



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN**



ESTIMACIÓN DE TIEMPOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

AUTORES:

Br. Pereira, Verónica
Br. Pozzo, Mariana
Br. Sandes, Natalia
Br. Trujillo, Paola

TUTOR:

Prof. Lic. Enf. Verde, Josefina

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

Montevideo, 2008

ÍNDICE

✓	Glosario	pág. 2
✓	Resumen	pág. 3
✓	Introducción	pág. 4
✓	Antecedentes	pág. 6
✓	Marco teórico	pág. 10
✓	Objetivos	pág. 22
✓	Metodología	pág. 23
✓	Resultados y análisis	pág. 27
✓	Conclusión	pág. 41
✓	Sugerencias	pág. 43
✓	Bibliografía	pág. 44
✓	Agradecimientos	pág. 46
✓	Anexos	

Contenido:

- ✓ Carta para Dirección del Básico
- ✓ Clasificación de niveles de dependencia OMS
- ✓ Instrumento de recolección de datos para la etapa del preoperatorio
- ✓ Instrumento de recolección de datos para la etapa del posoperatorio
- ✓ Cronograma

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

GLOSARIO

RRHH: Recursos Humanos.

Min. Minutos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RRMM: Recursos Materiales.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

EU: Enfermera Universitaria.

TPM: Técnicos Paramédicos.

HBLT: Hospital Barros Luco Trudeau.

TE: Técnico Especialista.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

TISS-28: Sistema de Puntuación de Intervención Terapéutica, 28.

ASA: American Society of Anesthesiologists.

IMC: Índice de Masa Corporal.

TE: Tiempo Enfermero.

HC: Historia Clínica.

Nº: Número.

VVP: Vía Venosa Periférica.

PA: Presión Arterial.

FC: Frecuencia Cardíaca.

FR: Frecuencia Respiratoria.

TAX: Temperatura Axilar.

RESUMEN

Dada la relevancia que para Enfermería tiene conocer los tiempos estimados de prestación por necesidades de los usuarios es que se ha priorizado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los tiempos de atención Enfermería de los pacientes en pre y post operatorio inmediato en el Hospital "Dr. Manuel Quintela"? como antecedente para la determinación de necesidades de recursos humanos.

Actualmente instituciones tanto públicas como privadas se encuentran enmarcadas en la filosofía de la calidad, donde cobran importancia los procesos de trabajo, siendo sus ejes estratégicos:

La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

La revalorización de los RRHH, es decir el desarrollo de los trabajadores de la institución.

En esta visión de cliente-proveedor, el servicio de Enfermería se enfrenta a múltiples desafíos como por ejemplo, definir dentro de las diferentes modalidades de atención, los procesos sustantivos en el que los usuarios requieren el servicio de Enfermería.

Clasificar la población de tal manera de definir el producto enfermero de acuerdo; a las necesidades de los usuarios, así como definir estándares de trabajo, etapas previas al estudio de tiempos reales que los enfermeros utilizan en la realización de los cuidados a los usuarios en procesos de pre y pos operatorios.

En ambientes hospitalarios no modificados se realizara el relevamiento cronometrados de los procedimientos y tareas que se desarrollan en los usuarios internados en los servicios de cirugía. Los instrumentos y los tiempos serán realizados por los investigadores.

El análisis de la información se realizara en programa Excel con análisis univariado de la información, presentación en cuadros y graficas para la síntesis de la misma.

Se encontró que un paciente promedio en un pre operatorio inmediato, sin tener en cuenta la clasificación de usuarios demandó a enfermería 65,88 min. tiempo enfermero, mientras que un paciente promedio que se encuentra en pos operatorio inmediato, sin tener en cuenta la caracterización general y la clasificación de usuarios, demandó 47,63min. Tiempo enfermero.

INTRODUCCIÓN

En el correr de la historia, la organización de los hospitales y más específicamente los servicios de enfermería se han desarrollado sobre un concepto de salud muy restrictivo, la normatización del cuidado esta definida sobre la base del área dependiente de la atención, casi con exclusividad de las indicaciones médicas.

Esta forma de actuación culminó su proceso cuando la dirección de enfermería dotaba a los servicios según indicadores de tiempo preestablecidos por la OMS. “Un profesional enfermero cada 18 usuarios y un auxiliar de enfermería cada 8 usuarios”¹. Este método es usado a nivel hospitalario, donde se determina un número fijo de funcionarios para la atención por día, por usuario; se basa en el principio de que las necesidades de atención de enfermería de todos los usuarios son iguales, pero no siempre se relaciona con el proceso productivo que enfermería tiene que realizar como cuidado a los usuarios, no teniendo en cuenta conceptos tales como carga de trabajo, clasificación de usuarios así como el tiempo enfermero.

Actualmente instituciones tanto públicas como privadas se encuentran enmarcadas en la filosofía de la calidad, donde cobran importancia los procesos de trabajo, siendo sus ejes estratégicos:

- ✓ La satisfacción de los usuarios de los servicios de salud (cliente externo)
- ✓ La revalorización de los RRHH, es decir el desarrollo de las personas de la institución (cliente interno).

En esta visión de cliente-proveedor, el servicio de enfermería se enfrenta a múltiples desafíos como por ejemplo, definir dentro de las diferentes modalidades de atención, los procesos sustantivos en el que los usuarios requieren el servicio de enfermería.

- ✓ Clasificar la población de tal manera de definir el producto enfermero de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
- ✓ Definir estándares de trabajo.

Por lo tanto de acuerdo a esta situación, la dotación de RRHH no debe relacionarse sobre la base rígida establecida, sino que deberá depender de las características del usuario de acuerdo a su situación clínica o de necesidad y del proceso o modalidad de prestación de los servicios de salud. Se conoce que la calidad de los cuidados de enfermería mejoran manteniendo un equilibrio entre carga de trabajo y dotación del personal. Cuando el personal tiene excesivo trabajo es incapaz de realizar los procedimientos terapéuticos y preventivos esenciales.

Para definir las cargas de trabajo hay que desarrollar un sistema de clasificación de usuarios y estandarizar las intervenciones como cuidados de enfermería, que estas categorías demandan.

A nivel mundial hace varias décadas se encuentran definiendo estándares de trabajo de acuerdo a la clasificación de la demanda.

A nivel nacional los servicios de enfermería han presentado experiencias no sistematizadas, donde se definen los procesos de asistencia, técnicas y procedimientos así como la clasificación de la demanda de algunos servicios. En la Facultad de Enfermería, desde la cátedra de Administración se han prestado escasas experiencias enfocadas a aspectos globales de la prestación del cuidado.

Sin embargo no existen en nuestros medios estudios de carga de trabajo y tiempo, que sienten las bases analíticas para la dotación científica del personal de enfermería de los servicios. En el entendido que la administración efectiva y eficiente de los RRHH requieren del conocimiento de los estándares de trabajo, la elección de estudios de carga de trabajo, permitirá determinar el tiempo que invierte un trabajador en relación a una tarea efectuada, según una norma establecida.

Ya que el costo laboral de enfermería constituye el 20 o 30% del total de los gastos del hospital ("Evaluación de la carga de trabajo"), se hace relevante determinar la dotación del personal de enfermería para la asistencia de los usuarios, como estrategia para determinar en forma más acertada las necesidades de RRHH así como de RRMM y financieros necesarios para los cuidados a brindar.

De esta forma se lograría la eficacia y eficiencia del producto enfermero distribuyendo de forma equitativa la carga de trabajo.

La carencia de estudios relativos a la dotación de personal hace necesario se realicen estudios descriptivos que puedan ser usados como insumo para próximas investigaciones.

Todo esto no hace más que justificar la interrogante de estudio:

¿Cuáles son los tiempos de atención Enfermería de los pacientes en pre y post operatorio inmediato en el Hospital "Dr. Manuel Quintela"?

ANTECEDENTES

Se encontraron diferentes estudios sobre el tema estimación de tiempos de atención ya sea del tipo descriptivo y analíticos, de los cuales dos de estos estudios fueron realizados a nivel Nacional y en mayor número fueron realizados a nivel internacional.

Dentro de estos estudios que pasaremos a detallar se encuentra el estudio realizado en el año 1995 es el de las Unidades de producción Enfermera este constituye un primer intento de acercamiento a la obtención de la producción de enfermería, a partir de la determinación de los tiempos que requiere cada tarea en particular. La determinación de los tiempos de cada tarea fue tomada del informe producido por los profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario.

En dicho estudio se señala que a partir de una definición de las actividades propias de la enfermería, se efectuó un seguimiento cronometrado durante 10 años por parte de las alumnas de 4º año de la Licenciatura de Enfermería. El informe consultado contempla 82 actividades que en promedio requieren 6 minutos cada una. En el listado se observa la presencia de 7 actividades que insumen entre 12 y 30 minutos. Considerando las 75 actividades restantes, el promedio resultante es de 3 minutos 27 segundos. Se asume entonces, que una actividad mínima de atención de enfermería requiere 3 minutos para su ejecución. Al listado original se le agregan otras actividades, no contempladas, a partir de la observación de los integrantes de la comisión en las instituciones asistenciales en las cuales se desempeñan.

Otro de estudio realizado fue en el año 1999 en el cual la dirección del Hospital Barros Luco Trudeau implementó los compromisos de gestión cuyo objetivo era mejorar la gestión técnica administrativa del Hospital para optimizar el uso de los recursos, y lograr un impacto mayor en la salud de los pacientes a un costo razonable, comprometiendo a los servicios en diferentes tareas para este fin. Siendo el eje central de este estudio el establecer las horas Enfermera Universitaria, las horas Técnicos Paramédicos utilizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho hospital para la atención directa de pacientes, con ocho camas en funcionamiento y proyectar esos resultados para establecer necesidad de Enfermeras Universitarias y Técnicos Paramédicos para la atención directa de pacientes en la nueva Unidad de Cuidados Intensivos proyectada en la placa técnica y que contará con once camas. De este estudio se desprende que en la UCI de dicho nosocomio polivalente, con ocho camas, tres EU y tres TPM por turno en rotativa, de cuatro turnos se encontró que, existía un déficit de 7366 hrs. de Enfermería para atención directa de pacientes y a su vez se detectó la existencia de 3149 horas de TPM que aparecen como sobrantes. Luego de la realización del cambio de la UCI HBLT a las nuevas dependencias de la placa técnica. De acuerdo a la planificación se aumentó a once el número de camas en funcionamiento, con cuatro EU y tres TP. en rotativa de cuarto turnos.

En julio de 2001, luego de implementada la planificación se realizó nuevamente el procedimiento aplicado en el año 2000 para verificar si la proyección de horas EU y TPM para la nueva UCI era correcta. Los resultados de este nuevo estudio fueron que existía un déficit de 25% de hrs. de EU para atención directa de pacientes y un déficit de 14.5% de hrs. de TE para atención directa de pacientes.

En el año 2000 se realizó un estudio sobre la medición de tiempos en la atención al paciente con infarto agudo de miocardio en una UCI polivalente; estudio de evaluación y mejora. Este estudio considera que el IAM y los cuidados de Enfermería que se necesitan requieren una actuación precoz y segura, sobre todo en lo referente a la puesta en marcha y seguimiento del tratamiento trombolítico dado que es la terapia más eficaz. El tiempo es un factor decisivo aconsejándose que no pasen más de 35 minutos desde que el paciente llega al hospital hasta que se le administre el trombolítico en la UCI. Dicho trabajo es un estudio de mejora de la calidad asistencial, centrada en la medición de cuatro tiempos parciales y uno que es la suma total, correspondiendo a las distintas fases por las que pasa un paciente con diagnóstico de IAM en prioridad que acuden a dicho centro. De este estudio se desprende que el tiempo medio total hasta la realización de la fibrinólisis en UCI fue de 60 minutos (retraso intrahospitalario excesivo), por lo que se realizó un plan de intervención corrector que, tras aplicarlo y re evaluarlo se consiguió disminuir el tiempo a 30 minutos. Se concluyó que se mejora la calidad de la asistencia a los pacientes con IAM.

En el año 2003, se realizó en el Hospital Universitario de la Universidad de San Pablo, en la unidad de terapia intensiva, un estudio exploratorio descriptivo en la modalidad de estudio de casos, con un abordaje cuantitativo.

Con este se pretendió conocer y analizar el costo de los profesionales en la atención directa de Enfermería en una unidad de cuidados intensivos, se optó por la utilización de un índice de intervenciones terapéuticas TISS-28, para análisis de la gravedad indirecta de los pacientes y dimensionamiento del tiempo de trabajo del equipo de Enfermería. Al indagar el costo como un índice de gravedad este se mostró un método lógico y relativamente sencillo de presupuestar costos por paciente en la UCI. En este estudio, el TISS-28 promedio por paciente fue de 31 puntos, lo que demandó un costo diario de R\$ 298,69 de horas de atención de Enfermería.

En este trabajo se identificó que el costo de los profesionales es variable, pues existen pacientes con diversas complejidades y muy diferentes, siendo posible, por medio de la evaluación de la carga de trabajo de el equipo de Enfermería, establecer estimativas individuales de su costo.

En el año 2004, se realizó un estudio de tipo retrospectivo, cuyo título es, Colocación de una sonda de nutrición enteral, según el protocolo de recepción, acogida y clasificación, llevado a cabo en el servicio de urgencias del Hospital de Navarra.

Se baso en el análisis de los tiempos de atención y espera de los pacientes que acuden al servicio de urgencia para realizar un cambio de sonda de alimentación enteral desde la modificación de su gestión en el protocolo de RAC. Se obtuvo como resultado una mejora importante del tiempo de atención y espera, desde que estos pacientes son atendidos inmediatamente por enfermería. Dentro del perfil del paciente se trata de un varón (79% de los casos) con edad media cercana a los 70 años, que acuden a urgencia por obstrucción (33%) o retirada accidental o voluntaria de la sonda (30%). Se cumple el protocolo de RAC en el 100% de los casos.

En el año 2006 en los servicios de hospitalización de medicina interna y cirugía de un hospital de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Bogotá, se llevó a cabo un estudio del tipo descriptivo analítico, con el objetivo de determinar los tiempos de respuesta del personal de Enfermería al timbre mediante la aplicación mensual y semanal de un formato de medición, como un indicador de la oportunidad del cuidado brindado, con el fin de identificar las causas y plantear estrategias de mejoramiento.

Así mismo, otro de los estudios recabados, de tipo descriptivo transversal fue el denominado, Gestión de cuidados en área de boxes y observación de urgencias. Aplicación del proyecto Signo, en un hospital de cuarto nivel de Madrid. Este tiene como propósito medir los cuidados de atención directa que precisan los pacientes agudos y en observación de urgencias hospitalarias, utilizando el criterio de grupo homogéneo o por nivel de dependencia. Dejando resultados tales como, que el nivel de dependencia mayoritario de los pacientes de la muestra es el nivel II (63%). En las que mas tiempo se emplea son las relacionadas con el confort y la dependencia de autocuidados, seguida de las actividades relacionadas 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 nivel de dependencia (p menor a 0,001).

En lo que respecta al ámbito nacional, dichos estudios quedan enmarcados en las profesionales pertenecientes al campo docente universitario, siendo estos meramente escasos en cantidad, ya que a este nivel se detectaron solamente dos estudios entre ellos: el denominado, La Evaluación de la carga de trabajo, en el cual se plantea, desarrollar las bases de una metodología para estimar los recursos humanos en enfermería necesarios en la atención del usuario en tratamiento hemodialítico en el país. Siendo este un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Y por último en lo que respecta a este tema, a nivel universitario en nuestro país se llevo a cabo, por parte de estudiantes de Postgrado de la Facultad de Enfermería, un estudio centrado en la demanda de atención de servicios de Enfermería, el cual se denominó, clasificación de usuarios en hospitalización.

En este trabajo se propone la resolución de un problema de la gestión, relacionado al desajuste de la dotación de personal de Enfermería frente a una demanda asistencial que cambia bruscamente y por lo tanto se presenta como desconocida. Su propósito fue el reorganizar el servicio de Enfermería del Sanatorio X en función de las demandas de la población asistida durante la internación este es un estudio de tipo descriptivo, que emplea un enfoque sistémico en el abordaje del Servicio de Enfermería y el Proceso de Atención de Enfermería, para abordar los siguientes componentes de manera relacionado, el usuario y los recursos humanos.

MARCO TEÓRICO

Para la realización de este trabajo, es necesario, ahondar en la bibliografía existente para de esta forma entender, los diferentes conceptos y definiciones que hacen a esta investigación, tales como:

La medición del trabajo es la aplicación de técnicas para determinar el tiempo que invierte un trabajador calificado en llevar a cabo una tarea definida efectuándola según una norma (método) de ejecución preestablecida.

La medición del trabajo a su vez, sirve para investigar, reducir y finalmente eliminar el tiempo improductivo, es decir el tiempo durante el cual no se ejecuta el trabajo productivo, por cualquier causa que sea. En efecto, la medición del trabajo, como su nombre lo indica, es el medio por el cual el servicio puede medir el tiempo que se invierte en ejecutar un procedimiento o una serie de procedimientos de tal forma que el tiempo improductivo se destaque y sea posible separarlo del tiempo productivo.

La medición del trabajo además de revelar la existencia del tiempo improductivo, también sirve para fijar tiempos tipo de ejecución del trabajo.

La medición del tiempo de trabajo se puede emplear para:

1. Comparar la eficacia de varios métodos: en igualdad de condiciones, el mejor será el que lleve menos tiempo.
2. Repartir el trabajo dentro de los equipos.
3. Obtener información del costo de los profesionales de Enfermería, fijar y mantener costos estándares.
4. Establecer normas sobre los procedimientos.

Las etapas necesarias para efectuar sistemáticamente la medición de trabajo son:

1. **Seleccionar** el trabajo que va a ser objeto de estudio.
2. **Registrar** todos los datos relativos a las circunstancias en que se realiza el trabajo, a los métodos y a los elementos de actividad que suponen.
3. **Examinar** los datos registrados y el detalle de los elementos con espíritu crítico para verificar si se utilizan los métodos y movimientos más eficaces y separar los elementos improductivos o extraños de los productivos.
4. **Medir** la cantidad de trabajo de cada elemento, expresándola en tiempo, mediante la técnica más apropiada de medición de trabajo.
5. **Compilar** el tiempo tipo de la operación previendo, en caso de estudio de tiempo con cronómetro, suplementos para breves descansos, necesidades del personal, etc.
6. **Definir** con precisión la serie de actividades y el método de operación a lo que corresponde el tiempo computado y notificar que ese será el tiempo tipo para las actividades y métodos especificados.

A su vez para poder estimar los tiempos de trabajo se hace necesario definir teóricamente que es lo que vamos a medir y como, en este caso, serán los tiempos de atención de enfermería por ende amerita, señalar conceptos tales como el producto enfermero, entendiéndose este como, el conjunto de actos de enfermería, ya sean físicos, de relacionamiento, planificados por el profesional de Enfermería que surgen de las necesidades de la población, o del usuario, y que son ejecutados por uno o varios miembros del personal de Enfermería.

Así como el tiempo enfermero, que se define como: la cantidad de tiempo, medida en minutos que demanda un usuario en su cuidado.

Por todo lo anteriormente mencionado, se debe agrupar a los usuarios según la cantidad y complejidad de los cuidados de enfermería que estos necesitan, a esto se denomina clasificación de Usuarios.

Los estándares de trabajo, representan la cantidad y calidad de trabajo y el tiempo requerido de acuerdo a la clasificación de la demanda de los usuarios.

Uno de los resultados al cual se puede llegar a través, de la medición de los tiempos de atención enfermero, es la dotación de personal, esta se define como: el número y la clase de personas necesarias para dispensar cuidados al paciente o cliente.

Los autores han incluido otras variables a considerar: la carga de trabajo, el entorno laboral, la complejidad de cada paciente, el nivel de capacidad del personal de enfermería, la eficiencia y eficacia económica y la vinculación con resultados en el paciente.

Recientemente la Asociación de Enfermeras de Carolina del Norte expresa que: la dotación de personal fiable indica que se mantiene la calidad de la atención al paciente, de la vida laboral de las enfermeras y los resultados de la organización.

El procedimiento de dotación debe enmarcarse en el proceso de administración de recursos humanos y en el contexto del modelo de gestión del Servicio de Enfermería porque ambos elementos lo condicionan.

Del punto de vista de la gestión, la determinación de recursos humanos depende en gran medida del producto enfermero y este de las necesidades de los usuarios. Establecer las necesidades de personal es un ejercicio de predicción: a través del estudio de los pacientes que están hoy se estima cuales van a ser sus necesidades futuras para distribuir al personal en consecuencia.

Estas necesidades van a sufrir el influjo de variables:

1.- Factores externos:

- ✓ Tipo de Hospital:
- ✓ Nivel de atención
- ✓ Instalaciones: el tamaño y diseño de la planta física influye, por ejemplo por las distancias, el tipo de habitación (sala general o individual)
- ✓ Disponibilidad de servicios de apoyo. Es frecuente que enfermería realice tareas que no le corresponde disminuyendo el tiempo ofertado a los usuarios en tareas q lo puede hacer alguien menos calificado.
- ✓ Disponibilidad de los suministros
- ✓ Políticas de personal: días de licencia, n° feriados pagos, etc.
- ✓ Necesidades de atención de los usuarios

2.- Factores Internos:

- ✓ Funciones que cumple enfermería: solo asistencia o también actividades educación al paciente, al personal, investigación, prevención, etc.
- ✓ modelos de organización del servicio.
- ✓ grado de preparación académica del personal.

La diferencia entre los estándares se debe a las diferentes realidades sociales y al uso de metodologías no estandarizadas.

Se hace esencial, introducimos en el área de investigación a la cual hace referencia la pregunta problema, ergo se definirán a continuación las diferentes etapas operatorias, que hacen a esta fase del Proceso Salud Enfermedad. Se divide en etapa preoperatorio, intraoperatoria y postoperatoria.

La **etapa preoperatoria** se define como el lapso de tiempo que transcurre desde el momento en que se toma la decisión de realizar la intervención quirúrgica, hasta que el paciente se transfiere a la mesa de operaciones. Esta se subdivide en preoperatorio mediato e inmediato.

El **periodo pre-operatorio mediato** es el lapso de tiempo desde que se decide intervenir quirúrgicamente al usuario hasta las 24 horas previo al acto quirúrgico propiamente dicho

El **periodo pre-operatorio inmediato** abarca las 24 horas previas al acto quirúrgico.

La **etapa intraoperatoria** se define como el lapso de tiempo que transcurre del momento en que el paciente se transfiere a la mesa de operaciones hasta que se admite en la unidad de cuidados posanestésicos.

La **etapa postoperatoria** se define como el lapso de tiempo que comienza con la admisión del paciente a la unidad de cuidados posanestésicos y termina después de la valoración de seguimiento en el ambiente clínico o en el hogar.

El propósito de restringir los alimentos como ya se mencionó es prevenir la aspiración. Esta ocurre cuando se regurgitan alimentos o líquidos desde el estómago que luego entran en el sistema pulmonar. La aspiración es un problema grave y cuando se presenta tiene un índice elevado de mortalidad (60 a 70%).

✓ **Preparación del intestino para la cirugía:**

No es común que se indiquen enemas preoperatorios a menos que la persona se vaya a someter a cirugía abdominal o pélvica. En este caso, puede prescribirse un enema o laxante limpiador la tarde anterior a la operación, el cual se repite la mañana de la cirugía. Los motivos son permitir una visualización adecuada del sitio quirúrgico y prevenir traumatismos al intestino o contaminación accidental del peritoneo por heces.

✓ **Preparación de la piel:**

El objetivo de la preparación preoperatorio de la piel es disminuir el número de bacterias sin lesionarla. Cuando se dispone de tiempo, como en una operación planeada, el individuo puede utilizar el jabón con detergente germicida para limpiar la piel durante varios días antes de la operación, con lo que disminuye el número de microorganismos en ella.

En el preoperatorio rara vez se elimina el vello que rodea o se encuentra en el sitio quirúrgico, a menos que interfiera con la operación. Si este debe eliminarse, se hace inmediatamente antes de la operación utilizando una maquinilla eléctrica.

Las actividades de Enfermería dentro del posoperatorio inmediato se dirigen hacia el restablecimiento del equilibrio fisiológico del paciente, al alivio del dolor y a la prevención de complicaciones. La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudan a planear la restauración del funcionamiento normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad. Dentro de estas se encuentran:

✓ **Recepción y cuidados del usuario en la unidad clínica.**

La unidad del paciente queda lista cuando se tiene preparado el equipo y aditamentos necesarios para cumplir sus necesidades específicas.

El paciente es transferido a la unidad clínica, la enfermera de la sala de recuperación proporciona la información básica acerca del estado del paciente a la enfermera que lo recibe. El informe incluye medicamentos prescritos y administrados contra el dolor, tipo y cantidad de líquidos recibidos, si el paciente orinó.

La enfermera que recibe al paciente también revisa las indicaciones postoperatorias.

Dentro de la asistencia en el posoperatorio se realiza:

✓ **Valoración inicial:**

La profesional de la unidad clínica recibe información de la unidad de cuidados postanestesia y realiza la valoración inicial, procediendo de inmediato a realizar las actividades de enfermería que se requieran.

La enfermera debe consultar la historia clínica del paciente para determinar cuándo puede administrarse medicamentos contra el dolor, hay que tener a mano un riñón para vómito, por si el paciente llegara a sentir náuseas a causa del anestésico.

A los operados que regresan a la unidad se les realiza la siguiente valoración inmediata:

El usuario puede encontrar molestias por ejemplo para respirar correctamente, sentarse, caminar, orinar debido a la ubicación de la incisión quirúrgica; entonces es necesario brindarle posturas correctas, y explicarle "que cosas no debe realizar" para no sentir ese malestar.

También el usuario puede tener drenajes; sondas; aquí es necesario evaluar las características del drenaje. El usuario puede sentirse incomodo por el mismo es necesario explicarle la función del mismo y los cuidados que debe tener.

Es fundamental brindar una contención para el usuario debido a que el mismo puede sentirse vulnerable ante esta situación.

Se debe valorar:

Dolor

- ✓ Considerar el tipo de operación que ha sido sometido el paciente. Diferentes tipos de intervenciones ocasionan distintos tipos de dolor.
- ✓ Observe si el paciente muestra algún signo físico o psicológico que sugiera la presencia de dolor.
- ✓ Pedir que describa el dolor.
- ✓ Pedir que indique la localización del dolor.
- ✓ Pedir que indique la intensidad.
- ✓ Si presenta sensación asociada al dolor.
- ✓ Verificar si con el cambio de posición el dolor disminuye.
- ✓ Después de recibir medicación hacer determinar las características en las que se encuentra.

Distensión abdominal

Esto es como consecuencia de acumulación de gases en intestino. Aun cuando se interrumpe la ingestión, el aire deglutido y las secreciones gastrointestinales llegan al estomago e intestino, si no se desplazan como resultado del peristaltismo, tiene lugar la acumulación en las asas intestinales, lo que causa distensión y sensación de plenitud o dolor en el colon.

Hemorragias (shock)

Posibles causas:

- ✓ Deterioro de la sutura
- ✓ Desprendimiento de un coagulo sanguíneo
- ✓ Litiasis de un coagulo sanguíneo
- ✓ Infección
- ✓ Sección quirúrgica accidental de un vaso sanguíneo
- ✓ Erosión de un vaso sanguíneo
- ✓ Coagulopatía subyacente

Signos y síntomas

- ✓ Pérdida hemática continua por la incisión quirúrgica
- ✓ Shock hipovolemico

Dehiscencias de la incisión

Posible causa:

- ✓ Infección de la herida
- ✓ Ausencia de cicatrización de los tejidos profundos de la herida
- ✓ Mala cicatrización por desnutrición
- ✓ Distensión abdominal por íleo paralítico u obstrucción abdominal.

Signos y síntomas

- ✓ Febrícula
- ✓ Dolor prolongado
- ✓ Apósito saturado de un líquido rosado claro
- ✓ Separación total o parcial de los bordes de la herida
- ✓ Se puede tener sensación de rotura o separación de la línea de sutura

Drenajes

En el paciente post-operado según su tipo de patología precisará en muchas ocasiones de este tipo de mecanismos, que sirven para evacuar sangre, colecciones purulentas o cualquier tipo de exudado para evitar que se acumule en el interior del cuerpo y que sea causa de complicaciones posteriores.

Aparte de vigilarse su correcto funcionamiento y cuantificar y registrar la cantidad y aspecto de lo drenado deberemos vigilar también su correcta fijación, así como la zona de inserción, porque tal como son una puerta de salida para determinadas sustancias también pueden ser si se manipulan inadecuadamente una puerta de entrada de microorganismos.

Intervención de enfermería en el periodo pos-operatorio:

Una vez que el usuario se ha recuperado del acto anestésico y esta en condiciones estables se lo traslada a su unidad en su correspondiente cama por el personal camillero del block quirúrgico. Al llegar a la sala se realiza la recepción del usuario proveniente de recuperación post-anestésica. Verificar la entrega de la historia clínica del usuario.

Posicionar al usuario en decúbito dorsal en caso de haber recibido anestesia general y sin almohadas durante las siguientes 12 horas; abrigado adecuadamente para ayudar a normalizar su temperatura corporal.

En este momento enfermería profesional llevara a cabo una valoración integral sistemática y planificada. Se valorará:

- ✓ nivel de conciencia,
- ✓ estados de dolor post-operatorios,
- ✓ se vigila la aparición de cefaleas vómitos o sensación de vértigo,
- ✓ detectar signos o síntomas de descompensación hemodinámica por sangrado, que puede llevar al usuario a instaurar un shock hipovolémico,
- ✓ promover la realización de ejercicio de ventilación enseñados en el periodo pre-operatorio,
- ✓ favorecer la funcionalidad renal, controlar que el usuario orine espontáneamente luego de la intervención.
- ✓ restablecer la ingesta hídrica y la alimentación por vía oral.
- ✓ Restablecer el ritmo de evacuación intestinal.
- ✓ Observación del estado general de la piel (presencia de lesiones y dispositivos invasivos, coloración, hidratación.
- ✓ Cuidados de la herida quirúrgica.
- ✓ Vigilar la presencia y características de secreciones y valorar la necesidad de fluidificarlas.

Revisar la historia clínica del usuario el relato y la intervención quirúrgica que se ha efectuado, para comprender el proceso, verificar que la historia clínica contenga las indicaciones médicas para el periodo post-operatorio; el tratamiento administrado al usuario hasta el regreso de Recuperación., así como estudios realizados y evolución del usuario.

Realiza las tarjetas según las indicaciones médicas prescriptas.

Calmar el dolor según sea necesario.

Niveles De Dependencia

Se han creado mediante un estudio cuatro niveles de dependencia, relacionan la mayor o la menor dependencia de los pacientes con respecto a los cuidados de Enfermería y las tareas que se realizan, midiendo el tiempo que ocupa cada dependencia, mediante una encuesta de valoración elaborada por la OMS. (Ver anexo N° 2)

Caracterización De Usuarios

Los tiempos de atención de Enfermería pueden variar según las características personales de cada usuario, los factores de riesgo externos, etc., por lo cual debemos conocer los diferentes riesgos quirúrgicos que pueden llegar a modificar los tiempos de atención de enfermería en función de las características de cada usuario.

Existen diversas clasificaciones del riesgo quirúrgico, en función de su origen, de los efectos de la cirugía y de las circunstancias de presentación. Cada uno de ellos tiene un significado variable, desde el punto de vista del enfermo y del médico. Todos los riesgos son importantes para el individuo, todos pueden ser motivo de estudio, pero es evidente que es el riesgo vital el que tiene mayor valor clínico y estadístico.

El riesgo es absoluto o relativo cuando se valora, respectivamente, de forma aislada o relacionándolo con el beneficio o con la gravedad de la enfermedad.

En función del momento de presentación, el riesgo puede definirse como:

- ✓ Inmediato: cuando se presenta en las primeras 48 horas de la cirugía.
- ✓ Precoz: si aparece entre los 3 y 30 días.
- ✓ Tardío: si lo hace un mes después de la intervención.

Son factores de riesgo todos aquellos elementos que acentúan la invasión quirúrgica o que limitan la respuesta del organismo a la misma, sea cual fuese su mecanismo de acción. Tienen tres orígenes: el usuario, la enfermedad y la cirugía. Estos tres grupos de factores están estrechamente relacionados, de tal forma que la acción de uno modifica los efectos o la importancia de los otros. La relevancia de cada uno de estos grupos de factores varía en cada caso.

Riesgo Quirúrgico En Función Del Usuario

Su estado general y la función de los órganos que participan activamente en la reacción posquirúrgica son aquí esenciales:

Edad: Todos los estudios confirman que la mortalidad es alta en edades extremas y que se incrementa de forma progresiva con la edad.

En el recién nacido y en el prematuro, los riesgos dependen de la inmadurez metabólica hística y de las deficiencias en la regulación del calor corporal y de la glucemia. En el anciano, el riesgo se relaciona con los factores degenerativos propios del proceso natural del envejecimiento que afecta al sistema nervioso central, al aparato locomotor, al aparato digestivo, y al respiratorio así como a la función renal, también, con la presencia de enfermedades asociadas de tipo cardiovascular y respiratorio. Además, suelen necesitar medicación específica, lo que puede originar problemas de interrelación e incompatibilidad medicamentosa.

Son pacientes con una significativa labilidad posquirúrgica en los que las complicaciones anestésicas, quirúrgicas, neurológicas y cardiorrespiratorias adquieren gran importancia.

Estado nutricional:

Las necesidades nutricionales se valoran de acuerdo al peso y estatura de la persona, índice de masa corporal, pliegue cutáneo tricipital, circunferencia del brazo, valores de proteínas y balance nitrogenado. Cualquier deficiencia nutricional debe corregirse antes de la cirugía, para proporcionar un nivel proteico suficiente para la reparación hística.

La obesidad aumenta en gran medida el riesgo y gravedad de las complicaciones asociadas con una cirugía debido a que la abundancia de panículo graso produce una marcada liposolubilización de los agentes anestésicos. Por un lado aumenta el riesgo anestésico y por otro crea dificultades técnicas y mecánicas como por ejemplo la dehiscencia de la herida. Son sujetos con frecuentes enfermedades asociadas de tipo cardiovascular, pulmonar, osteoarticular y metabólico. Son aquí frecuentes las complicaciones postoperatorias de tipo trombótico y respiratorio. La infiltración grasa de los tejidos justifica, también, la mayor tasa de infecciones de la herida quirúrgica.

La desnutrición eleva la incidencia de complicaciones infecciosas, pulmonares y locales como consecuencia de la hipoproteïnemia, déficit de albúmina, la atrofia muscular, de la falta de depósitos de energía y de la frecuente coexistencia de déficit inmunológico.

Situación inmunológica:

Es un factor de gran importancia pronóstica. Hay una clara relación entre el grado de depresión inmunológica y la morbilidad postoperatoria, especialmente de tipo infeccioso. La inmunosupresión es común en el tratamiento con corticosteroides, trasplante de riñón, radioterapia, quimioterapia y trastornos que afectan el sistema inmunitario como la desnutrición y la leucemia. La intervención quirúrgica produce un descenso de la respuesta inmunitaria.

Función endocrina:

El individuo diabético que se somete a una intervención quirúrgica está en riesgo de hipoglucemia e hiperglicemia. La primera puede surgir durante la anestesia o después de la operación y es consecuencia de consumo deficiente de carbohidratos o sobre dosificación de insulina. La hiperglicemia puede ocurrir con el stress quirúrgico y mayor nivel de hormonas contrarreguladoras. Esta incrementa el riesgo de infección en la herida quirúrgica.

Otros riesgos son: Acidosis y glucosuria

Aunque el riesgo quirúrgico en la persona con diabetes controlada no es mayor que en el paciente no diabético, el objetivo es mantener el nivel de glucosa sanguínea en menos de 200 MG/ml.

Las personas con trastornos tiroideos que no están controlados se encuentran en riesgo de tirotoxicosis (en caso de trastornos hipertiroideos) e insuficiencia respiratoria (en caso de trastorno hipotiroideos).

Estado Cardiovascular:

El usuario enfermo cardíaco que es tratado quirúrgicamente, tiene un elevado riesgo operatorio que se relaciona con la acción depresora de la anestesia sobre el tejido miocárdico y nervioso, sobre las resistencias periféricas y sobre el ritmo cardíaco, especialmente en pacientes con medicación vascular asociada. La presencia de infarto reciente, especialmente en los seis meses previos a la cirugía, de arritmias, de insuficiencia cardíaca congestiva, de estenosis aórtica grave y de hipertensión arterial descontrolada, agrava significativamente los riesgos.

También señalar que la pérdida o sobrecarga de volumen tanto de sangre como de líquidos pueden desencadenar insuficiencia cardíaca.

Estado Respiratorio:

Los pacientes que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen una elevada tasa de complicaciones, habitualmente respiratorias y un significativo aumento de los índices de mortalidad a causa de la acción física de la ventilación artificial y por la acción depresora de la anestesia de los cambios del funcionalismo respiratorio provocados por la cirugía, por la incisión, por el dolor y por los vendajes.

Función renal:

En pacientes con enfermedad renal, la intervención quirúrgica puede dañar, aun más, la función renal al producirse trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base, el conocimiento de la enfermedad renal y la valoración de los factores de riesgo permite tomar medidas de conducción que impida o disminuya el daño.

Función Hepática:

La hepatopatía crónica y en mayor grado, la aguda son factores asociados de alto riesgo operatorio, ya que acentúan el riesgo anestésico y se asocian a desnutrición, a hipoalbuminemia y a trastornos de la coagulación. Por otro lado, el acto quirúrgico puede acentuar la disfunción hepática al reducir el flujo glandular y al originar lesión hepatocelular. La incidencia postoperatoria de hemorragia digestiva, de encefalopatía, de infecciones y de alteraciones en la cicatrización es elevada. La posibilidad de que se produzcan alteraciones de la conducta en el postoperatorio es, también, importante.

Uso de drogas o alcohol:

Los individuos con intoxicación aguda son susceptibles a las lesiones. Por lo tanto la cirugía se pospone siempre que se pueda. Cuando esta es impostergable, se utiliza anestesia local o bloqueo regional. De lo contrario, se introduce una sonda en el estómago antes de aplicar el anestésico general para prevenir el vómito y aspiración.

El tabaco se asocia frecuentemente a problemas cardiovasculares y respiratorios y a cuadros de tos expectoración postoperatoria.

OBJETIVOS

❖ **Objetivo General:**

Estimar los tiempos de atención de Enfermería como insumo para la determinación de necesidades de recursos humanos.

❖ **Objetivos específicos:**

1. Clasificar a los usuarios en base a:
 - ✓ La demanda de atención de Enfermería.
 - ✓ Las características generales
 - ✓ Las etapas del periodo quirúrgico
2. Definir los procedimientos a realizar a usuarios en pre y post operatorio
3. Medir el tiempo de los procedimientos a realizar.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio:

Observacional, Descriptivo, Transversal.

Universo y Muestra

Universo: Usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía del Hospital de Clínicas.

Muestra: Usuarios en pre y post operatorio inmediato hospitalizados en el servicio de cirugía piso 7, sala 4, Hospital de Clínicas, en el periodo comprendido entre 23 de junio del 2008 y 4 de septiembre del mismo.

Unidad de análisis de observación: registros de pre y post operatorio en el servicio de cirugía piso 7, sala 4, Hospital de Clínicas de los internos.

Criterios de inclusión y exclusión.

Etapa pre operatoria: Todos los usuarios hospitalizados en el servicio de cirugía piso 7, sala 4, que se encuentran en esta etapa.

Etapa pos operatoria: Todos los usuarios que ingresen al piso 7, sala 4, luego de haber permanecido en el servicio de recuperación pos anestésica 4 horas.

Variables

Sexo:

- Definición Conceptual: Características biológicas determinadas, que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.
- Definición operativa. Características biológicas observadas por el investigador.
- Clasificación: Dicotómica
- Categorías: Femenino, Masculino

Edad:

- Definición conceptual: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo, hasta el momento actual.
- Definición operativa: Edad consignada en historia clínica.
- Clasificación: cuantitativa continua
- Categorías: de 15 a 29
 - 30 a 44
 - 45 a 59
 - 60 a 74
 - 75 a 89
 - Mayores de 90 años

Estado Nutricional:

-Definición Conceptual: situación de relación peso talla en la que se encuentra una persona.

-Definición operativa: Información disponible en el instrumento de internos

- Clasificación: Cualitativa nominal

- Categorías: 1) Obeso índice de masa corporal mayor a 30
2) Sobrepeso índice de masa corporal mayor a 25 a 30
3) Normo nutrido índice de masa corporal entre 19 a 24
4) Desnutrido índice de masa corporal menor a 19

Antecedentes personales:

-Definición Conceptual: Circunstancia de salud enfermedad anterior a la actual internación.

-Definición operativa: Información disponible en el instrumento de internos.

- Clasificación: Cualitativa nominal

- Categorías: 1) Enfermedad Renal
2) Enfermedad Cardíaca
3) Hepatopatías
4) Diabetes
5) Enfermedades Respiratorias
6) Paciente Inmunodeprimidos

Hábitos:

-Definición Conceptual: Práctica habitual de una persona.

-Definición operativa: Información disponible en el instrumento de internos

- Clasificación: Cualitativa nominal

- Categorías: 1) Alcoholismo
2) Consumidor de drogas
3) Fumador.

Etapa peri operatoria:

Definición conceptual: Es un proceso que incorpora las distintas fases de la intervención quirúrgica, a saber: Pre, intra y posoperatorio. Las fases pre y pos operatoria se divide en, pre operatorio Mediato e Inmediato, y pos operatorio, inmediato, mediato y alejado.

Definición operativa: tiempo de atención relacionado al momento del acto quirúrgico, expresado en la HC.

Cabe destacar que nuestro estudio se va a medir en las etapas preoperatoria y posoperatorio inmediato

Clasificación de usuarios:

Definición Conceptual: Método de agrupación de usuarios con la cantidad y complejidad de cuidados de Enfermería que estos necesitan.

Definición Operativa: Clasificación de usuarios realizada por el Interno.

Clasificación: Cualitativa Ordinal

Categorías: Nivel de Dependencia I

Nivel de Dependencia II

Nivel de Dependencia III

Nivel de Dependencia IV

Atención de enfermería:

Definición Conceptual: Actividades que realiza la enfermera en forma planificada según las necesidades del usuario.

Definición Operativa: Información disponible en el instrumento de internos

Dimensiones:

I.- Etapa preoperatoria

Identificación del usuario,

Corroboración del ayuno correspondiente

Realización de higiene corporal,

Realización de enema (si corresponde)

Colocación de sonda vesical, (si corresponde)

Verificación de estudios preoperatorios,

Corroboración sobre medicación pre anestésica,

Colocación de plan de suero, gotero

Control de signos vitales

Retiro de prótesis, joyas y esmalte, corroboración de retiros de objetos personales y de valor, colocar vestimenta para block,

Registro en la historia clínica,

Cada una de estas actividades se medirán a través del tiempo que cada una de estas lleven.

2.-Etapa posoperatorio:

- Identificación del usuario,
- Verificación de entrega de Historia clínica,
- Traslado de usuario a la unidad,
- Posicionar, valoración de estado de conciencia,
- Higiene y confort,
- Revisar en historia clínica de la descripción operatoria, indicaciones médicas y estudios.
- Realizar tarjetas de indicaciones médicas.
- Valorar características de la ventilación, control de signos vitales, valoración del dolor, control de herida operatoria, valoración de presencia de náuseas y vómitos, control de diuresis.
- Preparación de la medicación, administración de medicación, corroboración de accesos venosos y permeabilidad, Colocación de acceso venoso. Verificación de soluciones intravenosas.
- Colocación de chata, colocación de sonda vesical, control de expulsión de gases, llamado a guardia médica y registro en historia clínica, cada una de estas actividades se medirán a través del tiempo que cada una de estas lleven.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La información va a ser recabada por los internos del piso 7 sala 4 del turno matutino y tarde, en el periodo comprendido 23 de junio del 2008 y 4 de septiembre del mismo, en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Dado que el instrumento fue elaborado para el presente estudio (ver anexo N° 3), se realizó un manual para asegurar la uniformidad de los criterios para la recolección de datos y para que en los resultados existan los menores sesgos posibles, para no comprometer la validez de los mismos. Además de la unificación de criterio.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla I.2 Distribución de los usuarios según su IMC

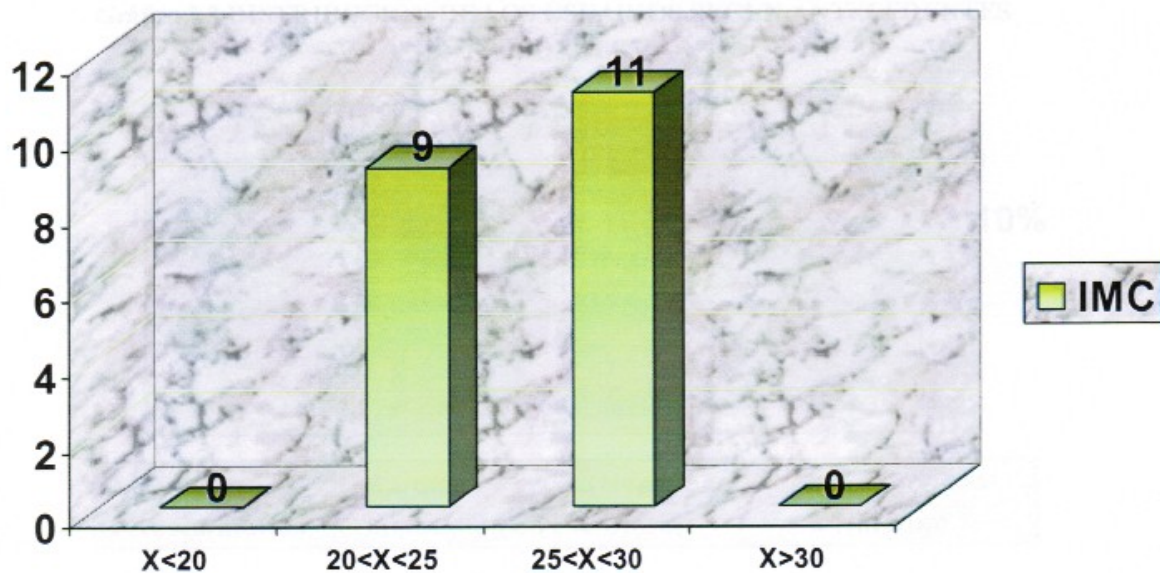
TABLAS Y GRÁFICOS DE PREOPERATORIO

Tabla I.2 Distribución de los usuarios según sus autoevaluaciones Preoperatorias

Tabla I.2 Distribución de los usuarios según su IMC

ESTADO NUTRICIONAL	USUARIOS
Obeso ≥ 30	0
$25 \leq$ Sobrepeso <30	11
$20 \leq$ Normo peso <25	9
Desnutrido ≤ 20	0
TOTAL	20

Gráfica I.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN IMC

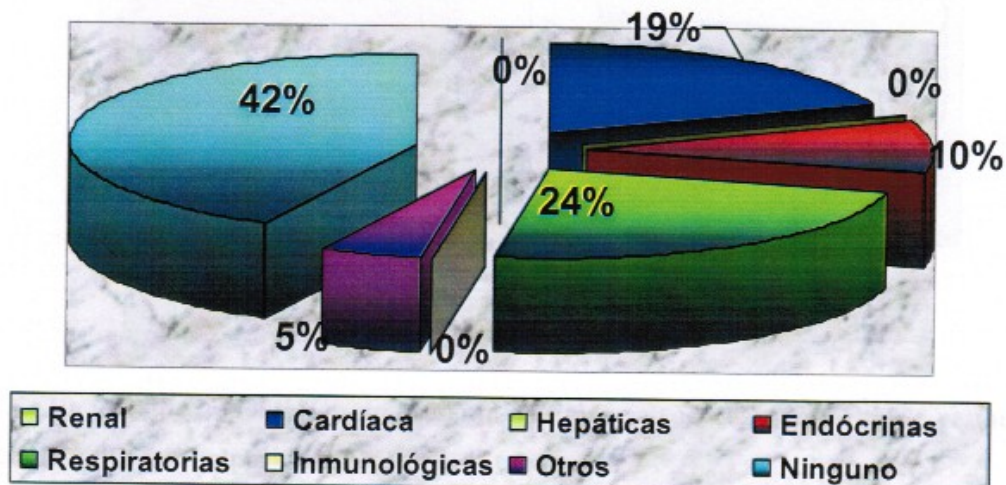


Se denota que un 55% de la población presenta sobrepeso, mientras que un 45% se encuentra en el rango normo nutrido según los IMC.

Tabla I.3 Distribución de los usuarios según sus antecedentes Personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	USUARIOS	FR	FR%
1. Enfermedad Renal	0	0/23	0%
2. Enfermedad Cardíaca	5	5/23	21.7%
3. Hepatopatías	0	0	0%
4. Diabetes	2	2/23	8.7%
5. Enfermedad Respiratoria	4	4/23	17.4%
6. Inmunodeprimidos	0	0/23	0%
7. Otros	2	2/23	8.7%
8. Ninguna	10	10/23	43.5%
TOTAL	23	1	100%

Gráfica I.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES

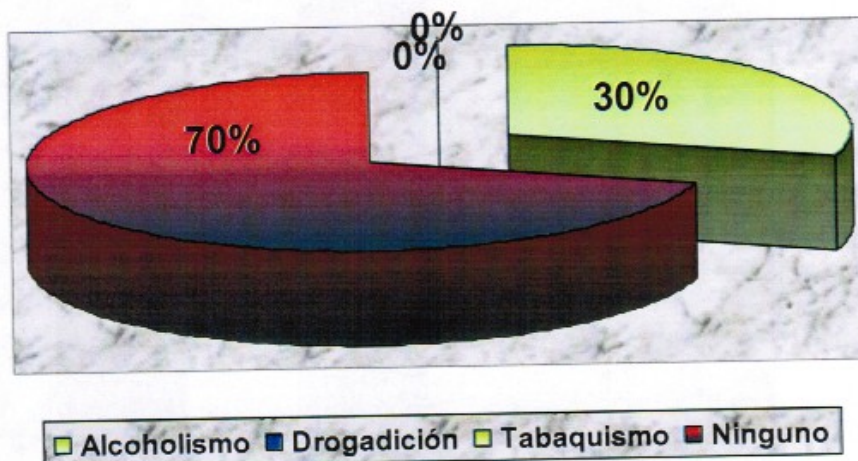


En cuanto a los antecedentes personales, se encontró que un 50% de la población no presentaba, mientras que un 25% presenta antecedentes de patologías cardiovasculares, un 20% respiratorias y un 10% endocrinas, destacando que solo un 5% presenta patologías asociadas.

Tabla I.4 Distribución de los usuarios según sus hábitos nocivos.

HABITOS	USUARIOS	FR	FR%
1. Alcoholismo	0	0/20	0%
2. Consumidor de drogas	0	0/20	0%
3. Fumador	6	6/20	30%
4. Ninguno	14	14/20	70%
TOTAL	20	1	100%

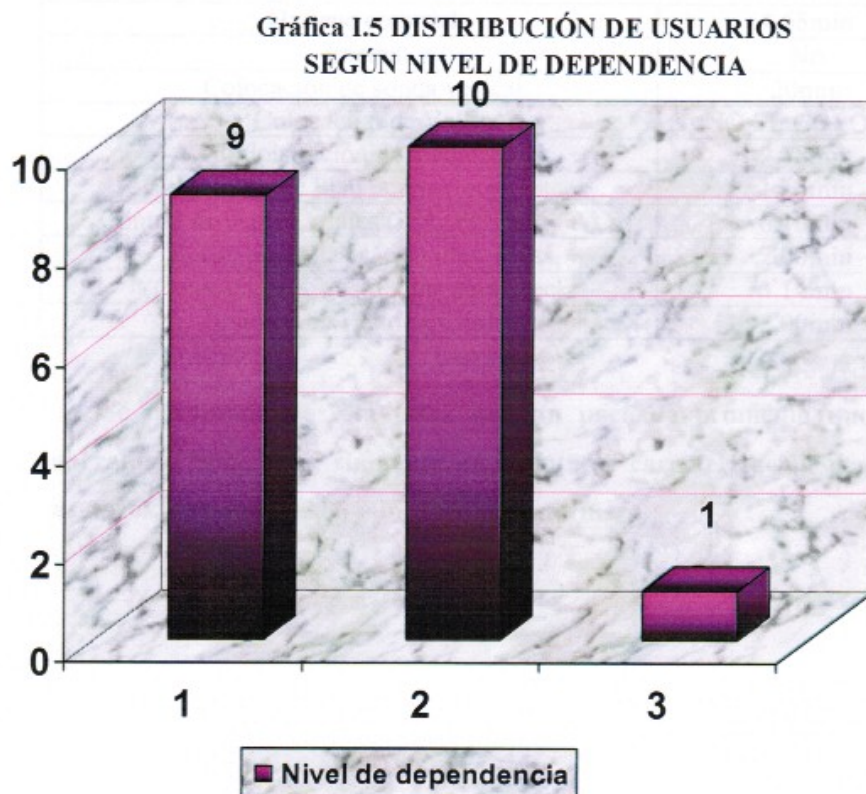
Gráfica I.4: DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN HáBITOS NOCIVOS



Un 70% de la población no presenta hábitos nocivos, en cuanto el 30% restante presenta como único hábito nocivo el consumo de tabaco.

Tabla I.5 Distribución de los usuarios según su nivel de dependencia.

NIVEL DE DEPENDENCIA	USUARIOS
Nivel 1	9
Nivel 2	10
Nivel 3	1
Nivel 4	0
TOTAL	20



Se observa que la población asistida se clasifico, según los niveles de dependencia, mayormente en Nivel II (50%), mientras que solo un 5% se clasifico en el Nivel I.

Tabla 1.6 Tiempos de Enfermería en actividades del preoperatorio.

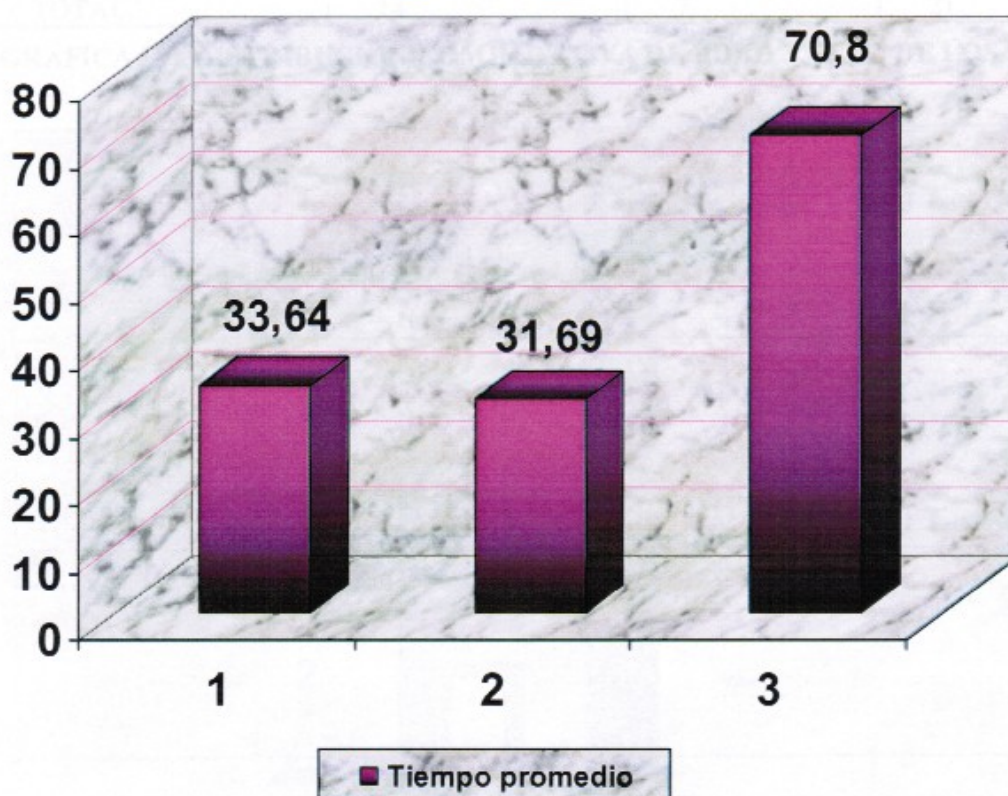
ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	\bar{x}	RANGO
Identificación del usuario y cama	3.30min	2.50 - 5.3min
Corroboración de consentimiento.	1.80min	0.50 - 3 min.
Corroboración del ayuno.	1.250min	1 - 1.3 min.
Corroboración de estudios.	2.36min	1 - 4.2 min.
Higiene corporal.	4.65min	1.5 - 20 min.
Enema.	No	No
Colocación de sonda vesical.	20min	0
Colocación de VVP	NO SE COLOCO	0
Administración de medicación	2.78min	2 - 3.3 min.
Colocación de Plan de Sueros y Goteos	15.5min	15 - 16 min.
Control de signos vitales (P/A, FC., FR., TAX)	6.10min	5 - 8 min.
Retiro de prótesis, esmaltes, joyas.	2.00min	1 - 3.20 min.
Colocación de vestimenta para block.	3.14min	2 - 6 min.
Registro en Historia Clínica.	3.00min	2 - 4.2 min.

Se desprende de esta tabla que un paciente promedio que se encuentra en el p operatorio inmediato, sin tener en cuenta la caracterización general y la clasificación usuarios, demandando 65,88 min. Tiempo enfermero.

Tabla I.7 Media de tiempo de Enfermería según nivel de dependencia.

NIVELES DE DEPENDENCIA	TIEMPO PROMEDIO ENFERMERO	RANGO
Nivel 1	33.64 min.	23.6 – 60.3 min.
Nivel 2	31.79 min.	22.3 - 59.3 min.
Nivel 3	70.80 min.	0

Gráfica I.7 MEDIA DE TIEMPO DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA



Si clasificamos a la población por niveles de dependencia, se estimó que un usuario en el operatorio inmediato de Nivel III, demanda 70,88 min. Tiempo enfermero, mientras que un usuario de Nivel II demanda 31,79 min. Siendo que un usuario de Nivel de dependencia demanda a enfermería 33,64 min.

TIEMPO DE PROMEDIOS

Femenino Masculino

Se observa:

estados de dependencia:

estados de dependencia: 0, 1, 2 y 3.

TABLAS Y GRAFICOS DE POS OPERATORIO

Tabla II.1 Distribución de los usuarios según su IMC

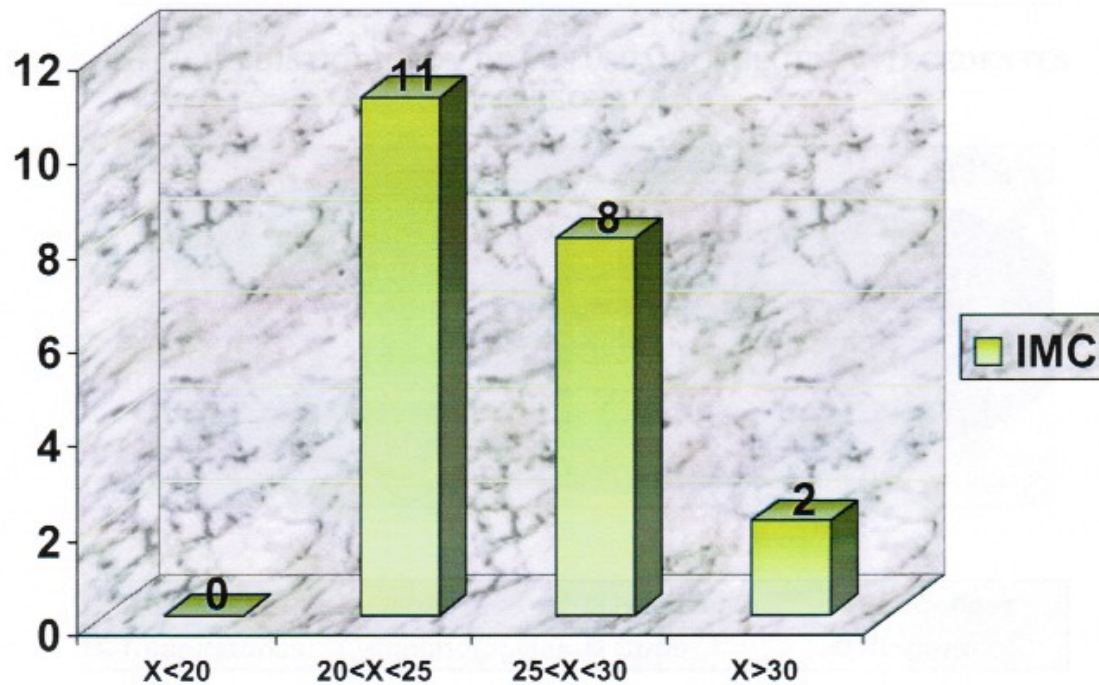
Tabla II.1 Distribución de los usuarios según su IMC

Tabla II.3 Distribución de los usuarios según sus antecedentes Personales

Tabla II.2 Distribución de los usuarios según su IMC

ESTADO NUTRICIONAL	USUARIOS
Obeso ≥ 30	2
$25 \leq$ Sobrepeso <30	8
$20 \leq$ Normo peso <25	11
Desnutrido ≤ 20	0
TOTAL	21

Gráfica II.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN IMC

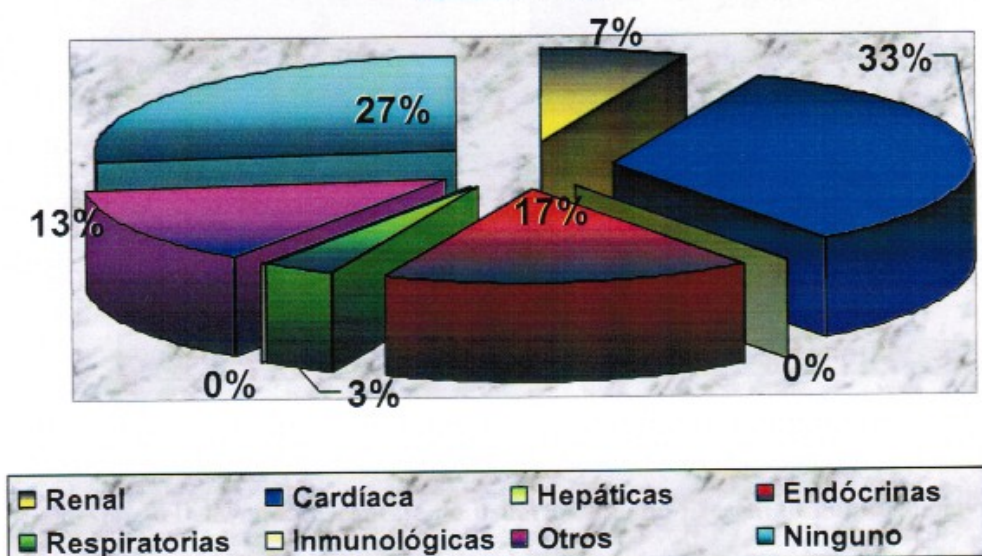


Se denota que un 52,5% de la población presenta un estado nutricional adecuado (normo nutrido), mientras que un 38% presenta sobrepeso, y un 9,5% de obesos según el IMC.

Tabla II.3 Distribución de los usuarios según sus antecedentes Personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	USUARIOS	FR	FR%
1. Enfermedad Renal	2	2/30	6.7%
2. Enfermedad Cardíaca	10	10/30	33%
3. Hepatopatías	0	0/30	0%
4. Diabetes	5	5/30	16.7%
5. Enfermedad Respiratoria	1	1/30	3.3%
6. Inmunodeprimidos	0	0/30	0%
7. Otros	4	4/30	13.3%
8. Ninguna	8	8/30	27%
TOTAL	30	1	100%

Gráfica II.3 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES

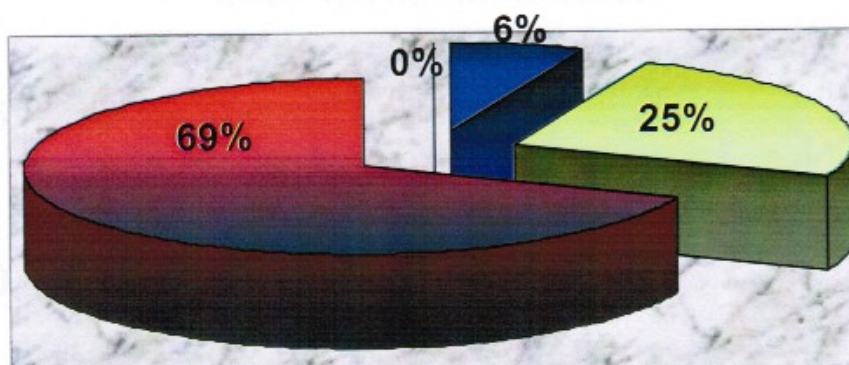


Se observa que la mitad de la población presenta Antecedentes personales de Enfermedades cardiovasculares, mientras que un 25% presenta Diabetes, y un 40% no presenta ningún antecedente. Se destaca que un 15% presenta patologías asociadas.

Tabla II.4 Distribución de los usuarios según sus hábitos nocivos.

HABITOS	USUARIOS	FR	FR%
1. Alcoholismo	0	0/21	0%
2. Consumidor de drogas	1	1/21	4.8
3. Fumador	9	9/21	42.8%
4. Ninguno	11	11/21	52.4%
TOTAL	21	1	100%

Gráfica II.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN HÁBITOS NOCIVOS



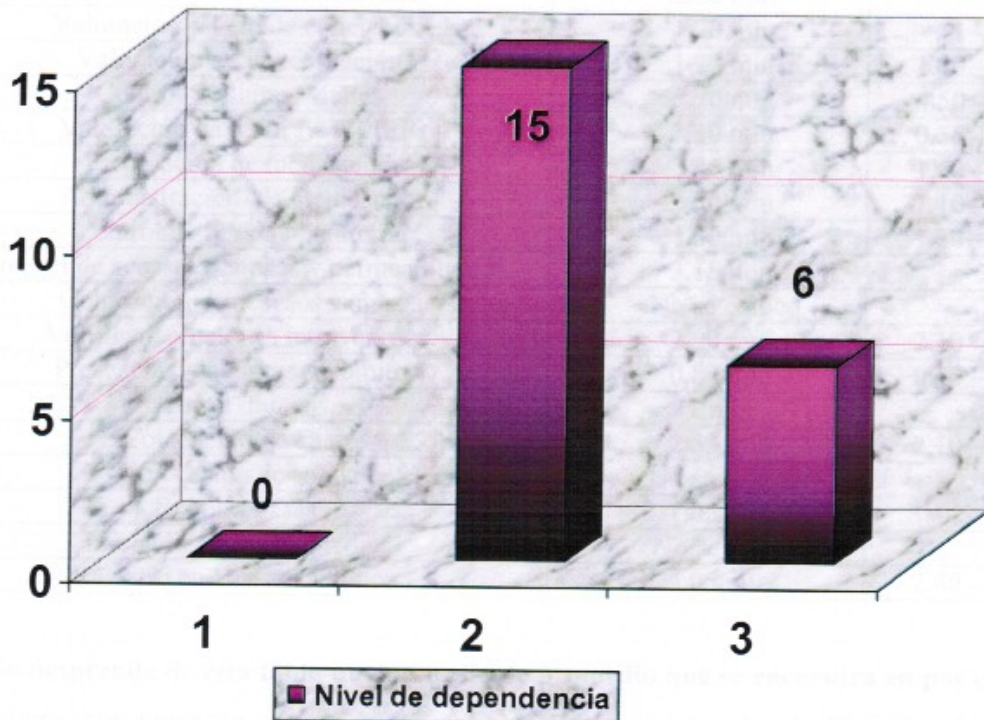
■ Alcoholismo ■ Drogadicción ■ Tabaquismo ■ Ninguno

Se destaca el elevado porcentaje de usuarios que no presentan hábitos nocivos (52%), se destacan la presencia de hábitos nocivos como el tabaquismo con un 43% y en menor porcentaje el consumo de drogas.

Tabla II.5 Distribución de los usuarios según su nivel de dependencia.

NIVEL DE DEPENDENCIA	USUARIOS
Nivel 1	0
Nivel 2	15
Nivel 3	6
Nivel 4	0
TOTAL	21

Gráfica II.5 DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA



Se encontró una población mayoritariamente, en un Nivel de Dependencia II (71%), y en menor porcentaje con un 29% usuarios de Nivel III.

Tabla II.6 Tiempos de Enfermería en actividades del posoperatorio.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	\bar{x}	RANGO
Identificación del usuario	1.15 min.	1.10 -1.30 min.
Verificar entrega de Historia Clínica	0.50 min.	0. min.
Traslado de usuario a unidad	2.00 min.	1 - 3 min.
Posicionar	1.80 min.	1 - 3.30 min.
Higiene y Confort	2.20 min.	1 - 6.10 min.
Revisar Historia Clínica. (Descripción operatoria, estudios, indicaciones.)	4.70 min.	2 - 6.10 min.
Realizar tarjetas de indicaciones	3.30 min.	1 - 4.5 min.
Valoración estado de conciencia.	1.20 min.	1 - 2 min.
Valoración de la ventilación.	1.23 min.	1.10 - 1.40 min.
Control de signos vitales.	5.70 min.	4.50 - 6.40 min.
Valoración de dolor (ATILIEF)	1.30 min.	0.55 - 2.10 min.
Preparación de medicación	3.45 min.	1.50 - 5.20 min.
Administración de medicación	2.30 min.	1.10 - 4.20 min.
Control de herida operatoria.	1.30 min.	1.20 - 1.50 min.
Control de accesos venosos y permeabilidad.	3.15 min.	3 - 3.30 min.
Colocación de accesos venosos	No se colocó	
Verificar soluciones intravenosas.	2.90 min.	2.10 - 3.30 min.
Presencia de náuseas y vómitos.	0.82 min.	0.50 - 1.10 min.
Control diuresis.	1 min.	0 min.
Colocación de chata	2.53 min.	2.10 - 3.40 min.
Colocación de sonda	No se colocó	
Expulsa gases.	1.05 min.	0.5 - 1 min.
Llamado a guardia medica	No se llamó	
Registro en Historia Clínica.	4.05 min.	2.40 - 5.10 min.

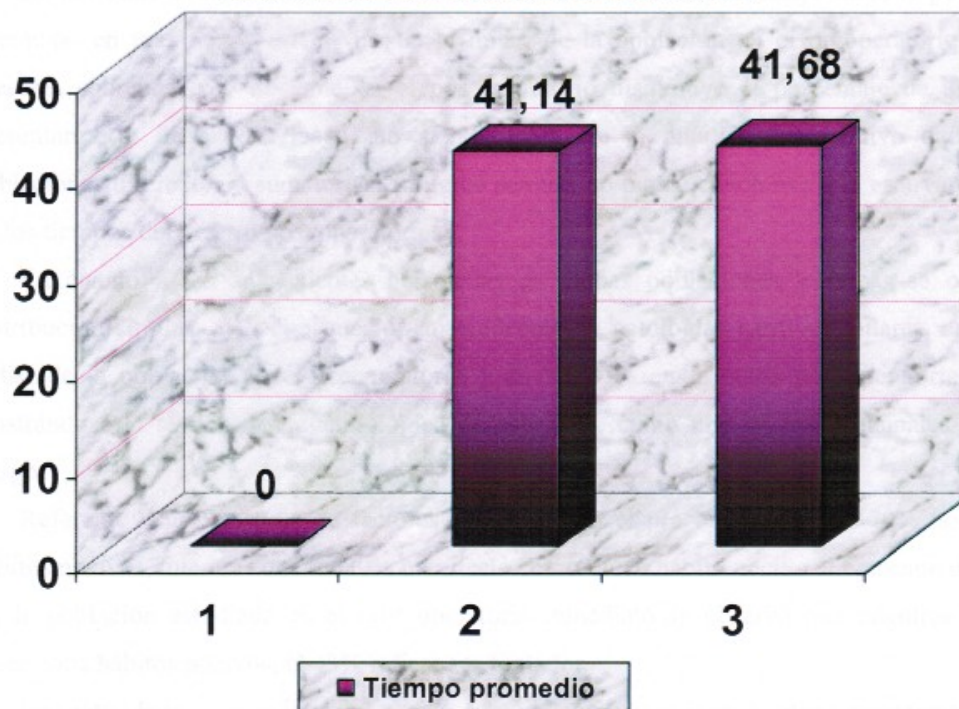
Se desprende de esta tabla que un paciente promedio que se encuentra en pos operatorio inmediato, sin tener en cuenta la caracterización general y la clasificación de usuarios, demandando 47,63min. Tiempo enfermero.

CONCLUSIÓN

Tabla II.7 Media de tiempo de enfermería según nivel de dependencia.

NIVELES DE DEPENDENCIA	TIEMPO PROMEDIO ENFERMERO	RANGO
Nivel 1	0	0
Nivel 2	41.14 min.	33.5 – 45.5 min.
Nivel 3	41.68 min.	35.7 – 52.1 min.

Gráfica II.7 MEDIA DE TIEMPO DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE DEPENDENCIA



Si clasificamos a la población por niveles de dependencia, se estimó que un usuario en pos operatorio inmediato de Nivel III, demandó 41,68min. Tiempo enfermero, mientras que un usuario de Nivel II demandó 41,14 min.

CONCLUSIÓN

Los objetivos planteados para esta investigación fueron cumplidos, ya que se conocieron y describieron los tiempos de atención de Enfermería así como los procesos en ambas etapas en la población de estudio.

La caracterización de la población en pre operatorio inmediato como en el post operatorio inmediato, es correspondiente con los porcentajes de camas definidas para mujeres y hombres, por lo que el sexo femenino prevalece sobre el masculino, mientras que en la variable edad el rango predominante es el de 45 a 59 años en ambas etapas.

En términos de la caracterización se observa similitudes en porcentaje sobre la población con alteración en más de su IMC. Más de la mitad de la población en el preoperatorio inmediato, presenta sobrepeso, no obstante en el pos operatorio disminuye el porcentaje de usuarios que presentan este factor de riesgo, no siendo relevante el análisis comparativo dado que son poblaciones diferentes y sumatorias. En igual sentido no puede concluirse que esta variable incida en los tiempos del pre y/o post operatorios.

En cuanto a los antecedentes personales en ambas poblaciones y etapas se observó una distribución similar, al hecho que los antecedentes de patologías cardiovasculares, se ven en la mitad de la población en el preoperatorio y en un 25% en la etapa pos operatoria inmediata, mostrándose la tendencia epidemiológica de este país, como uno de los principales factores de riesgo.

Referente a la presencia de factores de riesgo, en el pre operatorio, un 70% no presentaba hábitos nocivos, mientras que un 30% manifestó como único hábito nocivo el consumo de tabaco. En la población estudiada en el post operatorio inmediato se observó que mientras el 69% no presentaba hábitos nocivos, el 43% refiere ser fumador.

Las actividades que se llevaron a cabo con mayor frecuencia en la etapa pre operatoria, fueron identificación del usuario, corroboración del ayuno y de estudios paraclínicos, control de signos vitales, retiro de prótesis, joyas y esmaltes y el registro en la Historia Clínica, mientras que actividades descritas en el protocolo, como colocación de sonda vesical, administración de medicación y colocación de plan de sucros y goteos no se realizaron a todos los usuarios, en tanto la actividad realización de enema no fue llevada a cabo.

En la etapa post operatoria inmediata, se encontró que las actividades mas frecuentes fueron, la Identificación del usuario, verificación de entrega de H.C., Traslado del usuario a unidad, higiene y confort, entre otras. Actividades como colocación de vía venosa periférica y colocación de sonda no fueron realizadas.

A través de la medición de los tiempos de atención, por procesos y actividades de enfermería, se determinó, que la media de la variable "tiempo de atención de enfermería" para un usuario en etapa pre-operatoria inmediata, demandó a Enfermería 65,88min mientras que un usuario en etapa pos-operatoria inmediata demandó a enfermería 47,63 minutos tiempo enfermero.

Para poder tener una visión más global, se estimó el tiempo de enfermería por nivel de dependencia en cada etapa, del cual se desprende que en la etapa pre-operatoria inmediata, un usuario con nivel de dependencia III demandó a Enfermería 70,80 minutos tiempo enfermero, siendo este dato no representativo ya que se encontró un solo usuario con esta clasificación. Mientras que un usuario nivel I demandó a Enfermería 33,64 minutos tiempo enfermero, y en tanto un usuario de nivel de dependencia II demandó 31,79 minutos, tiempo enfermero, se observa que no hay diferencia entre el nivel I y II en relación al tiempo.

En la etapa pos-operatoria inmediata no se encontró una diferencia relevante entre los tiempos de atención de enfermería, para un usuario con nivel de dependencia II (41,14 T.E.) y usuario nivel de dependencia III (41,68 T.E.), tendiendo a confirmar la teoría establecida, esta diferencia irrelevante entre los tiempos en ambos niveles de dependencia puede inferir en relación con las actividades definidas y realizadas efectivamente y no en la necesidad de los usuarios.

Otro de los insumos utilizados en este trabajo fue el trabajo "Unidades de Producción de Enfermería", que si bien enmarcan un antecedente no constituyen mayor relevancia, ya que no existen puntos comparativos, dado que las actividades que aparecen en dicho estudio no abarcan la totalidad de la actividades y procesos tomados del protocolo de pos y pre-operatorio utilizado en este trabajo.

Se puede afirmar que este tema de estudio y en particular el de esta investigación, es de suma importancia para enfermería, sentando la base para futuras investigaciones, ya que a través de esta línea de estudio, se podrá determinar la dotación de personal de Enfermería por área determinada así como una legislación que permita marcar estándares y protocolos necesarios para brindar atención de enfermería de calidad.

Es relevante destacar, que el presente trabajo de investigación se continuara, en el marco del Programa de Apoyo a la Investigación para Estudiantes Universitarios, ya que fue aprobado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica, por lo cual se ampliara dicha investigación reafirmando la importancia de esta temática para la gestión diaria de los cuidados de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

American Society of Anesthesiologists. Sistema de clasificación ASA [en línea] Disponible en <http://www.neurocirugia.com/escalas/asa.htm> [fecha de acceso: 10 de febrero de 2008]

Argentina. Ministerio de Salud y acción Social. Resolución Ministerial 194/95 Norma de organización y funcionamiento de servicios de enfermería. 1995 [en línea]. Disponible en www.msal.gov.ar/html/Site/pnucam/normas/1995_194.html [fecha de acceso: 15 de Mayo de 2008]

Brunner LS, Suddarth DS. Enfermería médicoquirúrgica. 9a. ed. México: Interamericana; 2000.

Candela Zamora D, Hernández Martínez S, Cabello Barahona N, Sola Linares E, Hernández Martínez C. Gestión de cuidados en área de boxes y observación de urgencias: aplicación de proyecto Signo, Servicio de Urgencias. Ciber Revista enfermeríadeurgencia.com [en línea 2004;(28). Disponible en:

<http://www.enfermeriadeurgencia.com/ciberrevista/2004/diciembre/index.htm> [fecha de acceso: 1 de enero de 2008]

Colmenares L. Introducción - medición -trabajo. [en línea]Disponible en [:http://prof.usb.ve/lcolmen/](http://prof.usb.ve/lcolmen/)[fecha de acceso 7 de enero de 2008]

Navarrete Dávila N, González Acosta LF. Tiempo de respuesta al timbre del paciente hospitalizado en una institución de tercer nivel de atención como indicador de la oportunidad en la atención de enfermería. Actualizaciones en Enfermería (Colombia) [en línea] 2006; 9(4): 8-12 Disponible en: <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/REVISTA9406/Trabajos1.htm> [fecha de acceso: 19 de enero de 2008]

Larrumbe Iriarte J, Aranguren Erdozain E, Capel del Río J. Colocación de una sonda de nutrición enteral según el protocolo de recepción, acogida y clasificación. Ciber Revist enfermeríadeurgencias.com [en línea] 2005; (32). Disponible en:

http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/primer_a_epoca/2005/junio/sondanutricion.htm [fecha de acceso: 9 de enero de 2008]

Pineda E, Alvarado E, Hernández de Canales F. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Washington: OPS; 1994.

Telles SCR, Castilho V. Costo de los profesionales en la atención directa de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Revista Latino Americana de Enfermería [en línea] 2007; 15(5): 1005-1009. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/es_v15n5a18.pdf [fecha de acceso: 9 de enero de 2008]

Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Cátedra de Administración. Gestión de los servicios de salud, Montevideo: INDE; 2001.

AGRADECIMIENTOS

- A los Internos de Licenciatura en Enfermería del piso 7 sala 4 Natalia De Los Santos y Sebastián Viera.
- A los funcionarios del Hospital de Clínicas
- A la Licenciada jefa de la clínica quirúrgica F Isabel Anduja.
- A nuestra tutora Prof. Mag. Lic. Josefina Verde por su apoyo y seguimiento en nuestra investigación.
- A la Lic. Beatriz Celiberti por su orientación en el área bibliográfica.
- A la Cátedra de Administración por su apoyo y orientación para la presentación de este trabajo en la Comisión Sectorial de Investigación Científica.
- A Manuel Pérez por su apoyo en el área informática.
- A nuestros compañeros por el apoyo a lo largo de toda nuestra formación.
- Especialmente agradecer a nuestras familias por su apoyo incondicional para lograr nuestras metas.

ANEXOS

ANEXO I

Montevideo, Noviembre de 2001

Departamento de Dirección del Programa Básico:

Por intermedio de la presente nos dirigimos a ustedes, para solicitar conformación de Tribunal de Defensa para Trabajo Final de Investigación. El mismo fue desarrollado bajo la órbita de la Cátedra de Administración, siendo el tutor la profesora Josefina Verdec.

El título del mismo es:

“Estimación de tiempos de atención de enfermería en pacientes quirúrgicos”

Somos estudiantes cursantes de la generación 2004.

Pereira Marzo. Verónica Gabriela.

Pozzo Torre. Mariana Sylvia

Sandcs Balbiani Natalia Verónica

Trujillo Santana Paola Carolina

ANEXO II. NIVELES DE DEPENDENCIA

	CAMA	1	2	3
1) Deambulaci3n	Deambula s/ayuda			
	Deambula c/ayuda			
	Indicaci3n de reposo			
	No deambula			
2) Movilizaci3n en cama	Se Moviliza solo			
	Colabora c/ movilizaci3n			
	Indicaci3n de Movilizar			
	No se moviliza solo			
3) Nivel de conciencia	Alerta			
	Palabra Respuesta			
	Dolor respuesta			
	No respuesta			
4) Comunicaci3n	Se comunica s/problema			
	Se comunica c/dificultad			
	Se comunica solo c/gestos			
	No se comunica			
5) Alimentaci3n	Se alimenta solo			
	Se alimenta c/ayuda			
	No se alimenta			
	Se alimenta con SNG, Otros			
6) Excreci3n y Evacuaci3n	Se asiste solo			
	Necesita ayuda			
	Asistida c/f3rmacos			
	Incontinencia. SV, pañales			
7) Higiene y confort	Se baña solo			
	Se baña c/ ayuda			
	Baño por Enf.en cama			
	M3s de 1 higiene por turno			
8) Medicaci3n	1 vez turno v/o			
	2 o m3s veces turno v/o			
	1 vez turno i/v, i/m, s/c			
	2 o m3s turno i/v, i/m, s/c			
9) Acompaante	24 horas			
	M3s de 12 horas			
	6 Horas			
	Sin acompaante			
10) Tratamiento	Sin CCH			
	Con CCH			
	Con VVP			
	Con VVC			
11) Cuidados de la piel	Sin lesiones			
	Piel requiere Prevenci3n			
	Lesiones en cicatrizaci3n			
	Lesiones Severas			
Total de Puntos				

CATEGORIA

TOTAL DE PUNTOS	CATEGORÍA
DE 0 A 15	I Independiente
De 16 a 21	II Levemente Independiente
De 22 a 29	III Medianamente Independiente
Más de 30	IV Totalmente Dependiente

operatoria.																				
Control de accesos venosos y permeabilidad.																				
Colocación de accesos venosos																				
Verificar soluciones intravenosas.																				
Presencia de náuseas y vómitos.																				
Control diuresis.																				
Colocación de chata																				
Colocación de sonda																				
Expulsa gases.																				
Llamado a guardia médica																				
Registro en Historia Clínica.																				
Total																				

INSTRUCTIVO PARA RECABAR LA INFORMACIÓN

- Estado nutricional: 1) Obeso índice de masa corporal mayor a 30
 2) Sobrepeso índice de masa corporal entre 25 y 30
 3) Normo nutrido índice de masa corporal entre 19 y 24
 4) Desnutrido índice de masa corporal menor a 19

- Antecedentes personales: 1) Enfermedad Renal
 2) Enfermedad Cardíaca
 3) Hepatopatías
 4) Diabetes
 5) Enfermedades Respiratorias
 6) Paciente Inmunodeprimidos

- Hábitos: 1) Alcoholismo.
 2) Consumidor de drogas
 3) Fumador

