los profesionales de neuro-quirúrgicas que gastan 16 minutos.

Educación al paciente y la familia: Actividad que consiste en comunicarle al paciente y a su familia el estado de salud y proporcionarles información educativa con respecto a la rehabilitación para lograr una pronta mejoría. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 23 minutos, marcándose una diferencia muy grande con los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas que gastan 93 minutos. Con la diferencia de 70 minutos.

Toma de muestras: Actividad que consiste en recoger muestras sanguíneas para su posterior estudio. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 38 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas no registraron esta actividad.

Glucometrías: Actividad que consiste en tomar una muestra sanguínea para conocer el nivel de glúcidos en la sangre. Los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 11 minutos, los profesionales de medicina interna no registraron esta actividad.

Cambio de base de tubo a tórax: Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 20 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas no registraron esta actividad.

Cambios de posición: Actividad que consiste en cambiar varias veces de posición al paciente evitando que salgan escaras. Los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 88 minutos, los profesionales de medicina interna no registraron esta actividad.

Reanimación: Actividad que consiste en asistir y/o apoyar al grupo interdisciplinario para la reanimación del paciente cuando este sufre alguna dificultad cardiorrespiratoria. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 53 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas no registraron esta actividad.

Revisión carro de paro: Actividad que consiste en contar los implementos que son necesarios para la reanimación de un paciente en el servicio. Los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 23 minutos, los profesionales de medicina interna no registraron esta actividad.

Ingreso y egreso del paciente: Actividad que consiste en la asignación de un cuarto, revisión de historia clínica, asistencia al paciente que ingresa; y, cierre de historia al paciente que sale. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 35 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas no registraron esta actividad.

Revisión de venas: Actividad que consiste en vigilar la permeabilidad de la vena. Los profesionales del servicio de neuro-quirúrgicas gastan 30 minutos, los profesionales de medicina interna no registraron esta actividad.

Las funciones asistenciales varían en los profesionales que laboran en los dos servicios, ya que los pacientes hospitalizados en cada servicio requieren de cuidados diferentes según su especialidad. La frecuencia con que realizan estas actividades depende de la complejidad del paciente.

FUNCIONES ADMINISTRATIVAS:

Conjunto de actividades realizadas lejos de la cama del paciente, pero en beneficio de éste.

Recibo y entrega de turno: Actividad que consiste en presentar al paciente que se encuentra hospitalizado con su evolución al personal que llega a turno para su posterior atención. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 45 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 50 minutos. Evidenciándose una diferencia mínima de 5 minutos.

Revista médica: Participación del profesional de enfermería con el equipo interdisciplinario para vigilar la evolución del paciente. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 53 minutos, sobresaliendo una gran diferencia con los profesionales de neuro-quirúrgicas que gastan 90 minutos. Con una diferencia de 37 minutos.

Revisión historias clínicas: Verificación de procedimientos, cuidados de enfermería y médicos dirigidos al paciente buscando su beneficio. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 144 minutos, sobresaliendo una gran diferencia con los profesionales de neuro-quirúrgicas que gastan 173 minutos. Con una diferencia de 29 minutos.

Asignación de personal: Actividad que consiste en distribuir el personal según los requerimientos del servicio con el fin de satisfacer y brindar un cuidado con calidad al paciente. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 11 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 8 minutos, con una diferencia mínima de 3 minutos.

Gestión de cuidado: Proceso administrativo que realiza el profesional de enfermería para satisfacer las demandas del servicio, dirigido al paciente para buscar una atención con calidad. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 38 minutos, encontrándose una gran diferencia con los profesionales de neuro-quirúrgicas que gastan 69 minutos.

Supervisión de personal: Facilitar la administración de cuidados de alta calidad al paciente por parte de otras personas. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 68 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 63 minutos, con una diferencia mínima de 5 minutos.

Supervisión de medicamentos y materiales: Asegurar la adquisición de medicamentos y materiales apropiados para la provisión de cuidados al paciente. Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 54 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 55 minutos, con una diferencia mínima de 1 minuto.

Reuniones administrativas: Actividad que tiene el profesional de enfermería en cumplimiento de su rol dentro de la institución. Los profesionales del servicio de medicina interna y los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 90 minutos.

Registro diario de enfermería: Informe escrito del proceso de cuidado del paciente (ingresos, egresos, procedimientos especiales de enfermería). Los profesionales del servicio de medicina interna gastan 11 minutos, los profesionales de neuro-quirúrgicas gastan 13 minutos, con una diferencia mínima de 2 minutos.

Dentro de las funciones administrativas los tiempos se asemejan con pequeñas diferencias de 1-5 minutos; exceptuando, revista medica, revisión de historias clínicas y gestión del cuidado, donde el promedio de tiempo tiene una diferencia hasta de 30 minutos.

Tabla 28. Actividades diarias y tiempos promedio de los profesionales de enfermería en los servicios de medicina interna y neuro-quirúrgicas.

FUNCIONES / ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS / MEDICINA INTERNA	TIEMPO MINUTOS / NEURO-QUIRÚRGICAS
FUNCIONES ASISTENCIALES		
Preparación, administración y registro de medicamentos	150	150
Curaciones	90	115
Toma de electrocardiogramas	15	16
Educación paciente y familia	23	93
Toma de muestras	38	
Glucometrías		11
Cambio de base de tubo a tórax	20	
Cambios de posición		88
Reanimación	53	
Revisión carro paro		23
Ingreso y Egreso de pacientes	35	
Revisión de venas		30
FUNCIONES ADMINISTRATIVAS		
Recibo y entrega de turno	45	50
Revista médica	53	90
Revisión historias clínicas	144	173
Asignación de personal	11	8
Gestión de cuidado	38	69
Supervisión de personal	68	63
Supervisión de medicamentos y materiales	54	55
Reuniones administrativas	90	90
Registro diario de enfermería	11	13
FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN		
No registran	-----	-----
FUNCIONES DE DOCENCIA		
Supervisión de practicantes	78	60

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN:

Esta función no la registraron los profesionales de enfermería, pues ellos manifiestan que no cuentan con el tiempo para llevarla a cabo.

FUNCIONES DE DOCENCIA:

Los profesionales participan en la supervisión de practicantes de diferentes instituciones, pero esta actividad no la realizan con frecuencia ya que ellos manifiestan que no cuentan con el tiempo.

FASE DE INTERVENCIÓN DEL MODELO PROPUESTO

Luego de haber realizado el análisis de la información recolectada basado en el déficit de auto cuidado y la clasificación del paciente de acuerdo a las necesidades de cuidado (mínima, moderada, especial) se establecerá la proporción diaria y mensual de pacientes según el requerimiento de cuidado.

Con base en los promedios diarios y mensuales, junto con los tiempos necesarios de cuidado se hizo el cálculo del personal requerido.

PROMEDIO DIARIO DE PACIENTES, SEGÚN LA NECESIDAD DE CUIDADO:

CLASIFICACIÓN DE COMPLEJIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (Edad, nivel de auto cuidado, dispositivos auxiliares, estado de conciencia, monitorización, curaciones y medicamentos)

Medicina Interna: El promedio diario de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna durante el periodo de (Mayo 8-Junio 6) es de 27 pacientes. De los cuales 13 son de complejidad baja (requieren cuidados mínimos), 12 de complejidad media (requieren cuidados moderados); y 2 de complejidad alta (requieren cuidados especiales). Encontrando una similitud en la distribución de cada nivel de complejidad en los tres turnos del día.

Tabla 29. Distribución por nivel de complejidad y frecuencia del promedio diario de pacientes, según la necesidad de cuidado. Medicina Interna.

NIVEL DE COMPLEJIDAD TOTAL	FRECUENCIA DIARIA Mañana	FRECUENCIA DIARIA Tarde	FRECUENCIA DIARIA Noche	PROMEDIO DIARIO
ALTO	2	2	2	2
MEDIO	12	12	11	12
BAJO	14	13	13	13
TOTAL	28	27	26	27

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Neuro-quirúrgicas: El promedio diario de los pacientes hospitalizados en el servicio de neuro-quirúrgicas durante el periodo de (Mayo 8-Junio 6) es de 22 pacientes. De los cuales 10 son de complejidad baja (requieren cuidados mínimos), 9 de complejidad media (requieren cuidados moderados); y 3 de complejidad alta (requieren cuidados especiales). Encontrando la misma distribución de cada nivel de complejidad en los tres turnos del día.

Tabla 30. Distribución por nivel de complejidad y frecuencia del promedio diario de pacientes, según la necesidad de cuidado. Neuro-quirúrgicas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD TOTAL	FRECUENCIA DIARIA Mañana	FRECUENCIA DIARIA Tarde	FRECUENCIA DIARIA Noche	PROMEDIO DIARIO
ALTO	3	3	3	3
MEDIO	9	9	9	9
BAJO	10	10	10	10
TOTAL	22	22	22	22

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

PROMEDIO MENSUAL DE PACIENTES, SEGÚN LA NECESIDAD DE CUIDADO:

CLASIFICACIÓN DE COMPLEJIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO (Edad, nivel de auto cuidado, dispositivos auxiliares, estado de conciencia, monitorización, curaciones y medicamentos)

Medicina Interna: El promedio mensual de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna durante el periodo de (Mayo 8-Junio 6) es de 814. De los cuales 397 son de complejidad baja (requieren cuidados mínimos), 350 de complejidad media (requieren cuidados moderados); y 64 de complejidad alta (requieren cuidados especiales). Encontrando una similitud en la distribución de cada nivel de complejidad en los tres turnos del día.

Tabla 31. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio mensual de pacientes, según la necesidad de cuidado. Medicina Interna.

NIVEL DE COMPLEJIDAD TOTAL	FRECUENCIA DIARIA Mañana	FRECUENCIA DIARIA Tarde	FRECUENCIA DIARIA Noche	PROMEDIO MENSUAL
ALTO	69	61	62	64
MEDIO	360	351	338	350
BAJO	411	389	391	397
TOTAL	840	801	801	814

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Neuro-quirúrgicas: El promedio mensual de los pacientes hospitalizados en el servicio de neuro-quirúrgicas durante el periodo de (Mayo 8-Junio 6) es de 672, de los cuales 311 son de complejidad baja (requieren cuidados mínimos), 268 complejidad media (requieren cuidados moderados) y 93 complejidad alta (requieren cuidados especiales) encontrando una distribución similar de cada nivel de complejidad en los tres turnos del día.

Tabla 32. Distribución por complejidad y frecuencia del promedio mensual de pacientes, según la necesidad de cuidado. Neuro-quirúrgicas.

NIVEL DE COMPLEJIDAD TOTAL	FRECUENCIA DIARIA Mañana	FRECUENCIA DIARIA Tarde	FRECUENCIA DIARIA Noche	PROMEDIO MENSUAL
ALTO	92	91	95	93
MEDIO	269	264	270	268
BAJO	311	313	310	311
TOTAL	672	668	675	672

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONAL AUXILIAR

El cálculo del personal auxiliar de enfermería se hizo a partir del nivel de complejidad del paciente hospitalizado relacionado con las actividades y tiempos que estas generan. Las actividades y tiempos se discriminaron según el nivel de complejidad del paciente.

MEDICINA INTERNA:

PROMEDIO DE PERSONAL REQUERIDO DIARIAMENTE:

COMPLEJIDAD BAJA: De los veintisiete (27) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de Medicina Interna trece (13) son de complejidad baja, que requieren cuidados mínimos y generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 33. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Baja.

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/ MEDICINA INTERNA
Control se signos vitales	6
Arreglo de la unidad	9
Toma de muestras	12
Anotaciones de enfermería	8
Recibo y entrega de turno	8
TOTAL	43

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad baja en promedio gasta 43 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de ocho (8) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 8 PACIENTES DE COMPLEJIDAD BAJA EN CADA TURNO.

COMPLEJIDAD MEDIA: : De los veintisiete (27) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de Medicina Interna doce (12) son de complejidad media, que requieren cuidados moderados y generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 34. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Media.

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/ MEDICINA INTERNA
Control de balance de líquidos	5
Controles especiales	5
Ducha	11
Arreglo de la unidad	9
Asistencia para la nutrición: vía oral	11

Toma de muestras	12
Canalización de venas	14
Anotaciones de enfermería	8
Recibo y entrega de turno	8
TOTAL	83

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad media en promedio gasta 83 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de cuatro (4) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 4 PACIENTES DE COMPLEJIDAD MEDIA EN EL TURNO DE LA MAÑANA.

En el turno de la tarde y la noche no se realiza asistencia para el baño de paciente por lo que no se tiene en cuenta el tiempo que genera. Por lo tanto la relación es:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 5 PACIENTES DE COMPLEJIDAD MEDIA EN EL TURNO DE LA TARDE Y NOCHE.

COMPLEJIDAD ALTA: De los veintisiete (27) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de Medicina Interna dos (2) son de complejidad alta, que requieren cuidados especiales y generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 34. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Alta.

ACTIVIDADES	TIEMPO/ MEDICINA INTERNA
Control de hoja neurológica	24
Control de balance de líquidos	5
Baño de paciente: En cama	23
Arreglo de la unidad	9
Vía Enteral	6

Toma de muestras	12
Canalización de venas	14
Anotaciones de enfermería	8
Recibo y entrega de turno	8
TOTAL	109

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad alta en promedio gasta 109 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de tres (3) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 3 PACIENTES DE COMPLEJIDAD ALTA EN EL TURNO DE LA MAÑANA.

En el turno de la tarde y la noche no se realiza asistencia para el baño de paciente por lo que no se tiene en cuenta el tiempo que genera. Por lo tanto la relación es:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 4 PACIENTES DE COMPLEJIDAD ALTA EN EL TURNO DE LA TARDE Y NOCHE.

RELACIÓN FINAL:

La distribución de los pacientes hospitalizados en los tres turnos del día en el servicio de Medicina Interna es similar, Pero se encuentra una variación en la frecuencia de las actividades como la asistencia para el baño del paciente en el turno de la tarde y noche ya que esta actividad por lo general no se realiza en estos turnos.

El promedio diario de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna es de 27, para suplir los requerimientos de cuidado se necesita el siguiente personal por cada turno:

MAÑANA:

13 pacientes de Complejidad Baja: 2 auxiliares

12 pacientes de Complejidad Media: 3 auxiliares

2 pacientes de Complejidad Alta: 1 auxiliar

Para un total de 6 auxiliares asignadas en el turno de la mañana.

TARDE Y NOCHE:

13 pacientes de Complejidad Baja: 2 auxiliares

12 pacientes de Complejidad Media: 2 auxiliares

2 pacientes de Complejidad Alta: 1 auxiliar

Para un total de 5 auxiliares asignadas en los turnos de la tarde y noche.

NEURO-QUIRÚRGICAS:

PROMEDIO DE PERSONAL REQUERIDO DIARIAMENTE:

COMPLEJIDAD BAJA: De los veintidós (22) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de neuro-quirúrgicas diez (10) son de complejidad baja, que requieren cuidados mínimos que generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 35. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Baja

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/ NEURO-QUIRÚRGICAS
Control se signos vitales	8
Arreglo de la unidad	9
Toma de muestras	13
Canalización de venas	14
Anotaciones de enfermería	11
Recibo y entrega de turno	10
TOTAL	65

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad baja en promedio gasta 65 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de seis (6) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 6 PACIENTES DE COMPLEJIDAD BAJA EN CADA TURNO.

COMPLEJIDAD MEDIA: De los veintidós (22) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de neuro-quirúrgicas nueve (9) son de complejidad media, que requieren cuidados moderados y generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 36. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Media.

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/ NEURO-QUIRÚRGICAS
Control de hoja neurológica	8
Control de balance de líquidos	7
Ducha	15
Arreglo de la unidad	12
Asistencia para la nutrición: vía oral	15
Toma de muestras	13
Canalización de venas	14
Anotaciones de enfermería	11
Recibo y entrega de turno	10
TOTAL	105

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad media en promedio gasta 105 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de cuatro (3) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 3 PACIENTES DE COMPLEJIDAD MEDIA EN EL TURNO MAÑANA.

En el turno de la tarde y la noche no se realiza asistencia para el baño de paciente por lo que no se tiene en cuenta el tiempo que genera. Por lo tanto la relación es:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 4 PACIENTES DE COMPLEJIDAD MEDIA EN EL TURNO DE LA TARDE Y NOCHE.

COMPLEJIDAD ALTA: De los veintidós (22) pacientes en promedio hospitalizados diariamente en el servicio de neuro-quirúrgicas tres (3) son de complejidad alta, que requieren cuidados especiales y generan las siguientes actividades con sus respectivos tiempos por paciente.

Tabla 37. Distribución de actividades y tiempos del personal según paciente de Complejidad Alta.

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS/ NEURO-QUIRÚRGICAS
Control de hoja neurológica	24
Control de balance de líquidos	7
Baño de paciente: En cama	24
Arreglo de la unidad	15
Vía Enteral	14
Toma de muestras	13
Canalización de venas	14
Anotaciones de enfermería	11
Recibo y entrega de turno	10
TOTAL	132

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

Un auxiliar para brindar cuidado a un paciente de complejidad alta en promedio gasta 132 minutos en realizar las actividades diarias, por consiguiente se le puede asignar el cuidado de tres (3) pacientes, para cumplir sus 360 minutos del turno.

RELACIÓN:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 3 PACIENTES DE COMPLEJIDAD ALTA EN EL TURNO DE LA MAÑANA.

En el turno de la tarde y la noche no se realiza asistencia para el baño de paciente por lo que no se tiene en cuenta el tiempo que genera. Por lo tanto la relación es:

1 AUXILIAR DE ENFERMERÍA POR CADA 4 PACIENTES DE COMPLEJIDAD ALTA EN EL TURNO DE LA TARDE Y NOCHE.

RELACIÓN FINAL:

La distribución de los pacientes hospitalizados en los tres turnos del día en el servicio de neuro-quirúrgicas es similar, Pero se encuentra una variación en la frecuencia de las actividades como la asistencia para el baño del paciente en el turno de la tarde y noche ya que esta actividad por lo general no se realiza en estos turnos.

El promedio diario de pacientes hospitalizados en el servicio de neuro-quirúrgicas es de 22, para suplir los requerimientos de cuidado se necesita el siguiente personal por cada turno:

MAÑANA:

10 Complejidad Baja: 2 auxiliares

9 Complejidad Media: 3 auxiliares

3 Complejidad Alta: 1 auxiliar

Para un total de 6 auxiliares asignadas en el turno de la mañana.

TARDE Y NOCHE:

10 Complejidad Baja: 2 auxiliares

9 Complejidad Media: 2 auxiliares

3 Complejidad Alta: 1 auxiliar

Para un total de 5 auxiliares asignadas en los turnos de la tarde y noche.

La asignación del personal en ambos servicios es igual, a pesar que hay mayor índice ocupacional en el servicio de Medicina Interna lo que concuerda con los resultados arrojados en la fase de análisis, pero esta similitud se debe a que en el servicio de neuro-quirúrgicas el paciente hospitalizado es de mayor complejidad

METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Se considera que el proceso de Enfermería es el método científico en la práctica de enfermería que permite a al profesional prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, además gira alrededor de la gestión del cuidado y como método da la visibilidad e identidad a la profesión.

Por tal motivo las investigadoras realizaron el ejercicio del proceso de Enfermería teniendo en cuenta la clasificación del nivel de complejidad de los pacientes hospitalizados tomando del total de pacientes diarios a uno de complejidad baja y alta y cuatro de complejidad media en cada servicio, debido a que en la fase inicial de recolección de la información se evidencio que la tendencia del paciente hospitalizado era el nivel de complejidad media. Se tuvo en cuenta el tiempo que se requería para realizarlos según si era por primera vez o si era una actualización.

PROMEDIO DE TIEMPO QUE GENERA LA REALIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

MEDICINA INTERNA:

En el período de aplicación y seguimiento se realizaron 156 (100%) procesos de atención de Enfermería en cada servicio de los cuales el 19% (30) corresponden a complejidad baja, el 62% (96) son de complejidad media y el 19% (30) son de complejidad alta.

En el servicio de medicina interna se realizaron 30 (19%) procesos en pacientes de Complejidad Baja de los cuales seis fueron nuevos y el tiempo que se gasto en promedio fue de 25 minutos, veinticuatro fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 22 minutos.

Para pacientes de Complejidad Media se realizaron 96 (62%) procesos de los cuales veintisiete fueron nuevos y el tiempo que se gastó en promedio fue de 26 minutos, (69) fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 22 minutos.

Para pacientes de Complejidad Alta se realizaron 30 (19%) procesos de los cuales ocho fueron nuevos y el tiempo que se gastó en promedio fue de 34 minutos, (22) fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 26 minutos.

Tabla 38. Distribución del tiempo de realización del proceso de Enfermería. Medicina Interna.

# VALORACIONES	COMPLEJIDAD	MOMENTO	TIEMPO/MINUTOS
6	BAJA	NUEVO	25
24	BAJA	ACTUALIZACIÓN	22
27	MEDIA	NUEVO	26
69	MEDIA	ACTUALIZACIÓN	22
8	ALTA	NUEVO	34
22	ALTA	ACTUALIZACIÓN	26

Fuente: Datos recogidos por los investigadores

NEURO-QUIRÚRGICAS:

En el servicio de neuro-quirúrgicas se realizaron 30 (19%) procesos en pacientes de Complejidad Baja de los cuales seis fueron nuevos y el tiempo que se gastó en promedio fue de 28 minutos, veinticuatro fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 21 minutos.

Para pacientes de Complejidad Media se realizaron 96 (62%) procesos de los cuales quince fueron nuevos y el tiempo que se gastó en promedio fue de 31 minutos, (81) fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 23 minutos.

Para pacientes de Complejidad Alta se realizaron 30 (19%) procesos de los cuales diez fueron nuevos y el tiempo que se gastó en promedio fue de 46 minutos (20) fueron actualizaciones y el tiempo en promedio fue de 28 minutos.

Tabla 39. Distribución del tiempo de realización del proceso de Enfermería. Neuro-quirúrgicas.

# VALORACIONES	COMPLEJIDAD	MOMENTO	TIEMPO/MINUTOS
6	BAJA	NUEVO	28
24	BAJA	ACTUALIZACIÓN	21
15	MEDIA	NUEVO	31
81	MEDIA	ACTUALIZACIÓN	23
10	ALTA	NUEVO	46
20	ALTA	ACTUALIZACIÓN	28

MODELO PARA LA ASIGNACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En los servicios de Medicina Interna y Neuro-quirúrgicas se necesitan dos profesionales de enfermería por cada turno (partiendo del tiempo promedio que genera la realización del proceso de enfermería) para brindar el cuidado integral y de calidad al paciente.

Se propone que un profesional realice la clasificación del nivel de complejidad de cada paciente registrando los datos obtenidos de la valoración en el instrumento diseñado para tal fin (ANEXO 1), luego de obtener el déficit de autocuidado realizar la planeación del cuidado que implica el desarrollo de las fases de: valoración, en la cual se sugiere la implementación del formato valoración del paciente diseñado por los investigadores (Anexo 5) continuando con la fase Diagnóstica y de planeación.

El otro profesional realizará la fase de ejecución del proceso teniendo en cuenta el número de pacientes y su nivel de complejidad para asignar el personal requerido y así fortalecer el cuidado de enfermería que se brinda, finalmente la fase de evaluación se realizará conjuntamente con el objetivo de garantizar que las metas propuestas hayan sido alcanzadas buscando que la familia, paciente y equipo de salud trabajen integradamente para que el sujeto de cuidado alcance un nivel óptimo de autocuidado a favor de la conservación de la vida, salud y bienestar.

CONCLUSIONES

- En el servicio de medicina interna, los pacientes con mayor frecuencia de hospitalización son los mayores de 65 años (adulto mayor), mientras en el servicio de neuro-quirúrgicas encontramos al adulto maduro (41-65 años).
- Los pacientes hospitalizados con menor frecuencia en el servicio de medicina interna se encuentran en el rango de edad 20-40 años, mientras que para el servicio de neuro-quirúrgicas encontramos el rango de mayores de 65 años.
- Se observa que en ambos servicios de hospitalización el mayor porcentaje de pacientes hospitalizados son los de complejidad baja (requieren cuidados mínimos), seguidos de los pacientes de complejidad media (que requieren cuidados moderados) y por último los de complejidad alta (que requieren cuidados especiales).
- El número de valoraciones en el servicio de medicina interna es mayor (2453) valoraciones con relación a neuro-quirúrgicas (2020), lo que significa que hay mayor índice ocupacional en el servicio de medicina interna a diferencia del otro servicio.
- Se observa que en medicina interna hay mayor índice ocupacional pero la complejidad de paciente es mayor en el servicio de neuro-quirúrgicas.
- La prueba de concordancia nos muestra que del 100% hay 79.21% de concordancia en ambos servicios del cruce de las valoraciones de complejidad total y nivel de autocuidado. Lo que significa que se puede reducir la valoración de la complejidad total del paciente a la valoración del déficit de autocuidado solamente.
- Dentro del estudio de tiempos y actividades del personal de enfermería se registra que la actividad de administración de medicamentos es la

que mayor tiempo demanda en el turno.

- El profesional de enfermería no evidenció en el transcurso de la investigación la utilización de un modelo o teoría de enfermería para el desarrollo de su rol.
- No hay ninguna demostración tangible (formatos, guías, registro de indicaciones de enfermería) ni seguimiento del proceso de atención que el profesional le realiza al paciente.
- En el registro de las actividades del profesional de enfermería sobresalió que realiza amplias funciones administrativas que disminuyen el tiempo para brindar el cuidado directo al paciente.
- La adaptación de la teoría de DOROTHEA OREM al ejercicio hospitalario permitió al grupo investigador diseñar la metodología para el cálculo del personal profesional y auxiliar de enfermería en los servicios de hospitalización asignados.
- Las teorías de enfermería le permiten al profesional visualizar distintos campos de acción y con la adaptación de estas guiar y fortalecer el ser y quehacer en el desempeño de su rol.

RECOMENDACIONES

- Es de gran importancia reivindicar el quehacer del profesional de enfermería a nivel social, para que se le conozca como líder en la gestión del cuidado basados en la herramienta científica que es el proceso de enfermería que le permite brindar un cuidado con calidad y así satisfacer las necesidades del paciente.
- Se sugiere a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, la implementación de la metodología diseñada con el fin de mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería.
- La implementación de la metodología mejoraría la calidad con la que se brinda el cuidado del paciente hospitalizado y por lo tanto la satisfacción del usuario y la familia.
- Como la asignación de personal de enfermería se considera uno de los puntos álgidos en la profesión, se recomienda fortalecer la actual investigación y realizar nuevas propuestas que busquen mejorar las condiciones de trabajo del personal de enfermería.
- Se sugiere que el profesional de enfermería apoye su conocimiento aplicando el método científico (proceso de atención enfermería) ya que le da visibilidad e identidad a la profesión.
- Es de gran importancia que la Escuela de enfermería proponga modelos conceptuales y teorías que le permitan al estudiante en su ejercicio profesional guiar su “ser y quehacer” de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

ATKINSON L, Murria ME. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª Ed. México Graw- Hill, Interamericana. 1996.

BEDOYA FLÓREZ Alex, Medición de los tiempos en las acciones realizadas por el profesional de enfermería para el mejoramiento de la calidad. Área de hospitalización. [http:// www.awinsy@tone.udea.edu.co](http://www.awinsy@tone.udea.edu.co).

CARPENITO LJ. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Valoración y Diagnóstico. Madrid. Mc Graw-Hill, Interamericana, 1993. Cáp. IV, Pág. 24-30.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. “Decreto 2309” 15 de octubre 2002. Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud des sistema general de seguridad social en salud”, Bogotá 2002.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. “Resolución 4252” 14 noviembre 1997. Requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud. Bogotá 1997.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. “Resolución 1439” 1 noviembre 2002. Sistema de habilitación” Bogotá 2002.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS/CIE. Página informativa. “Coeficientes de pacientes por enfermeras”. La enfermera importa. Ginebra-Suiza. Septiembre de 2003. Cuatro hojas informativas.

DIMENSIONES DEL CUIDADO. Avances conceptuales. Grupo de cuidado, facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Octubre de 1997.

GAITAN, M.C y ACEVEDO, G.C. Una experiencia en la aplicación de la teoría de Dorothea Orem, utilizando el proceso de enfermería. Revista Perspectiva proceso salud-enfermedad. Vol.4 N° 2Tunja: CIES UPTC, 1988. p 70.

HOYOS ESCOBAR Cecilia. Cuidado integral. Google. La identidad profesional de enfermería frente a la motivación por la ejecución del rol. [http:// www.Telesalud.ucaldas.edu.co/promoción/vol.4](http://www.Telesalud.ucaldas.edu.co/promoción/vol.4).

IYER P, TAPICH B, Bernonocchi- Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. México. Interamericana Mc Graw-Hill; 1993

LAND Sandra y RUALES José. VII Conferencia IBEROAMERICANA de educación en enfermería, Simposio gestión de Enfermería, Medellín, Octubre 2003.

MONSALVE Leydy Julieta. Medición de los tiempos en las acciones realizadas por el profesional de enfermería para el mejoramiento de la calidad. Área de hospitalización. [http:// www.sofymon@universia.net.co](http://www.sofymon@universia.net.co).

ORTIZ Ana Cecilia. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. El plan de cuidados de Enfermería. Guía de evaluación de su Calidad. Medellín

2003.

PÉREZ L., CASTAÑEDA M. Diseño de instrumento para el estudio de dotación de enfermería en las categorías profesional y auxiliar para los servicios de médico-quirúrgica en siete instituciones de salud privadas. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de enfermería; 1994. p 22 – 23

PODTLER I, Pery F. Fundamentos de Enfermería teoría practica. 3ª Ed, Barcelona: Mosbi-Doyma, 1996.

SÁNCHEZ VELÁSQUEZ, Luís David. Intervención terapéutica en el enfermo con cirugía cardíaca. Tres sistemas de calificación. Revista médica IMMSS 2002; 40 (1); 50-60 55.

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 5 Octubre 2004. Por la cual dicta la responsabilidad deontológica de la profesión de enfermería en Colombia, Octubre 2004.

LEY 266, Enero 25 de 1996. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones. 5 febrero 1996

ANEXO 2.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

“DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL”

OBJETIVO: Recopilar información sobre el tiempo real que genera la atención de Enfermería por procedimientos.

La información solamente se utilizará con fines de esta investigación y únicamente la conocerá el grupo investigador. Garantizándose la reserva y confidencialidad de esta información.

Coloque el tiempo promedio normal en minutos (sin complicaciones) que genera el procedimiento descrito:

PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

COOPERATIVA _____ PLANTA _____ SERVICIO _____

NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES ASIGNADOS POR TURNO _____

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MINUTOS	VALORACIONES POR PACIENTE
1. Control de signos vitales		
2. Control de hoja neurológica.		
3. Valoración de escala de Glasgow.		
4. Control de balance de líquidos.		
5. Controles Especiales		
6. Baño de paciente: a. En cama b. Ducha. c. Baño parcial en cama		
7. Arreglo de unidad.		
8. Movilización del paciente: a. cama-silla b. silla-cama c. Cambios de posición		
9. Asistencia para la nutrición: a. vía oral. b. vía enteral (por sonda Nasogástrica)		

c. nutrición parenteral.			
10. Preparación de medicamentos.			
11. Administración y registro de medicamentos:	a. orales		
	b. endovenosos		
	c. intramuscular		
	d. subcutáneos		
	e. inotrópicos.		
	f. hipotensores.		
12. Preparación de soluciones de infusión.			
13. Toma de muestras.			
14. Canalización de venas.			
15. Curaciones	a. heridas quirúrgicas.		
	b. Escaras.		
	c. quemaduras.		
17. Anotaciones de enfermería.			
18. Recibo y entrega de turno.			
19. Revisión de carro de paro.			
20. Otras actividades: ¿CUÁLES?			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3.

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

“DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL”

OBJETIVO: Recopilar información sobre el tiempo real que genera la atención de Enfermería por procedimientos.

La información solamente se utilizará con fines de esta investigación y únicamente la conocerá el grupo investigador. Garantizándose la reserva y confidencialidad de esta información.

Coloque el tiempo promedio normal en minutos (sin complicaciones) que genera el procedimiento descrito:

PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

COOPERATIVA _____ PLANTA _____ SERVICIO _____

NUMERO PROMEDIO DE PACIENTES ASIGNADOS POR TURNO _____

A. FUNCIONES ASISTENCIALES:

Patrones funcionales

DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN FUNCIONAL	ACTIVIDADES	Tiempo en minutos	VALORACIONES POR PACIENTE		
			M	T	N
1. Patrón percepción y mantenimiento de la salud : Percepción del paciente de su salud o enfermedad y el comportamiento frente a ella.	Anamnesis				
2. patrón nutricional-metabólico: Describe las costumbre que la persona tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos	Asistencia para la nutrición:				
	- vía oral				
	- vía enteral				

alimentos y líquidos relacionadas con sus necesidades metabólicas y los nutrientes	<p style="text-align: center;">-vía parenteral</p> Valoración de piel y tegumentos.				
3.Patrón de eliminación: Describe la valoración usual de la función excretora (Intestino, Vejiga y piel)	Aparatos auxiliares sonda vesical: -Permanente -Intermitente Manejo y mediciones de drenajes. Pañales de incontinencia Manejo del vómito Manejo de la diarrea Preparación para diálisis				
4.Patrón de actividad y ejercicio: Capacidad para realizar las actividades de la vida diaria	Supervisión y asignación: Baño de paciente Arreglo de la unidad Movilización de paciente Valoración Sistema Cardiovascular Sistema respiratorio Sistema neuromuscular Sistema esquelético				
5.Patrón de sueño y descanso Costumbres del	Valoración de la calidad y cantidad de				

paciente respecto al sueño, descanso y relajación.	sueño. Alteraciones e intervenciones				
6.Patrón cognoscitivo perceptivo Capacidades cognoscitivas funcionales de la parte sensorial, características del lenguaje y estado mental	Valoración d el Glasgow				
	Valoración de la hoja Neurológica.				
	Valoración de pares craneales				
7. Patrón de autoconcepción y auto concepto. Actividades respecto a uno mismo y lo que percibe de sus actividades cognitivas, físicas y afectivas	Valoración de las capacidades cognitivas físicas y afectivas				
8.Patrón de relación con el rol Satisfacción con las relaciones y responsabilidades	Valoración de la funcionalidad de los roles de la vida diaria				
9.Patrón de sexualidad y reproducción Identidad sexual del paciente y abarca la necesidad de de explicar su sexualidad.	Valoración gineco-obstétrica				
	Precisión de la educación sexual.				
	Alteraciones e intervenciones				
10.Patrón de adaptación y tolerancia al estrés Conocimiento y capacidad de la tolerancia al estrés	Valoración del Conocimiento y capacidad de la tolerancia al estrés.				
	Intervenciones				
11.Patrón de valores y creencias Conflictos percibidos en los valores	Valoración de sistemas de creencias y valores de l paciente y la familia.				
	Valoración de patrones				

	funcionales				
	Preparación de medicamentos				
	Preparaciones de soluciones para infusión				
	Administración y registro de medicamentos: a. orales				
	b. endovenosos				
	c. intramuscular				
	d. subcutáneos				
	e. inotrópicos.				
	f. hipotensores				
	Toma de muestras				
	Educación al paciente y familia				
	Recibo de turno				
	Entrega de turno				
	Participación de revistas médicas				

B. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

FUNCIONES	TIEMPO EN MINUTOS	VALORACIONES POR TURNO
1. Organización de personal		
2. asignación de actividades		
3. Delegación de funciones		
4. Supervisión de personal		
5. Revisión de historias clínicas		
6. Anotaciones de enfermería.		
7. Manejo de suministros (Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidado del paciente).		
8. Control sobre la aplicación de métodos y procedimientos para cuidados de enfermería en los pacientes		

C. FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN

1. Participa en procesos investigativos con el fin de mejorar el cuidado de los pacientes:
 - a. SI _____ minutos.
 - b. NO.

D. FUNCIONES DE DOCENCIA.

1. Participa como instructor en la capacitación adiestramiento e instrucción al personal relacionado con el área
 - a. SI _____ minutos.
 - b. NO.

E. ¿Qué modelo de atención en enfermería aplica en el desarrollo de su ejercicio profesional?

Gracias por su colaboración

ANEXO 4.
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÒGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“DISEÑO DE UNA METODOLOGÍA PARA LA ASIGNACIÓN DE
PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE
TUNJA ”**

OBJETIVO: Recopilar información sobre el tiempo real que genera la atención de enfermería por procedimientos.

La información solamente se utilizará con fines de esta investigación y únicamente la conocerá el grupo investigador. Garantizándose la reserva y confidencialidad de esta información.

Describa las actividades que usted realiza normalmente, escribiendo el tiempo promedio en minutos que genera cada actividad y el número de veces que es realizada en cada turno, por paciente.

PROFESIONALES DE ENFERMERIA

COPERATIVA_____PLANTA_____

SERVICIO

NÚMERO PROMEDIO DE PACIENTES ASIGNADOS POR TURNO

A. FUNCIONES ASISTENCIALES

¿Cuáles actividades asistenciales, realiza diariamente?

ACTIVIDADES	TIEMPO EN minutos de duración cada actividad	# DE VECES POR CADA PACIENTE ,EN CADA TURNO		
		Mañana	Tarde	Noche
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

8				
9				
10				

B. FUNCIONES ADMINISTRATIVAS

¿Cuáles actividades administrativas realiza diariamente?

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS duración cada actividad	EN de de	# DE VECES POR CADA PACIENTE ,EN CADA TURNO		
			Mañana	Tarde	Noche
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

C. FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN

¿Qué actividades de investigación desempeña?

ACTIVIDADES	TIEMPO MINUTOS duración cada actividad	EN de de	# DE VECES POR CADA PACIENTE ,EN CADA TURNO		
			Mañana	Tarde	Noche
1					
2					
3					
4					
5					

D. FUNCIONES DE DOCENCIA

¿Qué funciones de docencia desempeña?

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MINUTOS de duración de cada actividad	# DE VECES POR CADA PACIENTE , EN CADA TURNO		
		Mañana	Tarde	Noche
1				
2				
3				
4				
5				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN