

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES
INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN
HOSPITAL RURAL

M^aIsabel Loizu Martí (1), Rocio Cucalon Marín (1), Javier Fiestas Carrasquer (1), Gerard Angel Garcia Galicia (1), Mónica Valdés Rodríguez (2), Marcos Díaz-Hurtado (1)

(1)- Servicio Medicina Interna - Hospital Bajo Cinca de Fraga

(2)- Unidad Quirúrgica- Hospital VITHAS Málaga

INTRODUCCIÓN

La carga de trabajo de enfermería se relaciona con las necesidades específicas de los pacientes a su cuidado. Desde el punto de vista de enfermería de nuestra planta de hospitalización se planteó la necesidad de valorar la carga de trabajo asociada a cada paciente.

OBJETIVO

Analizar el perfil de paciente que ingresa en nuestra planta de medicina interna, relacionando un conjunto de variables, con la complejidad y carga de trabajo generada por cada paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras realizar una revisión bibliográfica de las bases de datos SCIELO, PUBMED, EMBASE Cochrane y la base de datos de enfermería CUIDEN se eligieron un conjunto de variables relacionadas con la carga de trabajo enfermera y la complejidad del paciente. Se realizó un análisis descriptivo a partir de una muestra retrospectiva de los últimos cien episodios ingresados.

RESULTADOS

Tras el análisis, se obtiene un perfil de paciente con dependencia para varias de las necesidades básicas, con características relacionadas con la fragilidad por edad avanzada y amplia patología. Este perfil tipo tiene una alta carga de trabajo enfermero

CONCLUSIONES

Diversas variables se relacionan con la carga de trabajo de enfermería.

Palabras clave: complejidad, carga de trabajo de enfermería, dependencia, envejecimiento, enfermería, medicina interna, cuidados enfermeros.

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

ABSTRACT

INTRODUCTION

Nursing workload is related to the specific needs of the patients in their care. From the nursing point of view of our hospitalization ward, the need to assess the workload associated with each patient was raised.

OBJECTIVE

Analyze the profile of patients admitted to our internal medicine ward, relating a set of variables to the complexity and workload generated by each patient.

MATERIAL AND METHODS

After conducting a literature review of the SCIELO, PUBMED, EMBASE Cochrane databases and the CUIDEN nursing database, a set of variables related to nursing workload and patient complexity were chosen. A descriptive analysis was performed from a retrospective sample of the last hundred episodes admitted.

RESULTS

After the analysis, a profile of a patient with dependency for several of the basic needs is obtained, with characteristics related to frailty due to advanced age and extensive pathology. This type profile has a high nursing workload

CONCLUSIONS

Several variables are related to nursing workload.

Keywords: complexity, nursing workload, dependency, aging, nursing, internal medicine, nursing care.

INTRODUCCIÓN

Una unidad de enfermería de hospitalización polivalente, presta cuidados enfermeros, rehabilitación y servicios hoteleros a los pacientes dentro de procesos asistenciales gestionados por los servicios clínicos [1] Los pacientes se clasifican al alta en base a la clasificación internacional de enfermedades (CIE) y se agrupan por procesos y procedimientos mediante los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) La actividad

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

enfermera se desarrolla a partir del modelo teórico de Virginia Henderson mediante la valoración de 14 necesidades y la elaboración de los planes de cuidados a partir del proceso enfermero. [2,3] Se elaboran entonces planes de cuidados que varían en función del tipo de paciente al que van dirigidos, y por tanto generan unas cargas asistenciales diferentes dependiendo del tipo de unidad y proceso. Ésto hace que la actividad enfermera sea muy variable entre pacientes, generando cargas de trabajo de difícil cuantificación. En cada planta o especialidad se realiza la misma valoración enfermera, por necesidades o por patrones. El plan de cuidados difiere de una planta a otra, en relación con el perfil de autonomía o dependencia del paciente atendido. Por ejemplo, los cuidados que se ofrecen en obstetricia suponen más carga en comunicación que en alimentación o movilización. Los cuidados que se ofrecen en urgencias o en cirugía tendrán una carga más relacionada con las técnicas enfermeras. El Centro Sanitario Bajo Cinca de Fraga pertenece al Área de Salud I compuesta por el Sector Sanitario Huesca y el Sector Sanitario Barbastro al cual pertenecemos. Este sector tiene una población de algo más de 110.000 habitantes con una distribución por edades predominantemente envejecida siendo el porcentaje de mayores de 65 años del 21,7%, superior al de Aragón y al de España en general. El sector Barbastro está compuesto por quince zonas de salud con un total de 113 municipios atendidos desde atención especializada por un Hospital, ubicado en Barbastro, y por dos centros de Especialidades, uno en Monzón y otro en Fraga, teniendo éste una planta de hospitalización que es donde se localiza nuestro estudio. Nuestro Centro atiende a una población aproximada de 29000 usuarios de la zona según datos públicos [4] Los objetivo que nos planteamos al iniciar éste estudio es responder a la pregunta de cuál es el perfil del paciente medio que ingresa en nuestro hospital y en un próximo estudio intentar calcular la complejidad y su carga de trabajo enfermera media.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron de forma observacional retrospectiva variables de las historias clínicas de los últimos 100 episodios de pacientes ingresados tanto demográficas como relacionadas en la literatura con carga de trabajo enfermera.

El criterio de selección de variables fue:

1. Que los datos estuviesen recogidos en la historia clínica de forma consistente.
2. Que fueran representativos del perfil del paciente.
3. Que estuvieran relacionados con la carga de trabajo en las áreas de dependencia.

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES
INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN
HOSPITAL RURAL

4. Que se hayan asociado con carga de trabajo previamente en otros artículos de la literatura.

Tabla 1. Variables recogidas en el estudio.

- 1 Días de estancia ingresado
- 2 Edad en años
- 3 Sexo
- 4 Escala de Barthel
- 5 Escala de Norton
- 6 Escala de Pfeiffer
- 7 Escala de Downton
- 8 Intervención de trabajo social
- 9 Diagnóstico al ingreso
- 10 Requiere aislamiento (contacto, gotas, etc)
- 11 Tipo de aislamiento
- 12 Alta por exitus
- 13 Dependencia para respirar
- 14 Dependencia para la eliminación
- 15 Dependencia para la alimentación
- 16 Necesita sonda nasogástrica
- 17 Necesita alimentación vía parenteral
- 18 Dependencia para la higiene
- 19 Recibe la higiene encamado
- 20 Dependencia para la movilización
- 21 Requiere algún tipo de cura (lesión, quirúrgica, úlcera)
- 22 Nº de úlceras por presión por cada paciente
- 23 Portador de vía periférica
- 24 Portador de vía central
- 25 Nº de traslados a consultas externas
- 26 Realiza rehabilitación de Lunes a Viernes en servicio externo
- 27 Número de analíticas
- 28 Número de radiografías
- 29 Número de TAC

RESULTADOS

La media de días ingresados fue 17 días con un mínimo de 2 y un máximo de 68 (casos extremos o outliers)

Gráfico 1 - Dias de estancia por paciente



Los valores extremos representan pacientes con condiciones especiales, principalmente problemas sociosanitarios, en los que la estancia se alarga por dicho motivo.

Gráfico 2. Edad media del paciente ingresado



La edad media del paciente ingresado en nuestra planta es muy alta, ya que en el periodo revisado no hay ningún paciente con menos de 50 años y hay 2 pacientes de más de 100 años. La edad media que obtenemos como resultado, 82´67 años, demuestra un perfil geriátrico, que dependen de sus familiares, procedente de domicilios o de residencias del entorno.

Gráfica 3. Distribución por sexo



Gráfico 3

Tal como se evidencia en el gráfico, la mayoría de pacientes ingresados son mujeres (58%). En la pirámide demográfica del Bajo Cinca se registra una población envejecida y masculinizada en los estratos intermedios, mientras que en la base y la cúspide son más las mujeres.[5]

Gráfico 4. Escala de Norton de riesgo de desarrollar úlceras por presión.



Esta escala mide el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo) y adquiere valores de alto riesgo entre 5 y 11 y riesgo evidente entre 12 y 14 puntos. Como es propio de un paciente de edad avanzada, con diagnósticos respiratorios y niveles bajos de proteínas, los resultados que se ven en el gráfico 4.

Es importante aclarar, que los pacientes con úlceras, llegan a nuestra planta procedentes de largas estancias en otras unidades, residencias o domicilios. En nuestra unidad de medicina interna, en la cual el paciente geriátrico es el habitual, aplicamos protocolos preventivos ante la formación de úlceras como son las valoraciones mediante escalas y observación constante, tratamientos preventivos y curas en estadios tempranos.

Gráfico 5. Escala de capacidad de realizar actividades diarias de Barthel



Ésta escala valora la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y evalúa el grado de dependencia. Por debajo de 20 el paciente tiene una dependencia total y por encima de 95 es independiente. Adquiere valores de 20 a 35 una dependencia severa, de 60 a 95 una dependencia leve y el rango central de 40 a 55 en el que la dependencia es moderada. Como muestra el gráfico 5, el 63% de los pacientes ingresados en MI tienen una dependencia grave o total. Un 13% tienen una dependencia leve y solamente un 6% son independientes.

Gráfico 6. Escala Downton



La escala de Downton se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad [6] Las causas de las caídas suelen ser multifactoriales y pueden tener consecuencias físicas o psíquicas para las personas, en especial para los ancianos. El uso de esta y otras escalas permite detectar a las personas con riesgo, para implementar las medidas preventivas que correspondan. Esta escala valora que el paciente haya presentado caídas previas, uso de medicación que favorezca las caídas, la presencia de déficits sensoriales, el estado mental y la capacidad de deambular. Con más de 2 puntos, se considera una persona con riesgo de caídas. En nuestra planta, un 92% de los pacientes tiene riesgo de caídas.[7]

Gráfico 7. Escala de deterioro cognitivo de Pfeiffer

Ésta escala se utiliza para valorar el deterioro cognitivo. Como podemos comprobar en el conjunto de gráficos anteriores nuestro paciente tipo es de edad avanzada, con alto grado de dependencia y fragilidad con un alto porcentaje de deterioro severo (Gráfico 7)

Gráfico 8. Intervención de trabajadora social

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL



La complejidad en los cuidados y la carga que suponen, exige que un 17% de los casos se precise de la intervención de trabajo social. Esta intervención valora los recursos humanos y materiales necesarios para que el paciente y sus familiares puedan continuar con su cuidado después de la hospitalización.

Gráfico 9. Necesidad de aislamiento durante el ingreso



El porcentaje de aislamiento fue del 10% en el periodo revisado. Éste valor no es muy alto, respecto a los meses previos de la pandemia de SARS-CoV2. El aislamiento en éstos pacientes con dependencias tan altas, genera una reducción y una merma de todo el equipo sanitario que experimenta como su tiempo para realizar un mismo cometido aumenta exponencialmente.

Gráfico 10. Microorganismo que motivó el aislamiento.



El intervalo de tiempo del cual extraemos nuestra muestra, se extiende durante tres meses, en los cuales el 54% de todos los aislamientos han sido por SARS-Cov2. El otro 46% corresponde a aislamientos más frecuentes en población geriátrica con fragilidad como el staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM), microorganismos con resistencias a antibióticos y sospechas de tuberculosis.

Gráfico 11. Porcentaje de fallecimientos o exitus.



El 82% de las altas fueron a domicilio, residencia o traslados a otro hospital con un 18% de exitus. Éstos datos se explican porque nuestra unidad trata pacientes de medicina interna de perfil geriátrico de edad avanzada y en muchos casos asume la función de cuidados paliativos y terminales. El perfil de paciente geriátrico añoso complejo que atendemos demanda un tipo de cuidado específico que tenga en cuenta el pronóstico con la necesidad de evitar el encarnizamiento terapéutico y la solicitud de limitación terapéutica que muchas familias solicitan. En muchos casos no es posible curar y el objetivo ha de ser estabilizar o frenar en lo posible la evolución crónica de la enfermedad.

Gráfico 12. Problemas respiratorios.



Un porcentaje alto de pacientes (66%) necesita aporte externo de oxígeno para satisfacer la necesidad de respirar. El gráfico no recoge necesidades agudas de oxígeno ni la necesidad de otros mecanismos con dispositivos especiales o ventilación no invasiva.

Gráfico 13. Necesidad de eliminación



La dependencia en la eliminación es muy alta, y está asociada a los diagnósticos de ingreso, la edad avanzada y la incapacidad de deambular de forma independiente. Se recogió de forma independiente la variable sonda vesical para conocer el número de pacientes que la utilizaban. Sin embargo tenemos que recalcar que todo este sector también es portador de pañal para las deposiciones, con lo cual son portadores de pañal en un 84%

El gráfico 13 muestra que el 42% es portador de pañal y un sector idéntico 42% es portador de sonda vesical. Este dato es muy importante y justifica el alto consumo de pañales que tiene nuestra planta.

Solamente un 16% es independiente para la eliminación.

Gráfico 14. Necesidad de vía periférica



El 98% de los pacientes, precisa de al menos una vía periférica canalizada de forma continua, para favorecer el tratamiento intravenoso. Ésto se acompaña de necesidad de supervisión, limpieza, recambios y además la elaboración de los diferentes tratamientos para la infusión, con la consiguiente carga de trabajo. La comorbilidad que acompaña el diagnóstico de ingreso exige generalmente tratamiento con sueroterapia, antibióticos, albúminas, hierro, de manera rápida y efectiva.

Gráfico 15. Portadores de vía Central



El uso de vía central fue del 5%. Las vías centrales en ciertas circunstancias resultan ventajosas tanto para el paciente como para el profesional respecto a la vía periférica, aunque también suponen un mayor riesgo de infección. Por otro lado, las vías periféricas limitan los movimientos de las extremidades y en los pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo o agitación implican, en ocasiones, la necesidad de recanalización

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

resultando ser un elemento de vigilancia continua y una carga de trabajo mayor que la vía central.

Gráfico 16. Alimentación por Boca



Un 39% de los pacientes puede comer por sí mismos. El 61% restante precisa algún tipo de ayuda, ya sea para llevarse el alimento a la boca, cortar el alimento o deglutir. Los pacientes que son dependientes en este apartado, precisan de ayuda de familiares o de personal sanitario, lo que aumenta la carga de trabajo.

Gráfico 17. Alimentación enteral



Solamente un 3% de los pacientes durante este periodo han precisado alimentación a través de sonda nasogástrica. Ya sea por bajo nivel de consciencia, deterioro cognitivo, postración o riesgo de aspiración. En otros casos actúa como vía para introducir el complemento a unas ingestas mínimas que el paciente realiza simultáneamente por boca.

Gráfico 18. Alimentación parenteral



El porcentaje de pacientes con alimentación parenteral (2%), es similar al gráfico 17. La elección de una vía u otra obedece a criterios médicos. En lo que refiere a las cargas de trabajo, este tipo de alimentación exige una observación y estrecha vigilancia del punto de inserción del catéter a la vez que una manipulación muy cuidadosa de los equipos por riesgo de infección y alta incidencia de flebitis debido a la gran osmolaridad de éstos preparados.

Gráfico 19. Ayuda por Higiene



El 17% de los pacientes ingresados en nuestra planta de hospitalización es independiente y tan solo necesitan que se les suministre materiales para realizar su propia higiene. Un 83% necesita algún tipo de ayuda para completar esta necesidad. En algunos casos, pese a ser independientes igualmente se realiza supervisión.

Gráfico 20. Higiene encamado

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL



Hemos desglosado en dos gráficos esta necesidad para verificar de algún modo el gráfico anterior (Gráfico 19) De manera que del 83% de pacientes dependientes para la higiene, el 79% precisa la higiene en cama y la diferencia necesita una ayuda supervisada. De forma análoga, del 21% de los pacientes que no se les realiza la higiene encamados, solo un 17% lo hace de forma totalmente independiente, aportándonos la misma diferencia, del 4% necesita una ayuda de supervisión.

Gráfico 21. Realización de movilizaciones.



La categorización que hemos realizado para clasificar la movilización del paciente ingresado incluye pacientes independientes un 4% que deambulan sin supervisión, realizan su propia higiene y se sientan a demanda y se asocian con un perfil de alrededor de 50 años y orientado.

El paciente capaz de deambular con supervisión supone un 15% y es capaz de llegar al WC acompañado y sedestar sin contención, orientado o parcialmente orientado. El paciente que se sienta supone un 27% precisa ayuda en la transferencia cama-sillón mediante ayuda física o mediante grúa y la sedestación es prácticamente toda la actividad que realiza durante el día. Un 5% de los pacientes durante la sedestación precisa cinturón de contención ya que el estado de desorientación o agitación exige tomar medidas para su propia seguridad. Un 49% de los pacientes, sin incluir algunos pacientes que se sientan, precisan cambios posturales durante el tiempo que permanecen encamados, ya sea para prevenir presión sobre las prominencias óseas o para contribuir a la mejoría paulatina de las úlceras por presión en tratamiento. En nuestro servicio se realiza una ronda extra durante el turno de noche con el fin de realizar cambios posturales preventivos o de tratamiento.

Gráfica 22. Número de visitas a consultas externas



Las visitas a consultas se refieren a desplazamientos del paciente a otra unidad hospitalaria de manera puntual o momentánea para ser valorados por otros especialistas durante el ingreso. El desplazamiento puede estar relacionado con el diagnóstico de ingreso o consultas pendientes de otras enfermedades crónicas. El 61% de los pacientes ingresados no se trasladan a ninguna consulta. Mientras que el 39% tiene entre 1 consulta (22%) y 4 consultas el (1%) , habiendo un 10% con 2 consultas y un 6% con 3 consultas. Las más solicitadas son:

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

Rehabilitación, Traumatología, Otorrinolaringología, Logopedia. No se han contabilizado las visitas a otros centros que precisan de una gestión de volantes y ambulancias.

Gráfico 23. Rehabilitación.



El 26% de los pacientes ingresados realizan rehabilitación de lunes a viernes, siendo otro desplazamiento intrahospitalario. Esto supedita otras actividades o cuidados enfermeros (conexión de oxígeno portátil, desconexión de sondas vesicales, vías periféricas...) a los horarios convenidos con fisioterapia..

Gráfico 24. Número de pacientes con analítica de sangre



Los porcentajes mayores en número de analíticas son los pacientes con una analítica que representan el 32% , los pacientes con dos analíticas que son el 24% y los pacientes con 3 analíticas que ascienden al 22%. Por debajo, los pacientes con 4 analíticas que son el 10%.

Gráfico 25. Número de radiografías



El sector principal está representado por los pacientes sin ninguna radiografía 57%, seguido en importancia por los pacientes con 1 radiografía 31% o con 2 radiografías el 9%.

Gráfico 26. Número de TAC



Al 15% de los pacientes ingresados durante este periodo ha sido necesario realizarles esta prueba diagnóstica.

Gráfico 27. Necesidad de curas cutáneas.



Según el gráfico 27, solamente un 37% de los pacientes mantiene la integridad de la piel y no precisan curas excepto las medidas preventivas para evitar úlceras por presión (UPP). El 63% restante precisa algún tipo de cura. En el subgráfico de curas observamos que 21´9% pertenecen a curas planas en la mayor parte de los casos por intervenciones quirúrgicas de

traumatología, ostomías, traqueotomías temporales etc. 

Subgráfico 27

El sector lesiones 32,3% representa a los pacientes que precisan curas por pérdida de continuidad del tejido, ocasionado por caídas, abrasiones, erosiones, las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, dados los cambios morfológicos y fisiológicos que aparecen como consecuencia del envejecimiento y que se caracteriza por un adelgazamiento dérmico que se debe, entre otros factores, a cambios en la distribución de grasa y agua, así como al sedentarismo y la falta de actividad.

Tal como muestra el subgráfico 27 el sector con más carga de trabajo es el de las úlceras por presión. Son lesiones en la piel y tejidos inferiores que resultan de una presión prolongada sobre la piel que recubre las prominencias óseas. Las más frecuentes se localizan en; sacro, talones, maléolos externos, trocánteres y occipucio. Las personas con mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión tienen afecciones médicas o edad muy avanzada que limitan su capacidad para cambiar su posición o que les hacen pasar la mayor parte de su tiempo sentados en una silla o acostados en una cama.

Gráfico 29



Este tipo de lesión puede desarrollarse en horas o en días y pasan por distintos estadios, que se diferencian por su profundidad y severidad. Pueden oscilar desde un ligero enrojecimiento de la piel, hasta una lesión profunda que afecta músculos, tendones y huesos.

En este sentido, el equipo enfermero de MI, por las características del paciente que atiende habitualmente ha desarrollado protocolos específicos con el fin de prevenir y curar úlceras por presión. Disponemos de una ficha de registro de curas que recoge el estado, localización, tratamiento y evolución, así como una base de datos fotográficos de todas las lesiones, en la que podemos ver la evolución, comunicar y consensuar los cambios de la cura, siempre con la autorización expresa y por escrito del paciente o tutor legal.

Tabla 2. Paciente tipo medio ingresado en la planta de MI

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

Mujer 58% 83 años de edad 17 días de estancia media Riesgo evidente o alto de UPP
57% Dependencia grave o total 63% Riesgo de caídas de 92% Deterioro cognitivo severo
45% Intervención de trabajo Social 17% No precisa aislamiento Alta a domicilio
82% Dependiente en la necesidad de respirar 66% Dependiente para la eliminación
84% Precisa al menos 1 vía periférica 98% Necesita ayuda para alimentación
63% Dependiente para la higiene 83% Recibe la higiene encamado 79% Precisa cambios
posturales 49% Traslados a consultas externas 39% No recibe rehabilitación el 74% Se
realizan entre 1 y 3 analíticas 62% Se realizan entre 1 y 3 Rx 43% Se realiza TAC en un 15%
de los casos. Recibe algún tipo de cura, entre lesiones, heridas quirúrgicas y UPP un
63% Recibe cura de úlcera por presión en un 45,8 % de los casos. Los pacientes con úlceras
por presión reciben cura para 1 UPP 66%, 2 UPP 23% y para 3 UPP 11%

DISCUSIÓN

Los datos analizados permiten establecer el perfil de paciente más frecuente en nuestro servicio caracterizado por fragilidad, complejidad y gran carga de trabajo de enfermería. En los resultados se puede apreciar como las áreas de dependencia están directamente relacionadas con los cuidados de enfermería básicos, como higiene, alimentación, eliminación y movilización. Respecto a los cuidados técnicos entre los que se incluye respiración, alimentación enteral, alimentación parenteral, vías periféricas son las curas de UPP las que suponen una mayor carga de trabajo enfermero. Además de lo citado, en nuestro hospital es enfermería quien se encarga de muchas de las tareas administrativas, como la realización de ingresos, altas o gestión de camas en el software usado para la gestión administrativa del paciente, solicitud de TACs vía telefónica, solicitud de historias a celadores, impresión de etiquetas o preparación de medicación ya que no disponemos de unidosis. También es función de enfermería el registro y control de acompañantes y la expedición de justificantes de ingreso. También enfermería se encarga en muchas ocasiones, sobre todo durante la actual pandemia, de informar a los familiares vía telefónica o presencial acerca del estado de salud de los pacientes ingresados, así como el funcionamiento de la propia planta en el proceso de acogida al ingreso.

El mayor número de ingresos hospitalarios se producen en pacientes con edad entre 65 y 84 años. Este fenómeno afecta globalmente de forma similar a todos los hospitales de nuestro entorno. La evolución del envejecimiento de los pacientes atendidos en las unidades de hospitalización, presenta una tendencia creciente y se acentúa en las unidades que atienden enfermos con patología médica. La intervención en un paciente de edad avanzada, normalmente viene asociada a la necesidad de dar respuesta a su comorbilidad y fragilidad clínica, así como a los problemas de índole social. Desde la perspectiva de los cuidados estos pacientes presentan más complejidad clínica y mayor intensidad de cuidados, con un nivel de

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

autonomía generalmente bajo. Ésta complejidad y el número creciente de población envejecida no siempre se refleja en la dotación de enfermería ni la organización de la actividad atendiendo a las cargas de trabajo generadas. En la literatura se ha evidenciado sin embargo que la eficiencia del trabajo de enfermería se asocia con menos complicaciones. Kovner en 1998 en una muestra estratificada de los EEUU compuesta por 589 hospitales encontró relación significativa entre la ratio enfermos y número de enfermeras con la aparición de infección urinaria y de neumonía durante la estancia hospitalaria[8] En otro estudio realizado por Needelman en 2002 se examinó la relación entre el número de enfermeras y la tasa de complicaciones o muerte en los enfermos de medicina interna asociándose el mayor número de horas de cuidados enfermeros a una menor incidencia de infecciones del tracto urinario, sangrados gastrointestinales, neumonías, parada cardiaca y fracaso en la resucitación de la parada cardiorrespiratoria. Estas reducciones en la incidencia se encuentran entre el 4 y 12% según los resultados examinados[8]

Los datos recogidos muestran que el paciente medio es una mujer de 83 años con riesgo máximo de úlceras por presión dependiente total para higiene e ingesta, elevado riesgo de caídas, gran dependencia, con problemas respiratorios, con problemas de eliminación que precisan vía venosa y curas de heridas cutáneas. A todas luces éste supone un tipo de paciente que genera gran carga de trabajo de enfermería que debe poder cuantificarse con vista a la planificación de cuidados. Nuestro estudio hubiera sido más completo si hubiéramos podido recoger la codificación diagnóstica GRD de cada paciente de manera que hubiésemos podido asociar las variables recogidas para cada enfermo con un estándar ya conocido. Existen escalas de carga de trabajo de enfermería publicadas pero o no son aplicables a nuestro medio o adolecen de falta de aplicabilidad clínica práctica.

Las cargas de trabajo varían entre pacientes y procesos por lo que una medida objetiva de las mismas en función del tiempo o personal necesario sería deseable. Sin embargo éstos instrumentos adolecen de muchos problemas de aplicabilidad. Los datos presentados permiten introducirnos en el perfil del paciente tipo y elaborar en un futuro una medida de la complejidad que pudiera ser utilizable en servicios médicos de forma sencilla y objetiva.

CONCLUSIONES

Hemos determinado el perfil del paciente que ingresa en nuestro hospital mediante una serie de variables asociadas con la carga de trabajo de enfermería. Éste trabajo nos ha permitido conocer las características principales tanto clínicas como sociales y demográficas de la población que atendemos y con ello poder atender mejor a nuestros pacientes. Según los datos expuestos concluimos que el perfil del paciente ingresado en nuestro centro es un paciente añoso, frágil, muy complejo y con grandes cargas de trabajo enfermero en las áreas

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL RURAL

de dependencia. Ésto sumado a la realización de tareas administrativas hace que la carga de trabajo sea elevada. El conocimiento de las cargas de enfermería permite conocer las necesidades de personal que se ha demostrado repercuten en menos complicaciones y mejor pronóstico. Se necesitan posteriores estudios que permitan asociar las variables recogidas a la complejidad de los pacientes y cuantificar la carga de trabajo de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unidad de enfermería en hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. www.mps.es. 2009
2. Benavent MA; Francisco C; Ferrer E. Desde el origen de la enfermería hasta la disciplina enfermera. Los modelos de cuidados. en Fundamentos de Enfermería. Colección Enfermería siglo 21.(148-161) Madrid: DAE; 2009
3. Santos S; López M; Varez S; Abril D. Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf
4. Plan Comarcal de Desarrollo Rural Sostenible de la Comarca del Bajo/baix Cinca. Noviembre de 2010.
5. Caídas. Organización Mundial de la Salud. OMS-WHO. Publicado 26 de abril de 2021, consultado abril 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
6. Ferrús L. Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. 12-2006
7. Mesa Fernández E; Conde Anguita MA; Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/unidcuidenf44.pdf
8. M. Inzitari et al. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia en un hospital general. Gac Sanit. 2012;26(2):166-169
9. Nabau M; Rodriguez E; Palau T; Peralta A; Montseny N; Quixal C; Carrero M. Estudio estadístico descriptivo y comparativo de las cargas de enfermería en una unidad hospitalaria. Unidad neurología. Hospital del Mar. 08-2012.
10. Porcel A. Construcción y validación de un sistema de evaluación del nivel de dependencia para el cuidado de los pacientes hospitalizados. Granada: Universidad de Granada; 2011.
11. Fernandez E, Estevez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos. 2013; 24(1):8-13
12. Sarabia-Lavín R, Berenguer-Pérez M, González-de la Torre H, Torra-Bou JE, Verdú-

PERFIL DE CARGA DE TRABAJO ENFERMERA EN PACIENTES
INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UN
HOSPITAL RURAL

- Soriano J. Incidencia de úlceras por presión en una unidad geriátrica de recuperación funcional: estudio de series cronológicas. Gerokomos.2021;32(3):178-186
13. Paniagua.-LRD.Prevenición-clasificación-y-categorización.pdf.2020
 14. Ceada MJ; Rojas MJ; Rodriguez JB. Nivel de dependencia y percepción de salud tras la valoración enfermería. GERokomos.2008; 19(4): 177-183
 15. Henandez-Morquecho G. Evaluar para gestionar recursos. Análisis de la literatura sobre la carga laboral de enfermería. REv enferm inst mex seguro soc 2016;24(3):217-22
 16. Pérez B; García de la Torre Revuelta M; Gomez LP. Los cuidados paliativos en pacientes ancianos con patologías no oncológicas. Gerokomos 2019.30 (1): 6-11