



Neiva, Junio de 2014

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Claudia Andrea Ramírez Perdomo _____, con C.C. No. 36377031

Yuly Andrea Durán Angulo _____, con C.C. No. 1075272137

Diana Marcela Perdomo Suaza _____, con C.C. No. 1075257673

Martha Katherine Romero Losada _____, con C.C. No. 1075256184

Luisa Fernanda Zúñiga Sampablo _____, con C.C. No. 55182653

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado o _____

titulado Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.





presentado y aprobado en el año __2014__ como requisito para optar al título de

Enfermera _____;

autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

• Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

	GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS				  		
	CARTA DE AUTORIZACIÓN						
CÓDIGO	AP-BIB-FO-06	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	2 de 2

• Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *JAN*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Joly Andrea Duón Angulo*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Diana Marcela Pedraza S.*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Martha Katherine Romero Losada*

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma: *Luisafernanda Zúñiga S.*

**GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS****DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO****CÓDIGO**

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 5

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Duran Angulo	Yuly Andrea
Perdomo Suaza	Diana Marcela
Romero Losada	Martha Katherine
Zuñiga Sampablo	Luisa Fernanda

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Ramírez Perdomo	Claudia Andrea

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermera**FACULTAD:** De salud**PROGRAMA O POSGRADO:** Programa de Enfermería

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través del sitio web Institucional www.usco.edu.co, link Sistema Gestión de Calidad. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es de responsabilidad de la Universidad Surcolombiana.



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

2 de 5

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2014 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 101

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):

Diagramas__ Fotografías__ Grabaciones en discos__ Ilustraciones en general__ Grabados__ Láminas__
Litografías__ Mapas__ Música impresa__ Planos__ Retratos__ Sin ilustraciones__ X Tablas o
Cuadros__

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

Inglés

1. Recurso humano en enfermería

Human resource allocation

2. Grado de dependencia

Nursing; Dependence

3. Cuidado de calidad

Quality care

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

RESUMEN

Introducción: La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la vida de la salud del individuo, la familia y la comunidad ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional. En relación con los servicios de Enfermería y el proceso de gestión, uno de los factores imperantes y primordiales es el recurso humano de enfermería, el cual debe ser óptimo tanto en número como tipo correcto para brindar un cuidado de calidad, se considera que para lograr impacto en la atención a los usuarios, hay que buscar estrategias para la asignación del personal de enfermería de manera diferente a la basada en el número de



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

3 de 5

camas/pacientes.

Objetivos: Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, de tipo transversal con enfoque cuantitativo. La muestra fue de 98 pacientes seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, se determinó el nivel de dependencia por categorías mediante la aplicación del instrumento "Test Delta". Una vez clasificados los pacientes, matemáticamente se calculó el personal de enfermería necesario.

Resultados: El Test Delta se aplicó de manera homogénea a 49 hombres y 49 mujeres. La mayor parte de la población se ubicó por encima del rango de edad de los 51–57 años con un total de 69 pacientes. La muestra en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado, estrato socioeconómico uno, y un bajo nivel educativo. Con respecto al grado de dependencia se encontró que en el 22,4% son autónomos para la realización de las actividades propias del autocuidado, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente. Al correlacionar las variables dependencia y diagnóstico es evidente que los pacientes a mayor complejidad por la patológica o comorbilidades mayor es su grado de dependencia, igualmente que la edad es un factor influyente en la categorización de la dependencia. Lo anterior, evidencia que la dependencia está relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento, características propias de un servicio de medicina interna, esto a su vez sumado a los cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas debido al deterioro progresivo de la salud. El cálculo del recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las demandas de atención son trece para el servicio de medicina interna, la mayor parte del personal estaría asignado para satisfacer las demandas de los pacientes en la categoría asistidos severos, por tener un alto grado de complejidad en sus cuidados.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, podría ser utilizada como una metodología para determinar y asignar en forma eficiente, el recurso humano de enfermería, teniendo en cuenta el grado de dependencia, ya que está relacionado con mejores resultados en los pacientes, con implicaciones positivas en la calidad y la seguridad del paciente.



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

4 de 5

PALABRAS CLAVES: Recurso humano de Enfermería; Grado de dependencia; cuidado de calidad

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

ABSTRACT

Introduction: Nursing as a health profession whose goal is the care of the life of health of the human. Family and community has sought throughout its history strategies that allow qualifying and base their practice profesional. In relation to Nursing services and management process, and one of the most important factor is prevailing human resource is nursing, it which must be optimal both as in number and as proper in order to provide quality care type, it is considered that in order to impact on care users, look for strategies like, assigning nurses differently based on the number of beds / patients.

Objectives: To estimate the human resources are necessary to meet nursing care needs according to the degree of dependence of patients who are hospitalized in the internal medicine department of Hernando Moncaleano Perdomo.

Method: A descriptive study with cross-sectional quantitative approach was performed. The sample consisted on 98 patients selected through non-probability convenience sampling, the level of dependency categories were determined by applying the instrument "Test Delta". After classifying patients, mathematically was calculated the number of nurses required.

Results: Delta Test was applied uniformly to 49 men and 49 women. Most of the population was above the age range of 51-57 years old with a total of 69 shows patients. That mostly belongs to the subsidized regime, socioeconomic one and a low level of education. With respect to the degree of dependence is found that 22.4% are autonomous to perform the activities of self-care, 28.6% require occasional assistance, 22.4% and 26.5% frequent assistance in support. By correlating the dependent variables and diagnosis it was clear that the most complex patients by pathological or greater comorbidities is its dependence,



GESTIÓN SERVICIOS BIBLIOTECARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS Y/O TRABAJOS DE GRADO



CÓDIGO

AP-BIB-FO-07

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

5 de 5

the age is equally influential in categorizing dependence factor. The above shows that the dependence is related to chronic conditions and aging characteristics of an internal medicine characteristics, which in turn added to the changes that decrease the functional capacity of people due to deteriorating health. The calculation of the human do supply of nurses needed to meet the demands of care are thirteen to the internal medicine service, most staff would assigned in order to meet the demands of patients in the severe assisted by a category that has a high degree of complexity in care.

Conclusions: According to the results, it could be used as a methodology to identify and assign in a efficient way, human resources nursing, taking into account the degree of dependence, as it is associated with better patient outcomes, positive complex in quality and safety of the patient.

KEYWORDS: Human resource allocation Nursing; Dependence; quality care.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Claudia Andrea Ramírez Perdomo

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

Nombre Jurado:

Firma:

DOTACION DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA SEGÚN EL GRADO
DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO NEIVA 2014

YULY ANDREA DURAN ANGULO
DIANA MARCELA PERDOMO SUAZA
MARTHA KATHERINE ROMERO
LUISA FERNANDA ZUÑIGA SAMPABLO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA HUILA
2014

DOTACION DE RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA SEGÚN EL GRADO DE
DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO NEIVA 2014

YULY ANDREA DURAN ANGULO
DIANA MARCELA PERDOMO SUAZA
MARTHA KATHERINE ROMERO
LUISA FERNANDA ZUÑIGA SAMPABLO

Asesora
CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO
Enfermera Universidad Surcolombiana
Especialista en Enfermería en Cuidado Critico Pontificia Universidad Javeriana
Magister en Enfermería Universidad Nacional
Estudiante de Doctorado de Enfermería Universidad de Antioquia

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA HUILA
2014

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

[Handwritten signature]

FIRMA DE LA ASESORA

[Handwritten signature]

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Neiva, Junio 17 de 2014

DEDICATORIA

A Dios por que ha estado conmigo en cada paso que doy, llenándome de fortaleza para poder culminar una etapa más en mi vida.

A mis padres, con mucho amor, quienes a lo largo de mi formación han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en cada momento.

A mí maravilloso hijo Marthín, a quien le quite el tiempo que le pertenecía, pero que con su risa y sus gestos me motivaron para continuar. Gracias mi Tintín.

A mi esposo Andrés, por acompañarme siempre y demostrarme que las cosas se pueden lograr aun en los momentos de decline y cansancio.

Yuly Andrea

A Dios, por sus infinitas bendiciones, por guiar e iluminar mi camino, porque me dio la fe, fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

Con todo cariño y devoción a mis padres por el apoyo incondicional, a mis hermanos, por la ayuda desinteresada, pero sobretodo a Camilo Andrés por ser mi mayor motivación.

A mis compañeras por la ayuda mutua para hacer de este trabajo de investigación un éxito.

Diana Marcela

Dedico este trabajo a mi madre Martha Cecilia Losada Gómez, quien con su arduo trabajo, amor y pasión, ha apoyado mi desarrollo profesional, personal y todos aquellos proyectos propuestos durante mi vida, y dedico éste también y sobre todo a Dios, quien ha hecho posible ejecutarlo y culminarlo con éxito.

Martha Katherine

A Dios por darme la oportunidad de ingresar a esta maravillosa universidad, iniciar y terminar este proyecto.

A mí adorado hijo por ser el motor de mi vida, por alentarme cada día y por su paciencia en este camino de tantos sacrificios.

A mi madre, por todo su apoyo, sus palabras de aliento recalcando siempre que valdrá la pena soportar.

Y en definitiva a todo mi grupo de investigación.

Luisa Fernanda

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos:

A Dios, por darnos sabiduría y paciencia para culminar con éxito esta investigación.

A nuestras familias, por su permanente aliento y cariño incondicional en este proceso de formación.

A nuestra asesora Claudia Andrea Ramírez por transmitirnos sus conocimientos, enseñarnos tantas veces y por corregirnos aun más.

A nuestra amada Alma Máter especialmente al programa de Enfermería por acogernos y brindarnos las herramientas para ser líderes en el cuidado.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2. JUSTIFICACIÓN	28
3. OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GENERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4. MARCO REFERENCIAL	33
4.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA	33
4.1.1 Reglamentación y regulación de la profesión de Enfermería	33
4.1.2 Principios éticos en Enfermería	33
4.2 CUIDADO DE ENFERMERÍA	34
4.2.1 Teoría del autocuidado y déficit de autocuidado según Dorothea Orem	34
4.2.1.1 Dorothea Elizabeth Orem	34
4.2.1.2 Supuestos principales	36
4.2.1.3 Afirmaciones teóricas	36

	pág.
4.2.2 Gestión del cuidado de Enfermería	37
4.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA	38
4.3.1 Test Delta	39
4.4 DOTACIÓN DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA	40
5. DISEÑO METODOLOGICO	43
5.1 TIPO DE ESTUDIO	43
5.2 POBLACIÓN	43
5.3 MUESTRA	43
5.4 TIPO DE MUESTREO	44
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
5.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS	45
5.8 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	48
5.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	49
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	52
8. RESULTADOS Y ANÁLISIS	56

	pág.
9. DISCUSIÓN	67
10. CONCLUSIONES	76
11. RECOMENDACIONES	77
BBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	86

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Estado Civil	57
Gráfica 2. Estrato Socioeconómico	58
Gráfica 3. Nivel Educativo	59
Gráfica 4. Grado de Dependencia	61
Gráfica 5. Diagnostico Medico-Grado de Dependencia	62

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Edad Agrupada-Género	56
Tabla 2. Diagnóstico Médico	60
Tabla 3. Diagnostico Medico-Dependencia	62
Tabla 4. Edad-Grado de Dependencia	63
Tabla 5. Relación edad-Dependencia-Deficiencia Física Deficiencia Psíquica	64
Tabla 6. Grado de Dependencia-Deficiencia Física	65
Tabla 7. Grado de Dependencia-Deficiencia Psíquica	65
Tabla 8. Deficiencia Física-Deficiencia Psíquica	66
Tabla 9. Personal necesario de Enfermería de acuerdo al grado de dependencia de los pacientes en el servicio de Medicina Interna.	66

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de información.	87
Anexo B. Consentimiento informado.	93
Anexo C. Carta de aprobación comité de ética.	97
Anexo D. Cronograma de actividades.	99
Anexo E. Presupuesto	100

RESUMEN

Introducción: La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la vida de la salud del individuo, la familia y la comunidad ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional. En relación con los servicios de Enfermería y el proceso de gestión, uno de los factores imperantes y primordiales es el recurso humano de enfermería, el cual debe ser óptimo tanto en número como tipo correcto para brindar un cuidado de calidad, se considera que para lograr impacto en la atención a los usuarios, hay que buscar estrategias para la asignación del personal de enfermería de manera diferente a la basada en el número de camas/pacientes.

Objetivos: Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

Método: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de tipo transversal. La muestra fue de 98 pacientes seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, se determinó el nivel de dependencia por categorías mediante la aplicación del instrumento "Test Delta". Una vez clasificados los pacientes, matemáticamente se calculó el personal de enfermería necesario.

Resultados: El Test Delta se aplicó de manera homogénea a 49 hombres y 49 mujeres. La mayor parte de la población se ubicó por encima del rango de edad de los 51–57 años con un total de 69 pacientes. La muestra en su mayoría pertenecientes al régimen subsidiado, estrato socioeconómico uno, y un bajo nivel educativo. Con respecto al grado de dependencia se encontró que en el 22,4% son autónomos para la realización de las actividades propias del autocuidado, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente. Al correlacionar las variables dependencia y diagnóstico es evidente que los pacientes a mayor complejidad por la patológica o comorbilidades mayor es su grado de dependencia, igualmente que la edad es un factor influyente en la categorización de la dependencia. Lo anterior, evidencia que la dependencia está relacionada con los procesos crónicos y el envejecimiento, características propias de un servicio de medicina interna, esto a su vez sumado a los cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas debido al deterioro progresivo de la salud. El cálculo del recurso humano de enfermería necesario para satisfacer las demandas de atención son trece para el servicio de medicina interna, la mayor

parte del personal estaría asignado para satisfacer las demandas de los pacientes en la categoría asistidos severos, por tener un alto grado de complejidad en sus cuidados.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, podría ser utilizada como una metodología para determinar y asignar en forma eficiente, el recurso humano de enfermería, teniendo en cuenta el grado de dependencia, ya que está relacionado con mejores resultados en los pacientes, con implicaciones positivas en la calidad y la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVES: Dotación del recurso humano de Enfermería; Grado de dependencia; cuidado de calidad.

ABSTRACT

Introduction: Nursing as a health profession whose goal is the care of the life of health of the human. Family and community has sought throughout its history strategies that allow qualifying and base their practice professional. In relation to Nursing services and management process, and one of the most important factor is prevailing human resource is nursing, it which must be optimal both as in number and as proper in order to provide quality care type, it is considered that in order to impact on care users, look for strategies like, assigning nurses differently based on the number of beds / patients.

Objectives: To estimate the human resources are necessary to meet nursing care needs according to the degree of dependence of patients who are hospitalized in the internal medicine department of Hernando Moncaleano Perdomo.

Method: A descriptive study with cross-sectional quantitative approach was performed. The sample consisted on 98 patients selected through non-probability convenience sampling, the level of dependency categories were determined by applying the instrument "Test Delta". After classifying patients, mathematically was calculated the number of nurses required.

Results: Delta Test was applied uniformly to 49 men and 49 women. Most of the population was above the age range of 51-57 years old with a total of 69 shows patients. That mostly belongs to the subsidized regime, socioeconomic one and a low level of education. With respect to the degree of dependence is found that 22.4% are autonomous to perform the activities of self-care, 28.6% require occasional assistance, 22.4% and 26.5% frequent assistance in support. By correlating the dependent variables and diagnosis it was clear that the most complex patients by pathological or greater comorbidities is its dependence, the age is equally influential in categorizing dependence factor. The above shows that the dependence is related to chronic conditions and aging characteristics of an internal medicine characteristics, which in turn added to the changes that decrease the functional capacity of people due to deteriorating health. The calculation of the human do supply of nurses needed to meet the demands of care are thirteen to the internal medicine service, most staff would assigned in order to meet the demands of patients in the severe assisted by a category that has a high degree of complexity in care.

Conclusions: According to the results, it could be used as a methodology to identify and assign in a efficient way, human resources nursing, taking into account the degree of dependence, as it is associated with better patient outcomes, positive complex in quality and safety of the patient.

KEYWORDS: Human resource allocation Nursing; Dependence; quality care.

INTRODUCCION

La dotación del recurso humano de Enfermería, teniendo en cuenta el grado de dependencia de los pacientes y no el número de camas como se hace tradicionalmente, traduce, que se deben categorizar a los pacientes de un servicio determinado, dado que cada paciente es único e irrepetible, además el grado y tipo de enfermedad afecta de manera diferente a cada sujeto de cuidado; por lo anterior, es necesario calcular el número de profesionales que se requieren en un servicio, teniendo en cuenta la categorización según el grado de dependencia.

De esta manera, la determinación de las necesidades del recurso humano de enfermería se ha modificado a lo largo del tiempo, existiendo diversos criterios, para la base de la dotación óptima del personal profesional, así como su distribución, que es competencia de la administración de enfermería.¹

Sin embargo, en algunas instituciones de salud, se asigna al personal de enfermería de manera tradicional de acuerdo con el número de camas y pacientes, lo cual ocasiona un trato despersonalizado, con pacientes que demandan mayor atención por su enfermedad, que otros, esto propicia que el personal centre la mayor parte del tiempo en este tipo de pacientes descuidando a los demás.²

Por otro lado, cuando la carga laboral para enfermería aumenta, es decir, cuando la razón enfermera-paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, pueden desencadenarse consecuencias a nivel de la calidad de la atención en los diferentes servicios de salud.³ Además, conlleva a que muchas de las funciones propias del profesional sean delegadas al personal auxiliar, quienes no cuentan con los conocimientos suficientes para llevar a cabo estas funciones.

¹ MEZA GALVAN, Miguel Ángel. Dotación de recursos humanos de enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí. 2009.p. 153-157.

² *Ibíd.*,p. 154.

³ FERNANDEZ, Yuly, *et al.* La razón (ratio) Enfermera-Paciente: Relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerse por la ley. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009.p.6.

Se ha demostrado, a través de diferentes estudios, realizados a nivel internacional, latinoamericano, y nacional, que relacionan la razón enfermera-paciente con ciertos indicadores de calidad hospitalaria, como lo son la morbimortalidad, las infecciones nosocomiales, estancia hospitalaria y cierto número de complicaciones que se ven en la práctica diaria de la profesión de enfermería. ⁴

Esta investigación, se convierte en una propuesta metodológica, para asignar el número de trabajadores de Enfermería profesional, es decir, una herramienta que le permita al profesional de Enfermería asignar el número necesario de profesionales según el grado de dependencia de los pacientes, brindando así, un cuidado de enfermería de calidad, tratando al ser de forma integral. ⁵

⁴ *Ibíd.*,p.6

⁵ ROJAS OCHOA, Adriana y SAAVEDRA INFANTE, Adda. Diseño de una metodología para la asignación de personal de Enfermería en la ESE Hospital San Rafael de Tunja. Trabajo de grado para optar título de Enfermeras. Tunja.: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad ciencias de la salud. Escuela de Enfermería. 2006.p.16.

1. DESCRIPCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de la salud humana es una ciencia y un arte. Elementos primordiales e imperativos relacionados con la fundamentación conceptual del cuidado la soportan, construyen y enriquecen como ciencia. Como arte requiere y exige actitudes y aptitudes significativas que aplicadas a la práctica determinan intervenciones adecuadas y oportunas que conducen a brindar satisfacción y bienestar al ser humano.

El cuidado es la razón de ser y la base del quehacer profesional, por lo tanto el foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional⁶. El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta⁷.

Es evidente entonces la necesidad de retomar conceptos que define cuidado, para fundamentar el peso que como acción tiene tal fenómeno. En la revisión de la literatura sobre cuidado se hallan cantidad de conceptos, propuestos en diferentes escenarios.

El Diccionario de la Real Academia Española dice lo siguiente de la palabra Cuidado: CUIDADO. Del latín cogitatus, pensamiento. 1. m. Solicitud y atención para hacer bien alguna cosa. 2. Acción de cuidar, asistir, guardar, conservar. El CUIDADO de los enfermos, la ropa, la casa. 3. Recelo, preocupación, temor⁸.

La definición anterior descrita, tiene coherencia y aplica para Enfermería, de manera mucho más amplia, abarca al sujeto de cuidado en todas sus dimensiones haciendo que el cuidado se brinde de modo integral. Así mismo el cuidado incluye,

⁶ ZARATE GRAJALES, Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería [online]. 2004, vol.13, n.44-45 [citado 2013-10-14], pp. 42-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962004000100009&script=sci_arttext>. ISSN 1132-1296.

⁷ CABAL E, Victoria Eugenia y GUARNIZO T, Mildred. Enfermería como disciplina. Nursing as a discipline. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 6. Año 6. p. 73-81.

⁸ GALVEZ TORO, Alberto. Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es Care. Biblioteca Las Casas, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251.php>

por tanto: la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo con respecto a sus necesidades básicas, la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar⁹.

En relación a la experiencia del proceso de enfermedad en el individuo, genera consecuencias que pueden ser leves o severas dependiendo del grado de afectación por la patología y reducir así su independencia para el autocuidado, requiriendo entonces quien compense sus necesidades, es aquí precisamente donde se ubica el profesional de enfermería. Resulta oportuno entonces, resaltar la importancia que para la práctica de Enfermería tienen los modelos conceptuales y teorías de enfermería que sirven como guía, orientan el pensamiento y la acción de Enfermería. Dorothea Orem; enfoca su teoría en la persona, en su necesidad de acciones de autocuidado e identifica como autocuidado universal a las labores 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 lesión¹⁰ y cuando un individuo es incapaz de satisfacer su autocuidado o cuando no posee la habilidad necesaria para ello, existe un déficit de autocuidado y el paciente estará en cuidado dependiente, este cuidado, es el que realiza un individuo en beneficio de otro que es incapaz de cuidarse por sí mismo.

Consecuentemente, retomando los conceptos de Dorotea Orem, la enfermería se define como el “conjunto de conocimientos organizados para prestar un servicio de ayuda a personas que son total o parcialmente dependientes, cuando ellos o personas responsables de su cuidado ya no son capaces de prestar o supervisar el mismo”, citado en Marriner (1994)¹¹.

De acuerdo con esto, el profesional de enfermería debe intervenir en pro de la satisfacción de esas necesidades de cuidado que requieren los usuarios, significa entonces, que las enfermeras son el principal componente profesional del personal de “vanguardia” y que su contribución es esencial para alcanzar metas y prestar

⁹ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. El arte y la ciencia del cuidado. Facultad de Enfermería. Grupo de cuidado. Bogotá, 2002. Pág. 137.

¹⁰ ROJAS, Op.cit, p.17.

¹¹ MARRINER TOMMEY, Ann. (1994). Modelos y teorías de enfermería. 3° Edición. Madrid. Mosby. 181 – 190p.

cuidados seguros y eficaces¹². En este sentido el profesional de Enfermería articula habilidades, actitudes y conocimientos que le permiten concebir, determinar y garantizar con juicio integral, único y personal, un cuidado de calidad.

Sin embargo, esta situación no se evidencia en la práctica profesional; lo que se percibe es un escaso número de enfermeras a cargo de una gran cantidad de pacientes. Cuando la carga laboral para enfermería aumenta, es decir, cuando la razón enfermera – paciente es alta, debido principalmente a la falta de personal, puede generar consecuencias negativas que afectan la calidad del cuidado en los servicios de salud.

Es evidente entonces que esta situación tiene graves implicaciones para el paciente, algunos de los resultados están relacionados con: tasas de mortalidad elevadas, aumento de los eventos adversos en los post operatorios, tasas elevadas de accidentes y lesiones en los pacientes, incremento en la estancia hospitalaria asociada a complicaciones como: infecciones nosocomiales, escaras, desplazamientos de tubos, sondas, catéteres, entre otros, según lo ilustran varios estudios realizados por diferentes autores que abordaron la respectiva temática.

Dentro de las numerosas publicaciones que demuestran la influencia del bajo número de personal en los resultados conseguidos en los pacientes, The Journal of the American Medical Association; pone de manifiesto la gran importancia que tiene el cuidado brindado por enfermeras, destacando que cuanto mayor es la sobrecarga de trabajo del personal de enfermería y menor la posibilidad de brindar cuidados, se origina un incremento en la mortalidad postoperatoria. Investigadores de la Universidad de Pensilvania entrevistaron a 10.000 profesionales de enfermería y revisaron los datos de más de 230.000 pacientes sometidos a cirugía general, vascular y ortopédica, en 168 hospitales durante un período de dos años.

Los resultados demostraron que a menor número de profesionales de enfermería disponibles en un hospital en relación con el número de pacientes operados, mayor es la probabilidad de que éstos mueran tras la intervención¹³.

¹² BUCHAN James, CALMAN Lynn. La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones. Editor Consejo Internacional de Enfermeras. Suiza. 2004. p. 4.

¹³ AIKEN, Linda H, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. Journal of the American Nursing Association. 2002. Vol. 88(16), p 1987-1993.

No obstante la mayoría de las instituciones de salud continua asignando el personal de enfermería de acuerdo con el número de camas y pacientes, lo cual ocasiona un trato rutinario, incluso con pacientes que demandan mayor atención por su enfermedad, que otros¹⁴. Además, es importante mencionar que las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por efectos del desarrollo tecnológico, los sistemas de comunicación computarizados y por aquellas actividades delegadas a las enfermeras, tareas nuevas o emergentes que disminuyen el tiempo destinado a satisfacer las necesidades de cuidado, de manera personalizada y humanizada.

Aún con todo esto y a pesar de ese complejo panorama, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado, dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modificar el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos, lo que resalta la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos que se ha venido realizando, por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado¹⁵.

Meleis (1989) citado por Zarate (2004) dice que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. Según Kérouac (1996) la gestión del cuidado enfermero es "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

En efecto, la contribución de la enfermera responsable de la gestión del cuidado es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto con utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, a ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos, y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona.

¹⁴MEZA, Op.cit, p. 153-157

¹⁵ ZARATE, Op.cit, p.1.

En relación a la disponibilidad de los recursos con los que puede contar el profesional de Enfermería para la ejecución eficaz de la gestión del cuidado, está sin duda alguna relacionado con la determinación de un recurso humano de Enfermería óptimo, acorde con la cantidad y complejidad de los pacientes a su cargo, que genere impacto en la calidad del cuidado.

La revisión de los antecedentes investigativos que se han enfocado con el tema abordado, describen y concuerdan en los resultados: Según la OMS en 1998, el costo/efectividad de los servicios de enfermería “demostraron que los pacientes que reciben cuidado de enfermeras profesionales están satisfechos con la calidad técnica de la atención recibida, demostrando que las unidades de salud que cuentan con mayor porcentaje de enfermeras profesionales y alta razón de enfermera/paciente, tienen una tasa menor de mortalidad¹⁶”

Por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) afirma que "Problemas tales como el de conseguir unos entornos laborales saludables, la salud de las enfermeras y el personal adecuado para mantener y sostener unas poblaciones sanas han adquirido una importancia cada vez mayor. Estudios cada vez más numerosos demuestran que el nivel de la dotación de personal influye en los resultados conseguidos en los pacientes, por ejemplo, en la mortalidad de éstos. Si bien estos estudios están apenas en sus comienzos, se hacen casi siempre en un contexto occidental y se centran en contextos de cuidados hospitalarios, ponen de relieve que hay una relación positiva entre el personal de enfermería y los resultados globales de los cuidados dispensados a los pacientes"¹⁷.

Se ha evidenciado que el déficit de personal de Enfermería en el sector salud afecta la calidad del cuidado brindada a los pacientes. Esto ha llevado a buscar la relación que existe entre la cantidad de enfermeras versus cantidad de pacientes y cómo esta relación afecta la calidad de los cuidados brindados. Del mismo modo las pruebas a favor de los resultados positivos cuando existe una adecuada dotación de personal de enfermería son una buena base para generar evidencia para la creación de estrategias en pro de poder brindar un cuidado de enfermería con calidad.

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN). Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). 2001.

¹⁷ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Personal fiable, vidas salvadas. Carpetas de herramienta de información y acción. Ginebra (Suiza). ISBN: 9295040465 .2006.

Ya en 1998, Blegen, Goode y Reed estudiaron el efecto que la dotación de personal de enfermería ejerce en la mortalidad y morbilidad de los pacientes. Estos autores comprobaron que una combinación de capacidades de enfermera especialista superior guardaba relación con una menor incidencia de errores de medicación y úlceras por presión, y una mayor satisfacción de los pacientes¹⁸. En ese mismo año, otro estudio examinaba los niveles de dotación de personal de enfermería y los resultados en los pacientes y constataba que los errores en la administración de la medicación se habían reducido con una elevada proporción de enfermeras especialistas en el personal¹⁹.

Aiken y colaboradores (1999) en su estudio comparativo de la calidad de los cuidados dispensados a los pacientes de SIDA, constataron que una enfermera más por paciente y día estaba relacionada con una disminución del 50% de la mortalidad dentro de los 30 días. Un aumento de 0,25 enfermeras por paciente y día guardaba relación con una reducción del 20% en la mortalidad dentro de los 30 días²⁰.

Amaravadi et. Al (2000) en un estudio observacional de cohortes en una unidad de cuidados intensivos encontró asociación con resultados clínicos y económicos después de la resección esofágica. Concluye que el riesgo de complicaciones postoperatorias y pulmonares aumentaba cuando una enfermera se ocupaba de más de dos pacientes de esofagectomía en las UCI durante la noche²¹.

En un estudio de observación por cohortes realizado por Dimick y colaboradores (2001), dentro de las conclusiones el estudio mostró que los pacientes sometidos a cirugía hepática, que recibieron los cuidados postoperatorios en las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde una enfermera atendió a 3 o más pacientes en la noche, presentaron un aumento significativo de las complicaciones pulmonares postoperatorias y el uso de los recursos y, por tanto, incurre en mayores costos

¹⁸BLEGEN, Mary A., GOODE, Colleen J y REED, Laura. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research: Volume 47(1) January/February 1998* pp 43-50.

¹⁹BLEGEN, Mary A y VAUGHN, T . A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, USA. Nursing Economics. 1998, 16(4):196-203.*

²⁰ AIKEN, Linda H, *et al.* Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care. Vol. 37, Number 8.1999.* pp 760-772.

²¹ AMARAVADI, Ravi K, *et al.* ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine, Vol.26. 2000.* p. 1857-1852.

hospitalarios directos. Esto apoya la hipótesis de que la relación enfermera-paciente contribuye de manera directa en los resultados de los pacientes²².

En Canadá, Tourangeau y otros (2002) investigaron en un estudio retrospectivo las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados, dentro de los 30 días. Se reunieron datos sobre 46.941 pacientes a los que se habían diagnosticado infarto agudo de miocardio, ataque cardíaco, neumonía, o septicemia y habían sido dados de alta en 75 hospitales de cuidados crítico. Las conclusiones muestran que hay una relación entre menor mortalidad dentro de los 30 días y una combinación de capacidades con más enfermeras especialistas, y más años de experiencia en la unidad clínica²³.

En un análisis por secciones, hecho por Needleman y otros (2002), se examinaba la relación existente entre la cantidad de los cuidados dispensados por las enfermeras en los hospitales y los resultados en los pacientes. Se analizaron los datos de 5 millones de pacientes de medicina y de 1.100.000 pacientes de cirugía. Los autores vieron que había una proporción más alta de horas de cuidados de enfermera especialista por día y que un mayor número de horas diarias de cuidados dispensados por enfermeras especialistas guardaba relación con una estancia hospitalaria más breve, menores índices de infecciones del tracto urinario, sangrado gastrointestinal superior, neumonía, ataque y paro cardíaco, y menos casos de fracaso terapéutico²⁴.

Las obras publicadas continúan confirmando que una dotación de personal adecuado guarda una gama de resultados favorables en los pacientes. Ahora bien, en algunos países de América se han encontrado investigaciones relacionadas con dotación de personal, una de estas es la de Meza (2009), en su estudio utilizó un instrumento para determinar el nivel de dependencia de los pacientes y posteriormente los clasificó por categorías, también observó en las enfermeras el tiempo promedio que invertían en los procedimientos que realizaron a los pacientes en tiempo directo. Concluyó que el profesional de la administración de los cuidados de enfermería, debe conocer las condiciones y nivel de

²² DIMICK, Justin B, et al. Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*. 2001. Vol. 10. No.6. pp 376-382.

²³ TOURANGEAU, Ann. Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2000. 33(4), pp 71-88. Disponible en http://scholar.google.com.co/scholar?cluster=11878961659618066064&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis1

²⁴ NEEDLEMAN, Jack, *et al.* Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. Vol. 346, No. 22 · May 30, 2002. pp 1715-1722.

dependencia de los pacientes a su cargo, de tal manera que pueda definir cuánto personal requiere para brindar un cuidado de calidad²⁵.

Se observa entonces que criterios incluyendo un personal adecuado en número y tipo como el de tener en cuenta en nivel de dependencia de los pacientes son estrategias que conllevan a que la labor del profesional de enfermería pueda generar las condiciones para brindar un cuidado de enfermería de calidad.

En México, Castañeda y colaboradores (2001) en el estudio “Correlación de necesidades paciente – enfermera con base en la metodología de Ramey”, a través de la aplicación de esta metodología, realizaron la medición de la frecuencia y el tiempo de cada uno de los procedimientos y actividades relacionados con el cuidado directo e indirecto de enfermería. En los resultados resaltan las dificultades relacionadas con la aplicación del método debido a lo extenso y complejo que resulta llevar a cabo todos los pasos del instrumento de medición en un solo tiempo, sin embargo destacan que es necesario no pasar por alto que la relación enfermero – paciente existe desde el momento en que a mayor número de procedimientos, mayor es el tiempo de cuidado directo que se invierte en el paciente²⁶.

García y Castillo (2000) en su estudio “Categorización de Usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería” desarrollaron una experiencia en la categorización de usuarios que les permitió conocer el perfil ocupacional de cada servicio y así identificar las cargas de trabajo y la asignación del recurso. Dicho instrumento se convirtió en una estrategia de gestión para optimizar la distribución del personal. Concluyeron que la categorización era fácil de aplicar y que ofrecía información inmediata del nivel de riesgo y dependencia de los pacientes²⁷.

Pocos son los estudios encontrados a nivel nacional, entre ellos se encuentra el realizado por Giraldo (2000), un estudio respaldado en referentes teóricos y en diferentes técnicas establecidas para definir necesidades de personal de

²⁵ MEZA, Op.cit, p. 153-157.

²⁶ CASTAÑEDA HERNANDEZ, María Antonieta; GAMEZ ALVAREZ, Patricia y ROJAS GIL, Sandra. Correlación de necesidades paciente-enfermera con base en la metodología de Ramey. Revista de Enfermería IMSS 2001; 9 (2): 65-71.

²⁷GARCÍA G, M Angélica y CASTILLO F, Luis. Categorización De Usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Revista Médica de Chile. 2000., 128 (2). p. 177-183.

enfermería, emplearon una metodología novedosa en la cual fundamentalmente el cuidado de enfermería de calidad requerido por las condiciones de salud de los pacientes de una institución hospitalaria, sumado a otros criterios técnicos de la administración del cuidado de la salud, orientan la determinación de la cantidad y calidad del personal de enfermería necesario para garantizar un cuidado de enfermería de calidad²⁸.

Rojas y Saavedra (2006), realizaron un estudio de tipo descriptivo, cuyo objetivo era diseñar una metodología para la asignación de personal en los servicios de medicina interna y médico quirúrgicas en una ESE de Tunja, basándose en la teoría de Déficit de Auto cuidado de Dorothea Orem, la complejidad total de paciente hospitalizado, las actividades del personal de enfermería y los tiempos generados en las mismas, este estudio evidencia que no se tiene en cuenta el estado y la complejidad de los pacientes, aspectos de gran importancia que permiten establecer el tiempo que demanda cada tipo de paciente y así determinar la carga de trabajo del personal de enfermería durante un turno²⁹.

A nivel regional existe una reciente investigación realizada por Gutiérrez y Quintero (2012), abordaron los factores por los que la enfermera (o) delega intervenciones del campo fisiológico complejo de la clasificación de intervenciones de enfermería NIC, que son propias del profesional y no son delegables. En los resultados encontraron que de las 180 intervenciones que componen el campo fisiológico complejo se realizan 93, de las cuales el 43% se delegan al personal menos calificado, los factores que influyeron fueron externos a los investigados y concuerdan con varios ya mencionados en apartados anteriores como los que tienen que ver con escasez de enfermeras y aumento de las responsabilidades laborales como tareas administrativas que las mismas instituciones imponen. Con esto se insiste en el riesgo al que se expone al paciente, afectándose del mismo modo la gestión del cuidado³⁰.

Después de las consideraciones anteriores y adicionalmente la situación percibida en las prácticas académicas en el servicio de medicina interna de la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, donde es evidente la afectación de

²⁸GIRALDO MOLINA, Clara I. Las necesidades del cuidado de enfermería, criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2000. p. 45-68.

²⁹ ROJAS, Op.cit, p. 2-113.

³⁰ QUINTERO, Alexis Fernanda y GUTIERREZ, Gloria. Factores que influyen en el profesional de enfermería para delegar intervenciones clínicas no delegables IPS tercer nivel. Monografía para obtener el título de enfermería. Programa de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. 2012.

la labor y gestión del cuidado del profesional de enfermería ya que existe un bajo número de profesionales con una elevada sobrecarga laboral, a las que se suman las numerosas funciones administrativas que, a nivel institucional, han sido asignadas y han alejado al profesional de su función que es el cuidado, se desarrolló el presente trabajo de investigación, buscando determinar las necesidades de recurso humano en Enfermería necesario, teniendo en cuenta el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados.

Lo anteriormente expuesto, permitió plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la dotación de recurso humano de Enfermería necesario para satisfacer las demandas de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo?

2. JUSTIFICACION

La administración de los cuidados planteada por la Ley 266 de 1996 como función del profesional de enfermería, debe partir del conocimiento de las condiciones y el nivel de dependencia de los pacientes a su cargo de tal manera que pueda definir cuanto personal requiere para brindar cuidado de calidad.³¹

Sin embargo, es importante tener en cuenta que las reformas realizadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la carencia de criterios y elementos propios disciplinares en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía a la Calidad (SOGC), tales como su habilitación, la acreditación, y por ende la falta de un sistema de información que obedezca a las necesidades de cuidado de los usuarios de enfermería en tal sentido, implican cambios en el ejercicio de Enfermería que alejan al personal del lado del paciente y acentúan 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.³²

Del mismo modo, 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, Art. 7 establece: “ 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”.³³

A nivel de Latinoamérica y a nivel nacional, la ausencia de una legislación que establezca específicamente el número máximo de pacientes por enfermera ha

³¹ GALVAN, Op.cit, p. 153-157

³² ROJAS, Op.cit, p. 2-113.

³³ *Ibíd.*,p.2-113

llevado a un aumento de la carga laboral para enfermería con la consiguiente disminución de la calidad en la prestación de servicios de salud.³⁴

Solo se contempla en la resolución 4252 de 1997, derogada en la actualidad, el Manual de Requisitos Esenciales del Ministerio de Salud, donde la relación enfermera (o)-paciente para unidades de hospitalización es 1:20 en el día y en la noche 1:30 proporción que no parece estar acorde con la actualidad vivida en las unidades de salud.³⁵ También se encuentran investigaciones que recurren a El Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28) con el fin de establecer el número de profesionales necesarios en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), dado que la realidad actual muestra una marcada desproporción; la relación enfermera(o)-paciente encontrada fue 1:2 en contraste con la actual de 1:10 y de 1:7, concluyen que el nivel de complejidad de la situación de salud de un paciente determinan los requerimientos del recurso humano y reafirman que el número de enfermeros en una UCI es directamente proporcional al grado en que son categorizados los pacientes.³⁶

Teniendo en cuenta lo anterior, existen estudios que concuerdan en que una elevada relación enfermera-paciente tiene una influencia negativa en la calidad de la prestación de los servicios de salud en la medida que una alta carga laboral para el personal de enfermería se traduce en insatisfacción laboral y reducción de oportunidades para brindar un cuidado de enfermería óptimo y oportuno, lo cual lleva al personal de enfermería a enfrentarse a situaciones indeseables dentro del servicio.³⁷

Esta investigación es relevante porque se convierte en una herramienta esencial para adecuar la práctica de Enfermería a los criterios de calidad que 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 la enfermedad.³⁸ De igual manera promueva el desarrollo de estrategias organizacionales que favorecen las condiciones

³⁴ FERNANDEZ, Op.cit, p. 11.

³⁵ FERNANDEZ, Op.cit, p. 27.

³⁶ BERMUDEZ ESCOBAR, Alicia, *et al.* Relación Enfermera(o)/Paciente según TISS 28. Aplicación clínica en Cuidado Intensivo. En: Revista Facultad de Salud. Diciembre, 2012. Vol.4, no.2, p. 55-65.

³⁷ FERNANDEZ, Op.cit, p.6.

³⁸ ROJAS, Op. cit, p.16.

institucionales, permitan la reflexión ética y el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.³⁹

De ahí que es pertinente llevar a cabo este estudio, ya que de acuerdo a los antecedentes mencionados, son pocas las investigaciones a nivel local que demuestren la influencia que tiene una elevada relación enfermera – paciente en la disminución de los estándares de calidad de atención en los servicios de salud, al no tener en cuenta las condiciones particulares de cada paciente, lo cual convierte este tema en una problemática global.⁴⁰ En consecuencia resulta importante que el profesional de Enfermería tenga una herramienta que permita asignar el número necesario de recurso humano de Enfermería que brinde un cuidado mirando al “ser” de forma integral.⁴¹

No obstante a nivel Internacional se han realizado en numerosas ocasiones este tipo de investigaciones, en donde ciertamente se ha contado con el nivel de dependencia de los pacientes utilizando el instrumento de valoración funcional Test delta, en las cuales se demuestran que una adecuada dotación de recurso humano en enfermería tiene una relación directa en la reducción de los indicadores de morbimortalidad y eventos adversos, hecho que afirma que este instrumento sirve como modalidad para determinar el grado de dependencia.

En el aspecto político la principal relevancia está en la generación de herramientas para el desarrollo de estrategias organizacionales. Desde lo social los profesionales de Enfermería puedan demostrar verdaderamente su capacidad de gestión basada en el Liderazgo, no para seguir haciendo de la salud un negocio, sino para lograr un mayor reconocimiento de la sociedad como una profesión autónoma, que tiene la capacidad de impactar positivamente la calidad de vida y salud de la población.⁴²

De igual forma la investigación es Viable, ya que se cuenta con el apoyo de la universidad Surcolombiana y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano

³⁹ ZULUAGA, MARTINEZ, Jakeline. Percepción de las Enfermeras y Enfermeros del clima Ético Hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo. Trabajo de Maestría. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012. p. 13.

⁴⁰ FERNANDEZ, Op.cit, p.8.

⁴¹ ROJAS, Op. cit, p.10.

⁴² ZULUAGA, Op.cit, p.19.

Perdomo (HUHMP), además no requiere grandes inversiones y se cuenta con el personal apropiado que demanda la investigación en su fase de ejecución.

Finalmente, lo que se quiere lograr con esta investigación es que la misma sirva de sustento en la recuperación de la esencia de la profesión en el área clínica que es el cuidado de la persona, además sirve como punto de partida para la generación de nuevas y profundas investigaciones.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de dependencia los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo mediante aplicación del test delta.
- Categorizar a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna según el grado de dependencia.
- Hallar el número de personal de Enfermería necesario para suplir las demandas de cuidado mediante la aplicación de la metodología propuesta por Deiman.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA

La Ley No. 266, artículo 3, define a la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social. 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.⁴³

La profesión de enfermería 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.

4.1.1 Reglamentación y regulación de la profesión de enfermería. Existen en Colombia dos categorías de enfermería: profesional y auxiliar La profesión de la enfermería está regida por la Ley No. 266 de 1996 que define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Por otro lado, una particularidad a destacar respecto al ejercicio profesional de la enfermería en Colombia es la responsabilidad deontológica la cual está regulada por una norma específica, ley Número 911 de 2004.

4.1.2 Principios Éticos en enfermería. El Capítulo IV de la Ley 266 de 1996 crea el Tribunal Nacional Ético de Enfermería, y La ley 911 Establece que el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería. Son principios éticos en enfermería la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, y continuidad.

⁴³Organización panamericana de la salud; Regulación de enfermería en América latina. 2011; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6405%3Aregulacion-de-la-enfermeruna-en-amuorica-latina.&catid=526%3Ahss04-human-resources-for-health&Itemid=2095&lang=es

4.2 CUIDADO DE ENFERMERIA

Dorothea Orem (1972). Define el cuidado como “una actividad orientada hacia el objetivo de satisfacer necesidades determinadas”. Desde la perspectiva del autocuidado lo explica como “una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.⁴⁴

Según Watson el cuidado es el eje central de la profesión de enfermería y este a su vez suele estar constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas, realzando la importancia de la interacción enfermero – paciente y el campo fenomenológico, lo cual expone la integralidad de la profesión de enfermería con respecto al proceso interpersonal, con dimensión transpersonal.⁴⁵ Así que, lo anterior puede aludir que el cuidado involucra a su vez valores, voluntad, compromiso para cuidar y conocimiento; todo ello con el objetivo de proteger, realzar y conservar la dignidad humana.

Entonces, brindar cuidado significa ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por su condición o estado de salud, podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como un conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad.⁴⁶

4.2.1 Teoría del autocuidado y déficit de autocuidado según Dorothea Orem

4.2.1.1 Dorothea Elizabeth Orem: Ha descrito lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres teorías a su vez, relacionadas entre sí: la del

⁴⁴COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU. CONSEJO NACIONAL. Normas de Gestión de La Calidad del Cuidado Enfermero. Lima, Perú. ,2008. p. 1-50.

⁴⁵MARRINER, Op.cit, p. 91- 105.

⁴⁶ COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU, Op.cit, p. 7.

autocuidado, la del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería; uno de los construidos que desenvuelve esta teorizadora es la del autocuidado.⁴⁷ Los siguientes conceptos son los pilares de esta teoría:

-Autocuidado: El autocuidado es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

-Agente: Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

-Déficit de autocuidado: Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad autoasistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

-Actividad de enfermería: Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

-Diseño de enfermería: Función profesional realizada antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales. El propósito es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previstos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas.

-Sistemas de enfermería: Series y secuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de éstos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.

⁴⁷GALLOI, Annia Rojas, *et al.* Gestión del cuidado enfermero en la teoría de déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. Cuba. 2009; 25(3-4).

4.2.1.2 Supuestos Principales

- Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
- La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
- Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
- La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.

Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.⁴⁸

4.2.1.3 Afirmaciones teóricas

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones

⁴⁸MARRINER, Op.cit, p. 265-281.

están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen el desarrollo y el buen funcionamiento propio o de las personas a su cargo. Déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismos con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es, por tanto, un sistema de acción; debe aprenderse y aplicarse de forma continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos.

4.2.2 Gestión del cuidado de enfermería

La gestión del cuidado, “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla los enfermeros(as) para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”.⁴⁹

Al definir la gestión del cuidado, Kérouac se refiere al proceso heurístico encaminado a movilizar los recursos humanos y del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de las personas que experimentan dificultades en su salud en un contexto dado, lo que supone la realización de una práctica profesional fortalecida en los patrones de conocimiento empírico, estético, personal y ético, es decir, con perspectiva disciplinar de enfermería y comprometida con el aseguramiento de la calidad y la seguridad en el cuidado.⁵⁰

En este orden de ideas se puede concebir que haya un buen cuidado de enfermería cuando la atención es oportuna, personalizada, humanizada, continua

⁴⁹ COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU, Op.cit, p. 8.

⁵⁰KÉROUAC A, Pepin J; DUCHARME F y DUQUETTE A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

y eficiente de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable.⁵¹

4.3 CUIDADO DE ENFERMERIA SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA

La OMS ha definido dependencia como la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales.⁵²

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia de una enfermedad o accidente⁵³ llevando progresivamente a una ausencia de la capacidad y pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual para la realización de actividades en la vida cotidiana. Cuando dicha limitación o ausencia no puede compensarse a través de la adaptación del entorno, provoca una restricción de la participación propia del individuo, concretándose en la dependencia de ayuda de otras personas en las necesidades de la vida diaria.

El Grado de dependencia consiste en la categorización de atención, basado en la valoración de las necesidades de las personas usuarias que permite determinar las horas necesarias para el cuidado de enfermería en un periodo de tiempo. En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay categorías de atención que van desde un mínimo un mayor autocuidado. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes; y así de esta manera se pueden ubicar a los pacientes en diferentes grupos de atención para garantizar un cuidado de calidad, determinar las horas necesarias y el personal adecuado acorde a la demanda de cuidados y lograr la distribución oportuna y adecuada del recurso humano de enfermería basado en la valoración objetiva y exacta de la gravedad y necesidades del paciente.

⁵¹CABARCAS, Rodríguez Cenith. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermería en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Cartagena, Colombia, 2012, p. 60.

⁵²MENDOZA, Dorente G, et al. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001 .Revista Panamericana Salud Publica vol.22 n.1 . Washington Jul. 2007.

⁵³ESPAÑA. MINISTERIO DEL TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco, 2004. p. 81.

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores, aspectos expuestos y relevantes del cuidado como la acción principal y fundamental del ejercicio del profesional y el hecho de que la demanda es mucho más alta que la oferta de cuidados, este estudio sigue lineamientos de la teoría de Dorothea Orem ya que ella contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo (incluyendo las necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo realiza para mantener la vida, es decir si el individuo no tiene la capacidad para gestionar su propio autocuidado se vuelve dependiente según su grado de limitaciones e incapacidades funcionales; La manera en la cual se va a medir el grado de dependencia en la presente investigación es a través del Test Delta.

4.3.1 Test Delta

La valoración del grado de dependencia de los pacientes ha sido objeto de interés por parte de numerosos autores ya que el perfil actual de esta población, no solo tiene implicaciones directas sobre su morbimortalidad sino que también afecta de forma determinante a otros aspectos funcionales, como la cantidad y calidad de cuidados que precisan o de la propia estructura de las unidades para facilitarles la ayuda que necesitan. La valoración del grado de autonomía y por tanto de su posible dependencia se ha hecho utilizando numerosos instrumentos como el Índice de Actividades de la vida diaria, Índice de Cartel, de Lawton o Test delta; no obstante la Ley de Dependencia ha definido un baremo que aunque inspirado en los instrumentos citados es propio y al que deben ajustarse todos los Servicios Sociales para definir a las personas a valorar e incluirlas en el grado.⁵⁴

El “Test Delta”, evalúa las habilidades del paciente, así como su funcionamiento biológico y psicológico. Esta evaluación ayuda a valorar y precisar la dependencia del paciente según la cantidad de intervenciones que requiera y la condición patológica en la que se encuentra.

Es importante reconocer las características de esta herramienta, su origen es español, fue creada en la ciudad de Navarra (España), donde se implementó, de manera oficial como instrumento de valoración, por el Decreto Foral 209 del 23 de mayo 1991; y tiene como finalidad garantizar el nivel de calidad que deben reunir

⁵⁴ PERIZ, Lola Andreu, et al. Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Revista Enfermería Nefrológica, 2010; .13 (4) .Madrid, España. p. 20.

los centros y servicios de las áreas de Servicios Sociales, estableciendo los requisitos mínimos que deben reunir, tanto en lo referente a equipamiento material y de infraestructura, como a las condiciones funcionales y de personal, de cada tipo de centro o servicio, distinguiendo en el área de la Tercera Edad entre dependencias de las personas, para brindar el bienestar a las personas mayores, en este sentido sólo hablaríamos del adulto mayor o gerontológico.⁵⁵

4.4 DOTACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN ENFERMERIA

La dotación de personal tiene como propósito constituir el número de equipos de trabajo necesarios con personas que reúnan las competencias y valores, para asegurar que la institución pueda cubrir las necesidades del usuario y conseguir sus objetivos de servicio de cuidado. Consecutivamente, se hace necesario desarrollar habilidades para coordinar y asegurar el desempeño del conjunto de los trabajadores.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define “dotación de personal” como un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de atención a una población específica de usuarios (pacientes/clientes/usuario). Para ello, es necesario realizar un cálculo que nos indique una cantidad de enfermeros proporcional a las necesidades de cuidado.⁵⁶

Balderas, define el cálculo del personal como la operación realizada con el propósito de establecer en forma cuantitativa las personas necesarias para ejercer determinados puestos,⁵⁷ Arndt, propone aplicar una fórmula matemática para determinar el personal necesario por día y sugiere analizar los requerimientos de atención de enfermería de acuerdo con las necesidades de los pacientes, quienes deben ser clasificados para ello.⁵⁸ Giraldo define las necesidades del personal de

⁵⁵ESPAÑA, DECRETO FORAL 209/1991; (23 de mayo). Por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad, Boletín Oficial de Navarra Número 55 - Fecha 08/05/1998.

⁵⁶ BARRIA, Soledad. Manual de análisis de la dotación del personal en establecimientos de salud. No 57, septiembre, 2004.p. 31.

⁵⁷BALDERAS M. Administración de los servicios de enfermería. México: Editorial Interamericana; Edición 2, 1988. p 97-98.

⁵⁸ARNDT C, Loucine MH. Administración de enfermería: teoría para la práctica con un enfoque sistemas. 2ª. Ed. México: editorial Lito Offset California; 1990, p. 252.

enfermería con la clasificación de pacientes de acuerdo a sus necesidades, con el fin de dar orientación sobre la cantidad necesaria de personal de enfermería para garantizar un cuidado de enfermería con calidad.⁵⁹ Deiman, considera que la planificación del personal de enfermería lleva a determinar las necesidades de atención para cada entorno según las características sociales, políticas y económicas. Propone clasificar a los pacientes según las necesidades del cuidado de enfermería.⁶⁰

Actualmente los recursos humanos en salud, la dotación de personal y carga de trabajo conforman un componente de gestión, organización y prestación de los servicios de salud. El personal de enfermería, considera la carga de trabajo y distribución de pacientes, según la clasificación por categorías que conforman las decisiones de la dirección acerca de la prestación de los cuidados en el nivel medio de la organización, junto con la prestación, producción y recursos financieros, que conforman las funciones de planificación y previsión de los recursos humanos en salud.⁶¹

En el nivel internacional, nacional, estatal y local, la planificación de los recursos humanos de enfermería es una prioridad para los planificadores de la política general. Se precisan estrategias basadas en sólidos marcos teóricos y metodologías para planificar y gestionar eficazmente los recursos humanos no solo de enfermería sino además de los diferentes prestadores de salud; para favorecer las políticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es necesario la planificación de los recursos humanos de salud, siendo impulsada por varias pruebas, en donde se deberán de examinar los efectos de los distintos modelos y estrategias de los recursos humanos de salud para determinar sus efectos para el sistema. Es decir, la planificación, investigación y política de recursos humanos de enfermería deben basarse en las necesidades de salud de la población, han de corresponder a un sistema cambiante y desafiante, estando dirigidas hacia los resultados.⁶²

Por ejemplo, la escasez de enfermeras no es sólo un problema para las organizaciones, ni una cuestión para el análisis económico; sino que tiene también importantes consecuencias negativas para la salud. Si la escasez de enfermeras

⁵⁹GIRALDO, Op.cit, p. 23

⁶⁰DEIMAN P. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. OPS. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud 1994;32:34-48.

⁶¹ GALVAN, Op.cit, p. 153-157

⁶² BARRIA, Op.cit, p. 18.

no llega a resolverse – sea local, regional, nacional o mundial – probablemente será imposible mejorar y/o mantener la atención de salud y la calidad del cuidado.

Hecha la observación anterior, se infiere que la escasez de enfermeras y de personal trae consigo diversos resultados negativos, como los siguientes: tasas de mortalidad más elevadas; sucesos desfavorables después de las intervenciones quirúrgicas; mayor incidencia de la violencia contra el personal; tasas más elevadas de accidentes y de lesiones en los pacientes; y tasas más elevadas de infecciones en general. Por ende, tanto la cantidad de enfermeros como el hecho de ser éste personal cuantificado, es de gran importancia para llevar a cabo una atención en salud adecuada, sin riesgos reales y pocos riesgos potenciales que puedan afectar la integridad de los pacientes.

Referente a la cantidad de enfermeros asignados para un servicio, observamos que a nivel internacional muchos países, especialmente en África, Asia y América Central y del Sur, se esfuerzan por proporcionar una dotación mínima de personal de enfermería. Algunos países, especialmente de América central y del Sur, suelen empear muchos más médicos que enfermeros; inclusive en países en los que el coeficiente entre enfermeras y población son bajos, los enfermeros disponibles están a menudo mal distribuidas, lo que agrava aún más las consecuencias de la escasez, sin contar con que muchas zonas rurales tienen a ser regiones menos asistidas y/o un poco abandonadas.⁶³

En conclusión a todo lo anterior, para obtener una adecuada dotación del personal de enfermería, deben tenerse en cuenta, aparte de la fórmula de cálculo para hallar el valor promedio del personal necesario, también es relevante la manera como está conformado el sistema de salud del país, además de la forma de distribución del personal a nivel institucional y los factores e indicadores que interfieran en la inadecuada cantidad (escasez) del personal sanitario de enfermería, sin olvidar las consecuencias de ésta escasez que recae en el cuidado de los pacientes/usuarios.

⁶³BUCHAN, Op.cit, p. 8.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cuantitativo, ya que genero información numérica apropiada para el análisis estadístico, y transversal porque implico la obtención de datos en un momento específico, para con ello describir el estado de fenómenos determinados o de las relaciones entre ellos, en un momento dado. De diseño observacional donde el investigador “observo” los fenómenos tal como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo. Fue de tipo descriptivo porque se describió la frecuencia y las características más importantes de un problemática en Enfermería.⁶⁴

5.2 POBLACIÓN

El universo de la presente investigación correspondió a la población del Hospital Universitario de la ciudad de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. La población blanco estuvo representada por los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna y fueron elegidos aquellos pacientes adultos que cumplieron con las características definitorias. La información se recolectó durante un periodo de dos meses correspondientes a marzo y abril del año 2014.

5.3 MUESTRA

La muestra fue seleccionada de la población blanco (pacientes hospitalizados del servicio de Medicina Interna), se tuvo en consideración el registro de los ingresos de pacientes hospitalizados al servicio. Se tomaron como referencia los datos totales de meses anteriores para un resultado final de 114 pacientes, posteriormente se calculó la muestra aplicando la siguiente fórmula:

⁶⁴ POLIT, Denise F. y HUNGLER, Bernadette P. En: Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Traducido por: Guillermina Féher de la Torre. 5 ed. México, D.F: McGRAW-HILL, 1995. p. 119-156.

$$n = Z^2PQ / (N-1)(E)^2 + Z^2PQ$$

En dónde:

n = muestra

N = población total

Z = distribución normalizada.

Si el porcentaje de confiabilidad es de 95%, la probabilidad de que la media de población caiga fuera de uno de los extremos del intervalo es de 0.025 (0.05/2), por lo que al restarlo $0.5 - 0.025 = 0.4750$, ubicándolo en la tabla Z nos da un valor de 1.96

P= proporción de aceptación deseada para el producto

Q= proporción de rechazo

n = porcentaje deseado de error.

n= 98

Se obtuvo una muestra de 98 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna para la aplicación del instrumento de valoración Test Delta. ⁶⁵

5.4 TIPO DE MUESTREO

El criterio de selección de la muestra fue No probabilístico por Conveniencia. Se consideraron estos criterios para la investigación, teniendo en cuenta que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad sino de las condiciones que permitieron hacer el muestreo, ya que los sujetos de la población no reflejaron homogeneidad en las características para las variables a determinar y que por el propósito del estudio debieron ser categorizados para establecer los grados de dependencia los cuales se relacionaron con el estado individual y general de cada paciente según la patología o comorbilidades que presentaba. En general se seleccionó a los sujetos siguiendo criterios de selección y procurando que la muestra fuera representativa. Este tipo de muestreo requirió el empleo de una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio fuera más conveniente, por lo tanto los resultados de la investigación no pudieron ser generalizados para toda la población⁶⁶.

⁶⁵ POLIT, Op.cit, p. 238

⁶⁶ Ibid., p. 238

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del HUHMP mayores a 18 años.
- Pacientes que firmaran el consentimiento informado para la participación del estudio.
- Acompañantes que firmaran el consentimiento informado en caso de Pacientes con alteraciones del nivel de consciencia que no pudieran firmar.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que una vez reclutados, presentaran alguna complicación que les impidiera continuar con la aplicación del instrumento.
- Pacientes que se encontraran en plan de egreso al momento de la aplicación del instrumento.
- Pacientes con inestabilidad hemodinámica que al momento de la aplicación del instrumento no se encontraran acompañados.

5.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS

La unidad de análisis y la unidad de información correspondieron a los usuarios que conformaron la muestra y cumplieron con los criterios de selección. La recolección de los datos para determinar el grado de dependencia en los pacientes definidos para el estudio, se realizó con la aplicación del instrumento oficial de valoración del grado de dependencia "Test Delta", mediante el proceso de la observación y la interacción verbal con el sujeto de estudio o bien, el acompañante en los casos especiales. Los datos relacionados con las variables

sociodemográficas y sistema biológico afectado se registraron en un apartado incorporado al Test Delta.

El test Delta es una escala que consta, a su vez, de tres subescalas independientes. La primera de ellas es la que propiamente mide el grado de dependencia, como indicativo de la necesidad de cuidados, clasificándola en válida, asistida leve, asistida moderada y asistida severa. Las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia (dependencia de origen físico y/o dependencia de origen psíquico)⁶⁷.

Los distintos ítems tienen una puntuación de 0 a 3, que gradúa la severidad de cuidados, pasando desde la situación con menos afectación a la de mayor severidad.

En el apartado correspondiente a Dependencia esta graduación se especifica en:

0. Autonomía de función.
1. Ayuda ocasional.
2. Ayuda frecuente.
3. Ayuda permanente.

⁶⁷ESPAÑA, DECRETO FORAL 209/1991; (23 de mayo). Por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad, Boletín Oficial de Navarra Número 55 - Fecha 08/05/1998.

Las puntuaciones totales se obtienen sumando los valores correspondientes a cada ítem:	Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia se realiza la siguiente clasificación:	De las puntuaciones obtenidas en la deficiencia física y la dependencia psíquica, se obtiene la siguiente graduación que puede orientar hacia el origen del grado de dependencia:
<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia: (puntuación máxima 30). • Deficiencia física: (puntuación máxima 15). • Deficiencia psíquica: (puntuación máxima 15). 	<ul style="list-style-type: none"> • Válidos de 0 a 1 puntos. • Asistido leve 2 a 9 puntos. • Asistido moderado de 10 a 19 puntos. • Asistido severo de 20 a 30 puntos. 	<p>Orientación: Ausencia de déficit o déficit leve. Puntuación: 0-4.</p> <p>Orientación: Déficit moderado. Puntuación: 5-9.</p> <p>Orientación: Déficit grave. Puntuación: 10-15.</p>

En función de la graduación anterior se especifica que la clasificación: Válido corresponde a la categoría I, Asistido leve a la categoría II, Asistido moderado a la categoría III y Asistido severo a la IV.

Una vez establecido el nivel de dependencia de los pacientes por categorías, se determino teóricamente el tiempo de atención directa de enfermería para cada categoría, en el presente estudio se recurre a los tiempos teóricos propuesto por Patricia Deiman⁶⁸.

Categoría	Horas de atención directa
I	1,8
II	2,2
III	3,6
IV	5,4

⁶⁸ DEIMAN, Op.cit, p. 34-48.

Para calcular el personal de enfermería necesario según grado de dependencia de enfermería se utilizó la fórmula del Consejo Nacional del Colegio de Enfermeras del Perú del documento técnico que contiene las Normas de Gestión de la calidad del cuidado enfermero aprobado por resolución⁶⁹:

$$\frac{\text{No Pac} \times \text{G. Depend} \times \text{Indice at}}{\text{Horas de Trabajo}}$$

5.8 CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados⁷⁰. Para tal efecto se realizó una prueba piloto del instrumento de valoración del grado de dependencia Test Delta. El cálculo para determinar el número de participantes de la prueba piloto correspondió al 10% (11 pacientes) de la muestra. Estos participantes cumplieron los criterios de inclusión. Con la prueba se estableció el tiempo del diligenciamiento del instrumento de 20 a 40 minutos aproximadamente, así mismo permitió la familiarización y entrenamiento de los investigadores para la utilización del instrumento con la muestra definitiva.

Para la validez del instrumento, el cual se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir⁷¹, contamos con que el Test Delta fue creado mediante decreto del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, y de conformidad con el Acuerdo adoptado por el Gobierno de Navarra como un método oficial de valoración del grado de dependencia de las personas de la tercera edad con la existencia de unos parámetros, que de manera objetiva permiten valorar tales circunstancias, por lo cual lo hacen aconsejable como un instrumento de valoración común, sencillo, universal y rápido en la valoración y que, además, puede adaptarse a las necesidades cambiantes de la población a la que va destinado, que para el caso de esta investigación se aplicó en el campo hospitalario. Es un instrumento ampliamente utilizado en numerosas investigaciones a nivel internacional. Incluso Colombia lo incluyó como

⁶⁹COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU, Op.cit, p. 9

⁷⁰ SAUTÚ, R. (2007). Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa: articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas. Lumiere, Buenos Aires.

⁷¹SAUTÚ, Op cit, p. 32

herramienta guía, con la cual los centros de promoción y protección social para personas mayores del ministerio de la protección social, pueden determinar las condiciones de dependencia de los usuarios, para definir los planes de acción con cada uno de ellos⁷².

5.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información se recolectó mediante observación directa a través de la aplicación del Test Delta. La matriz para la base de datos que se utilizó fue el programa Microsoft Excel 2010® y el paquete estadístico SPSS versión 20.0; en el análisis estadístico se manejaron medidas de frecuencia para las variables del instrumento.

⁷² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Promoción Social - Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. 2008.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, Reporte Belmont y en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 y debido a que esta investigación se consideró como: Investigación sin riesgo (según artículo 11 de la resolución 008430/1993) y en cumplimiento con los aspectos mencionados en el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollo conforme a los siguientes criterios:

- Se tuvo en cuenta los principios éticos de Respeto a la dignidad, Justicia, Protección de los Derechos y Bienestar del paciente, consagrados en la Declaración de Helsinki, Reporte Belmont y en la Resolución 008430 de 1993.⁷³ El respeto a las personas incorpora dos situaciones, primero, que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. El respeto a las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente y con información adecuada.
- Teniendo en cuenta que toda investigación implica algún riesgo, esta investigación fue calificada como investigación con riesgo mínimo porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. Además se protegió la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requirieran y éste lo autorice.
- Conto con el Consentimiento informado (Anexo N°1) que fue firmado por el sujeto de investigación o su representante legal, este contenía la siguiente información: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que iban a usarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios, la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

⁷³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C: El Ministerio, 1993. p. 2.

- Se llevo a cabo cuando se obtuvo la autorización de la institución donde se realizo la investigación; el consentimiento informado de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética de la facultad de salud y del HHMP.
- Cuando se recurre a los seres humanos como sujetos de investigación científica, debe tenerse sumo cuidado para asegurar que sus derechos se hallen protegidos, Se puso en práctica el principio ético fundamental en investigación: la beneficencia, que comprende como máxima labor no hacer daño.
- El respeto a la dignidad humana de los sujetos constituye el segundo principio ético postulado en el Reporte Belmont y este a su vez comprende el derecho a la autodeterminación, es decir que los posibles sujetos de investigación tienen el derecho de decidir voluntariamente si participan o no en un estudio y a dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio. Además el sujeto de investigación tiene derecho al conocimiento irrestricto de la información,, el cual implica que el investigador describa detalladamente a los posibles sujetos de investigación la naturaleza del estudio, el derecho que tiene de rehusarse a participar, las responsabilidades del investigador y los probables riesgos y beneficios en que se incurrirá.⁷⁴
- Durante esta investigación los sujetos participantes percibieron algunos beneficios personales directos. Además fueron beneficiarios de esta investigación la sociedad en general, la institución (HUHMP) y la profesión de Enfermería.

⁷⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430, Op.cit, p. 3.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Aspectos socio demográficos	Conjunto de características inherentes y adquiridas de un individuo, que pueden alterar o no su estado de salud determinando de esta manera la población objeto de estudio	Género	Conjunto, grupo con características comunes.	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
		Edad	Tiempo trascurrido desde el inicio de la vida.	Años cumplidos	Numérica
		Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Unión libre 	Nominal
		Nivel Educativo	Grado de escolaridad que tiene el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria completa • Primaria incompleta • Bachillerato completo • Bachillerato incompleto • Técnico • Universitario 	Ordinal

		Estrato Socioeconómico	Es una clasificación de los domicilios o viviendas a partir de sus características físicas y de su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> • 0 • 1 • 2 • 3 	Ordinal
Sistema Biológico afectado	Proceso patológico por el cual cursa el paciente que compromete el bienestar físico, psicológico y social.	Diagnóstico médico	Procedimiento por el cual se identifica la enfermedad que padece el paciente cuando ingresa al servicio.	<p>Clasificación de patologías que comprometan los diferentes sistemas biológicos del individuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular • Enfermedad respiratoria • Enfermedad musculo esquelética • Enfermedad neurológica • Enfermedad multiorganica. • Enfermedad abdominal • Enfermedad Genitourinaria 	Nominal

DESCRIPCION DE LA ESCALA DELTA				
VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
TEST DELTA	El Test Delta es un instrumento que ha sido utilizado como método oficial de valoración del nivel de dependencia aprobado mediante el Decreto foral 126/1998 de Navarra.	Dependencia	<ul style="list-style-type: none"> • Valido • Asistido leve • Asistido moderado • Asistido severo 	Ordinal
		Deficiencia Física	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de déficit o déficit leve • Déficit moderado • Déficit severo 	Ordinal
		Deficiencia Psíquica	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de déficit o déficit leve • Déficit moderado • Déficit severo 	Ordinal

Personal necesario de Enfermería de acuerdo con el nivel de dependencia de los pacientes.	Cantidad de personal necesario para garantizar el cuidado con calidad y para cubrir las necesidades de los pacientes.	Número de pacientes por grado de dependencia.	Categorización de los pacientes según grado de dependencia.	Numérico
		Índice de Atención	Horas día de atención directa según metodología de Deiman	Numérico
		Horas de trabajo	24 horas	Numérico

8. RESULTADOS Y ANALISIS

Los datos que a continuación se presentan, describen las características sociodemográficas y de salud, de la población atendida en el servicio de Medicina Interna donde se aplicó la encuesta “Test delta”, que determinó el Grado de dependencia de los pacientes. Se estimó un total de 98 encuestas aplicadas a los pacientes durante un periodo comprendido entre los meses de Marzo y Abril del año 2014.

Tabla 1. Edad Agrupada-Género

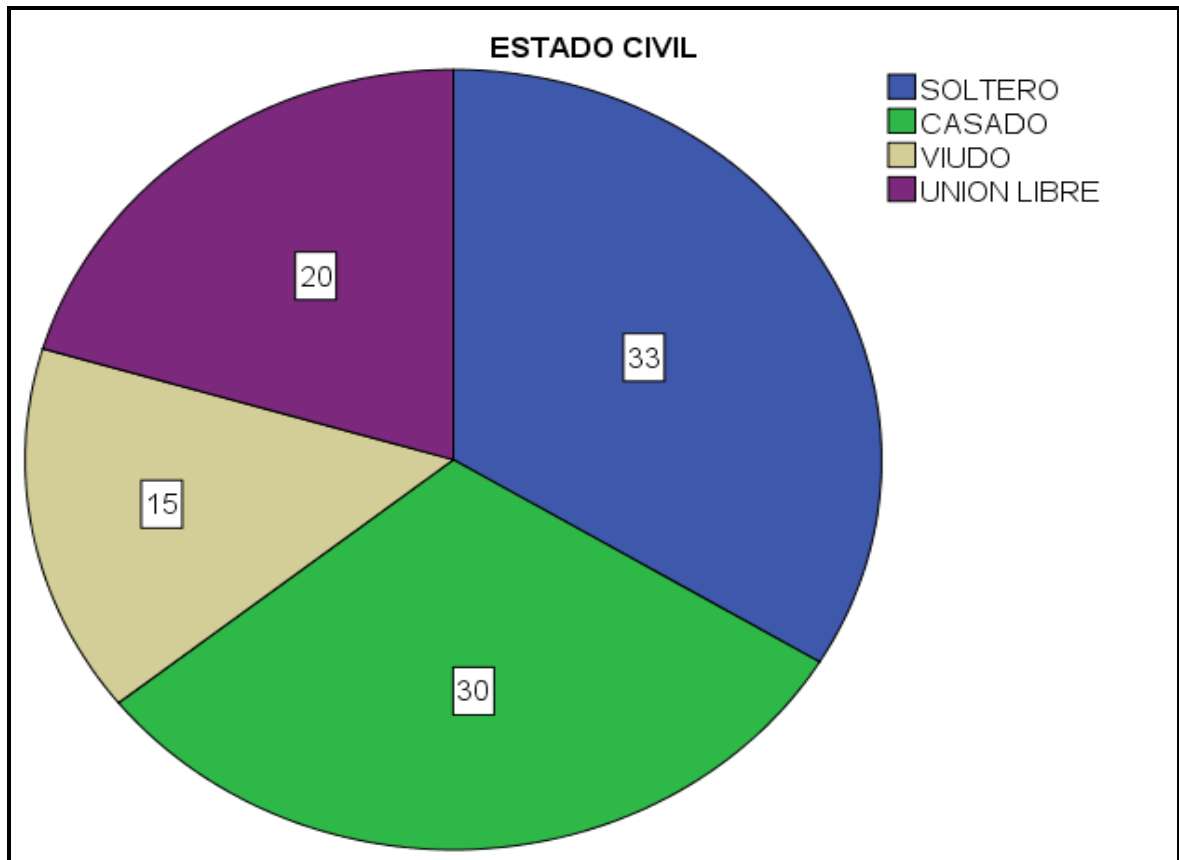
Tabla de contingencia EDAD (agrupado) * GENERO

EDAD (agrupado)	GENERO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
<= 22	5	1	6
23 – 29	1	4	5
30 – 36	5	3	8
37 – 43	1	3	4
44 – 50	5	1	6
51 – 57	9	7	16
58 – 63	5	4	9
64 – 70	7	12	19
71 – 77	4	6	10
78 – 84	6	6	12
85+	1	2	3
Total	49	49	98

Considerando las variables internas al individuo relativas al género y la edad, se estimó que el Test fue aplicado de manera homogénea a 49 hombres y 49 mujeres.

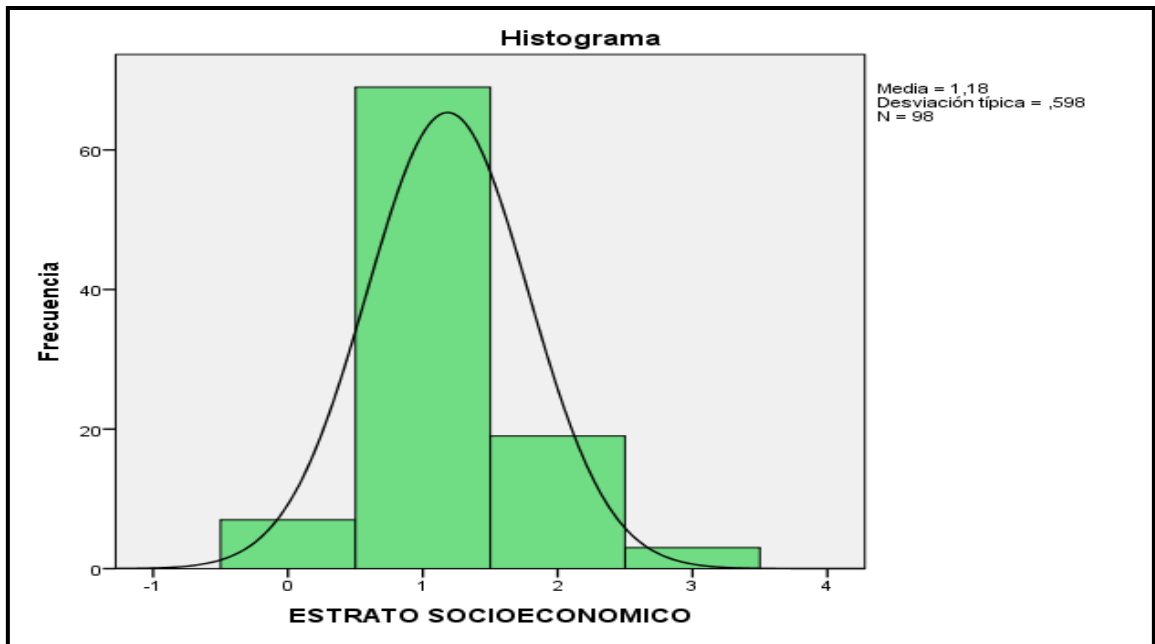
De acuerdo con la distribución según la edad, el grupo de edad más numeroso fue el de 64 y 70 años correspondiendo a 19 personas y el grupo menos numeroso fue el de 85 años o más con 3 personas. La mayor parte del porcentaje de la población se encontró por encima de los 51 – 57 años con un total de 69 pacientes.

Gráfica 1. Estado Civil



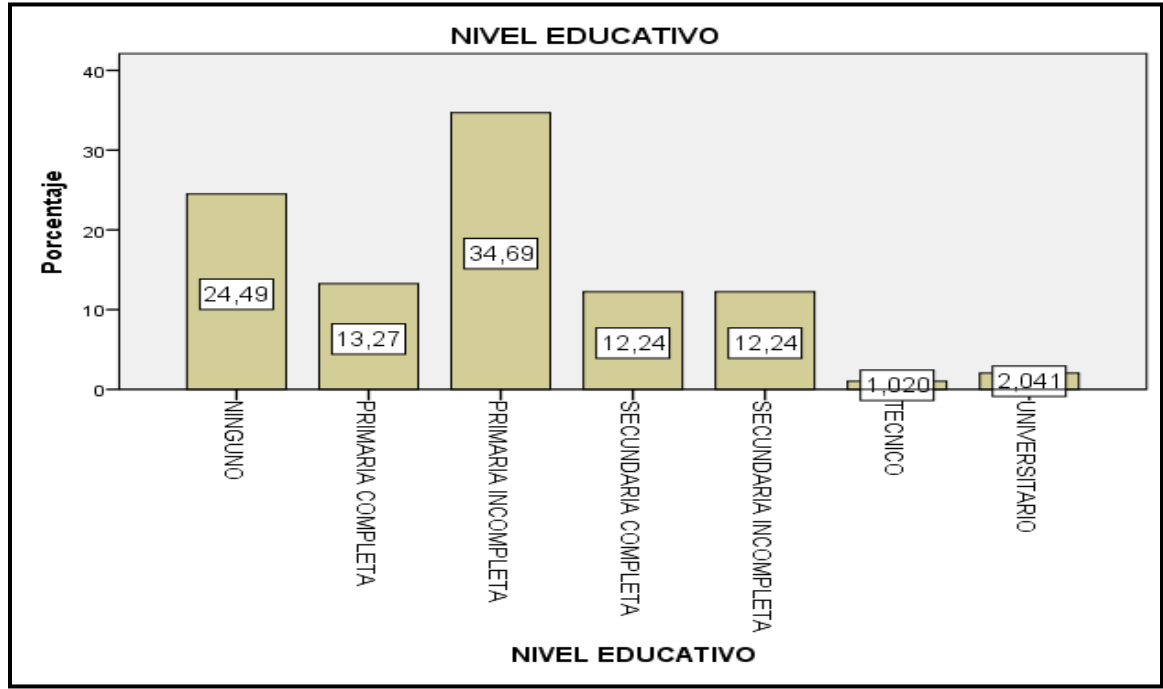
En la grafica 1, se evidencia que el estado civil es variado en los 98 pacientes; se encontró que 33,6% son solteros, 30,6% y 20,4% son casados y viven en unión libre respectivamente, motivo por el cual cuentan con compañía continua de su pareja lo que les permite contar con apoyo y respaldo durante todo el proceso de permanencia en la institución hospitalaria. El 15,3% son viudos, sin embargo cuentan con apoyo y acompañamiento continuo de la familia o personas con las que tienen lazos de amistad.

Gráfica 2. Estrato Socioeconómico



Según la distribución por estrato socioeconómico se encuentra predominio del estrato 1 con 69 personas, estos datos concuerdan con el tipo de población que demanda servicios en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que es el centro de referencia de las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas EPS'S para los servicios de 3 y 4 nivel de complejidad de los departamentos de Huila, Caquetá, Putumayo, sur del Tolima.

Gráfica 3. Nivel Educativo



Con respecto a la educación como lo muestra la gráfica 3, 34,6% han alcanzado la primaria incompleta, coincidiendo con los datos del censo del DANE (2005) ⁷⁵ donde reconoce que Colombia presenta bajo nivel educativo, de avance científico y tecnológico, determinantes que influyen de manera directa en el desarrollo económico, social y político de la población, situándola en condición de pobre y vulnerable debido a las desigualdades sociales, menor posibilidad de ingresos y no contar con un empleo y/o actividad productiva; condición que genera un impacto negativo en la salud y atribuye factores de riesgo para el autocuidado.

⁷⁵ LOGRAR LA EDUCACION BASICA UNIVERSAL (Citado en 23 de Mayo de 2014).

Disponible

Internet:http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/lograr_la_educacion_basica_universal.pdf en

Tabla 2. Diagnóstico Médico

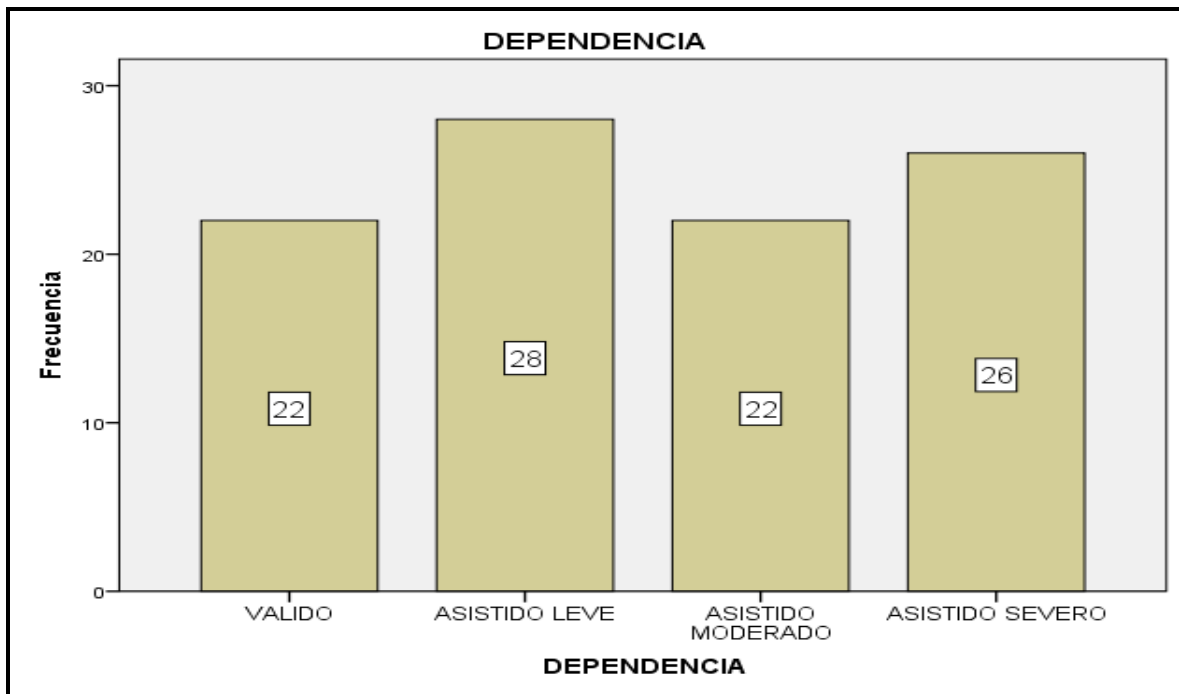
SISTEMA BIOLÓGICO AFECTADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
ENF CARDIOVASCULAR	20	20,4	20,4
ENF RESPIRATORIA	22	22,4	22,4
ENF MUSCULOESQUELETICA	5	5,1	5,1
ENF NEUROLOGIA	6	6,1	6,1
ENF MULTIORGANICA	34	34,7	34,7
ENF ABDOMINAL	8	8,2	8,2
ENF GENITOURINARIA	3	3,1	3,1
Total	98	100,0	100,0

Fuente de los datos recolectados: historia clínica de los pacientes.

La Tabla 2 resume los principales diagnósticos clasificados de acuerdo a los sistemas afectados, donde se evidencia que la enfermedad multiorgánica y la enfermedad respiratoria ocupan el 34,7% y el 22,4% respectivamente, seguido de la enfermedad cardiovascular con un 20,4%. El servicio de medicina interna de la institución hospitalaria demanda servicios de pacientes con diversos y números diagnósticos pero sobretodo predominan las enfermedades crónicas, las cuales amenazan el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. Según cifras recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷⁶ las enfermedades cardiovasculares y otras no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas causan cerca del 80% de la morbilidad y mortalidad en países de medianos y bajos ingresos como Colombia.

⁷⁶ MENDIVELSO DUARTE, Fredy. Instituto Nacional de Salud. Boletín: Enfermedades no transmisibles. volumen 1 NO 5. Bogotá, 2013. p. 3.

Gráfica 4. Grado de Dependencia

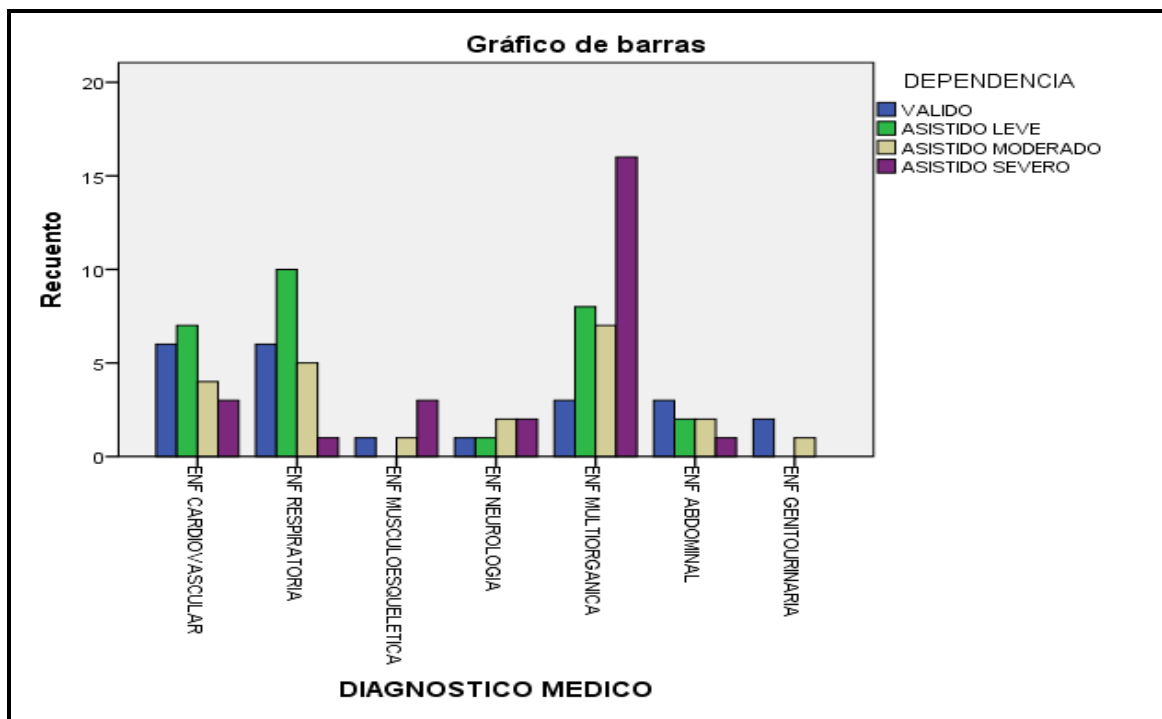


El deterioro de la salud, generado por las enfermedades que sufren los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna es frecuente, continuo e inevitable por su grado de severidad afecta las prácticas de autocuidado haciendo que algunos pacientes requieran más atención que otros. Según los resultados de la administración del instrumento de valoración Test Delta que mide grado de dependencia, se encontró que en el 22,4% son autónomos para la realización de las actividades propias del autocuidado, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente.

Tabla 3. Diagnostico Medico-Dependencia

DEPENDENCIA	DIAGNOSTICO MEDICO
Correlación de Pearson	,205*
Sig. (bilateral)	,043
N	98

Gráfica 5. Diagnostico Medico-Grado de Dependencia



La Tabla 3 muestra una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las variables analizadas en la matriz de correlaciones, se evidencia que a mayor grado de enfermedad, hay superior grado de dependencia, es decir, entre más sistemas afectados (enfermedad multiorgánica), el paciente demanda cuidados de Enfermería de manera constante y frecuente (Asistido severo). Lo anterior se evidencia en 16 pacientes de la muestra. En su orden prosiguen las enfermedades de origen musculoesquelético, cardiovascular y neurológico, siendo estas responsables de incapacidades en los pacientes, llevándolos a requerir cuidados dependientes de Enfermería.

Tabla 4. Edad-Grado de Dependencia

Tabla de contingencia EDAD (agrupado) * GRADO DE DEPENDENCIA

EDAD (agrupado)	GRADO DE DEPENDENCIA				Total
	VALIDO	ASISTIDO LEVE	ASISTIDO MODERADO	ASISTIDO SEVERO	
<= 22	1	2	0	3	6
23 – 29	4	0	0	1	5
30 – 36	1	3	2	2	8
37 – 43	2	2	0	0	4
44 – 50	0	3	2	1	6
51 – 57	5	3	5	3	16
58 – 63	2	3	4	0	9
64 – 70	6	6	3	4	19
71 – 77	0	4	2	4	10
78 – 84	1	1	4	6	12
85+	0	1	0	2	3
Total	22	28	22	26	98

Respecto a las variables Dependencia y Edad se observa que por encima del rango de los 51-57 años se encuentra un mayor número de personas con algún grado de dependencia, con una distribución de: 18 asistidas leves, 18 asistidas moderadas y 19 asistidas severas. Lo anterior, evidencia que el proceso de envejecimiento está asociado a cambios que disminuyen la capacidad funcional de las personas; sin embargo, se observa algún grado de incapacidad en personas jóvenes, asociado con patologías cuyo resultado puede ser devastador en la anatomía de la persona, ocasionando algún grado de dependencia, es así, como la persona enferma independientemente de su edad, con una dependencia entre el nivel moderado y severo requerirá la realización de actividades complejas orientadas a satisfacer sus necesidades.

Tabla 5.Relación edad-Dependencia-Deficiencia Física-Deficiencia Psíquica

		Correlaciones			
		EDAD	DEPENDENCIA	DEFICIENCIA FISICA	DEFICIENCIA PSIQUICA
EDAD	Correlación de Pearson	1	,214*	,202*	,057
	Sig. (bilateral)		,035	,047	,577
	N	98	98	98	98
DEPENDENCIA	Correlación de Pearson	,214*	1	,783**	,634**
	Sig. (bilateral)	,035		,000	,000
	N	98	98	98	98

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 5 muestra que hay una correlación entre las variables Edad-Grado de Dependencia de 0,214 ($p < 0,05$), lo que demuestra que el grado de dependencia es directamente proporcional a la edad. Existe correlación de 0,202 entre la Edad-Deficiencia Física ($p < 0,05$), comparado con la correlación entre Edad-Deficiencia Psíquica que fue de 0,055 ($p > 0,05$), se puede decir que la capacidad psíquica no está relacionada con la edad cronológica de las personas objeto de estudio. Además se observa una alta correlación entre el Grado de Dependencia y Deficiencia Física de 0,783 ($p < 0,05$), como también entre el Grado de Dependencia y Deficiencia Psíquica de 0,634 ($p < 0,05$), las deficiencias orientan el origen de la dependencia, siendo la física la que ocupa el primer lugar, sin embargo la psíquica vista desde la subjetividad y no desde la objetividad como lo hace el Test Delta puede también ser el origen de la dependencia.

Tabla 6. Grado de Dependencia-Deficiencia Física**Tabla de contingencia de la relación entre la DEFICIENCIA FISICA * GRADO DE DEPENDENCIA**

DEFICIENCIA FISICA	GRADO DE DEPENDENCIA				Total
	VALIDO	ASISTIDO LEVE	ASISTIDO MODERADO	ASISTIDO SEVERO	
AUSENCIA DE DEFICIT O DEFICIT LEVE	22	25	10	0	57
DEFICIT MODERADO	0	2	12	10	24
DEFICIT GRAVE	0	1	0	16	17
Total	22	28	22	26	98

La Tabla 6 muestra que 48 personas tuvieron grado de dependencia entre asistido moderado y asistido severo que se relaciona con la clasificación de la deficiencia física entre déficit moderado y grave, esto permite suponer que los pacientes clasificados de esta manera necesitan ayuda en cuanto a movilización, deambulaci3n, desplazamiento, aseo y vestido por lo cual precisan mayores cuidados de Enfermería.

Tabla 7. Grado de Dependencia-Deficiencia Psíquica**Tabla de contingencia de la relación entre DEFICIENCIA PSIQUICA * GRADO DE DEPENDENCIA**

DEFICIENCIA PSIQUICA	GRADO DE DEPENDENCIA				Total
	VALIDO	ASISTIDO LEVE	ASISTIDO MODERADO	ASISTIDO SEVERO	
AUSENCIA DE DEFICIT O DEFICIT LEVE	22	28	16	8	74
DEFICIT MODERADO	0	0	6	4	10
DEFICIT GRAVE	0	0	0	14	14
Total	22	28	22	26	98

La Tabla 7 muestra que 48 personas tuvieron grado de dependencia entre asistido moderado y asistido severo que se relaciona con la clasificaci3n de la deficiencia psíquica entre déficit moderado y grave, encontrando que las mayores alteraciones est3n asociadas a la alteraci3n del sueño, orientaci3n-memoria y lenguaje- compresi3n.

Tabla 8. Deficiencia Física-Deficiencia Psíquica**Tabla de contingencia de la relación entre DEFICIENCIA PSIQUICA * DEFICIENCIA FISICA**

DEFICIENCIA PSIQUICA	DEFICIENCIA FISICA			Total
	AUSENCIA DE DEFICIT O DEFICIT LEVE	DEFICIT MODERADO	DEFICIT GRAVE	
AUSENCIA DE DEFICIT O DEFICIT LEVE	54	17	3	74
DEFICIT MODERADO	3	6	1	10
DEFICIT GRAVE	0	1	13	14
Total	57	24	17	98

Los datos revelan que al fusionar los apartados y ubicar la muestra dentro de cada graduación que compone las deficiencias, se puede apreciar que existe un mayor número de personas con deficiencia física con 41 personas en comparación con la deficiencia psíquica que tiene 24 personas. Lo anterior demuestra que pocas veces un paciente con deficiencia física puede tener alteraciones psíquicas.

Tabla 9. Personal necesario de Enfermería de acuerdo al grado de dependencia de los pacientes en el servicio de Medicina Interna.

Grado De Dependencia	Número De Pacientes Por Grado De Dependencia	Índice De Atención Directa	Horas de Trabajo	Personal Necesario
Valido	22	1,8	24	1,6
Asistido Leve	28	2,2	24	2,5
Asistido Moderado	22	3,6	24	3,3
Asistido Severo	26	5,4	24	5,8
Total	98			13,2

Se observa en la Tabla 9, que el total del personal de enfermería necesario para satisfacer la demanda de atención en horas del paciente son trece para el servicio de medicina interna, la mayor parte del personal destinado para satisfacer las demandas de los pacientes asistidos severos por tener un alto grado de complejidad en sus cuidados.

9. DISCUSION

La calidad de la atención prestada dentro de las organizaciones hospitalarias depende principalmente de la buena utilización de los recursos, especialmente el recurso humano; para el caso de enfermería resulta de gran importancia observar y determinar la razón enfermera – paciente con el fin de optimizar la calidad del cuidado que se presta al paciente y por ende la calidad reflejada dentro de los indicadores hospitalarios de una organización sanitaria. Los resultados de la presente investigación refuerzan el hecho de que, para ofrecer calidad en la asistencia, es necesario tener cantidad y nivel adecuado de personal de Enfermería. En el caso del estudio realizado en el año 2000 por Amaravadi y Cols en donde se demostró que el aumento de pacientes por enfermera durante el turno de la noche aumentaba los riesgos de complicaciones postoperatorias y pulmonares de pacientes en UCI ⁷⁷, confirma que existe una alta relación entre los indicadores hospitalarios de calidad con el recurso de personal de Enfermería.

La población de estudio estuvo conformada por 98 personas, con una distribución por genero de manera homogénea, pertenecientes al estrato socioeconómico 1, con nivel de escolaridad ubicado en primaria incompleta. Factores sociodemográficos que reflejan la realidad social del país; según el Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2010 del Plan Decenal de Salud Pública, variables como condiciones demográficas, geográficas, limitación en el acceso a servicios públicos y a la oferta sanitaria, condiciones socioculturales específicas e incluso la distribución de los ingresos de las personas, tienen efectos significativos sobre los resultados en salud, manifestándose en más o menos riesgos de contraer enfermedades⁷⁸. Además, la educación es otro factor de importancia, tal como lo muestra el censo del año 2005, 8 de cada 100 colombianos mayores de 15 años no saben leer ni escribir y cerca del 58% de la población analfabeta es mayor de 45 años. La educación, la vivienda y el empleo son algunos de los determinantes que más contribuyen a los resultados en salud.⁷⁹

En su gran mayoría, la población de estudio pertenece a las etapas del ciclo vital de adultez y vejez o tercera edad con un 70,3%, es decir, son pacientes que reúnen características propias del envejecimiento, mayor necesidad de medidas

⁷⁷ AMARAVADI, Op.cit, p. 16.

⁷⁸ COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1841 (28 de Mayo, 2013). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021. p. 88-116

⁷⁹ LOGRAR LA EDUCACION BASICA UNIVERSAL (Citado en 23 de Mayo de 2014). Disponible en Internet:http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/lograr_la_educacion_basica_universal.pdf

terapéuticas, distintos grados de incapacidad o dificultad para el autocuidado, dado por la aparición de múltiples enfermedades que sufren debido a las modificaciones morfo fisiológicas en el organismo como consecuencia de la acción del tiempo, que hacen necesaria la presencia de Enfermería.

Igualmente el estudio demostró, que los pacientes con patologías multiorgánicas, respiratorias, cardiovasculares y de mayor edad, presentan grados de dependencia altos (Asistido severo), haciendo difícil la supervivencia de estos y aumentando la demanda de cuidados de Enfermería de manera frecuente. Así, lo demuestran datos del más reciente estudio de carga de enfermedad en el mundo, la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de discapacidad adquirida aumentando del 17 a 28% durante el periodo de 1990 a 2010. Datos del Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2010 del Plan Decenal de Salud Pública, muestran que el 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, con una prevalencia alta de la hipertensión arterial 22,8% y su asociación con el aumento de riesgo de cardiopatía isquémica en un 49% y el 62% para trastornos cerebrovasculares. La prevalencia de Diabetes aumentó 2,6% en la población adulta en 2007, con 19,8% de discapacitados diabéticos que es 2,5 veces superior a la prevalencia de discapacidad estimada para la población general no diabética.⁸⁰

La dependencia puede entenderse como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal, como consecuencia de una enfermedad o accidente⁸¹ llevando progresivamente a la ausencia de la capacidad y pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual para la realización de actividades en la vida cotidiana; haciendo necesaria la ayuda de otras personas en la satisfacción de las necesidades básicas. Es por esto que se debe valorar el grado de dependencia de cada paciente para conocer el tipo y la cantidad de ayuda que requieren por parte del personal de Enfermería.

El grado de dependencia fue valorado con la aplicación del Instrumento Test Delta, el cual arrojó un 22,4% para pacientes autónomos, 28,6% requieren ayuda ocasional, 22,4% ayuda frecuente y 26,5% ayuda permanente.

Según la tabla de contingencia del Grado de Dependencia - Deficiencia Física, se encontró un mayor número de personas con dependencia orientada por déficit

⁸⁰ COLOMBIA. PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA, Op.cit, p. 88-116.

⁸¹ ESPAÑA, LIBRO BLANDO, Op.cit, p. 81.

físico en los niveles moderado y grave con 41 personas y solo 24 personas tuvieron grados de dependencia orientados por deficiencia psíquica, según la tabla de contingencia del Grado de Dependencia-Deficiencia Psíquica. La asociación de las consideraciones anteriores supone un aumento significativo de la carga del trabajo de Enfermería, que habrá que tener presente para garantizar una calidad asistencial.

Se evidenció una correlación de 0,214 y de 0,205 entre las variables Edad- Grado de dependencia y Diagnóstico médico-Grado de dependencia respectivamente ($p < 0,05$); esto indica que existe una asociación entre las variables; es decir, pacientes con edades avanzadas tienen alta probabilidad de requerir apoyo en las necesidades básicas, tales como vestido, alimentación, baño y actividades básicas de autocuidado, sin embargo, la edad no es solo un factor predisponente para requerir ayuda en los autocuidados, personas jóvenes con patologías incapacitantes también requerirán de ayuda en las necesidades básicas, entonces; los diagnósticos médicos que aquí se presentan son propios de la especialidad de medicina interna, la cual demanda servicios por parte de pacientes con patologías crónicas de alta prevalencia, enfermedades, que por sus complicaciones causan incapacidades permanentes, independientemente de la edad, llevándolos así a requerir atención por parte del personal de Enfermería de manera frecuente e inclusive para algunos, permanente.

Es así, como estas incapacidades pueden ser de origen físico o psíquico, siendo la deficiencia física la responsable del mayor número de pacientes con grados de dependencia moderada y severa, aunque la deficiencia psíquica no ocupa el primer lugar en la orientación del grado de dependencia, existe una alta asociación entre estas, puesto que pacientes con alteraciones psíquicas en un momento determinado requerirán asistencia de terceros en su autocuidado.

Los aspectos mencionados están corroborados en la investigación de autores como: Sánchez Cobo y *et al*, estudio realizado con pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de Enfermería. 2007; se estudiaron 28 hombres (65,1%) y 15 mujeres (34,9%), con una edad media de 61,86 años y un tiempo promedio en HD 52,39 meses. El 67,43% presentaba algún tipo de dependencia, cerca de un 50% de la muestra necesitaba algún tipo de ayuda en cuanto a movilización, deambulación y desplazamiento, aseo y vestido. El 35% precisaba ayuda en la administración de tratamientos y 70% precisaba mayores cuidados de enfermería.

82

⁸² SANCHES COBO, Luis, *et al*. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. Revista: sociedad española enfermería nefrológica. 2008, 11(1):6/11

También, la investigación de Arribas y *et al*, mediante la aplicación del test Delta a pacientes en hemodiálisis, mostro que 39% de los pacientes tenía algún tipo de dependencia, principalmente deficiencias físicas. Al cruzar todas las variables con la dependencia funcional encontraron correlación estadísticamente significativa con: edad, pertenencia a lista de espera de trasplante renal, diabetes mellitus, vivir solo, índice de Charlson y albúmina en sangre.⁸³

La valoración del grado de dependencia de los pacientes es un proceso necesario, que permite determinar las necesidades de recurso humano de enfermería para prestar atención de calidad; no conviene para los pacientes continuar la dotación de manera tradicional, según el número de camas, porque esto lleva a que se continúe con la delegación funciones al personal auxiliar de enfermería, funciones que son propias de los profesionales, es importante aclarar que el personal auxiliar en enfermería no posee la fundamentación científica para realizar actividades complejas propias del profesional, conllevando al empleo de técnicas inadecuadas que afectan directamente al sujeto de cuidado.

Tal como lo muestran, a nivel regional Gutiérrez y Quintero (2012), quienes abordaron los factores por los que la enfermera (o) delega intervenciones del campo fisiológico complejo de la clasificación de intervenciones de enfermería NIC, que son propias del profesional y no son delegables. En los resultados encontraron que de las 180 intervenciones que componen el campo fisiológico complejo se realizan 93, de las cuales el 43% se delegan al personal menos calificado, los factores que influyeron fueron externos a los investigados y concuerdan con varios ya mencionados en apartados anteriores como los que tienen que ver con escasez de enfermeras y aumento de las responsabilidades laborales como tareas administrativas que las mismas instituciones imponen. Con esto se insiste en el riesgo al que se expone al paciente, afectándose del mismo modo la gestión del cuidado⁸⁴.

Es importante resaltar que la determinación de las necesidades de personal que brinda cuidados en esta área de hospitalización es determinada en base al número camas habilitadas, sin tener en cuenta las condiciones particulares de cada paciente, situación que es obligatoria para la determinación de los recursos humanos necesarios para proporcionar cuidado. Sánchez Ramos y colaboradores en un estudio para determinar los niveles de dependencia en una unidad de cuidados urológicos, concluyen que la consideración del género, edad, tipo de

⁸³ HERNANDEZ ARRIBAS, violeta, *et al*. Evaluación del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis (citado en 20 de Mayo, 2013). Disponible en Internet: <http://www.revistaseden.org/files/371a.pdf>

⁸⁴ QUINTERO, Op.cit, p.25.

ingreso y de las condiciones meteorológicas en el momento del ingreso permiten identificar pacientes potencialmente consumidores de cuidados: varones y mayores de 75 años.⁸⁵ Estos rasgos y no la consideración del mero número de pacientes, son los que deberían ser tenidos en cuenta al establecer las dotaciones de personal en las unidades de cuidados en el ámbito hospitalario.

Por lo tanto, el hecho de pasar inadvertidas las condiciones particulares de cada paciente y la falta de personal Profesional de Enfermería para el cuidado, ocasionan un trato rutinario, rustico y desagradable para la percepción del paciente, se demuestra también que hay una relación poco atractiva entre los niveles del personal de Enfermería y los resultados en los pacientes, reflejando aumento en los indicadores de morbimortalidad, estancia institucional, úlceras por presión, caídas, flebitis, los cuales miden la calidad de la atención. Tal afirmación se corrobora en un estudio comparativo de la calidad de los cuidados dispensados a los pacientes de SIDA realizado por Aiken y colaboradores (1999) quienes constataron que una enfermera más por paciente y día estaba relacionado con una disminución del 50% de la mortalidad dentro de los 30 días. Un aumento de un 0.25 enfermeras por paciente y día guardaba relación con una reducción del 20% en la mortalidad dentro de los 30 días.⁸⁶

En un análisis por secciones, hecho por Needleman y colaboradores (2002) examinaron la relación existente entre la cantidad de los cuidados dispensados por las enfermeras en los hospitales y los resultados en los pacientes. Se analizaron los datos de 5 millones de pacientes de medicina y de 1.100.000 pacientes de cirugía. Los autores vieron que había una proporción más alta de horas de cuidados de enfermera especialista por día, existe una relación directa con el hecho de que a mayor número de horas diarias de cuidados por enfermeras especialista hay una estancia hospitalaria más breve, menores índices de infecciones del tracto urinario, sangrado gastrointestinal superior, neumonía, ataque y paro cardíaco, y menos casos de fracaso terapéutico.⁸⁷

Por lo anterior se puede decir que existe escasez de profesionales de enfermería en los servicios de hospitalización, debido a que no existe una metodología estandarizada y/o que los indicadores que aún son utilizados como

⁸⁵ SANCHEZ RAMOS, L, *et al.* Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos. Asociación española de enfermería en urología. 2007. Disponible en Internet:
<file:///C:/Users/DIANA%20MARCELA/Downloads/dependencia%20u.%20urologia%20sist%20propio%20referencia6.pdf>

⁸⁶ Aiken, Op.cit, p. 760-772.

⁸⁷ Needleman, Op.cit, p. 1715-1722.

herramienta para el cálculo del personal no están definidos y son desactualizados,⁸⁸ además diversos autores lo confirman, en un estudio realizado por Brunetti el cual indica, que no hay ningún sistema universalmente aplicable para hallar el cálculo del personal, por lo que el buen juicio del personal responsable de llevarlo a cabo, es fundamental⁸⁹.

Sin embargo al analizar esta situación se evidencia que la carencia de este recurso humano puede deberse a diferentes causas como: la inadecuada aplicación de indicadores, deficiente distribución del personal, planeación inadecuada de los periodos vacacionales y la falta de cobertura de las vacantes.⁹⁰ Lo que en últimas circunstancias demuestra que corresponde al área de Enfermería realizar los estudios necesarios para determinar la dotación del personal y que éste cálculo se debe ajustar en cada caso a la realidad particular. Así, la Ley 266 en el artículo 6º dentro de sus funciones reconoce que “el profesional de enfermería deberá proponer las políticas y disposiciones para la formación, actualización, distribución y empleo del recurso humano de enfermería al mismo tiempo que definir los criterios para establecer estándares y normas de calidad para brindar cuidado de enfermería”⁹¹.

Por esta razón, la categorización de los pacientes nace como una propuesta con el fin de identificar el perfil de los enfermos y a la vez ser utilizada como una herramienta para definir el cálculo del personal acorde a las necesidades reales de cada paciente.⁹² Los hallazgos de este estudio demuestran que el instrumento de categorización de los pacientes según su grado de dependencia denominado “Test Delta” es claro al momento de su aplicación, lo que concuerda con lo planteado por Arenas y et al, en un estudio multicéntrico del año 2006, afirman que en el contexto de todos los instrumentos que valoran la función física y nivel de dependencia como Índice de Barthel (IB) o el índice de Katz, quien mejor valora el grado de dependencia funcional del paciente y la necesidad de cuidados

⁸⁸CHACON ALVAREZ DEL CASTILLO, Lutecia. Calculo De Personal De Enfermería. Revista de enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Volumen 5 Numero 1. 1992 p. 5.

⁸⁹BRUNETTI, José Arnaldo. Metodología para Cálculo de Planteles básicos funcionales para personal de Enfermería. Trabajo de Recopilación. Disponible en: <http://ebookbrowse.net/metodolog%C3%ADa-para-c%C3%A1lculo-de-planteles-b%C3%A1sicos-funcionales-pdf-d418611747>.

⁹⁰CHACON, Op. cit, p. 6.

⁹¹COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 (25, enero, 1996). Por la cual se se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1996.no. 42.710. p. 1-8.

⁹² BRUZZONE, Paulo Renato y OCHOA, Gabriela Del Pilar. Categorización usuaria por riesgo y dependencia, ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Valdivia, Chile: Universidad Austral De Chile, Facultad De Medicina. Escuela De Enfermería, 2010, 11 p.

requeridos por parte del personal de salud durante la sesión de hemodiálisis, al incluir ítems como “cuidados de Enfermería” o necesidad de vigilancia” es el Test Delta.⁹³

Este método de valoración considera criterios de limitación física, factores emocionales, psíquicos y grado de enfermedad del paciente, es una herramienta que permite calcular las horas de atención de Enfermería que se requieren para los cuidados.⁹⁴ De ahí que la clasificación de las necesidades de atención de los pacientes del servicio de Medicina Interna se basa en 4 categorías de dependencia, relacionada con el hecho de que esta es una institución de tercer y cuarto nivel de complejidad, además es un estudio que se centra en las actividades que realiza el personal de Enfermería con los pacientes.

En este sentido, la “Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería”, plantea que para el servicio de medicina Interna se deben considerar entre 4 a 4,8 Enfermeras, es de destacar que en Colombia no existen Guías técnicas de dotación de personal de Enfermería estandarizada. Esta guía identifica varios factores que influyen en la calidad de la prestación de los servicios de Enfermería y destaca la falta de personal en los tres niveles de atención, vale la pena mencionar que para en esta guía, se utilizaron seis horas de atención como constante en la fórmula para el cálculo⁹⁵, mientras que en este estudio se utilizaron veinticuatro horas como constante.

Para el cálculo de necesidades de profesionales de Enfermería se utilizó una fórmula que requirió de datos como: categorización del grado de dependencia, índice de atención directa por día, dado para las cuatro categorías de dependencia basados en la metodología propuesta por Deiman, en él estudio Dotación de personal, sobre las horas de trabajo (24 horas)⁹⁶. Dando como resultado 13,2 enfermeros (as) para el servicio de Medicina Interna.

No Pac x G. Depend x Indice at **Horas de Trabajo**

⁹³ARENAS, María Dolores, et al. Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. Revista Nefrológica de Enfermería, Volumen 26. Número 5. 2006. Alicante. p. 601-608.

⁹⁴Ibíd. , p. 607.

⁹⁵MEXICO, D.F. SECRETARÍA DE SALUD. Guía Técnica Para La Dotación De Recursos Humanos En Enfermería. , 2003. p. 1-21.

⁹⁶COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU, Op.cit, p. 1-50.

Dentro de las investigaciones encontradas sobre dotación de recurso humano en enfermería, el autor Meza Galván, considera que la administración de la atención de enfermería conlleva la responsabilidad de la calidad del cuidado enfermero a cada paciente para lograr la pronta recuperación de su salud. Desde luego menciona que el personal de enfermería debe conocer siempre las condiciones de sus pacientes, y con mayor razón los administradores, de tal manera que pueda definir cuánto personal requiere para su atención y proporcionar un cuidado con calidad. Conclusión que plantea al demostrar en sus resultados que para el servicio de Medicina Interna se calcularon tres enfermeros (as) en total, con una población de 192 pacientes abordados en un periodo de dos meses y veintitrés días, tomando como constante en la horas de atención requeridas por jornada laboral 6 horas y categorizando a los pacientes sólo en 3 grado de dependencia en una institución de segundo nivel de complejidad⁹⁷, en relación con este estudio que arrojó que para el servicio de Medicina Interna de una institución de tercer nivel de complejidad, una población de 98 pacientes abordados en un periodo de dos meses, una constante de horas de jornada laboral de 24 horas y categorizados en 4 niveles de dependencia se necesitan trece enfermeros en total.

Además, los resultados de la presente investigación reflejan que una dotación de profesional de Enfermería óptima tendría una relación influyente con la política de la seguridad del paciente ya que se centra en diversos indicadores de los cuidados, esto se reafirma con las publicaciones hechas por el sindicato de la Federación de Enfermeras del Canadá (CFNU 2005) que aporta claras pruebas empíricas que demuestran una relación entre un personal de Enfermería inadecuado y una gama de resultados adversos en los pacientes: úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, neumonía, infecciones postoperatorias de las heridas, errores de medicación, afecciones pulmonares, trombosis, manejo del dolor, sangrado del tracto gastrointestinal superior, caídas, ataques y paros cardiacos, imposibilidad de reanimación, y readmisión.⁹⁸

Adicionalmente, se puede observar que la falta de clasificación de los pacientes según el grado de dependencia, trae como consecuencia un cuidado de enfermería de baja calidad, por este motivo el presente estudio clasificó a los pacientes con el fin de calcular las necesidades de personal de enfermería que permita brindar cuidados de calidad; así mismo se demostró que se requieren 5 enfermeros(as) para cuidar a pacientes clasificados como asistidos severos, que requieren la ejecución de actividades de cuidados complejas por tener una condición considerada de alto grado de dependencia.

⁹⁷ MEZA GALVAN. Op. cit. p. 155-157.

⁹⁸SINDICATO DE LA FEDERACIÓN DE ENFERMERAS DEL CANADÁ. Enhancement of patient safety through formal nurse patient ratios: A discussion paper. 2005. p. 13

Es por esto que el personal de Enfermería debe conocer las condiciones de sus pacientes que les permita de esta manera definir cuánto personal requiere para su cuidado, así como lo plantea la Ley 911 del 2004 en su artículo 7 : “el profesional de enfermería solamente podrá responder por el cuidado directo de enfermería 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, permita cumplir con los estándares de calidad y la oportunidad del cuidado”.⁹⁹

Finalmente, a pesar de que existen muchas diferencias entre las instituciones de salud para determinar el cálculo del recurso humano en enfermería, la planificación, estimación, investigación y políticas que se propongan sobre la dotación del personal de enfermería deben basarse en las necesidades de salud de la población, además de atender a las características de cada institución, los perfiles epidemiológicos en cada región, los avances científicos y los perfiles académicos y profesionales de esta disciplina, que en otras palabras responda a un sistema cambiante y desafiante, siendo dirigidas a buscar mejores resultados en la calidad de los cuidado.¹⁰⁰

⁹⁹COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004.no. 45.693. p. 1-15.

¹⁰⁰GIRALDO, Op. cit, p. 1-21.

10. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

El número de profesionales de enfermería calculados fueron 13, necesarios para cubrir las demandas de atención de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna teniendo en cuenta el nivel de dependencia.

Con respecto a la clasificación de pacientes, se observó durante los 60 días gran variabilidad en el número de pacientes en cada una de las cuatro categorías por grado de dependencia.

El instrumento de valoración del nivel dependencia "Test Delta" empleado en la presente investigación para la categorización de usuarios según el grado de dependencia, se convierte en una herramienta de gestión del cuidado enfermero útil y eficaz, ofreciendo una evaluación objetiva y de acoplo para muchos contextos o servicios sanitarios y hospitalarios.

La presente investigación describe que una adecuada dotación de personal según el grado de dependencia de los pacientes, puede estar relacionado con mejores resultados en los pacientes, ya que si se aumenta el número de profesionales de enfermería se podría cubrir las demandas de cuidado teniendo en cuenta la complejidad de cada paciente.

La asignación de personal de enfermería debe ser realizada por un profesional de esta área, ya que es quien conoce las características individuales y colectivas de los pacientes a su cargo.

El profesional de enfermería es el responsable del cuidado de los pacientes, y este cumple con los estándares de calidad si se cuenta con una óptima dotación de recurso humano de enfermería.

El profesional de enfermería realiza funciones que no son de su competencia o tienen una sobrecarga de funciones administrativas, lo que desencadena que se deleguen funciones propias no delegables de la profesión al personal auxiliar de enfermería.

11.RECOMENDACIONES

A continuación las siguientes recomendaciones se basan en resultados arrojados por la investigación cursada, revisión de otras investigaciones y evidencia práctica.

✓ Institucionales:

- En pro de dar continuidad a la política de seguridad del paciente, se recomienda reevaluar y realizar revisiones exhaustivas del número de profesionales de enfermería por servicios teniendo en cuenta la demanda de cuidados necesarios y su complejidad. Evaluar este proceso por parte del hospital podría ayudar a la disminución de costos en la institución hospitalaria, asociado esto a una disminución en la presentación de eventos adversos que incrementen las estancias hospitalarias.

- Se propone que para el servicio de medicina interna el número de profesional de enfermería sea de 13 en relación con una constante de 24 horas, ya que de esta manera se puede garantizar un cuidado con calidad según los grados de dependencia. Esto a su vez, permite el mejoramiento continuo de la prestación de servicios en salud, con el propósito de alcanzar un alto nivel de satisfacción en los usuarios.

- Se recomienda que a su vez se estandarice una fórmula que permita calcular adecuadamente el talento humano de enfermería profesional necesario por servicios, se propone emplear la formula presentada en esta investigación.

✓ Programa de enfermería:

- Se recomienda a los docentes encargados de las asignaturas de la rama de investigación, impulsar a los estudiantes del programa de enfermería a realizar más estudios científicos relacionados con la dotación adecuada del personal de enfermería en los diferentes servicios del HUHMP valorando la demanda de cuidados/ dependencia de los pacientes, al igual que estudios relacionados con las verdaderas funciones de la profesión de enfermería denotando la diferencia del cuidado delegado al personal auxiliar de enfermería y sus consecuencias negativas (aumento de eventos adversos e iatrogenias evidenciadas en otras investigaciones) al igual que las asignaciones de labores administrativas a los enfermeros/as (funciones no propias del personal de enfermería), entre otras en relación.

✓ Investigación:

- Retomar estudios en relación con cálculo del personal de enfermería a nivel de otras instituciones de salud. Entre mayor sea número de evidencia en cuanto a necesidad de aumento del personal de enfermería profesional para el cuidado con calidad, habrá mayor probabilidad de generar teorías y/o estandarización de la distribución de este personal conforme a los grados de dependencia que se manejen en las instituciones hospitalarias.

✓ Agremiación :

- Se recomienda tener esta investigación como soporte y evidencia para las diferentes asociaciones e incluso de manera individual para que se promueva la importancia y vitalidad del trabajo y funciones del personal profesional enfermería en el ámbito hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

AIKEN, Linda H, *et al.* Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association*. 2002. Vol. 88(16), p 1987-1993.

AIKEN, Linda H, *et al.* Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*. Vol. 37, Number 8.1999. pp 760-772.

AMARAVADI, Ravi K, *et al.* ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, Vol.26. 2000. p. 1857-1852.

ARENAS, María Dolores, *et al.* Valoración del grado de dependencia funcional de los pacientes en hemodiálisis (HD): estudio multicéntrico. *Revista Nefrológica de Enfermería*, Volumen 26. Número 5. 2006. Alicante. p. 601-608.

ARNDT C, Loucine MH. *Administración de enfermería: teoría para la práctica con un enfoque sistemas*. 2ª. Ed. México: editorial Lito Offset California; 1990, p. 252.

BALDERAS M. *Administración de los servicios de enfermería*. México: Editorial Interamericana; Edición 2, 1988. p 97-98.

BARRIA, Soledad. *Manual de análisis de la dotación del personal en establecimientos de salud*. No 57, septiembre, 2004.p. 31.

BERMUDEZ ESCOBAR, Alicia, *et al.* Relación Enfermera(o)/Paciente según TISS 28. Aplicación clínica en Cuidado Intensivo. En: *Revista Facultad de Salud*. Diciembre, 2012. Vol.4, no.2, p. 55-65.

BUCHAN James, CALMAN Lynn. *La escasez de enfermeras especialistas en el mundo: Problemas y actuaciones*. Editor Consejo Internacional de Enfermeras. Suiza. 2004. p. 4.

BLEGEN, Mary A., GOODE, Colleen J y REED, Laura. Nurse staffing and patient outcomes. Nursing Research: Volume 47(1) January/February 1998 pp 43-50.

BLEGEN, Mary A y VAUGHN, T . A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. College of Nursing, University of Iowa, Iowa City, USA. Nursing Economics. 1998, 16(4):196-203.

BRUNETTI, José Arnaldo. Metodología para Cálculo de Planteles básicos funcionales para personal de Enfermería. Trabajo de Recopilación. Disponible en: <http://ebookbrowse.net/metodolog%C3%ADa-para-c%C3%A1lculo-de-planteles-b%C3%A1sicos-funcionales-pdf-d418611747>.

BRUZZONE, Paulo Renato y OCHOA, Gabriela Del Pilar. Categorización usuaria por riesgo y dependencia, ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Valdivia, Chile: Universidad Austral De Chile, Facultad De Medicina. Escuela De Enfermería, 2010, 11 p.

CABAL E, Victoria Eugenia y GUARNIZO T, Mildred. Enfermería como disciplina. Nursing as a discipline. Revista Colombiana de Enfermería. Vol 6. Año 6. p. 73-81.

CABARCAS, Rodriguez Cenith. Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermería en una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cartagena. Cartagena, Colombia, 2012, p. 60.

CASTAÑEDA HERNANDEZ, María Antonieta; GAMEZ ALVAREZ, Patricia y ROJAS GIL, Sandra. Correlación de necesidades paciente-enfermera con base en la metodología de Ramey. Revista de Enfermería IMSS 2001; 9 (2): 65-71.

COLEGIO DE ENFERMERAS(OS) DEL PERU. CONSEJO NACIONAL. Normas de Gestión de La Calidad del Cuidado Enfermero. Lima, Perú. ,2008. p. 1-50.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Personal fiable, vidas salvadas. Carpetas de herramienta de información y acción. Ginebra (Suiza). ISBN: 9295040465 .2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Promoción Social - Dirección General de Calidad de Servicios. Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores. 2008.

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 1841 (28 de Mayo, 2013). Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021. p. 88-116

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 8430 (4 de Octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C: El Ministerio, 1993. p. 2.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 (25, enero, 1996). Por la cual se se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1996.no. 42.710. p. 1-8.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 (5, octubre, 2004). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 2004.no. 45.693. p. 1-15

CHACON ALVAREZ DEL CASTILLO, Lutecia. Calculo De Personal De Enfermería. Revista de enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Volumen 5 Numero 1. 1992 p. 5.

DEIMAN P. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. OPS. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud 1994;32:34-48.

DIMICK, Justin B, et al. Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. American Journal of Critical Care. 2001. Vol. 10. No.6. pp 376-382.

ESPAÑA. MINISTERIO DEL TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco, 2004. p. 81.

ESPAÑA, DECRETO FORAL 209/1991; (23 de mayo). Por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad, Boletín Oficial de Navarra Número 55 - Fecha 08/05/1998.

FERNANDEZ, Yuly, *et al.* La razón (ratio) Enfermera-Paciente: Relación con los resultados en los pacientes y esfuerzos por establecerse por la ley. Trabajo de grado Enfermería. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2009. p.6.

GALLOI, Annia Rojas, *et al.* Gestión del cuidado enfermero en la teoría de déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. Cuba. 2009; 25(3-4).

GALVEZ TORO, Alberto. Errores en el lenguaje: Nursing no es Enfermería. "Cuidado" no es Care. Biblioteca Las Casas, 2007; 3(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0251.php>

GARCÍA G, M Angélica y CASTILLO F, Luis. Categorización De Usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Revista Médica de Chile. 2000., 128 (2). p. 177-183.

GIRALDO MOLINA, Clara I. Las necesidades del cuidado de enfermería, criterios para definir requerimientos de personal de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería. 2000. p. 45-68.

HERNANDEZ ARRIBAS, violeta, *et al.* Evaluación del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis (citado en 20 de Mayo, 2013). Disponible en Internet: <http://www.revistaseden.org/files/371a.pdf>

KÉROUAC A, Pepin J; DUCHARME F y DUQUETTE A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

LOGRAR LA EDUCACION BASICA UNIVERSAL (Citado en 23 de Mayo de 2014). Disponible en Internet:http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/lograr_la_educacion_basica_universal.pdf

MARRINER TOMMEY, Ann. (1994). Modelos y teorías de enfermería. 3° Edición. Madrid. Mosby. 181 – 190p.

MENDOZA, Dorente G, *et al.* Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México, 2001 .Revista Panamericana Salud Publica vol.22 n.1 . Washington Jul. 2007.

MENDIVELSO DUARTE, Fredy. Instituto Nacional de Salud. Boletín: Enfermedades no transmisibles. volumen 1 NO 5. Bogotá, 2013. p. 3.

MEXICO, D.F. SECRETARÍA DE SALUD. Guía Técnica Para La Dotación De Recursos Humanos En Enfermería. , 2003. p. 1-21

MEZA GALVAN, Miguel Ángel. Dotación de recursos humanos de enfermería con base en las necesidades de pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería Instituto Mexica del Seguro Social. San Luis Potosí. 2009.p. 153-157.

NEEDLEMAN, Jack, *et al.* Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. New England Journal of Medicine. Vol. 346, No. 22 · May 30, 2002. pp 1715-1722.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN). Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP). 2001.

Organización panamericana de la salud; Regulación de enfermería en América latina. 2011; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6405%3Aregulaciun-de-la-enfermeruna-en-amuorica-latina.&catid=526%3Ahss04-human-resources-for-health&Itemid=2095&lang=es

PERIZ, Lola Andreu, *et al.* Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Revista Enfermería Nefrológica, 2010; .13 (4) .Madrid, España. p. 20.

POLIT, Denise F. y HUNGLER, Bernadette P. En: Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Traducido por: Guillermina Féher de la Torre. 5 ed. México, D.F: McGRAW-HILL, 1995. p. 119-156.

QUINTERO, Alexis Fernanda y GUTIERREZ, Gloria. Factores que influyen en el profesional de enfermería para delegar intervenciones clínicas no delegables IPS tercer nivel. Monografía para obtener el título de enfermería. Programa de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad Surcolombiana. 2012.

ROJAS OCHOA, Adriana y SAAVEDRA INFANTE, Adda. Diseño de una metodología para la asignación de personal de Enfermería en la ESE Hospital San Rafael de Tunja. Trabajo de grado para optar título de Enfermeras. Tunja.: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad ciencias de la salud. Escuela de Enfermería. 2006.p.16.

SANCHES COBO, Luis, *et al.* Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. Revista: sociedad española enfermería nefrológica. 2008, 11(1):6/11

SANCHEZ RAMOS,L, *et al.* Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos. Asociación española de enfermería en urología. 2007. Disponible en Internet: <file:///C:/Users/DIANA%20MARCELA/Downloads/dependencia%20u.%20urologia%20sist%20propio%20referencia6.pdf>

SAUTÚ, R. (2007). Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa: articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas. Lumiere, Buenos Aires.

SINDICATO DE LA FEDERACIÓN DE ENFERMERAS DEL CANADÁ. Enhancement of patient safety through formal nurse patient ratios: A discussion paper. 2005. p. 13

TOURANGEAU, Ann. Nursing-Related Determinants of 30-Day Mortality for Hospitalized Patients. Canadian Journal of Nursing Research, 2000. 33(4), pp 71-88. Disponible en http://scholar.google.com.co/scholar?cluster=11878961659618066064&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. El arte y la ciencia del cuidado. Facultad de Enfermería. Grupo de cuidado. Bogotá, 2002. Pág. 137.

ZARATE GRAJALES, Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería [online]. 2004, vol.13, n.44-45 [citado 2013-10-14], pp. 42-46. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100009&script=sci_arttext>. ISSN 1132-1296.

ZULUAGA, MARTINEZ, Jakeline. Percepción de las Enfermeras y Enfermeros del clima Ético Hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo. Trabajo de Maestría. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. 2012. p. 13.

ANEXOS



Anexo A. Instrumento de recolección de la información

DOTACION DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HUHMP NEIVA 2014

Con el fin de determinar el nivel de dependencia de los pacientes del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, se realiza la aplicación del método de valoración del test Delta.

Fecha de Aplicación: ___ / ___ / ____

Nombre del Encuestador: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Género: Femenino Masculino

Edad: _____

Diagnostico Actual: _____

Seguridad Social: Subsidiado Contributivo Otro

Estado civil: Soltero Casado Viudo Unión Libre

Procedencia: _____

Estrato Socioeconómico:

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

	Primaria		Bachillerato				
Ninguno	completa	Incompleta	completo	incompleto	Técnico	Universitario	postgrado

TEST DELTA

DEPENDENCIA:

MOVILIZACIÓN:

- 0. Autónomo.
- 1. Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
- 2. Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, wc, silla o silla de ruedas.
- 3. La ayuda es necesaria de forma permanente.

DEAMBULACION Y DESPLAZAMIENTO.

- 0. Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
- 1. Necesita ayuda esporádica.
- 2. Precisa ayuda con frecuencia para la deambulaci3n.
- 3. Hay que desplazarle siempre. Incapaz de impulsar la silla de ruedas.
Encamado

ASEO:

- 0. Autónomo.
- 1. Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: lavado de manos, cara afeitado, peinado, etc.
- 2. Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario.
- 3. Hay que ayudarlo siempre.

VESTIDO:

- 0. Autónomo.
- 1. En ocasiones hay que ayudarlo. Precisa de supervisi3n.
- 2. Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse
- 3. Es necesario vestirlo y calzarlo totalmente.

ALIMENTACI3N:

- 0. Lo hace solo.
- 1. Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
- 2. Precisa con frecuencia ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos.
- 3. Hay que administrarle la comida.

HIGIENE ESFINTERIANA:

- 0. Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.
- 1. Incontinencia urinaria nocturna y fecal esporádica. Colostomía.
- 2. Incontinencia urinaria permanente diurna y nocturna. Sonda vesical.
- 3. Incontinencia urinaria y fecal totales.

ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS:

- 0. No precisa. Gestión autónoma.
- 1. Necesita supervisión en la toma de medicación y/o ayuda ocasional en la administración de determinados tratamientos.
- 2. Hay que prepararle y administrarle la medicación diariamente.
- 3. Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

CUIDADOS DE ENFERMERIA: Prevención de escaras, control de balance de ingesta-eliminación, constantes vitales,...

- 0. No precisa.
- 1. Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
- 2. Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente
- 3. Supervisión continuada: atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

NECESIDAD DE VIGILANCIA:

- 0. No precisa.
- 1. Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo: inquietud psicomotriz,...)
- 2. Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve o moderada (por ejemplo: ideas de muerte, auto-heteroagresividad,...)
- 3. Trastornos de conducta intensos permanentes que alteren la convivencia de forma grave (por ejemplo: riesgo de suicidio, vagabundeo, síndrome de fuga, etc.)

COLABORACIÓN:

- 0. Colaborador.
- 1. Comportamiento pasivo (necesita estímulo)
- 2. No colabora.
- 3. Rechazo categórico y constante.

DEFICIENCIA FÍSICA

ESTABILIDAD:

- 0. Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.
- 1. Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída (por ejemplo: mareos frecuentes).
- 2. Marcada inseguridad en la marcha,. Caídas frecuentes
- 3. No puede permanecer de pie sin apoyo

VISION Y AUDICIÓN:

- 0. Visión Normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.
- 1. Ligera disminución de la visión, mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.
- 2. Marcada disminución de la visión, que no puede compensarse con lentes. Sordera total.
- 3. Ceguera total.

ALTERACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR:

- 0. Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad total. Casos no valorables.
- 1. Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.
- 2. Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad.
- 3. Limitación grave de la movilidad. Amputación completa sin prótesis. Desarticulación.

OTRAS FUNCIONES NEUROLÓGICAS: Rigidez, movimientos anormales, crisis comiciales.

- 0. Sin alteraciones.
- 1. Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez.
- 2. Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes (disquinesias, distonias). Rigidez moderada.
- 3. Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes.

APARATO RESPIRATORIO Y CARDIOVASCULAR:

- 0. Sin alteraciones.
- 1. Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestras). Claudicación intermitente leve.
- 2. Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.
- 3. Disnea continua grave. Dolor vascular permanentemente moderado o grave.

DEFICIENCIA PSÍQUICA.

LENGUAJE Y COMPRENSIÓN:

- 0. Habla normalmente. Comprensión buena.
- 1. Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.
- 2. Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda órdenes y sugerencias.
- 3. Afasia. Lenguaje inteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a órdenes sencillas.

ORIENTACIÓN Y MEMORIA:

- 0. Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria
- 1. Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes y olvidos ocasionales.
- 2. Desorientado en tiempo o espacio. Perdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos, o recuerda mal acontecimientos nuevos y nombres.
- 3. Desorientación total. Perdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO:

- 0. No presenta problemas.
- 1. Trastornos de comportamiento con alteraciones conductuales leves (por ejemplo: irritabilidad, trastornos del control de los impulsos).
- 2. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (por ejemplo: agresividad moderada, conducta desorganizada).
- 3. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.

CAPACIDAD DE JUICIO: Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de ordenes sencillas.

- 0. Normal para su edad y situación.
- 1. Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.
- 2. Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.
- 3. No puede desarrollar ningún razonamiento.

ALTERACIONES DEL SUEÑO:

- 0. Duerme bien habitualmente sin medicación.
- 1. Duerme bien con medicación.
- 2. Duerme mal con medicación sin afectar al entorno.
- 3. Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.

Anexo B. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA.

DOTACION DE RECURSO HUMANO EN ENFERMERIA SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HUHMP.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: _____

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación de enfermería. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

A continuación se realizará una breve descripción sobre el proyecto a investigar:

I. Objetivo del estudio:

Calcular el recurso humano de enfermería necesario para satisfacer necesidades de cuidado según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina interna del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

II. Justificación del estudio

La dotación y el requerimiento del personal de enfermería, así como su distribución, son competencias de la administración de enfermería que tiene como fin brindar la satisfacción de las necesidades de cuidado del paciente con calidad. Sin embargo, en la actualidad esta determinación del personal todavía se realiza de la manera tradicional en algunas instituciones de salud, asignado el personal de acuerdo con el número de camas y pacientes, lo cual ocasiona un trato rutinario y de baja calidad en la atención de los servicios prestados, además que no se tiene en cuenta las diferencias en la necesidad de cuidados que los pacientes experimentan en su proceso de enfermedad. Por tal razón se plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado

personalizado, basado en la experiencia particular de salud de cada paciente. Para ello requiere de utilizar métodos sobre el cálculo del personal que satisfaga tanto las expectativas del usuario y que además para las instituciones sea costo-efectivo. Un método basado en las necesidades reales de cuidado de los pacientes, en el cual se conozca las características de los pacientes, edad, complejidad de la situación de salud y riesgos, siendo una herramienta que permita asignar el número necesario de personal de Enfermería que brinden un cuidado de calidad mirando al paciente de forma completa.

III. Beneficios del estudio

- Esta investigación es importante, porque se convierte en una herramienta esencial para adecuar la práctica de Enfermería a los criterios de calidad, para que los cuidados cumplan la función de promover el bienestar y la vida; y contribuyan al alivio en el proceso de la enfermedad de los pacientes.
- De igual manera promueva el desarrollo de estrategias organizacionales que favorecen las condiciones institucionales, permitan la reflexión ética y el mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.

IV. Procedimientos del estudio

Para llevar a cabo el desarrollo de la siguiente investigación se realizará a través de dos fases:

La primera fase sólo tendrá en cuenta la población objeto de investigación. Consiste en la aplicación de un instrumento de valoración "Test delta" a los pacientes que se encuentren hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del sexto piso del HHMP, este instrumento será diligenciado por el investigador el cuál determinará el grado de dependencia de los pacientes.

La segunda fase se realizará a los seis enfermeros que se encuentran laborando en el servicio de Medicina Interna del sexto piso del HHMP; en esta fase los seis enfermeros deberán determinar el tiempo que emplean en la realización de cada una de las intervenciones que previamente se encuentran seleccionadas en una lista de chequeo.

V. Riesgos asociados al estudio

Según la Resolución 8430 de 1.993 en su artículo 11, esta investigación es clasificada como investigación con riesgo mínimo, dado que para la recolección y registro de los datos se emplearan procedimientos comunes tales como la encuesta.

VI. Aclaraciones:

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.

C.C N°

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.

C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)

He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

Anexo C. Carta de aprobación comité de ética.



COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N°: 002-005

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: Febrero 18 de 2014.

Nombre completo del Proyecto: "DOTACION DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL H.U.H.M.P. Neiva 2014."

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Estudiantes de Enfermería de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, Yuly Andrea Duran Angulo, Diana Marcela Perdomo Suaza, Martha Katherine Romero, Luisa Fernanda Zúñiga Sampablo, siendo asesora del proyecto la Docente Claudia Andrea Ramirez.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 875 del 24 de Octubre de 2013 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

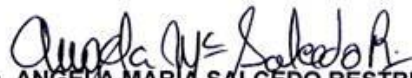
El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado.
 - d. Protocolo de Evento Adverso.
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)
 - h. Acuerdo de Confidencialidad para Investigadores

¡ Servimos con calidez humana !

PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co Email: hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación se considera con riesgo mínimo para las personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
5. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El Investigador se comprometen con utilizar el consentimiento informado que debe tener el sello de aprobación del comité de ética bioética e investigación.
 - f. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizó la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - g. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es más de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - h. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.



Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO.
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

Anexo D. Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA																																																								
MES	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio															
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
ACTIVIDADES																																																								
Diseño metodológico y proyección del estudio	■	■	■	■	■	■	■	■																																																
Realización de ajustes al instrumento									■	■	■	■																																												
Aplicación de la prueba piloto.													■	■	■	■																																								
Recolección de la información																													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Tabulación de datos																																													■	■	■	■	■	■	■	■				
Análisis de datos																																													■	■	■	■	■	■	■	■				
Elaboración del informe final																																													■	■	■	■	■	■	■	■				
Sustentación del proyecto																																													■	■	■	■	■	■	■	■				
Realización del artículo																																													■	■	■	■	■	■	■	■				

Anexo E. Presupuesto

RECURSO HUMANO						
No	CARGO	Valor Unitario	Cantidad horas	Costos		
				Directos	Indirectos	Total
1.	Asesor	24.000	96		X	2.304.000
2.	Investigador 1	2.800	96			268.800
3.	Investigador 2	2.800	96	X		268.800
4.	Investigador 3	2.800	96	X		268.800
5.	Investigador 4	2.800	96	X		268.800
			480		SUBTOTAL	3.379.200
RECURSOS MATERIALES						
No	INSUMOS	Valor Unitarios	Cantidad	Costos		
				Directos	Indirectos	Total
1.	Computador	1.500.000	1		X	1.500.000
2.	Impresión blanco y negro	300	20	X		6.000
3.	Fotocopias	50	330	X		16.500
4.	Lapiceros	1.000	8	X		8.000
5.	CD,s	1.500	4	X		6.000
6.	Memorias USB	15.000	1	X		15.000
					SUBTOTAL	1.551.500
				IMPREVISTOS	10%	493.070
				TOTAL		5.423.770