

RESUMEN

Identificar, describir y medir el producto enfermero, o sea normalizar la practica es uno de los objetivos que la enfermería pretende alcanzar. El proyecto Signo nos ofrece la herramienta para conseguirlo.

Objetivo: Medir los cuidados de atención directa que precisan los pacientes Agudos y en Observación de urgencias hospitalarias, utilizando el criterio de grupo homogéneo por nivel de dependencia.

Pacientes y método.- Estudio descriptivo transversal con muestreo de oportunidad en dos fases aplicando la plantilla de recogida de datos del proyecto Signo validada para urgencias en nuestro Centro.

Resultados: El nivel de dependencia mayoritario de los pacientes de la muestra es el Nivel II (63%) Las actividades en las que mas tiempo se emplea son las relacionadas con el confort y la dependencia de auto cuidados, seguida de la actividad relacionada con tratamientos y técnicas invasivas. La auxiliar emplea entre 5 y 41 minutos en cuidados directos y la enfermera entre 13 y 116 minutos, existiendo relación entre los requerimientos de atención y el ND ($p < 0.001$).

Discusión: A través del estudio descriptivo de las actividades de enfermería y de la valoración del nivel de dependencia de los pacientes que necesitan cuidados de urgencia con alto requerimiento o soporte de enfermería obtenemos el calculo del coste de nuestros cuidados. Debemos estar atentos al nuevo desarrollo de la Normalización de la Practica de Enfermería (NIPE) y la imputación de Costes basados en los procesos (AMB/ABC), en este caso los que definen la Practica de Enfermería.

PALABRAS CLAVE: Producto enfermero, costes, cargas de trabajo, normalización.

INTRODUCCIÓN

Cuantas veces enfermería ha querido normalizar su practica, demostrar su contribución a los cuidados de salud de la población, definir el producto enfermero y el coste del mismo, gestionar los cuidados enfermeros y que las unidades con un alto requerimiento o soporte de enfermería dispongan de una asignación de personal en relación a las cargas de trabajo.

El proyecto Signo de enfermería, que se desarrollo entre 1992 y 1995 al amparo de la Subdirección General de Sistemas de Gestión, Analítica y Costes del Ministerio de Sanidad, nos ofrece una herramienta para conseguir este objetivo.

El proyecto Signo, con base conceptual en los modelos de desarrollo de cuidados enfermeros de V. Henderson y D. Orem, se desarrollo con el fin de elaborar la cartera de prestaciones de enfermería (listado de acciones cuidadoras) y su peso relativo en el hospital; y normalizar la practica, a través de la consulta a los enfermeros, como punto de partida, para la asignación de costes enfermeros en el ámbito de pago por proceso.

Los tres criterios de imputación de coste por pacientes/proceso, definidos son:

- Por estancias ponderadas.
- Por niveles de dependencia ND (nivel de cuidados de enfermería por enfermo).
- Por planes estandarizados de cuidados (facturación por enfermos según catalogo homologado de productos).

Apoyándonos en la valoración del proyecto consideramos cuatro niveles de dependencia:

- Nivel I o cuidados mínimos: Paciente capaz de cuidarse de si mismo, con tratamiento mínimo y que no precisa toma de constantes vitales o estas son de rutina.
- Nivel II o cuidados medios: Enfermos crónicos con síntomas sub-agudos que precisan ayuda para las AVD con tratamiento moderado y actividad disminuida.
- Nivel III o cuidados amplios: Gran dependencia de enfermería, con observación frecuente, incontinentes y/o inmóviles con tratamiento amplio, necesidades emocionales o desconexión del medio.
- Nivel IV o cuidados muy amplios: Total dependencia, observación continua y tratamiento y medicación constante, cuidados directos y monitorización continua de constantes vitales.

El reparto de los costes mas aproximado a la realidad, se fundamenta en el registro de las intervenciones de enfermería sobre cada paciente en un periodo de 24 horas, con una ponderación para cada una (tiempos enfermeros) que permite conocer el tiempo de enfermería asistido.

Sus aplicaciones van mucho mas allá, se podrá utilizar para conocer:

- Las cargas de enfermería para una unidad en concreto y para un periodo determinado.
- Los tiempos asistidos para un turno de trabajo, para una franja horaria, los picos de actividad.
- Las cargas de trabajo por categoría de personal.
- El perfil de los cuidados asistidos: por necesidades, por diagnósticos enfermeros, por diagnósticos médicos, por GDR (Grupos de diagnósticos relacionados).

El marco conceptual del proyecto, el producto enfermero se define como "los cuidados prestados a los clientes en relación con sus necesidades acreditadas".

Este catalogo de productos, con 300 actividades de enfermería descritas, se valido en varios hospitales del S.N.S.; con el fin de normalizar la medida de los tiempos de intervención de enfermería.

Buscando un elemento común a la mayor parte de las situaciones, adoptamos el termino de "actividad de enfermería" como sinónimo de acción cuidadora: "Conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad especifica de salud".

Las acciones cuidadoras se dividen en 11 áreas de necesidades: 1- Respiración 2- Alimentación e hidratación 3- Eliminación 4- Actividad movilidad, reposo sueño 5- Higiene 6- Comunicación relación 7- Seguridad confort 8- Enseñanza; 9- Observación 10-Tratamiento y cuidados especiales 11- Pruebas diagnosticas.

El procedimiento para el calculo de costes por nivel de dependencia se basa en el tiempo de atención en cada nivel, el coste de personal y el coste de material fungible a través de una puntuación relativa (tiempo de atención de enfermería) llamada unidad relativa de valor (URV). El Signo establece que U.R.V. es igual a 1 minuto.

Aunque su diseño y validación se realizo para y en las unidades de hospitalización, se adapta al área de urgencias hospitalarias, porque las acciones cuidadoras de enfermería son comparables, de ahí, la introducción más extensa del proyecto, que ayudara a entender las bases conceptuales, institucionales y operativas del mismo.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es identificar, describir y medir los cuidados de atención directa que precisan nuestros pacientes, en el área de Agudos y Observación de urgencias hospitalarias, por ser las áreas mas homologables a todos los servicios de urgencia.. Para ello se ha utilizado el criterio de grupo homogéneo por nivel de dependencia de cuidados enfermeros, del modelo Signo.

Pacientes y método.- Estudio descriptivo trasversal con muestreo de oportunidad en dos fases aplicando la plantilla de recogida de datos del proyecto Signo validada para urgencias en nuestro Centro, Hospital de cuarto nivel de Madrid con 1100 camas (990 operativas) y un volumen de 400 a 600 urgencias / día.

En la Fase I se aplica la parrilla de valoración del nivel de dependencia.

Las variables independientes recogidas en la Fase I son: Cuantitativas: Edad y Peso. Cualitativas: Sexo y once áreas de atención, (alimentación, higiene, actividad movilidad, eliminación, oxigenación, instrucción sanitaria, relación, estado de conciencia, observación clínica, tratamiento enteral, tratamiento parenteral curas, catéteres y pruebas), con cuatro categorías que van de la independencia a la dependencia total con valores categóricos ordinales (nivel de dependencia I, II, III y IV).

En la Fase II se registran las actividades directas durante el tiempo de estancia del paciente en urgencias aplicando a cada una sus URV.

Las variables recogidas en la Fase II se dividen en:

Cualitativas: Sala (Agudos/ Observación), Personal (Enfermera/ Auxiliar), Turno (Mañana/ Tarde/ Noche), Nivel de dependencia (Nivel 1, Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4) y Nº de horas de estancia del paciente en urgencias.

Cuantitativas: Se han recogido las unidades relativas de valor (minutos) de 60 actividades que se validaron como mas frecuentes en la urgencia (Parrilla I).

No se contemplan las URV referidas a ingreso y alta, como variables en el estudio porque su validación en plantas de hospitalización no se adapta a la realidad de la urgencia donde el tiempo de acogida al ingreso y de indicaciones al alta se encuentra muy limitado por la carga asistencial.

Los datos se vuelcan a hoja de cálculo en formato excel y se analizan con el programa estadístico SSPs.

Para valorar la validez de las parrillas se utiliza la Sensibilidad y la Especificidad. Los descriptivos de variables cualitativas se dan en Frecuencias, se relaciona mediante Tablas de contingencia (X2) y Razón de verosimilitud las variables Sala y Turno con ND; se describe con la Mediana el tiempo de atención directa dada la gran dispersión y su significación estadística mediante Tablas de contingencia 2x2 con nivel de dependencia.

RESULTADOS

Del 31 de marzo al 27 de junio de 2002 se llevó a cabo la Fase I del estudio. Se recogen 1.418 registros de pacientes, (76%) en Sala de Boxes, varones (50,5%), valorando el nivel de dependencia con la Parrilla I validada (Sensibilidad 89,5% y Especificidad 86%)1.

El nivel de dependencia mayoritario de los pacientes de la muestra es el Nivel II (63%), seguido del Nivel III (16%), Nivel I (12%) y Nivel IV (9%).

Del 18 de octubre de 2002 al 17 de junio de 2003, comenzamos la Fase II del Proyecto. Se recogieron 527 registros de actividades por paciente y horas estancia [Mediana 4 horas (2-7)]

N 527		NDI 13,5
Sala boxes 61%	T Mañana 56%	ND II 38,3%
Sala observación 39 %	T Noche 32%	NDIII 38,7%
	T Tarde 22%	ND IV 9,5%

Las actividades en las que más tiempo se emplea son las relacionadas con el confort y la dependencia de auto cuidados, seguida de la actividad relacionada con tratamientos y técnicas invasivas.

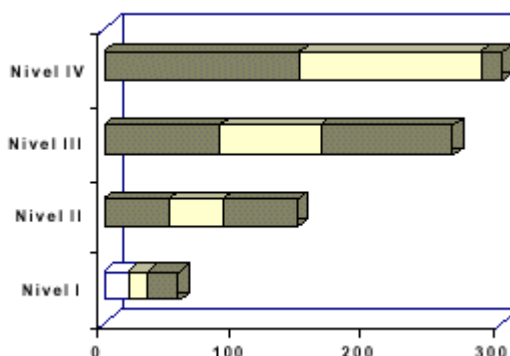
Confort y déficit autocuidado	25,6%
Tratamientos y técnicas	23,7%
Valoración y observación	16,6%
Pruebas diagnósticas	16,5%
Comunicación	9%
Actividades indirectas	8,4%
Educación sanitaria	0,6%

La relación entre ND y Sala es significativa globalmente (Prueba de Razón de Verosimilitud: 0.019), cuando comparamos dos a dos (X2) es más significativa la relación entre ND I / ND IV y la Sala (p: 0.005), en Sala de boxes hay más pacientes con ND IV (83 frente a 16%) igualándose los pacientes con ND I en ambas Salas (51 y 48,5%). No existe significación estadística entre ND y Turno.

El 23% del tiempo total de estancia del paciente en urgencias, recibe cuidados directos del equipo de enfermería. Si consideramos la relación entre tiempo de cuidados directos por ND y por categoría enfermera / o, auxiliar los resultados indican que existe relación entre el tiempo de atención directa y el nivel de dependencia. El 4% de los pacientes valorados precisan cuidados de dos profesionales enfermeros simultáneamente ya que sus requerimientos de cuidados superan al tiempo de estancia en urgencias.

	Equipo	Auxiliar	Enfermera
ND I n=71	Cuidados directos M - 18 min	5 min	13 min
ND II n=202	Cuidados directos M - 49 min	14 min	35 min
ND III n=204	Cuidados directos M - 89 min	26 min	63 min
ND IV n=50	Cuidados directos M - 158 min	41 min	116 min

La auxiliar emplea entre 5 y 41 minutos en cuidados directos y la enfermera entre 13 y 116 minutos, existiendo relación entre los requerimientos de atención y el ND (p<0.001); 22 pacientes (4%) precisan atención de dos profesionales enfermeros simultáneamente ya que los cuidados directos requeridos superan al tiempo de estancia en urgencias.



Discusión.- Actualmente en los servicios de urgencia, los picos de actividad son prácticamente continuos, debido a la atención simultánea de pacientes pendientes de diagnóstico y pacientes pendientes de ingreso; la demanda de atención urgente supera a la oferta de servicios por diferentes causas que no son motivo de este estudio.

Por esto, los servicios de urgencia se asemejan a grandes unidades de hospitalización, donde se pueden aplicar las mismas plantillas de recogida de datos, sobre actividades de cuidado del paciente, utilizadas en unidades de hospitalización.

A través del estudio descriptivo de las actividades de enfermería y de la valoración del nivel de dependencia de los pacientes que necesitan cuidados de urgencia con alto requerimiento o soporte de enfermería obtenemos:

La normalización de la práctica apoyada en la descripción y el registro de actividades.

La posibilidad de demostrar nuestra contribución al cuidado del paciente urgente, tanto los cuidados tangibles (toma de TA...) como los intangibles (apoyo al enfermo...) y el perfil de los cuidados asistidos (por diagnósticos enfermeros, por necesidades..).

La imputación de costes de enfermería por niveles de dependencia con criterios del Signo:

$$\text{Tiempo de atención} = \text{Suma} [(N^{\circ} \text{ de estancias pacientes de Nivel N}) \times (\text{Tiempo Nivel N}) + (N^{\circ} \text{ de Ingresos} \times \text{Tiempo de Ingresos}) + (N^{\circ} \text{ de Altas} \times \text{Tiempo de Altas})]$$

$$\text{Costes de una URV de personal} = \text{Coste total personal} / \text{tiempo total atención}$$

Coste de material fungible :

- N° pacientes Nivel I x 1 URV.
- N° pacientes Nivel II x 2 URV.
- N° pacientes Nivel III x 3 URV.
- N° pacientes Nivel IV x 4 URV.

El calculo de cargas de trabajo, que apoyaran el ajuste racional del capital humano fijo y de apoyo en relación a la carga asistencia, por franjas horarias, por días. En definitiva, gestión enfermera.

El hecho de que, en nuestro estudio, la muestra sea de oportunidad sin aleatorización (sesgo subjetivo), y la imposibilidad de aplicar valores predeterminados a los ingresos y las altas generan cierta incertidumbre en los resultados.

Esto nos obliga a seguir en esta línea de investigación con más rigor si cabe, apoyándonos en el nuevo desarrollo de la Normalización de la Practica de Enfermería (NIPE) y la imputación de Costes basados en los procesos (AMB/ABC), en este caso los que definen la Practica de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Candela Zamora MD., Diaz de Avila JP., Talavera Garcia S. et al. Validez de criterio de escalas de valoración del paciente en urgencias: Pilotaje. Comunicación XIV Congreso Nacional de la SEMES. Bilbao; 2002.
2. Porras de Larrinaga S., Nogueira Loro P., Gómez Pérez FJ., González-Quijano Díaz A. El proyecto SIGNO II. Costes del producto enfermero. Re: Rol de enfermería nº 232, dic 1997: 73-77.
3. Brea Rivero P., Pérez Polo Y. Implementación del modelo SIGNO II para la gestión analítica de enfermería. Re: Metas Enfermería, dic-ene; II(21): 33-38.
4. Alfonso Maestre JA. Gestionando cuidados.Un reto para enfermería. Enfuro.2001; 77:29-31.
5. Peña P., García J., De la Torre LM., Muelas F. Estudio de niveles de dependencia de enfermería en pacientes crónicos con tratamiento hospitalario. Re: Enfermería Científica 1992 jun; 123: 43-47.
6. Ibarra Castañeda MG., Yarza Solórzano ME. Modelo de atención de enfermería del Grupo Angeles. Re: Desarrollo Científico Enfermería. 1999 ago; 7(7): 200-203.
7. López Montesinos MJ., Espinosa Sánchez M.,Martínez López N., Martínez López M., Zomeño Ros A. Necesidad de horas de atención de enfermería para una calidad asistencial. Re: Enfermería Científica. 1999 mar-abr; 204-205: 65-67.
8. Duque del Río MC., Fernández Rodríguez B., Romero-Nieva Lozano J., San José Lobo P., García Marín A., Esteban Bosque I. Valoración y definición de puestos de trabajo del personal de enfermería de urgencias. Pilotaje. Comunicación oral XIV Congreso nacional de Enfermería de Urgencias y Emergencias. 2001 dic.
9. Grupo de trabajo de costes por proceso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. El coste de los procesos clínicos en los servicios de urgencias y emergencias.1997.
10. Barrena Sarachaga M., Fernández Gutierrez F., Gorrochategi Beracoechea MJ., Peña Larrazabal I. Hospital de Cruces. Bizkaia. Virginia 400. Gestión Informatizada de los cuidados de enfermería.1997.
11. Proyecto Nipe. <http://nipe@enfermundi.com>.