

categorización de los usuarios del hospital clínico de la universidad católica de chile

según dependencia y riesgo

M. Angelica García García
Enfermera Subjefe Hospital Clínico
Universidad Católica de Chile

(Presentado en Seminario Viajero
Chile Brasil 20-29 Septiembre 1995)

Las Enfermeras del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, diseñan un método de categorización de enfermos, inserto en el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, basado en el Modelo Conceptual del Autocuidado de D. Orem.

El método de categorización diseñado identifica al cliente enfermo del Hospital Clínico de acuerdo a su nivel de dependencia y riesgo.

El método permite una evaluación objetiva y estructurada de las necesidades de cuidados de los clientes enfermos, evalúa las cargas de trabajo del personal de enfermería, optimiza la distribución de recursos de cada servicio asistencial, según el perfil del cliente atendido y facilita la estandarización de planes de cuidado para cada categoría de clientes.

INTRODUCCION

Se ha diseñado un método de categorización de clientes enfermos inserto en el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad y basado en el Modelo Conceptual de Autocuidado de D. Orem.

La categorización de clientes surge como una estrategia para medir el nivel de atención requerido por ellos, para mejorar la distribución de recursos humanos y materiales que pueda conciliar la calidad de los cuidados con la contención de los costos.

Desde el punto de vista conceptual, la categorización es una aplicación del Modelo de Autocuidado que se está desarrollando en la Escuela de Enfermería y el Centro de Diagnóstico (CEDIUC) de la Universidad Católica desde 1983 y que puede abarcar todas las áreas de atención del Hospital Clínico.

El método de categorización es una herramienta del Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, que permite:

- Definir el perfil del cliente atendido según dependencia y riesgo.

- Identificar las necesidades y expectativas del cliente, haciéndolo participar en la atención programada y proporcionada.

- Definir el servicio que se ofrece y que satisface los requerimientos de cada categoría de clientes.

- Definir el nivel de calidad, reduciendo el índice de variabilidad y logrando una mayor eficiencia, ya que permite aplicar un modelo común en todas las áreas, estructurar planes de cuidados estandarizados para cada categoría de clientes, y monitorizar la atención con indicadores.

PROPOSITO

El propósito de este trabajo es mejorar la calidad de la atención de enfermería que se otorga en el Hospital Clínico U.C., optimizando la utilización de recursos como parte de la filosofía del mejoramiento continuo de la calidad.

OBJETIVOS GENERALES

1. Desarrollar un modelo de atención centrado en el cliente, utilizando las bases conceptuales del autocuidado.
2. Definir el plan de cuidados de enfermería según demandas de los clientes, de acuerdo al nivel de dependencia y riesgo.
3. Determinar el número y nivel de personal de enfermería requerido por los pacientes clientes, según su categoría.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el perfil del paciente cliente del Hospital Clínico, categorizándolo según su nivel de dependencia y riesgo.
2. Adecuar el plan de atención según las demandas de autocuidados universales y terapéuticos, identificados al valorar el nivel de dependencia y riesgo de los pacientes clientes.
3. Establecer los planes de cuidados de enfermería requeridos para cada categoría de los clientes.
4. Identificar condiciones que indiquen el nivel de cuidado requerido para cada categoría de clientes.
5. Diseñar registros de enfermería que permitan medir los cuidados proporcionados.
6. Obtener un perfil de los cambios del cliente a través de la variación de su valoración diagnóstica.
7. Determinar la cantidad de tiempo de enfermería necesario para proporcionar los cui-

dados requeridos por cada categoría de clientes.

8. Identificar las coberturas de personal de enfermería requerido según variaciones en la categorización del cliente.

9. Definir el perfil del personal de enfermería requerido para cada categoría de clientes.

10. Identificar el costo de atención, según los requerimientos de cada categoría de clientes.

La Enfermería para el autocuidado de la salud, es un enfoque particular de la atención, en el cual se le asigna máxima importancia a las capacidades de las personas para alcanzar, mantener, recuperar y elevar el nivel de salud (2).

Según Orem, las enfermeras son «diseñadoras y proveedoras de enfermería». Se espera que tengan habilidades especializadas que les permitan proporcionar atención que compense o ayude en las necesidades de autocuidado, y que facilite e incremente las capacidades de autocuidado de las personas (3).

La atención de enfermería es entendida como una interacción educativa, que se establece entre la persona y la enfermera, ya sea por iniciativa del cliente que demanda atención o de la enfermera que la ofrece (2).

Orem, identifica tres tipos de necesidades de autocuidado: universales, de desarrollo y en desviaciones de salud.

Las necesidades de autocuidado universales se definen como, todas aquellas demandas y acciones del diario vivir o aquellas que satisfacen necesidades humanas básicas. Son comunes a todos los seres humanos (3).

Las necesidades de autocuidado de desarrollo, están asociadas a los procesos humanos de desarrollo y a sucesos que ocurren a

través del ciclo vital, ejemplo: lactancia, embarazo, adolescencia, adultez, senectud.

Las necesidades de autocuidado en desviaciones de la salud, son definidas como todas aquellas demandas y acciones que se requieren sólo en caso de enfermedad, agresión sufrimiento.

Las acciones para satisfacer las demandas de autocuidado en desviación de salud, son denominadas por Orem "autocuidado terapéutico". Estas acciones, según sea la situación, pueden ser realizadas por la propia persona, su familia, la enfermera, la auxiliar de enfermería u otro.

La práctica de la enfermería, en relación con la persona total o parcialmente incapaz de ayudarse a sí misma, a causa de una situación de salud existente (4), organiza esta ayuda en planes de cuidado.

Los planes de cuidado, están constituidos por acciones voluntariamente seleccionadas y realizadas por la enfermera, para satisfacer las necesidades de cuidados de los clientes. Incluyen las acciones de autocuidado y de cuidado dependiente, creados en el contexto de la vida diaria, y en desviaciones de salud, abarcando los servicios proporcionados por el personal auxiliar de enfermería.

La enfermera, para establecer el plan de cuidado requerido, debe valorar la capacidad del cliente y las competencias de cada integrante del equipo de enfermería, para realizar las acciones.

Para la administración de los cuidados de enfermería, la enfermera desempeña un conjunto de roles estrechamente relacionados, que se combinan para el desarrollo integral del plan de atención. Ejecuta cuidados de enfermería, ayuda al médico y otros profesionales de la salud, actúa como directiva y gestora del plan, y es educadora tanto del usuario, como del personal de enfermería (4).

PERFIL DEL CLIENTE

Se considera cliente a toda persona, total o parcialmente incapaz de ayudarse a sí mismo en el cumplimiento de los cuidados diarios, a causa de una situación de salud existente (4) y que accede a la atención que proporciona el Hospital Clínico de la Universidad Católica, tanto en el área ambulatoria, como de hospitalización.

Con el objeto de identificar las características de nuestros clientes, se analizan sus necesidades de cuidados directos; categorizándolos según su grado de dependencia y nivel de riesgo.

Para categorizar a los clientes se seleccionan los cuidados que implican riesgo y dependencia, más útiles para la toma de decisiones de las enfermeras. Se agrupan en universales y terapéuticos según las necesidades que satisfacen.

El valor de cada grupo de cuidados oscila entre el cero y los tres puntos y está determinado por los cuidados de enfermería requeridos en cuanto a:

- Complejidad de los cuidados de enfermería a realizar.
- Diversidad de estos cuidados.
- Frecuencia con la que se realizan.
- Intensidad en la vigilancia de los cuidados (5).

Una vez establecido el valor de cada uno de los cuidados seleccionados, se aplica la puntuación obteniendo la suma aritmética de los puntajes, que identificará el nivel de dependencia y riesgo de los clientes.

El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidado universal, con las acciones programadas y proporcionadas para lo cual se seleccionan tres grupos de autocuidado universal:

Prácticas de Confort: valor determinado por la cantidad de procedimientos destinados a propor-

cionar bienestar físico, tales como: aseo personal, cambio de ropa, cambio de posición, levantada y deambulación con ayuda.

- De 0 a 5 procedimientos diarios de confort = 1 punto.
- De 6 a 20 procedimientos diarios de confort = 2 puntos.
- 21 o más procedimientos diarios de confort = 3 puntos.

Alimentación: valor determinado por la diversidad y complejidad de los cuidados requeridos para alimentar al cliente.

- Oral Autoadministrada = 0 punto.
- Oral y Enteral proporcionada menos de 6 veces. = 2 puntos.
- Oral y Enteral proporcionada más de 6 veces = 3 puntos.
- Parenteral Parcial y total = 3 puntos.

Eliminación: valores determinados por la diversidad y complejidad de los cuidados requeridos para recolectar egresos (orina, contenido gástrico, de posición y otros.).

- Autorrecolección de egresos = 0 puntos.
- Recolección asistida de egresos = 2 puntos.
- Recolección por Sonda, Prótesis o Pañal = 3 puntos.

La información sobre el tipo de cuidados requeridos proporciona conocimientos sobre el estado de salud y las condiciones de los clientes para satisfacer los requisitos de autocuidado. Estos valores se miden en un espacio de tiempo de 24 horas y en situaciones de menor tiempo de permanencia de un cliente en una unidad de atención, la dependencia se mide por sus condiciones de reposo.

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de los cuidados terapéuticos requeridos en situación de desviación de salud.

Se seleccionan tres grupos de cuidados terapéuticos:

Medición de Parámetros: valores determinados por la frecuencia de los controles requeridos para evaluar las respuestas fisiológicas a las terapias (signos vitales).

- Control cada 12 o 24 horas = 1 punto.
- Control cada 8; 6; 4 o 3 horas = 2 puntos.
- Control cada 2 horas o menos y horario continuo = 3 puntos.

Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias: valores determinados por la intensidad de la vigilancia por inestabilidad del cliente (Hemodinámica, respiratoria, de conciencia y conducta) y por la diversidad y frecuencia de las intervenciones médicas, de enfermería y de otros profesionales que incluyen: visitas valorativas, readecuación de indicaciones y procedimientos médicos y kinésicos, interacción educativa y relación de ayuda.

- De 1 a 4 intervenciones diarias = 1 punto.
- De 5 a 8 intervenciones diarias = 2 puntos.
- Nueve o más intervenciones diarias = 3 puntos.

Procedimientos de Enfermería: valores determinados por la complejidad, diversidad e intensidad de vigilancia de algunos cuidados seleccionados para la categorización, cuya presencia implica riesgo.

1) Balance Hídrico: valor determinado por la frecuencia.

- Si no está indicado = 0 punto.
- Cada 24 horas = 1 punto.

- Cada 12; 8 y 6 horas = 2 puntos.
- Cada 4 horas y menos = 3 puntos.

2) Curaciones: valor determinado por la frecuencia que mide también su complejidad.

- Si no está indicada = 0 punto.
- Una vez en el día = 1 punto.
- De 2 a 3 veces al día = 2 puntos.
- De 4 o más en el día = 3 puntos.

3) Drenajes: valores determinados por la complejidad y vigilancia que implica y la diversidad de cuidados (drenajes, sondas, derivaciones) que requiere.

- Si no tiene sondas = 0 punto.
- Si tiene una sonda = 2 puntos.
- Si tiene más de una sonda = 3 puntos.

4) Tratamiento: valores determinados por la variabilidad y complejidad de los cuidados.

- Terapia oral = 1 punto.
- Terapia inyectable no endovenosa, rectal, gástrica y otros = 2 puntos.
- Terapia intravenosa = 3 puntos.

5) Oxigenoterapia: valor determinado por la intensidad en la vigilancia y la diversidad de los cuidados.

- Si no está indicada = 0 punto.
- Oxígeno por máscara, halo o bigotera = 2 puntos.
- Oxígeno por traqueostomía o tubo endotraqueal = 3 puntos.

6) Manejo de Aislamientos: valor determinado por la intensidad en la vigilancia y la complejidad y diversidad de los cuidados.

- Si no está indicado = 0 punto.
- Aislamiento de precaución = 1 punto.
- Aislamiento respiratorio de contacto y protector = 2 puntos.
- Aislamiento estricto = 3 puntos.

Categorías de Clientes

Los cuidados universales y terapéuticos seleccionados se evalúan en cada cliente cada 24 horas, utilizando el registro de valoración diseñado para ello, que incluye una tabla aritmética que dará los puntajes para identificar su nivel de dependencia y riesgo. Cruzadas estas variables, se reconocen nueve categorías de clientes atendidos en todas las áreas del Hospital Clínico. (Instrumento N° 1). (10)

Con el objeto de conocer las categorías de los clientes atendidos en cada Servicio del Hospital Clínico U.C., se efectuó un estudio de prevalencia con corte de 12 horas día en todos los Servicios del Hospital.

Se categorizó una muestra de 324 clientes; se excluyeron a los enfermos operándose, a las señoras en pabellón de parto, a los recién nacidos en atención inmediata, a los usuarios atendidos en urgencia y a los clientes en proceso de alta.

De acuerdo a estos resultados podríamos describir las distintas categorías de clientes como:

A1= cliente de dependencia total, con alto nivel de riesgo. Requiere un gran número de procedimientos y controles de parámetros con gran intensidad en la vigilancia, diversidad y complejidad de cuidados. Es el cliente que habitualmente se atiende en Unidades de Tratamiento Intensivo e Intermedio.

La enfermera para esta-

blecer el plan de cuidado

requerido, debe valorar la

capacidad del cliente y las

competencias de cada

integrante del equipo de

enfermería, para realizar

las acciones.

B1= cliente en dependencia total y mediano nivel de riesgo. Se caracteriza por un alto número de procedimientos de confort y de procedimientos de enfermería y disminución de intervenciones profesionales. Este cliente puede ser atendido en Unidades Intermedias, Servicios Generales, en ocasiones en Intensivos. Es el cliente que habitualmente llega a los Servicios Pediátricos.

C1= cliente en dependencia total, con bajo nivel de riesgo. Mantiene alta necesidad de procedimientos que cubren necesidades básicas, con cuidados de escasa complejidad. Puede ser atendido en servicios con afluencia de pacientes crónicos, pero generalmente se cuida en el hogar o en casas de reposo.

A2= cliente en dependencia parcial, con alto nivel de riesgo. Aunque participa en la satisfacción de sus necesidades básicas, requiere de un importante apoyo terapéutico. Es el cliente que mayoritariamente se atiende en Unidades de Tratamiento Intermedio o en Unidades Médico Quirúrgicas.

B2= cliente en dependencia parcial, con mediano nivel de riesgo. Junto con participar en su autocuidado, puede participar en el desempeño de algunos requerimientos de cuidados terapéuticos. Es el cliente que habitualmente se atiende en Unidades con hospitalización electiva como Medicina, Cirugía, Especialidades y Pensionado.

C2= cliente en dependencia parcial y bajo nivel de riesgo. Aunque sigue requiriendo ayuda para sus actividades de autocuidado básico, sus necesidades de cuidados terapéuticos son escasas. En este nivel están las señoras que se atienden en la Maternidad.

A3= cliente con autosuficiencia para satisfacer sus necesidades bá-

sicas, pero por su alto riesgo requiere de un número importante de procedimientos específicos. Están en esta categoría los clientes con trasplante que se controlan ambulatoriamente y los usuarios de la Unidad de Diálisis.

B3= cliente autosuficiente en autocuidados universales, que requiere acciones terapéuticas en las que participa. En esta categoría están muchos clientes que ingresan a Servicios Quirúrgicos.

C3= cliente autosuficiente, con nivel muy bajo de intervenciones específicas en las cuales puede participar. En el Hospital están en este nivel los usuarios a punto de egresar y las señoras de la Maternidad.

La categorización descrita se caracteriza porque promueve la participación y responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud, desde la etapa de toma de conciencia e identificación de problemas, hasta la evaluación de los resultados (2). En la me-

CATEGORIAS DE CLIENTES ATENDIDOS

SERVICIOS	A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3	TOTAL
Intensivos	45 (88%)	4 (7,8%)		1 (1,9%)			1 (1,9%)			51
Intermedios	15 (36,5%)	4 (9,7%)	2 (4,8%)	14 (34%)	5 (12,2%)		1 (2,4%)			41
Cirugía	2 (5,1%)	2 (5,1%)		5 (12,8%)	14 (35,9%)	5 (12,8%)		5 (12,8%)	6 (15,4%)	39
Medicina	1 (2,4%)	2 (4,8%)		7 (16,6%)	17 (40,5%)	3 (7,1%)	1 (2,4%)	3 (7,1%)	8 (19%)	42
Especialid.	5 (8,2%)			17 (27,8%)	19 (31,1%)		1 (1,6%)	13 (21,3%)	6 (9,8%)	61
Pensionado	2 (9,1%)	1 (4,5%)		2 (2,9%)	14 (63,6%)	2 (9,1%)			1 (4,5%)	22
Pediatría	1 (9,1%)	6 (54,5%)			4 (36,4%)					11
Obstetricia	2 (6,9%)				6 (20,7%)	10 (34,5%)		3 (10,3%)	8 (27,6%)	29
Diálisis				2 (7,1%)			25 (89,2%)	1 (3,6%)		28
TOTAL	73	19	2	48	79	20	29	25	29	324

didada que el usuario y familia aumenta su participación en la atención, las demandas de cuidados proporcionados es menor, lo que puede conducir a la disminución de los costos en su atención.

Creemos que la gran contribución que enfermería puede hacer para bajar esos costos o contenerlos, es a través del desarrollo de las capacidades de autocuidado de las personas, que va a permitir su participación tanto en sus cuidados, como en la prevención de otras enfermedades, como en el fomento y promoción de salud, propias y de su comunidad.

PERFIL DE ENFERMERIA (9)

El concepto de perfil de enfermería se utiliza para describir la disposición y naturaleza de responsabilidades que asumen los integrantes del equipo de enfermería, en las acciones, tanto asistenciales, como administrativas y educativas, requeridas para satisfacer las demandas de autocuidado de los clientes.

Si se considera que, en el modelo de autocuidado de la Universidad Católica, la Enfermería es una profesión a la cual fundamentalmente le interesa cuidar y enseñar a cuidarse, tanto en estado de salud como de enfermedad (6), se debe integrar el rol de educadora en las responsabilidades de cada participante de la atención (usuario y familia, auxiliares, enfermeras y otros profesionales).

En la definición del perfil del cliente, se han descrito sus demandas de atención directa, que forman parte de la función asistencial de enfermería. Enfermería para diseñar y proveer los cuidados, debe desarrollar tanto la función de atención, como la función de gestión que asegure la calidad de los cuidados, y el éxito económico del Hospital.

La enfermera debe ser capaz de priorizar, desarrollar acciones de

gestión y administrar cuidados que se correlacionen con el nivel de riesgo y dependencia de los usuarios, lo que significa:

- Planificar los cuidados, solicitando y programando los recursos necesarios para realizarlos. Dirigir la atención asignando a cada participante, según sus capacidades, las responsabilidades que asumirá en cada plan de cuidados de enfermería.

- Tomar decisiones en relación al tipo y cantidad de recursos que necesitará para programar la atención. Administración del tiempo enfermera y auxiliar de enfermería. Manejo del método de resolución de problemas, identificación de prioridades, etc.

- Conocer la medida en que los resultados estén dando respuesta a los objetivos para adaptar el plan de trabajo. Evaluar que la documentación que registra la atención, junto con asegurar la continuidad de los cuidados y la medición de los mismos, sirva de comunicación entre el equipo de atención.

En el proceso de atención de enfermería, la finalidad puede ser el bienestar del cliente, el control de los riesgos, la prevención de complicaciones, el incremento de conocimientos y habilidades en lo referente a salud y facilitar al máximo la independencia del cliente. En el proceso de gestión de enfermería, lo que se persigue son unos cuidados efectivos y económicos para los grupos de pacientes (1).

En las fases de valoración y planificación, no sólo se determinan, adecúan y cubren las necesidades de cuidados directos de las diferentes categorías de clientes, sino también se incluye el establecimiento de resultados esperados, la determinación de las asignaciones de número y tipo de personal que se necesita para administrar los cuidados y los recursos materiales requeridos, con todas las acciones determinadas para obtenerlos, lo que se denominan cuidados indirectos.

Cargas de Trabajo:

Los expertos están de acuerdo en que, para mejorar la calidad y disminuir los costos asistenciales de enfermería, se debe definir las cargas de trabajo de forma más precisa y asignar el número y nivel de personal de forma más apropiada (7).

El sistema de clasificación de clientes descrito permitiría evaluar las cargas de trabajo de cada servicio según el perfil de clientes atendidos, con una dotación básica para el estándar de cada servicio, complementado con sistemas de dotación de personal centralizado, que permita cubrir las oscilaciones de las cargas de trabajo en todo el hospital.

Para calcular el número y nivel de personal se deben considerar diversas variables, tales como: el número de camas de cada servicio, el índice de ocupación, la categoría de clientes, el tipo de cuidados que se proporcionan a cada categoría, el método con que se ejecutan esos cuidados, las características arquitectónicas de las instalaciones, la capacitación del personal, el clima de colaboración con que se prestan los cuidados y todas las actividades de gestión asistencial o cuidados indirectos que se requieren para la administración de cuidados directos.

En este modelo con 9 categorías establecidas que reflejan los niveles progresivos de dependencia y riesgo de los pacientes, se selecciona a un paciente representativo de cada categoría, se analiza la clase y cantidad de cuidados que precisa. Se determina el promedio de tiempo que se requiere para cuidarlo, calculando el tiempo que invierten enfermeras y auxiliares de enfermería y apoyo en cada cuidado, en cada turno y se establecen después las medias de los tiempos ocupados para cada categoría de clientes en cada día, para lo cual se elabora un instrumento que permita medirlo. (Instrumento N° 2). (10)

TIEMPO REQUERIDO EN ADMINISTRACION DE CUIDADOS

Actividades de Enfermería	Nivel Personal	A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3
Autocuidados Universales	Enfermera	50'	25'	15'	40'	25'	15'	20'	-	-
	Aux. de Enfer.	200'	170'	140'	180'	130'	100'	70'	40'	10'
	Aux. de Apoyo	40'	35'	20'	40'	40'	40'	45'	15'	5'
	Usuario y Flia.	-	25'	50'	15'	40'	70'	100'	150'	180'
Cuidados Terapéuticos	Enfermera	1000'	420'	200'	360'	265'	165'	135'	115'	65'
	Aux. de Enfer.	760'	310'	155'	250'	220'	105'	125'	80'	45'
	Aux. de Apoyo	55'	35'	35'	35'	40'	35'	40'	25'	5'
	Usuario y Flia.	-	5'	40'	5'	45'	25'	30'	20'	10'
Cuidados Indirectos	Enfermera	50'	40'	30'	40'	40'	30'	40'	30'	30'
	Aux. de Enfer.	-	20'	30'	10'	20'	30'	20'	30'	30'
	Aux. de Apoyo	40'	30'	30'	40'	30'	30'	30'	30'	30'
Tiempo Personal por categorías de Clientes (Expresado en hrs.)	Enfermera	18,3	8	4	7,3	5,5	3,5	3,25	2,41	1,58
	Aux. de Enfer.	16	8,3	5,4	7,3	6,1	3,9	3,5	2,5	1,4
	Aux. de Apoyo	2,25	1,66	1,4	1,9	1,8	1,7	1,9	1,1	40'

ASIGNACION DE PERSONAL POR CATEGORIAS DE CLIENTES Y NIVEL DE PARTICIPACION EN LOS CUIDADOS

CATEGORIAS DE CLIENTES									
Equipo de Enfermería	A1	B1	C1	A2	B2	C2	A3	B3	C3
Enfermera por N° de Cliente	1x1,30	1x30*	1x60*	1x40*	1x30*	1x7*	1x70*	1x10*	1x15*
Auxiliar de Enfermería por N° de Cliente	1x1,5*SP	1x3*SP	1x4*SP	1x3*SP	1x4*SP	1x6*SE	1x7*SP	1x9*SE	1x17*SE
Auxiliar de Apoyo por N° de Cliente	1x10*SP	1x14*SP	1x17*SP	1x12*SP	1x13*SP	1x14*SP	1x12*SP	1x20*SE	1x36*SE
Paciente y Familia	*SP	*SP	*SP	*SP	*SP	*SE	*SE	*	

ACTIVIDADES: 0 = Exclusivas.
 * = Compartidas.
 *SE = Asignadas con Supervisión Eventual.
 *SP = Asignadas con Supervisión Permanente.

Después de haber calculado el tiempo requerido en los cuidados directos de enfermería que se necesitan diariamente, se debe determinar el tiempo que se precisa para las actividades de gestión asistencial o asistencia indirecta, que incluye actividades como la planificación de los cuidados, peticiones de materiales y equipamiento, consulta con otros miembros del equipo de salud, registros de cuidados, redacción de informes, lectura de ficha clínica, información sobre condición del cliente, evaluación de resultados, etc. Como las necesidades de gestión asistencial al cliente, por lo general no varían en relación con el nivel de riesgo o grado de dependencia, no necesitan ser medidas para cada uno de ellos o para categoría de clientes (7).

En el Grace Hospital de Detroit, se estimó que el período de enfermería dedicado a las actividades de asistencia indirecta es un promedio de 38 minutos por cliente al día (Meyer 1978), pero otros estudios indican que esta proporción es superior, lo cual demuestra la necesidad de realizar estudios de tiempo y tareas de gestión asistencial que reflejen las condiciones de cada servicio del Hospital Clínico, los diferentes días de la semana para obtener la media diaria de tiempo ocupado.

Para ello se diseña un instrumento que mide las actividades de gestión clasificadas de acuerdo a las funciones básicas de administración: (Instrumento N° 3) (10).

Dirección que incluye actividades de la enfermera para ser realizadas por otros individuos miembros del equipo, con el propósito de obtener un resultado.

Supervisión que abarca actividades de inspección, control y evaluación de tareas y

desempeño, realizados por las enfermeras dentro del mismo lugar de trabajo.

Coordinación y gestión operacional con el propósito de articular los esfuerzos individuales de todos los miembros del equipo de trabajo en forma armoniosa para lograr un resultado único (8).

Con el objeto de identificar a priori las cargas de trabajo de enfermería de los servicios, conociendo el perfil de clientes atendidos se efectuó un análisis de la actividad de enfermería, partiendo de la base de los cuidados seleccionados en la categorización (universales y terapéuticos) y agregando para cada actividad, el tiempo definido por la experiencia del grupo de trabajo.

El resultado del ejercicio dió el tiempo ocupado por el personal de enfermería, en la atención de cada categoría de clientes, en las 24 horas. Aplicando una tabla aritmética se obtiene la asignación de personal por categorías de clientes.

Con la ayuda de un instrumento elaborado por enfermeras del Ministerio de Salud (Instrumento N° 4) (10), se define también, el nivel de participación del personal de enfermería en los cuidados de cada categoría de clientes.

Conociendo el personal requerido en las 24 horas para cada categoría de clientes y el tipo de enfermos atendidos en cada servicio, se establecerá la distribución de personal en cada turno. Si se aplica el método utilizado por los hospitales de la Ciudad Sanitaria de Bellvitge, el 50% del personal cubriría los turnos de mañana, el 30% los turnos de tarde y el 20% los turnos de noche (1). Esta cifra puede variar en la distribución de personal de Unidades de Tratamiento Intensivo o Intermedio y para las áreas de trabajo prioritariamente diurno como Pabellones Quirúrgicos.

Permite traducir las actividades relativas a los cuidados en términos de gestión que asegura la calidad de los cuidados y el éxito económico del Hospital.

CONCLUSIONES

El modelo descrito permite una evaluación objetiva y estructurada de las necesidades de cuidados de enfermería de los clientes pacientes del Hospital Clínico U.C., según su nivel de dependencia y riesgo. Permite traducir las actividades relativas a los cuidados en términos de gestión que asegura la calidad de los cuidados y el éxito económico del Hospital.

Los aspectos de mayor relevancia que el modelo puede aportar son:

- Identificar el Perfil del Cliente, su necesidad de cuidados, estado de salud, los cambios percibidos en la evolución de la terapia, los costos de atención y definir su nivel de participación en los cuidados.
- Definir el personal requerido para la atención, estableciendo el nivel de participación del personal en los cuidados y las cargas de trabajo.
- Optimizar la distribución de recursos materiales al asignar recursos según la categoría de clientes, ofreciendo datos precisos de demandas y costos, permitiendo contener o bajar los costos de atención.
- Aplicar un modelo común de atención para la asistencia y la docencia, utilizable en todas las áreas asistenciales.

Este modelo de atención proporcionaría a la enfermería del Hospital Clínico una herramienta rápida y simple para desarrollar y evaluar la práctica.

Al aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) ofrece un diagnóstico de necesidades del cliente de acuerdo a su nivel de dependencia y riesgo.

También valora especialmente el trabajo en equipo al incorporar al modelo a todos los miembros del equipo de enfermería y al usuario en su nivel de participación. ♡

El estudio que aquí se presenta ha sido desarrollado con la estrecha colaboración de las siguientes enfermeras:

- Acuña Muñoz Mónica., Coordinadora de Cirugía de Tórax.
- Aguayo Torres Elisa., Coordinadora de Calidad.
- Baraño Cubillos Miriam, Coordinadora de Recuperación.
- Catoni Salamanca M. Isabel, Docente de la Escuela de Enfermería y de Diálisis.
- Corbeaux Larrebourg Andrea, Coordinadora de Intensivo Quirúrgico.
- Correa Cerna Laura, Coordinadora de Obstetricia.
- Chodowiecki Wagner Camila., Coordinadora Docente.
- De La Cerda Soto Gabriela., Coordinadora de Prevención de Infecciones.
- Espinoza Prieto Raquel., Coordinadora de Unidad Coronaria.
- Farfan Pizarro M. Isabel., Coordinadora de Cirugía.
- Galleguillos Arratía Jeannette, Enfermera Coordinadora de Neonatología.
- García Villegas Veronica., Jefe del Equipo de Medicina.
- Iturriaga Rojas Adriana., Coordinadora de Urgencia.
- Palma Castro Eugenia, Coordinadora de Diálisis.
- Palma Nuñez Margarita, Coordinadora de Medicina
- Pérez Bustamente M. Isabel, Coordinadora de Pediatría.
- Reyes Micasich Paulina., Enfermera del Programa del Adulto Mayor.
- Urrutia Bunster. Mila, Docente de la Escuela de Enfermería.
- Vicente Martínez Irene, Jefe del Servicio de Enfermería del Hospital Clínico U.C.

bibliografía

1. Pérez P. Apuntes de Asesoría en Implantación de Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad. 1993, 1994, 1995. Hospital Clínico U.C.
2. Campos M.C. y cols. El desarrollo del Modelo de Enfermería para el Autocuidado de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Módulo Enfermería para el Autocuidado. Pag. 28 - 31, 1994. Diploma Enfermería para la Atención Primaria. 1994. Escuela Enfermería U.C.
3. Campos M. C. La Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem. Síntesis Bibliográfica. Pag. 1 - 8, 1994.
4. Orem D. E. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ediciones Masson. Salvat, 1993.
5. Móstoles - Alarcón. Dirección de Enfermería de Complejo Hospitalario. Niveles de Dependencia, 1992.
6. Holloway N. M. Planes de Cuidados de Enfermería Médico Quirúrgica. Ediciones Doyma. 1990.
7. Gillies D. Gestión de Enfermería: Una Aproximación a los Sistemas. Ed. Masson. Salvat 1994.
8. Jaimovich S. y Urrutia M. Módulo Liderazgo en Enfermería Pag. 5 - 7. Diploma Enfermería para la Atención Primaria. 1994. Escuela Enfermería U.C.
9. Toro H. Vial L. B. Instrumento de Perfil de Enfermería. Santiago. 1994. MINSAL.
10. Instrumentos disponibles por el autor.